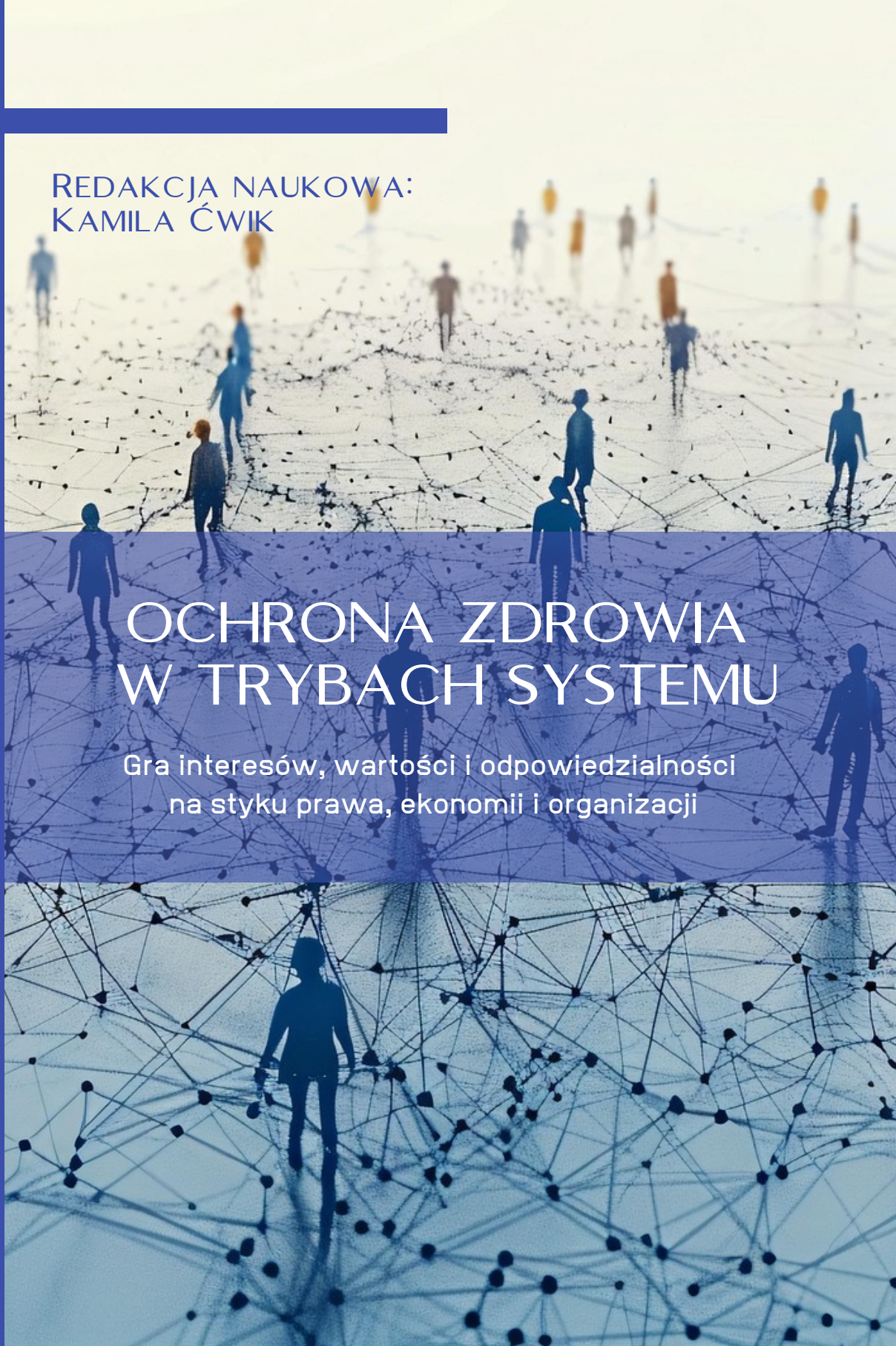
Redakcja naukowa:
Kamila Ćwik



OCHRONA ZDROWIA W TRYBACH SYSTEMU

Gra interesów, wartości i odpowiedzialności na styku prawa, ekonomii i organizacji

Monografie Wydziału Nauk o Człowieku Lubelskiej Akademii WSEI

OCHRONA ZDROWIA W TRYBACH SYSTEMU

Gra interesów, wartości i odpowiedzialności
na styku prawa, ekonomii i organizacji

OCHRONA ZDROWIA W TRYBACH SYSTEMU

Gra interesów, wartości i odpowiedzialności
na styku prawa, ekonomii i organizacji

Redakcja naukowa
Kamila Ćwik

Lublin 2025

LUBELSKA AKADEMIA WSEI

Seria wydawnicza:
Wydział Nauk o Człowieku

OCHRONA ZDROWIA W TRYBACH SYSTEMU
Gra interesów, wartości i odpowiedzialności na styku prawa, ekonomii i organizacji

Redakcja naukowa:
dr Kamila Ćwik

Recenzenci:
prof. dr hab. Paweł Czubik
prof. dr hab. Michał Latalski
dr hab. Olena Pavlova, prof. AGH w Krakowie

Korekta:
Teresa Markowska

Skład, łamanie:
Marta Krysińska-Kudlak

Projekt okładki:
Olga Dąbska-Nowik

Grafika na okładce:
pixabay.com

@Copyright by
Innovatio Press, Lublin 2025

Wszelkie prawa zastrzeżone. W sprawie kopiowania lub rozpowszechniania fragmentów albo całości niniejszej pracy należy kontaktować się z wydawcą.

Printed in Poland
Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Lubelskiej Akademii WSEI
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 17 77, fax: + 48 81 749 32 13
www.wsei.lublin.pl

ISBN – wersja e-book: 978-83-67550-32-1
DOI: 10.51434/SBMO4195

SPIS TREŚCI

Wstęp 11

I. Normatywne i etyczne aspekty odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego w systemie ochrony zdrowia

Kamila Ćwik, Robert Śliwa
Mat czy pat? Rola kierownika podmiotu leczniczego na szachownicy polskiej ochrony zdrowia – analiza normatywna, organizacyjna i etyczna 15
1. Wprowadzenie 16
2. Kierownik podmiotu leczniczego – instytucjonalna konstrukcja odpowiedzialności 17
3. Typologia odpowiedzialności kierownika. Siedem filarów – analiza systemowa 20
4. Studia przypadków – rzeczywistość prawna w praktyce 34
5. Podsumowanie 43
Bibliografia 45

Dagny Derewiecka, Kamila Ćwik
Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą za prawidłowe i zgodne z prawem przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego 49
1. Wprowadzenie 50
2. Podmioty lecznicze 52
3. Organizacja i funkcjonowanie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami 54
4. Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą za naruszenie przepisów przy udzielaniu zamówień publicznych 57
5. Podsumowanie 66
Bibliografia 67

Paweł Pochodyła
Standardy ochrony małoletnich w placówkach ochrony zdrowia 70
1. Wprowadzenie 71
2. Czym są standardy ochrony małoletnich? 74
3. Kogo dotyczy obowiązek tworzenia standardów? 80
4. Kontrola i odpowiedzialność za niewykonanie obowiązków, które nakłada ustawa 80
5. Podsumowanie 83
6. Uwagi *de lege ferenda* 84
Bibliografia 85

Zbigniew Orzeł
Dyrektor medyczny w podmiocie leczniczym 88
1. Wprowadzenie i cel pracy 89
2. Prawne regulacje zatrudnienia zastępcy kierownika podmiotu leczniczego ds. lecznictwa – dyrektora medycznego i ich konsekwencje 89
2.1. Prawne regulacje 89
2.2. Konsekwencje 90
3. Tradycyjna rola dyrektora medycznego 91
3.1. Zabezpieczenie personelu lekarskiego i nadzór nad jego pracą 91
3.2. Współpraca z naczelną pielęgniarką 92
3.3. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej 92
3.4. Udział w tworzeniu receptariusza szpitalnego i przetargach na leki oraz sprzęt medyczny 92
4. Wyzwania stojące przed dyrektorem medycznym 93
4.1. Zarządzanie strategiczne 93
4.2. Zarządzanie procesami leczniczymi (SOP) 94
4.3. Ocena efektywności leczenia 95
4.4. Zarządzanie jakością 96
4.5. Zarządzanie personelem lekarskim – rekrutacja, szkolenia, ocena pracownicza 97
4.6. Zabezpieczenie kadry lekarskiej 98
4.7. Komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna 98
4.8. Współpraca z innymi działami medycznymi i niemedycznymi 99
4.9. Udział w procesach zakupowych – wdrażanie nowych technologii medycznych i udział w gospodarce lekowej 99
4.10. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej 100
5. Podsumowanie: dyrektor medyczny, czyli kto? 100
Bibliografia 101

II. Ekonomiczne uwarunkowania i odpowiedzialność finansowa kierownika w systemie ochrony zdrowia

Robert Śliwa, Kamila Ćwik
Przedawnienie roszczeń NFZ wobec podmiotów leczniczych 105
1. Wprowadzenie 107
2. Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza 109
3. Przedawnienie w relacjach między świadczeniodawcą a NFZ 111
4. Wymagalność roszczenia a bieg przedawnienia 113
5. Ramy czasowe kontroli a bieg przedawnienia 115
6. Wystąpienie pokontrolne a bieg przedawnienia 118
7. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a przedawnienie 120
8. Terminy przedawnienia roszczeń 121
Bibliografia 126

Karol Tarkowski
Ekonomiczno-finansowe następstwa pandemii COVID-19 w sektorze szpitali publicznych – analiza kondycji ośmiu SP ZOZ województwa lubelskiego w latach 2019–2023 131
1. Wprowadzenie 132
2. Wpływ pandemii COVID-19 na gospodarkę 133
3. Kondycja największych szpitali województwa lubelskiego przed i po pandemii COVID-19 134
4. Podsumowanie i wnioski 146
Bibliografia 146

Tomasz Wołowiec, Lyubomir Antonov, Katarzyna Jermakowicz, Krzysztof Tokarz
Legal and economic considerations of financial statements from the perspective of managerial decision-making (selected issues) 148
1. Introduction 149
2. Research methodology 150
3. Introduction to economic and financial analysis 150
4. Accounting and economic and financial analysis in managerial management .153
5. Difference between financial analysis and accounting 157
6. Multidimensional valuation of the company 159
7. Efficiency of decision-making and financial processes 161
8. Objectives and methods of economic and financial analysis 163
9. Financial reporting legal regulations 165
10. Financial statements 166
11. Conclusions 169
Bibliography 170

III. Przywództwo i organizacja w systemie ochrony zdrowia – innowacje i zarządzanie kapitałem ludzkim

Mariusz Musiatowicz, Kamila Ćwik
HB-HTA jako narzędzie strategicznego zarządzania innowacjami w szpitalu – doświadczenia i perspektywy rozwoju 177
1. Wprowadzenie 178
2. Znaczenie HB-HTA dla podejmowania decyzji inwestycyjnych 179
3. Struktura i metodyka raportu HB-HTA – od analizy do wpływu na wartość w zdrowiu 182
4. Bariery wdrożenia i praktyczne ograniczenia stosowania HB-HTA 184
5. Potencjał HB-HTA jako praktycznego narzędzia wsparcia decyzji – z perspektywy korzyści i wartości 185
6. Podsumowanie i dyskusja 187
Bibliografia 188

Monika Baryła-Matejczuk, Tomasz Gieroba
Psychologiczne korelaty efektywności kierowniczej w podmiotach leczniczych: kompetencje psychospołeczne, stres zawodowy i odporność psychiczna 189
1. Wprowadzenie 190
2. Teoretyczne podstawy psychologii kierowania w ochronie zdrowia 191
3. Podstawowe kompetencje psychospołeczne w kierowaniu podmiotami leczniczymi 193
3.1. Inteligencja emocjonalna 193
3.2. Kompetencje komunikacyjne i interpersonalne 194
3.3. Umiejętności analityczne i podejmowanie decyzji 195
3.4. Kompetencje etyczne i odpowiedzialność zawodowa 196
4. Stres zawodowy i jego konsekwencje w środowisku kierowniczym 196
5. Odporność psychiczna i mechanizmy adaptacyjne w przywództwie medycznym 198
5.1. Podatność na stres i radzenie sobie ze stresem 199
5.2. Model dwustylowy Miller 200
5.3. Wielowymiarowy model Carvera, Scheiera i Weintrauba 201
5.4. Model trójczynnikowy Endlera i Parkera 202
5.5. Wsparcie społeczne i sieci profesjonalne 203
5.6. Rozwój kompetencji adaptacyjnych 203
6. Implikacje praktyczne i rekomendacje 204
7. Podsumowanie i wnioski 205
Bibliografia 206

Michał Kapala, Tomasz Wołowiec, Krzysztof Dyrek, Adam Halemba, Brijeshkumar Bhavsar
Personnel marketing and human resource management 210
1. Introduction 211
2. Research methodology 213
3. The concept of human resource management 213
4. The importance of human resource management in the operational and strategic activities of the organization 217
5. Practical conclusions 222
6. Modern management based on the CEOS model 223
7. Own research methodology 227
8. Conclusions 230
Bibliography 232

IV. Lecznictwo uzdrowiskowe i profilaktyka zdrowotna – aspekty prawne, organizacyjne i ekonomiczne

Tomasz Wołowiec, Mariusz Paździor, Kamila Ćwik
Legal and organizational conditions of SPA treatment in Poland 237
1. Introduction 238
2. Research methodology 240
3. Spa treatment – the potential of Polish spass 241
4. Current legal status of spa treatment 246
5. Legal regulation of the rules of use of spa hospital services 248
6. The role of spa treatment in the healthcare system – proposals for change 250
7. Conclusions 252
Bibliography 253

Katarzyna Popik-Konarzewska, Tomasz Wołowiec, Kamila Ćwik
Administrative procedure for obtaining and losing the status of a health resort in poland (selected issues) 257
1. Introduction 258
2. Research methodology 260
3. Status of a health resort LGU or a health protection area 260
4. Procedure for granting the status of a health resort municipality 263
5. Legal controversy 264
6. Loss of spa municipality status 267
7. Conclusions 269
Bibliography 271

Tomasz Wołowiec, Anna Paździor, Urszula Anisiewicz, Krzysztof Dyrek
Spa fee as a specific public tribute related to the natural resources of spa communities 273
1. Introduction 274
2. Purpose of article, criteria of analysis and research methodology 275
3. Spa fee and importance for health spa communities 276
4. Fiscal significance of the spa fee 279
5. Legal regulations of the spa fee 280
6. The spa fee and the emanation of the guarantee of financial independence of the municipality and the principle of adequacy setforth in Article 9 of the European Charter of Local Self-Government ... 283
7. Elements of taxation techniques in relation to the spa fee 286
8. Selected issues of collecting the spa fee 291
9. Conclusions 293
Bibliography 294

Wińczysław Jastrzębski
Turnusy leczniczo-profilaktyczne w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych – uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda* 298
1. Wprowadzenie 299
2. Turnusy leczniczo-profilaktyczne dla żołnierzy, pracowników i funkcjonariuszy 300
3. Oferta turnusów leczniczo-profilaktycznych 302
4. Trening antystresowy 303
5. Uwagi praktyka 306
6. Podsumowanie 307
Bibliografia 308

WSTĘP

System ochrony zdrowia przypomina skomplikowaną grę, w której stawką jest ludzkie życie i dobro wspólne. Każdy ruch – decyzja prawna, rozwiązanie organizacyjne czy wybór finansowy – niesie konsekwencje odczuwalne zarówno przez pacjentów, jak i przez tych, którzy systemem kierują. W tej grze ścierają się interesy, wartości i odpowiedzialność, a jej reguły nie zawsze są jasne ani sprawiedliwe.

Oddając w ręce Czytelników niniejszą monografię, zapraszam do wejścia za kulisy tej gry. To właśnie tam ujawniają się napięcia między literą prawa a codzienną praktyką, między ograniczeniami ekonomicznymi a ideałami etycznymi, między organizacją a realnymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Zgromadzone w książce analizy prawne, ekonomiczne i organizacyjne prowadzą do wniosku, że zarządzający placówkami medycznymi nie są jedynie tłem dla działań klinicznych, lecz pełnoprawnymi aktorami systemu, od których zależy jego efektywność, sprawiedliwość i bezpieczeństwo. W cieniu głośnych debat o niedoborach kadrowych czy finansowych pozostaje bowiem odpowiedzialność tych, którzy muszą podejmować decyzje łączące prawo, wartości i realia codziennego zarządzania.

Wierzę, że interdyscyplinarne spojrzenie, jakie proponujemy, pozwala uchwycić ten system w jego pełnej dynamice. Łączenie perspektywy prawa, nauk o zdrowiu, ekonomii i zarządzania otwiera przed czytelnikiem szersze horyzonty – pokazuje, że zdrowie publiczne nie jest wyłącznie kategorią medyczną, lecz także prawną, etyczną i organizacyjną. Właśnie w tej różnorodności tkwi szansa na prawdziwe zrozumienie mechanizmów, które kształtują codzienność pacjentów, decydentów i pracowników ochrony zdrowia.

Autorzy tej książki pokazują system w całej jego złożoności – nie tylko opisując przepisy i mechanizmy, ale również odsłaniając ich konsekwencje dla ludzi odpowiedzialnych za funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Mam nadzieję, że lektura tej publikacji nie tylko wzbogaci wiedzę, lecz także stanie się inspiracją do refleksji i dyskusji o tym, jak powinien wyglądać system ochrony zdrowia, by lepiej służył człowiekowi.

Kamila Ćwik

I. NORMATYWNE I ETYCZNE ASPEKTY ODPOWIEDZIALNOŚCI KIEROWNIKA PODMIOTU LECZNICZEGO W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

*Kamila Ćwik**
*Robert Śliwa***

MAT CZY PAT? ROLA KIEROWNIKA PODMIOTU LECZNICZEGO NA SZACHOWNICY POLSKIEJ OCHRONY ZDROWIA – ANALIZA NORMATYWNA, ORGANIZACYJNA I ETYCZNA[1]

Checkmate or stalemate? The role of the healthcare manager on the chessboard of Polish healthcare – a normative, organizational, and ethical analysis

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0004-4903-9878
**Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, ORCID: 0000-0001-9794-5067

Streszczenie

Celem artykułu jest wielowymiarowa analiza odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego w Polsce, ukazanie jej paradoksów, asymetrii oraz wpływu na praktykę zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Autorka podejmuje próbę zrozumienia, jak prawo, organizacja i presja społeczna kształtują rolę kierowniczą w warunkach systemowych ograniczeń. W pracy zastosowano interdyscyplinarne podejście, łączące analizę dogmatyczno-prawną z perspektywą nauk o zarządzaniu i etyki organizacyjnej. Bazując na przepisach prawa, literaturze naukowej oraz studiach przypadków, przeprowadzono systematyzację siedmiu typów odpowiedzialności ciążących na kierownikach. Analiza wykazała, że kierownicy podmiotów leczniczych ponoszą odpowiedzialność cywilną, karną, administracyjną, dyscyplinarną, etyczną, wizerunkową i psychospołeczną, często w warunkach braku realnej sprawczości i nieproporcjonalnego ryzyka. Artykuł ukazuje rozbieżność między zakresem oczekiwań a rzeczywistymi możliwościami decyzyjnymi, prowadzącą do tzw. paraliżu decyzyjnego i wypalenia moralnego. Wnioski płynące z badań wskazują na konieczność rewizji regulacji prawnych i instytucjonalnych w celu zapewnienia większej spójności, ochrony prawnej i wsparcia dla

[1] Publikacja powstała w wyniku realizacji stażu naukowego w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie.

osób zarządzających placówkami medycznymi. Praca stanowi głos w dyskusji *de lege ferenda* nad koniecznością redefinicji roli kierownika podmiotu leczniczego w świetle realiów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: kierownik podmiotu leczniczego, odpowiedzialność prawna, system ochrony zdrowia, zarządzanie kryzysowe, błąd organizacyjny, etyka zarządzania, prawo medyczne

Abstract

The aim of this article is to provide a multidimensional analysis of the responsibility of the manager of a healthcare entity in Poland, highlighting its paradoxes, asymmetries, and impact on management practice in the healthcare system. The author of the research program examines how law, organization, and social pressure influence the environment in systemic conditions. This interdisciplinary, functional, dogmatic, and legal work draws on the perspective of management science and organizational ethics. Drawing on legal regulations, scientific literature, and case studies, a systematization of managerial responsibility is employed. The analysis revealed that healthcare facility managers bear civil, criminal, administrative, disciplinary, ethical, reputational, and psychosocial liability, often in a situation of lack of real agency and disproportionate risk. The article highlights the discrepancy between expectations and actual decision-making capabilities, leading to decision-making paralysis and moral burnout. The research findings indicate the need to revise legal and institutional regulations to ensure greater coherence, legal protection, and support for healthcare facility managers. This paper contributes to the de lege ferenda debate on the need to redefine the role of healthcare facility managers in light of the realities of the Polish healthcare system.

Key words*: healthcare manager, legal liability, healthcare system, crisis management, organizational failure, management ethics, medical law*

1. Wprowadzenie

Współczesny polski system ochrony zdrowia stawia przed kierownikami podmiotów leczniczych wyzwania o złożonym charakterze, które wykraczają poza tradycyjne rozumienie roli menedżerskiej. Ich pozycja, choć formalnie kluczowa dla funkcjonowania placówek medycznych, paradoksalnie często ogranicza realną sprawczość. Ich rola często przypomina figurę szachową: stoją na czele pionków, lecz możliwości ich ruchu są drastycznie ograniczone, muszą poruszać się po planszy usianej skomplikowaną siecią przepisów, restrykcyjnymi ramami budżetowymi oraz rosnącymi oczekiwaniami społecznymi.

Niniejszy artykuł podejmuje próbę szczegółowej analizy tej specyficznej roli, wykraczając poza czysto prawny aspekt, by objąć także praktyczne aspekty zarządzania oraz współczesne dylematy etyczne.

Celem artykułu jest zdemaskowanie paradoksów instytucjonalnych, w których kierownik podmiotu leczniczego funkcjonuje równocześnie jako strażnik systemu i jego zakładnik. Autorka analizuje, dlaczego obecne regulacje mogą generować realną odpowiedzialność – oderwaną od decyzyjności – oraz jak to zjawisko wpływa na jakość zarządzania w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Artykuł opiera się na interdyscyplinarnym podejściu, łączącym analizę prawną z perspektywą praktyki zarządzania w podmiotach leczniczych. Wykorzystuje także doświadczenie autorki w obszarze ochrony zdrowia oraz studia przypadków, które ilustrują teoretyczne rozważania konkretnymi przykładami.

2. Kierownik podmiotu leczniczego – instytucjonalna konstrukcja odpowiedzialności

System ochrony zdrowia w Polsce przeszedł od 1989 r. głęboką transformację, która znacząco wpłynęła na rolę i zakres odpowiedzialności kierowników podmiotów leczniczych. Początkowe zmiany w latach 1991–1998 koncentrowały się na decentralizacji opieki zdrowotnej, czyli przejścia od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej. Największą zmianą tego okresu było przyznanie, na podstawie Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[2], państwowym szpitalom znacznej autonomii oraz odpowiedzialności za zarządzanie własnymi budżetami[3]. Był to pierwszy krok w kierunku większej samodzielności, który jednocześnie nałożył na kierowników nowe obowiązki związane z efektywnością ekonomiczną. Przełomowym momentem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce było uchwalenie Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym[4], która od 1 stycznia 1999 r. zastąpiła dotychczasowy model budżetowy systemem ubezpieczeniowym, opartym na obowiązkowych składkach zdrowotnych. To wymusiło na kierownikach adaptację do nowych mechanizmów kontraktowania świadczeń i zarządzania w warunkach quasi-rynkowych. Równocześnie Konstytucja RP z 1997 r. zagwarantowała każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kolejnym etapem reformy było uchwalenie Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia[5], która zlikwidowała kasy chorych, wprowadzając scentralizowany model zarządzania finansami zdrowia poprzez utworzenie centrali NFZ i 16 oddziałów wojewódzkich.

[2] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 r. nr 91, poz. 408 z późn. zm., uchylona 2011.07.01).

[3] Golinowska S., Panteli D., Sagan A., Busse R., *Zarys systemu ochrony zdrowia*. NFZ, Warszawa 2012.

[4] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

[5] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391).

Mimo centralizacji, zachowano zasadnicze założenia reformy z 1999 r., w tym rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy oraz autonomię publicznych podmiotów leczniczych. Fundamentalne znaczenie w ukształtowaniu współczesnych zasad funkcjonowania sektora ochrony zdrowia miała Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[6], która ustanowiła ramy prawne dla organizacji, zarządzania i odpowiedzialności w sektorze ochrony zdrowia.

Ustawodawca, tworząc sylwetkę kierownika podmiotu leczniczego, zdawał się mieć przed oczami idealnego zarządcę w państwie Platona, osobę o niezłomnym autorytecie moralnym, szerokiej wiedzy i bogatym doświadczeniu. To niemal mityczna postać, która powinna bezbłędnie nawigować przez meandry medycyny i zarządzania.

Definicja formalna kierownika podmiotu leczniczego została określona na gruncie ustawy o działalności leczniczej. W art. 2 ust. 2 pkt 1 określono, że kierownikiem jest osoba uprawniona do kierowania podmiotami wykonującymi działalność leczniczą i ich reprezentowania na zewnątrz, w art. 46 wskazano, iż odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Należy dodać, że „kierownik" to termin ustawowy, który w większości przypadków nie jest używany. Praktyka nazewnicza wskazuje, że osoba zarządzająca podmiotem leczniczym jest „dyrektorem", jednak nazwa osoby zarządzającej podmiotem leczniczym używana w konkretnym przypadku powinna wynikać ze statutu[7]. Podejmując próbę szczegółowego określenia zakresu obowiązków zawartego w tym jednym, ale jakże pojemnym zdaniu (art. 46 u.d.l.) jawi się przede wszystkim niebezpieczna iluzja prostoty, za którą kryje się ryzyko odpowiedzialności absolutnej. To pozornie jednoznacznie brzmiące zdanie, w rzeczywistości kryje niesprecyzowany, wielowymiarowy i potencjalnie nieograniczony zakres obowiązków. Nie wskazuje ani granic odpowiedzialności, ani jej rozdziału, ani kryteriów, według których można ocenić należyte wykonanie zadań. A co więcej, cytowany przepis nie uwzględnia ograniczeń systemowych narzucających zcentralizowane regulacje, takie jak chociażby regulacje płacowe czy normy zatrudnienia. W rezultacie, próbując uszczegółowić obowiązki kierownika podmiotu leczniczego, wynikające z tego przepisu, napotykamy pustkę legislacyjną, którą uzupełniają inne, często niespójne przepisy prawne, orzecznictwo, oczekiwania organów nadzoru i praktyka, a to z kolei tworzy pole do interpretacji, nadinterpretacji i ryzyka sankcji. Wydaje się, że to niebezpieczna luka, w której przepis ustawowy staje się formalnym uzasadnieniem dla obarczenia jednostki odpowiedzialnością za skutki wszystkich decyzji, w tym systemowych.

W kolejnym przepisie u.d.l. ustawodawca wskazał formalne wymagania wobec kierownika podmiotu leczniczego. Z brzmienia art. 46 ust. 2 u.d.l. wynika, iż kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która: (1) posiada wykształcenie wyższe, (2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię

[6] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2025, poz. 450, t.j., dalej: u.d.l.).

[7] Karkowski T., *Organy zarządzające podmiotami leczniczymi*. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Pragmatates Oikonomias 2012; z. VI: 24–34.

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 umyślnie.

Analiza kolejnych przepisów pozwala stwierdzić, że art. 46 ust. 2 pkt 1 u.d.l. nie nasuwa istotnych wątpliwości interpretacyjnych. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce[8] jednoznacznie wskazuje, że absolwent studiów otrzymuje dyplom ukończenia określonego kierunku i profilu, potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego oraz tytuł zawodowy: licencjata, inżyniera, magistra lub inny równorzędny. Również pkt 3 i 4 wspomnianego ustępu nie pozostawiają pola do niejasności, ich brzmienie jest spójne z obowiązującymi standardami w zakresie kwalifikacji i nie wymaga szczegółowej egzegezy.

Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku art. 46 ust. 2 pkt 2 u.d.l., który, choć pozornie precyzyjny, zasługuje na głębszą refleksję interpretacyjną ze względu na jego potencjalnie szerokie i niejednoznaczne zastosowanie w praktyce. 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 tworzący[9].

Z perspektywy nauki prawa, przepis ten można interpretować jako wyraz normy ocennej, odsyłającej do nieostrych kryteriów – takich jak „wiedza", „doświadczenie" czy „rękojmia" bez wyraźnego wskazania mierników ich spełnienia. Tym samym ustawodawca przerzuca ciężar interpretacyjny na podmiot tworzący.

Jednak z perspektywy nauk o zarządzaniu, przepis ten implikuje istnienie określonych kompetencji przypisywanych menedżerom podmiotów leczniczych, choć nie definiuje ich w sposób ani merytoryczny (np. poprzez wskazanie konkretnych kwalifikacji, certyfikacji, kursów), ani ilościowy (np. liczba lat w określonej roli). Na tym tle zasadne wydaje się zatrzymanie uwagi na dłużej i wnikliwa analiza kompetencji, jakich wymaga się dziś od współczesnego menedżera w ochronie zdrowia. I chociaż H. Fayol, wybitny francuski praktyk i teoretyk z dziedziny zarządzania na przełomie XIX i XX wieku, jako pierwszy wyróżnił podstawowe funkcje kierownicze: planowanie, organizowanie, przewodzenie, kontrolowanie[10], to rola ta – szczególnie w sektorze publicznym – nie ogranicza się już wyłącznie do administrowania personelem i środkami finansowymi. Wymaga pogłębionej wiedzy z zakresu zarządzania

[8] Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2024.1571 t.j. z dnia 2024.10.24).

[9] Gornowicz M., O *potrzebie zmian ustawowych wymogów kwalifikacyjnych dla kierowników podmiotów leczniczych.* Studia Prawnoustrojowe 2024; 64: 63–74.

[10] Ćwik K., Zbroja A., *Kompetencje osób rozpoczynających działalność gospodarczą w województwie lubelskim na przykładzie działania 6.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*. Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Ekonomia 2013; 6(1): 125–153.

strategicznego, przywództwa, prawa, finansów publicznych, komunikacji kryzysowej, zarządzania ryzykiem i etyki organizacyjnej. Niejednokrotnie konieczna staje się też umiejętność poruszania się w warunkach niepewności, presji politycznej i ograniczeń systemowych.

Z tej perspektywy przepis art. 46 ust. 2 pkt 2 u.d.l. – choć lapidarny – staje się punktem wyjścia do głębszej refleksji nad tym, czy systemowo rozumiemy, kim powinien być kierownik podmiotu leczniczego i jakie kompetencje rzeczywiście umożliwiają „prawidłowe wykonywanie obowiązków", o których mówi ustawodawca.

3. Typologia odpowiedzialności kierownika. Siedem filarów – analiza systemowa

Rola kierownika podmiotu leczniczego w polskim systemie ochrony zdrowia obarczona jest wyjątkowo rozbudowanym katalogiem obowiązków, które przekładają się na równie złożony system odpowiedzialności. W przeciwieństwie do wielu innych pozycji menedżerskich w sferze publicznej, odpowiedzialność ta nie jest ograniczona do jednej gałęzi prawa czy określonego typu relacji służbowych. Wręcz przeciwnie – ma ona charakter wielowymiarowy i dynamiczny, a często również asymetryczny w stosunku do faktycznych możliwości wpływu, jakimi dysponuje kierownik. Przepisy regulujące ten zakres są liczne i pochodzą z wielu różnych dziedzin prawa, w tym z prawa medycznego, administracyjnego, cywilnego, karnego, prawa pracy i finansów publicznych. To nie tylko zbiór przepisów, ale cały ekosystem regulacyjny. Jego odpowiedzialność rozciąga się na wiele, często bardzo specjalistycznych obszarów, które na pierwszy rzut oka mogą wydawać się odległe od codziennego zarządzania placówką.

W celu uporządkowania tego zagadnienia, poniżej przedstawiono próbę uporządkowania tej złożonej struktury, wskazując siedem głównych obszarów odpowiedzialności – tzw. filarów – które łącznie tworzą system nacisku, ryzyka i oceny. Analiza ta pozwala lepiej zrozumieć nie tylko zakres ciążących na kierowniku obowiązków, ale refleksji nad tym, czy obecna konstrukcja systemowa sprzyja racjonalnemu i odpowiedzialnemu zarządzaniu.

Każdy z tych filarów funkcjonuje w innym systemie normatywnym, operuje odrębnym językiem i niesie ze sobą różne formy sankcji – od upomnienia, przez grzywny, aż po odpowiedzialność karną czy moralną. Ich nakładanie się, a niekiedy wręcz kolizja, tworzą przestrzeń nieustannego ryzyka – także wtedy, gdy kierownik działa zgodnie z najlepszą wiedzą i intencją.

Poniżej autorka podejmuje próbę systematyzacji tej złożonej struktury, wyróżniając siedem kluczowych filarów odpowiedzialności.

Odpowiedzialność cywilna odnosi się do odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentom lub osobom trzecim, często w wyniku zaniedbań organizacyjnych

(art. 415 i 430 k.c.[11]). W ramach prawa cywilnego odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego wywodzi się z dwóch podstawowych reżimów: odpowiedzialności kontraktowej oraz deliktowej. Oba te mechanizmy prawne mają zastosowanie do szkód wyrządzonych pacjentowi, a ich źródłem mogą być zarówno działania, jak i zaniechania ze strony personelu medycznego lub organizacyjnego, za które odpowiada podmiot leczniczy jako całość[12].

Odpowiedzialność kontraktowa (*ex contractu*) opiera się na art. 471 k.c. i dotyczy sytuacji, w których dochodzi do nienależytego wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Choć umowa taka zawierana jest pomiędzy pacjentem a podmiotem leczniczym, to jej realizacja zależy od prawidłowego zorganizowania całego procesu świadczenia – w tym zapewnienia wykwalifikowanego personelu, sprzętu oraz warunków zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Kierownik, jako osoba odpowiedzialna za zarządzanie podmiotem, ponosi w tym kontekście odpowiedzialność organizacyjną – np. w przypadku braków kadrowych, wadliwego sprzętu czy nieprzestrzegania procedur wewnętrznych[13]. Przesłanką odpowiedzialności podmiotu leczniczego jest nie tylko staranność wykonania czynności medycznych, ale także staranność w innych sferach organizacji zakładu *sensu largo*. Zakład bowiem ponosi odpowiedzialność również wtedy, gdy szkoda zostanie wyrządzona pacjentowi poprzez błędy natury organizacyjnej[14], brak należytej staranności w procesie organizacji pracy placówki[15].

Z kolei odpowiedzialność deliktowa (*ex delicto*) – uregulowana w art. 415 i 430 k.c. – odnosi się do szkód wynikających z czynów niedozwolonych, wynikająca z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zwierzchnika za podwładnych. Może dotyczyć np. błędów medycznych, które prowadzą do uszczerbku na zdrowiu pacjenta, jeżeli są skutkiem zawinionego działania lub zaniedbania ze strony personelu, za którego działania odpowiada podmiot jako powierzający wykonanie czynności. W tym sensie kierownik ponosi odpowiedzialność nie tyle za sam czyn medyczny, ile za nadzór nad systemem, w którym do tego czynu doszło[16]. Przykładem w tym zakresie jest wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie sygn. akt I ACa 1134/21, w którym stwierdzono,

[11] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.2024.1061 t.j. z dnia 2024.07.17, dalej: k.c.).

[12] Boratyńska M., *Kontraktowe i pozakontraktowe elementy opieki medycznej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*. Przegląd Prawa Medycznego 2020; 3(5): 117–161; Charzyński R., *Moc obowiązująca prawa według Czesława Martyniaka*. Kultura Prawna 2019; 2(1): 53–61.

[13] Kaniewski P., Kowacz K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody spowodowane funkcjonowaniem sztucznej inteligencji – uwagi de lege lata i de lege ferenda*. Palestra 2024; 11: 6–33; Walczak D., Krupa D., Musiałkiewicz R., *Zadośćuczynienie i odszkodowanie za błędy medyczne oraz odpowiedzialność cywilna podmiotów leczniczych w Polsce*. Studia Oeconomica Posnaniensia 2015; 3(12): 138-150.

[14] Karpeta-Paluchiewicz L., *Podmioty odpowiedzialne za wyrządzenie szkody wywołanej zdarzeniem medycznym*. Źródło: https://3kancelarie.pl/bledy-me [21.07.2025].

[15] Piotrowska A., *Nowe tendencje w zakresie odpowiedzialności za szkody powstałe podczas leczenia (szkody medyczne)*. Źródło: https://tiny.pl/yj0hxp14 [21.07.2025].

[16] Kaniewski P., Kowacz K., *Odpowiedzialność cywilna…*, op. cit.; Walczak D., Krupa D., Musiałkiewicz R., *Zadośćuczynienie i odszkodowanie…,* op. cit.

iż nie budzi wątpliwości w judykaturze i doktrynie, że na podmiocie leczniczym, w szczególności szpitalu, spoczywa obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpiecznych warunków przebywania w szpitalu i opieki, zaś zaniechania w tym zakresie należy ocenić jako niedopełnienie przez osoby zarządzające szpitalem i jego personel obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swoich funkcji, które to zaniechania uzasadniają z jednej strony odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 416 k.c., a ze względu na relację zwierzchnictwa i podporządkowania – na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. Nie jest niezbędne także przypisanie winy poszczególnym członkom personelu podmiotu leczniczego (wina anonimowa). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta. Podobne rozstrzygnięcie prezentuje sąd w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi sygn. akt IACa 621/14 wskazując, jak słusznie przyjął Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 19 czerwca 2013 r. sygn. I ACa 727/12, iż normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza. W przedmiotowej sprawie uznano, że zakażenie powódki w trakcie pobytu w szpitalu było wynikiem niedochowania należytej staranności przez personel medyczny w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków sanitarnych. To zaniechanie uzasadnia odpowiedzialność deliktową szpitala na podstawie art. 430 w związku z art. 415 k.c. Placówka medyczna odpowiada za szkody wyrządzone przez swój personel, który zobowiązany jest do zachowania należytej staranności wobec pacjentów. Wina może być przypisana organizacji jako całości poprzez wskazanie uchybień w jej funkcjonowaniu, a ocena winy następuje przez porównanie faktycznego działania z wymaganym standardem zgodnym z art. 355 k.c.

Trzecim rodzajem jest odpowiedzialność cywilna mieszana. Pojawia się ona, kiedy zarówno nie wywiązaliśmy się z umowy, jak również popełniliśmy błąd medyczny. Kiedy nasze działanie kwalifikuje się do naruszenia zasad starannego działania czy ogólnych zasad prawa. O zbiegu takiej odpowiedzialności mówi w kodeksie cywilnym art. 443[17].

W analizie odpowiedzialności cywilnej kierownika warto również uwzględnić aspekty związane z prawem pracy. Choć formalnie to odrębna gałąź prawa, naruszenia przepisów dotyczących warunków pracy – w tym wypadków przy pracy czy naruszenia norm BHP – mogą skutkować odpowiedzialnością cywilną podmiotu leczniczego, a w konsekwencji także kierownika jako osoby odpowiedzialnej za organizację pracy i przestrzeganie przepisów prawa pracy.

W praktyce odpowiedzialność cywilna kierownika może przyjmować różnorodne formy i co do zasady to podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel – od roszczeń odszkodowawczych i zadośćuczynienia

[17] Kołodziejska D., Pietrzak A., *Odpowiedzialność za błędy lekarzy i personelu w placówce leczniczej i medycyny estetycznej*. Źródło: https://medidesk.pl/blad-medyczny-lekarza-lub-pracownika-jak-sobie-z-nim-radzic/ [22.07.2025].

ze strony pacjentów lub pracowników, po roszczenia regresowe podmiotu wobec kierownika w przypadku wykazania jego winy w nadzorze lub organizacji. Należy także zauważyć, że rosnąca świadomość pacjentów i ich determinacja w dochodzeniu swoich praw przekłada się na znaczący wzrost liczby pozwów, co prowadzi do sytuacji, w której kierownik – mimo braku bezpośredniego wpływu na każdy aspekt pracy personelu – ponosi konsekwencje decyzji i działań innych osób. Można zaryzykować stwierdzenie, że w takim układzie pełni on rolę „instytucjonalnej polisy ubezpieczeniowej", absorbującej skutki systemowych niedoskonałości, za które nikt inny nie chce lub nie może ponosić odpowiedzialności.

Odpowiedzialność karna – wynikająca z przepisów Kodeksu karnego[18], w tym art. 160, 231, 296, dotyczących m.in. narażenia życia i zdrowia pacjentów, nadużycia uprawnień czy działania na szkodę instytucji, przestępstwa przeciwko mieniu, przestępstwa urzędnicze oraz przestępstwa przeciwko dokumentacji.

Odpowiedzialność karna stanowi jeden z najbardziej dotkliwych i zarazem najbardziej stresogennych filarów odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego. Odnosi się do sytuacji, w których określone działania lub zaniechania mogą zostać zakwalifikowane jako przestępstwo w rozumieniu przepisów Kodeksu karnego, niezależnie od ich intencji, kontekstu organizacyjnego czy wpływu systemowego. Szczególne znaczenie mają tu przepisy odnoszące się do nadużycia uprawnień (art. 231 k.k.), narażenia na niebezpieczeństwo (art. 160 k.k.), działania na szkodę podmiotu leczniczego – nadużycie uprawnień (art. 296 k.k.), a także do odpowiedzialności za niedopełnienie obowiązków, korupcję i konflikt interesów (art. 228 k.k. i 229 k.k.), fałszerstwo dokumentów (art. 270 k.k.), czy ujawnienie tajemnicy zawodowej (art. 266 k.k.).

W praktyce karna odpowiedzialność kierownika może wynikać z szeroko rozumianej niegospodarności, naruszenia reguł ostrożności w zarządzaniu, niewłaściwego nadzoru nad personelem czy też niedopełnienia obowiązków w sytuacjach kryzysowych – takich jak brak interwencji w przypadku zagrożenia życia pacjenta lub dopuszczenie do działania w warunkach niebezpiecznych (np. prowadzenie prac remontowych na oddziale psychiatrycznym bez należytego zabezpieczenia). Zatem, chociaż błąd organizacyjny, polegający na nieprawidłowym zarządzaniu podmiotem leczniczym lub jego komórkami, może uzasadniać przypisanie winy kierownikowi, odpowiedzialność karna za takie błędy jest rzadkością w porównaniu z odpowiedzialnością cywilną[19].

Charakterystycznym rysem tej odpowiedzialności jest nieostrość granicy między błędem organizacyjnym a przestępstwem. W warunkach chronicznego niedofinansowania, niedoborów kadrowych i sprzecznych oczekiwań instytucjonalnych,

[18] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U.2025.383 t.j. z dnia 2025.03.26, dalej: k.k.).

[19] Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia. Część I: Niedomogi kadrowe.* Źródło: https://prawo.mp.pl/baza-wiedzy/zawod-lekarza-odpowiedzialnosc/288749,odpowiedzialnosc-karna-za-blad-organizacyjny-w-ochronie-zdrowia-czesc-i-niedomogi-kadrowe [22.07.2025].

decyzje podejmowane przez kierownika mogą, z perspektywy prokuratorskiej, zostać uznane za niedopełnienie obowiązków lub działanie na szkodę interesu publicznego, mimo braku zamiaru przestępnego czy winy umyślnej.

Obserwuje się, że kierownicy podmiotów leczniczych działają pod nieustanną presją potencjalnego postępowania karnego, które może zostać wszczęte nie tylko w wyniku realnych uchybień, ale również w wyniku zdarzeń losowych, na które kierownik nie miał faktycznego wpływu. System ten generuje zjawisko „paraliżu decyzyjnego", w którym obawa przed odpowiedzialnością karną przeważa nad gotowością do podejmowania ryzyka w imię dobra pacjenta lub optymalizacji działania placówki.

Wreszcie, zwrócić należy uwagę na pewną „kreatywność" prawa karnego w poszukiwaniu podmiotów odpowiedzialnych, nawet wtedy, gdy zawinienie jest wątpliwe, a stan faktyczny złożony. Istotnym elementem jest tutaj wskazanie zachowania sprawczego osoby, która popełniła dany czyn, oraz skutku, który nastąpił, a także wykazanie współzależności między tym zachowaniem a zaistniałym skutkiem. Należy wspomnieć, iż zgodnie z Kodeksem karnym obowiązuje zasada odpowiedzialności indywidualnej, oznacza to, że aby można było pociągnąć do odpowiedzialności karnej sprawcę danego czynu, czyn przez niego popełniony musi być spenalizowany, przez co należy rozumieć uznanie tego czynu za zabroniony lub wykroczenie[20]. Tym samym wskazać również należy, że w przypadku odpowiedzialności karnej każdy odpowiada za swoje działanie lub zaniechanie[21]. Zatem, odpowiedzialność jednostkowa w złożonym systemie organizacyjnym bywa instrumentem nie tyle naprawy, co poszukiwania winnych w sytuacji kryzysowej. W efekcie kierownik podmiotu leczniczego, mimo dobrej woli i braku zawinienia, może znaleźć się w roli oskarżonego, stając się ofiarą systemu, który sam miał nadzorować.

W kontekście odpowiedzialności karnej, błąd organizacyjny stanowi rosnące ryzyko dla kadry zarządzającej. Chociaż indywidualne błędy medyczne zazwyczaj prowadzą do odpowiedzialności karnej bezpośredniego sprawcy, koncepcja „błędu organizacyjnego" rozszerza ten zakres na poziom zarządzania. Oznacza to, że systemowe niedociągnięcia, takie jak niewystarczająca obsada kadrowa, brak odpowiednich procedur, a także niedoskonałości związane z finansowaniem systemu ochrony zdrowia, w konsekwencji mogą zostać przypisane kierownikowi, nawet jeśli nie był on bezpośrednio zaangażowany w czyn kliniczny. Zatem wymienione elementy kierownicy muszą traktować nie tylko jako kwestie efektywności, ale jako kluczową obronę przed potencjalnymi zarzutami karnymi wynikającymi z systemowych niedociągnięć. Ciekawym przykładem błędu organizacyjnego jest odpowiedzialność za pozostawienie ciała obcego w operowanym polu. W tym zakresie w teorii ugruntowała się – w latach 60. i 70. XX wieku – koncepcja kapitana na okręcie, analogiczna

[20] Pawłowski P., *Odpowiedzialność karna w związku ze współdziałaniem w procesie leczenia pacjenta*. Debiuty Naukowe Studentów Wyższej Szkoły Bankowej 2022; 21(21): 83–96.

[21] Aleksandrowicz P., *Zasady odpowiedzialności za nadzór nad lekarzem w trakcie specjalizacji*. Źródło: https://polisa.med.pl/zasady-odpowiedzialnosci-za-nadzor-nad-lekarzem-w-trakcie-specjalizacji,413.html [21.07.2025].

do konstrukcji odpowiedzialności kierownika zakładu w stosunkach pracy, zgodnie z którą kierownik odpowiadać ma za wszystkich i za wszystko. W zakresie zaszycia ciała obcego w ciele pacjenta także możemy mieć do czynienia z błędami o charakterze organizacyjnym, takimi jak nieprzydzielenie zadań członkom personelu w zakresie obowiązku liczenia materiałów czy niewłaściwa komunikacja pomiędzy członkami personelu[22].

W tym kontekście wypada jedynie zasygnalizować, że problematyka tzw. błędu organizacyjnego jest kategorią istotną z punktu widzenia odpowiedzialności kadry zarządzającej, która, choć często współwystępuje z błędami medycznymi, stanowi odrębne i obszerne zagadnienie. Wymaga ono szczegółowych rozważań zarówno teoretycznych, jak i praktycznych, zwłaszcza z uwagi na niejasności i kontrowersje, jakie budzi jego ujęcie systemowe. Na marginesie należy wskazać wyrok Sądu Rejonowego w Zgorzelcu z dnia 13.03.2013 r., sygn. akt II K 63/10, w którym sąd zauważa, że „błąd organizacyjny nie jest przypadkiem błędu w sztuce medycznej, choć może wiązać się z błędem technicznym, terapeutycznym czy diagnostycznym". Wyodrębnienie tego typu błędów ma znaczenie dla ustalenia kręgu osób ponoszących odpowiedzialność. Generalnie będą to osoby zawiadujące procesem diagnostyczno-leczniczym, które podejmują decyzje administracyjne i logistyczne na poszczególnych szczeblach. W zależności od zakresu działań, wymienia się wśród nich: kierowników danych zespołów na poziomie placówki medycznej (np. ordynatorów, kierowników zespołów operacyjnych, dyrektorów szpitali), organizatorów ochrony zdrowia w określonym regionie (np. wojewodowie) bądź też w skali kraju (np. minister zdrowia, prezes NFZ)[23].

Dla pełniejszego zrozumienia zakresu oraz przesłanek przypisania odpowiedzialności karnej kierownikowi podmiotu leczniczego na podstawie art. 160 k.k., konieczne jest uwzględnienie szerszego kontekstu prawnego, w jakim funkcjonuje osoba zarządzająca – zwłaszcza obowiązków wynikających z Kodeksu pracy w zakresie organizacji pracy i nadzoru nad personelem, odpowiedzialności cywilnej wywodzonej z art. 430 k.c. za działania podwładnych, jak również zasad zarządzania dotyczących delegowania uprawnień i sprawowania kontroli nad realizacją powierzonych zadań.

Odpowiedzialność dyscyplinarna – regulowana m.in. Ustawą o finansach publicznych[24] i Ustawą o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych[25] i odnosząca się do gospodarowania środkami budżetowymi. Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego za naruszenie dyscypliny finansów publicznych nie jest zagadnieniem fakultatywnym ani sytuacyjnym – wynika bezpośrednio z ustawowego obowiązku

[22] Malicka-Ochtera A., *Wpływ błędu organizacyjnego na odpowiedzialność karną lekarza*. Gubernaculum et Administratio 2023; 1(27): 135–150.

[23] Kubiak R., *Odpowiedzialność karna…*, op. cit.

[24] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U.2024.1530 t.j. z dnia 2024.10.16, dalej: u.f.p.).

[25] Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U.2024.104 t.j. z dnia 2024.01.29, dalej: u.n.d.f.p.).

przestrzegania reguł i zasad zarządzania środkami publicznymi, nałożonego na wszystkie jednostki sektora finansów publicznych. Art. 1 u.n.d.f.p. w sposób jednoznaczny definiuje zakres przedmiotowy tej regulacji: obejmuje ona zarówno zasady, jak i zakres odpowiedzialności, wskazuje właściwe organy oraz precyzuje procedurę prowadzenia postępowań w przypadkach naruszeń.

Co istotne, zgodnie z art. 2 u.n.d.f.p., dla rozumienia podstawowych pojęć i instytucji stosowanych w tej dziedzinie, odsyła bezpośrednio do definicji zawartych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Oznacza to, że pojęcia takie jak „plan finansowy", „wydatek", „kontrola zarządcza" czy „środki publiczne" należy rozpatrywać w ich legalnym, precyzyjnie określonym sensie, nie zaś w rozumieniu potocznym czy intuicyjnym. Należy też jednoznacznie wskazać, iż w rozumieniu art. 9 pkt 10 u.f.p. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką sektora finansów publicznych. To formalne zakwalifikowanie oznacza, że podmioty lecznicze podlegają nie tylko ogólnym przepisom prawa cywilnego i medycznego, ale również szczegółowym wymogom związanym z gospodarką środkami publicznymi, kontrolą zarządczą i sprawozdawczością budżetową. W kontekście jednostek ochrony zdrowia, w szczególności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, implikacja ta ma kluczowe znaczenie. Podmioty te, choć nierzadko funkcjonujące w warunkach niedoboru kadrowego i finansowego, nie są zwolnione z rygorystycznych obowiązków wynikających z przynależności do sektora finansów publicznych. Przeciwnie, ich kierownicy zobowiązani są do prowadzenia gospodarki finansowej zgodnie z przepisami obu wskazanych ustaw, co oznacza m.in. konieczność zachowania zasady legalizmu, przestrzegania limitów planów finansowych, racjonalnego gospodarowania zasobami oraz realizacji zadań publicznych przy zachowaniu kontroli zarządczej.

Z perspektywy analizy naukowej oznacza to, że każdy przypadek naruszenia dyscypliny finansów publicznych przez kierownika podmiotu leczniczego należy rozpatrywać nie tylko w kontekście skutków budżetowych, ale również jako rezultat systemowego napięcia między obowiązkami ustawowymi a realiami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Z powyższego wynika, że odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych stanowi szczególną, wyspecjalizowaną formę odpowiedzialności publicznoprawnej, której podstawę normatywną stanowią przede wszystkim przepisy wspomnianej ustawy.

Kierownik podmiotu leczniczego pełni w tym układzie funkcję pierwszoplanową jako osoba odpowiedzialna za ustalanie planów finansowych, podejmowanie decyzji o wydatkach, zawieranie umów i kontrolę nad realizacją zobowiązań finansowych. Każde działanie lub zaniechanie w tych obszarach może potencjalnie skutkować zakwalifikowaniem jako naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Katalog naruszeń dyscypliny finansów publicznych jest zamknięty i został określony w art. 5-18 d u.d.f.p. Typowe naruszenia, których może dopuścić się kierownik podmiotu leczniczego, obejmują między innymi:

— zaciąganie zobowiązań bez pokrycia w planie finansowym lub przekroczenie jego limitów,
— dokonywanie wydatków niecelowych, niegospodarnych lub nieuzasadnionych,
— nieterminowe regulowanie zobowiązań,
— niedochowanie należytej staranności przy zawieraniu umów,
— nieprzestrzeganie procedur udzielania zamówień publicznych, w tym opisanie przedmiotu zamówienia publicznego w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję,
— zaniechanie prowadzenia audytu wewnętrznego.

Postępowania w sprawach o naruszenie dyscypliny finansów publicznych prowadzone są przez właściwe organy, tj. komisje orzekające w sprawach o naruszenie dyscypliny finansów publicznych lub drugiej instancji – Główna Komisja Orzekająca w Sprawach o Naruszenie Dyscypliny Finansów Publicznych. Wymiar możliwych sankcji jest zróżnicowany: od upomnienia, przez nagany i kary pieniężne, aż po zakaz pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi na okres od roku do 5 lat. Ta ostatnia kara ma charakter wyjątkowo dotkliwy. Warto przy tym zauważyć, że odpowiedzialność ta nie wymaga stwierdzenia winy umyślnej – wystarczające może być niedochowanie wymaganej staranności, co czyni kierownika szczególnie narażonym na sankcje, nawet w sytuacjach, gdy działania były podejmowane w dobrej wierze, lecz bez pełnej świadomości konsekwencji prawno-finansowych.

Na tle coraz bardziej złożonych realiów finansowania ochrony zdrowia, obserwuje się narastający antagonizm pomiędzy literalną zgodnością działań kierowniczych z obowiązującymi przepisami prawa a imperatywem zapewnienia nieprzerwanej dostępności świadczeń zdrowotnych. Konflikt ten nie jest już jedynie abstrakcyjnym problemem doktrynalnym, lecz staje się codziennym wyzwaniem o wysokim ciężarze decyzyjnym, szczególnie w instytucjach funkcjonujących w stanie permanentnych niedoborów kadrowych, materiałowych i infrastrukturalnych, które pozostają w sprzeczności z rygorystycznymi wymogami ustawy o finansach publicznych.

Dotyczy to w szczególności sytuacji krytycznych, takich jak konieczność zakupu leków ratujących życie, aparatury diagnostycznej lub terapeutycznej w następstwie jej nagłej awarii, które wymagają natychmiastowej reakcji. Tymczasem obowiązujące procedury, w tym tryb aktualizacji planu finansowego i inwestycyjnego zgodny z przepisami ustawy o finansach publicznych, charakteryzują się dużą czasochłonnością i formalizmem, a potrzeba interwencji jest natychmiastowa. W konsekwencji kierownik podmiotu leczniczego staje przed dramatycznym wyborem pomiędzy działaniem zgodnym z interesem zdrowotnym pacjenta a przestrzeganiem reżimu normatywnego, którego naruszenie może skutkować poważnymi konsekwencjami, zarówno dyscyplinarnymi (na gruncie ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych), a potencjalnie także karnymi (np. w postaci zarzutów niegospodarności czy błędu organizacyjnego).

Decyzja podejmowana w takich okolicznościach przybiera charakter wyboru tragicznego, nie pomiędzy dobrem a złem, lecz pomiędzy dwiema formami zła:

potencjalnym zagrożeniem dla zdrowia lub życia pacjenta a narażeniem się na wielowymiarową odpowiedzialność osobistą. Co istotne, konstrukcja systemu prawnego nie przewiduje adekwatnych mechanizmów kompensacyjnych ani ścieżek wsparcia dla osób zarządzających, które zmuszone są do podejmowania decyzji w warunkach systemowego niedoboru i niedostosowania instrumentarium legislacyjnego do realiów klinicznych.

W tym świetle nasuwa się analogia do pozycji „króla szachowego", figury pozostającej na planszy, lecz pozbawionej jakiejkolwiek możliwości ruchu. Taka sytuacja prowadzi do zasadniczego pytania o racjonalność systemu prawnego, który wymaga lojalności wobec formalizmu nawet wówczas, gdy staje on w kolizji z nadrzędną wartością, jaką jest ochrona życia ludzkiego. Pytanie to, z pozoru retoryczne, staje się kluczowym zagadnieniem *de lege ferenda*: czy prawo, które zmusza do dylematów moralnych bez wyjścia, wciąż można postrzegać jako narzędzie racjonalnego zarządzania w ochronie zdrowia?

Wyposażenie prawa w realną siłę sprawczą stanowi warunek konieczny jego skuteczności. Pozbawione tej siły – pozostaje, jak trafnie zauważano, może i szlachetnym, lecz w istocie bezsilnym życzeniem lub bezskutecznym frazesem[26]. W realiach ochrony zdrowia prawo coraz częściej bywa właśnie takim frazesem – milczącym wobec dramatów zarządczych, zbyt abstrakcyjnym wobec konkretu życia i zbyt surowym wobec tych, którzy próbują ratować system przed jego własną niewydolnością.

W ten sposób kierownik zostaje postawiony przed dylematem: dobro pacjenta czy literalna zgodność z przepisami? Odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych ilustruje zatem napięcie między misją zarządzania instytucją medyczną a technokratycznym nadzorem nad środkami publicznymi – napięcie, które coraz częściej rozstrzygane jest nie na korzyść zarządzających, lecz na rzecz formalistycznej interpretacji przepisów.

Odpowiedzialność administracyjna – związana z naruszeniami przepisów regulujących funkcjonowanie placówek medycznych, kontrolowanych przez NFZ, SANEPID, RPP, NIK czy PIP. Odpowiedzialność administracyjna kierownika podmiotu leczniczego ma charakter instytucjonalny i wieloobszarowy, wynikający z obowiązku zapewnienia zgodności działania podmiotu z wymogami licznych, często niezależnych od siebie, reżimów administracyjnoprawnych. Jej specyfika polega na tym, że konsekwencje nieprawidłowości mają charakter nie karny, lecz sankcyjno-regulacyjny, przybierają formę decyzji administracyjnych, kar pieniężnych, zakazów, cofnięcia zezwoleń lub zaleceń pokontrolnych.

Najbardziej podstawowy zakres odpowiedzialności administracyjnej wyznacza Ustawa o działalności leczniczej, która określa wymogi dotyczące organizacji, wyposażenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych. Niezapewnienie odpowiednich warunków udzielania świadczeń zdrowotnych – jak brak odpowiedniego sprzętu, niedobór wykwalifikowanego personelu czy nieprzestrzeganie obowiązujących standardów może np. skutkować nałożeniem kar pieniężnych.

[26] Charzyński R., *Moc obowiązująca prawa…*, op. cit.

W praktyce kierownik ponosi także odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1320, dalej: pzp), co jest szczególnie istotne w jednostkach finansowanych ze środków publicznych. Nieprawidłowości w procedurach przetargowych – np. błędne określenie kryteriów, brak jawności postępowania czy niedopełnienie obowiązków publikacyjnych – mogą prowadzić do unieważnienia przetargu, nałożenia kar finansowych przez prezesa Urzędu Zamówień Publicznych, a nawet stanowić przesłankę odpowiedzialności karnej, gdy działania te noszą znamiona przestępstwa (np. zmowy przetargowej, nadużycia uprawnień).

Równie istotnym obszarem odpowiedzialności są przepisy Prawa farmaceutycznego[27] (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 750) oraz ustawy o wyrobach medycznych, które nakładają na podmioty lecznicze obowiązek zapewnienia prawidłowego przechowywania, obrotu oraz stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Zaniedbania w tym zakresie mogą skutkować sankcjami ze strony Inspekcji Farmaceutycznej lub Sanitarnej, a także wpływać na bezpieczeństwo pacjentów.

Wymiar administracyjny odpowiedzialności kierownika obejmuje również przestrzeganie przepisów prawa pracy[28], zwłaszcza w kontekście norm dotyczących czasu pracy, wynagrodzeń, bezpieczeństwa i higieny pracy. Państwowa Inspekcja Pracy, jako organ nadzorczy, może nałożyć na kierownika administracyjne kary pieniężne lub skierować sprawę do sądu karnego w przypadku stwierdzenia istotnych naruszeń.

Nie mniej istotna jest odpowiedzialność wynikająca z przepisów o ochronie danych osobowych (RODO). W tym zakresie kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za wdrożenie procedur gwarantujących bezpieczeństwo danych medycznych oraz za zgłaszanie naruszeń do organu nadzorczego. Niedopełnienie tych obowiązków może skutkować administracyjnymi karami pieniężnymi nakładanymi przez prezesa UODO.

Wreszcie, kierownik ponosi odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów prawa ochrony środowiska, w szczególności w zakresie gospodarki odpadami medycznymi, utylizacji materiałów zakaźnych oraz spełniania wymogów sanitarno-higienicznych. Inspekcja Sanitarna oraz Inspekcja Ochrony Środowiska mają prawo do przeprowadzania kontroli i nakładania sankcji w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości.

W rezultacie kierownik podmiotu leczniczego funkcjonuje w gąszczu obowiązków administracyjnoprawnych, których niespełnienie – niezależnie od intencji – skutkuje konsekwencjami formalnymi, nierzadko o poważnym wymiarze organizacyjnym i finansowym. Ten rodzaj odpowiedzialności wymaga od osoby zarządzającej nie tylko znajomości przepisów, lecz także sprawnego systemu kontroli wewnętrznej, zdolności do szybkiego reagowania na zmiany legislacyjne oraz umiejętności zarządzania zgodnością (*compliance*)[29].

[27] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2025.750 t.j. z dnia 2025.06.06).

[28] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2025.277 t.j. z dnia 2025.03.06, dalej: k.p.).

[29] Wiatrak L., *Zarządzanie zgodnością compliance w jednostkach administracji publicznej*. ZN WSH Zarządzanie 2021; 2: 129–145; Jones J., *What Does a Compliance Officer Do in Healthcare?* Źródło: https://medtrainer.com/blog/what-does-a-compliance-officer-do-in-healthcare/?utm_source=chatgpt.com [22.07.2025].

Odpowiedzialność etyczna – odwołująca się do norm zawodowych i odpowiedzialności przed samorządami zawodowymi oraz wewnętrznymi kodeksami etyki. Odpowiedzialność etyczna stanowi wymiar zarządzania, który choć trudniejszy do uchwycenia w kategoriach formalnych, pozostaje fundamentalny z punktu widzenia praktyki kierowniczej, kultury organizacyjnej oraz osobistej integralności osoby zarządzającej. W przeciwieństwie do odpowiedzialności cywilnej, karnej czy administracyjnej, nie opiera się na jednoznacznie zdefiniowanych normach prawnych, lecz na normach moralnych i wartościach, które kierownik internalizuje w procesie sprawowania funkcji.

W tym kontekście kierownik podmiotu leczniczego staje niejednokrotnie w obliczu poważnych dylematów etycznych, których nie da się rozwiązać za pomocą przepisów ani procedur. Dotyczy to w szczególności sytuacji skrajnych – jak konieczność wyboru między ratowaniem życia konkretnego pacjenta a ograniczeniami budżetowymi, zawieszanie procedur z przyczyn systemowych czy równoważenie potrzeb personelu z interesem publicznym. Kierownik zmuszony jest wówczas podejmować decyzje nie w oparciu o jednoznaczne kryteria prawne, lecz o konfliktujące ze sobą wartości, np. dobro pacjenta kontra odpowiedzialność finansowa, czy etyka zawodowa kontra przepisy regulujące gospodarowanie środkami.

Szczególne znaczenie mają tutaj relacje między etyką zarządzania a etyką medyczną. Kierownik, często niebędący lekarzem, wchodzi w przestrzeń, w której musi rozumieć i respektować zasady bioetyki, jednocześnie nie tracąc z pola widzenia zobowiązań wynikających z logiki systemu zarządzania. Konflikt tych dwóch perspektyw bywa źródłem głębokiej frustracji i napięcia wewnętrznego, zwłaszcza gdy decyzje wymuszone przez system są niezgodne z osobistym kompasem moralnym kierownika.

W literaturze przedmiotu zjawisko to określane jest mianem wypalenia etycznego (*moral distress*), które pojawia się wówczas, gdy jednostka ma świadomość, co byłoby moralnie słuszne, lecz z powodów instytucjonalnych, prawnych lub ekonomicznych nie może podjąć zgodnych z tym przekonaniem działań[30]. U kierowników podmiotów leczniczych może to prowadzić do długofalowego obniżenia poczucia sensu wykonywanej funkcji, a w konsekwencji do psychicznego wyczerpania i rezygnacji z pełnienia funkcji zarządczych.

Zjawisko to odsłania swoisty paradoks systemowy: oczekuje się od kierownika postawy etycznej, odpowiedzialności moralnej i wrażliwości na dobro pacjenta, lecz jednocześnie umieszcza się go w strukturze, która często nie pozwala na realizację tych postulatów bez kosztów osobistych lub instytucjonalnych. Kierownik zmuszony jest więc często nie tyle wybierać między dobrem a złem, co dokonywać wyboru „mniejszego zła", co samo w sobie stanowi etyczny ciężar i obciążenie psychiczne.

[30] Morley G., *Whatis "moraldistress" in nursing? How, can and should we respond to it?* Journal of Clinical Nursing 2018; 27(19–20): 3443–3445; Epstein E.G., Hamric A.B., *Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect*. The Journal of Clinical Ethics 2009; 20(4): 330–342; Jameton A., *What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care.* AMA Journal of Ethics 2017; 19(6): 617–628.

Odpowiedzialność etyczna, choć nieformalna, przenika zatem wszystkie pozostałe obszary odpowiedzialności, stanowiąc ich milczące tło i jednocześnie poddając je osądowi z perspektywy moralnej. Jej istnienie i znaczenie nie są mierzalne w kategoriach prawa, lecz determinują jakość i kierunek decyzji podejmowanych na poziomie zarządczym – szczególnie w środowisku tak wrażliwym, jakim jest opieka zdrowotna.

Odpowiedzialność wizerunkowa – coraz istotniejsza w dobie mediów i oceny społecznej, dotykająca reputacji jednostki i całej placówki. Współczesne środowisko informacyjne, zdominowane przez platformy społecznościowe, błyskawiczny obieg informacji oraz łatwość publikacji opinii w przestrzeni publicznej, wprowadza nowy wymiar odpowiedzialności kierowniczej – odpowiedzialność wizerunkową. Choć nieuregulowana wprost w przepisach prawa, ma ona realne i coraz bardziej wymierne konsekwencje zarówno dla funkcjonowania placówki, jak i pozycji samego kierownika.

Kierownik podmiotu leczniczego staje się *de facto* publiczną twarzą instytucji, kojarzoną z jej jakością, bezpieczeństwem, poziomem komunikacji oraz kulturą organizacyjną. W sytuacjach kryzysowych – niezależnie od faktycznego zakresu wpływu – to on najczęściej jest adresatem roszczeń społecznych, medialnych i politycznych. Niewielki błąd organizacyjny, przypadek nieetycznego zachowania pracownika czy choćby nieprecyzyjna informacja potrafią szybko urosnąć do rangi „wizerunkowego kryzysu", który kierownik musi samodzielnie rozwiązywać, często bez przygotowania i bez systemowego wsparcia.

Szczególnie niepokojące są tu mechanizmy związane z wirtualną rekonstrukcją rzeczywistości – opinie, komentarze i nagrania na platformach społecznościowych zyskują ogromny zasięg, choć często są fragmentaryczne lub zniekształcone. Percepcja zastępuje fakt, a zarządzanie reputacją staje się równie istotne jak zarządzanie finansami czy ryzykiem prawnym. Kierownik, nawet jeśli nie ponosi winy za dane zdarzenie, jest postrzegany jako odpowiedzialny za jego skutki. Taki stan rzeczy może prowadzić do nadmiernego obciążenia psychicznego, presji moralnej i wypalenia, porównywalnego do tego opisywanego w kontekście *moral distress*.

W literaturze zarządzania instytucjami publicznymi wskazuje się, że reputacja jest jednym z najcenniejszych, ale też najdelikatniejszych aktywów organizacji, zwłaszcza w sektorze usług społecznych[31]. Jej utrata pociąga za sobą skutki nie tylko komunikacyjne, ale także strategiczne – w tym spadek zaufania pacjentów, utratę personelu, ograniczenia w pozyskiwaniu partnerów i pogorszenie pozycji negocjacyjnej wobec płatników.

Tymczasem wiele podmiotów leczniczych nie posiada profesjonalnych narzędzi do zarządzania reputacją – brak procedur komunikacji kryzysowej, niedostateczna obecność w przestrzeni medialnej, niedobór szkoleń z zakresu relacji z otoczeniem zewnętrznym.

[31] Skiba M., *Kryzys wizerunkowy w erze social mediów – wyzwania dla zarządzania*. Źródło: https://marcinskiba.pl/kryzys-wizerunkowy-wyzwania-era-social-mediow/, [20.07.2025].

W konsekwencji to właśnie kierownik przejmuje rolę „rzecznika kryzysowego" bez przygotowania, co wzmacnia osobiste ryzyko związane z pełnioną funkcją[32].

Wizerunek instytucji ochrony zdrowia przestaje być jedynie kwestią PR – staje się komponentem odpowiedzialności zarządczej, nad którą nie ma formalnych narzędzi kontroli, ale której skutki są niekiedy bardziej dotkliwe niż konsekwencje natury administracyjnej czy karnej. Odpowiedzialność wizerunkowa – paradoksalnie niewidzialna w przepisach – coraz częściej determinuje realną trwałość mandatu kierowniczego w placówkach leczniczych.

Odpowiedzialność psychospołeczna – często pomijana, ale realna odpowiedzialność za atmosferę pracy, relacje zespołowe, poziom stresu personelu i bezpieczeństwo psychiczne zatrudnionych.

Współczesny system ochrony zdrowia, funkcjonujący pod ciągłą presją niedoboru zasobów, napięć systemowych oraz dynamicznych oczekiwań społecznych, coraz wyraźniej uwidacznia potrzebę analizy nie tylko prawnych i organizacyjnych aspektów zarządzania, ale również tych związanych z dobrostanem psychicznym i społecznym pracowników. W tym kontekście odpowiedzialność psychospołeczna kierownika nabiera charakteru strategicznego i systemowego, choć wciąż pozostaje jedną z najmniej dostrzeganych i uregulowanych form odpowiedzialności.

Kierownik podmiotu leczniczego pełni bowiem nie tylko funkcję organizatora procesów medycznych i administratora zasobów, ale także, często nieformalnie, strażnika klimatu organizacyjnego. Ma realny wpływ na to, czy środowisko pracy sprzyja poczuciu bezpieczeństwa, zaufania i wzajemnego szacunku, czy też prowadzi do chronicznego stresu, frustracji i konfliktów. Coraz więcej badań wskazuje, że instytucje medyczne należą do tzw. środowisk wysokiego ryzyka psychospołecznego z uwagi na dużą odpowiedzialność zawodową, częsty kontakt z ludzkim cierpieniem oraz niejednoznaczność decyzyjną, która generuje tzw. *moral distress*, czyli stan, w którym osoba ma świadomość tego, co byłoby etycznie słuszne, lecz nie ma możliwości działania w zgodzie z tym przekonaniem[33].

Zjawisko *moral distress*, choć szeroko opisywane w kontekście zawodów medycznych, coraz częściej dotyczy również kadry kierowniczej. Kierownik, zmuszony do podejmowania decyzji w warunkach sprzecznych oczekiwań – ze strony personelu, pacjentów, płatnika i właściciela – sam staje się ofiarą systemowych napięć, które prowadzą do wypalenia zawodowego, obniżenia motywacji a nawet rezygnacji z funkcji kierowniczych. W publikacjach poświęconych zarządzaniu zdrowiem publicznym wskazuje się, że wypalenie liderów opieki zdrowotnej coraz częściej ma charakter instytucjonalny i systemowy, a nie jedynie jednostkowy[34].

[32] Tworzydło D., *Jak skutecznie przeprowadzić organizację przez kryzys wizerunkowy.* W Ogniu Kryzysu 2021; 5.

[33] Hertelendy A.J., *Mitigating Moral Distress in Leaders of Healthcare Organizations: A Scoping Review.* Journal of Healthcare Management 2022; 67(5): 380–402; Epstein E.G., Hamric A.B., *Moral Distress…,* op. cit.

[34] Galletta M., Portoghese I., D'Aloja E. et al., *Relationship between job burnout, psychosocial factors and healthcare-associated infections in critical care units*. Intensive and Critical Care Nursing 2016; 34: 51–58; Hertelendy A.J., *Mitigating Moral…,* op. cit.

W ramach odpowiedzialności psychospołecznej kierownik powinien nie tylko dostrzegać ryzyka psychologiczne występujące w zespole, ale aktywnie im przeciwdziałać. Koncepcja bezpieczeństwa psychospołecznego w miejscu pracy *psychosocial safety climate* (PSC), rozwijana m.in. przez Dollarda i Bakker[35], wskazuje, że to właśnie styl zarządzania, polityka instytucji oraz komunikacja kierownictwa mają największy wpływ na poczucie bezpieczeństwa psychicznego pracowników. PSC to nie tylko klimat pracy, ale mierzalny wskaźnik zarządzania ryzykiem psychospołecznym, który – jak pokazują badania – koreluje z poziomem rotacji kadr, absencją, a nawet jakością opieki medycznej[36].

W tym ujęciu odpowiedzialność psychospołeczna nie może być postrzegana jako „miękka" kompetencja, lecz jako kluczowy wymiar kompetencji zarządczych. Brak działań w tym zakresie może prowadzić do kaskadowych skutków: obniżenia morale, eskalacji konfliktów wewnętrznych, pogorszenia wizerunku instytucji oraz wzrostu liczby błędów organizacyjnych i medycznych. Ostatecznie cierpią na tym zarówno pracownicy, jak i pacjenci. Kierownik, który dostrzega rolę psychospołecznych uwarunkowań pracy, nie tylko przeciwdziała wypaleniu i absencjom, ale aktywnie buduje odporność organizacyjną (*organizational resilience*)[37]. Staje się tym samym nie tylko liderem struktury, ale także liderem wartości, co w kontekście instytucji medycznej oznacza powrót do humanistycznych fundamentów ochrony zdrowia.

Właśnie ta wielość i czasami niespójność źródeł odpowiedzialności powoduje, że kierownik znajduje się w permanentnym stanie podatności na konsekwencje cudzych błędów lub strukturalnych niedoskonałości systemu. Pomiędzy winą a karą istnieje dramatyczna luka: zbyt często to kara następuje pierwsza, a pytanie o rzeczywistą winę, jeśli w ogóle, pojawia się później, w cieniu mechanicznie wdrożonych procedur kontrolnych.

Podsumowując przeprowadzoną analizę, należy stwierdzić, że odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego nie jest zjawiskiem jednowymiarowym ani możliwym do wyczerpującego opisania w granicach jednej dziedziny prawa. Przeciwnie – jest to konstrukcja rozpięta między wieloma reżimami normatywnymi, organizacyjnymi i aksjologicznymi, których współistnienie nie tylko zwiększa ciężar decyzyjny kierownika, ale i znacząco komplikuje jego sytuację prawną i etyczną. Kierownik staje się figurą o silnym zabarwieniu symbolicznym: z jednej strony wykonuje władzę zarządczą w imieniu państwa lub właściciela, z drugiej – ponosi indywidualne konsekwencje za systemowe niedoskonałości, nie zawsze mając realny wpływ na ich źródła.

[35] Dollard M.F., Bakker A.B., *Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement.* Journal of Occupational & Organizational Psychology 2010; 83(3): 579–599.

[36] Por. *Psychosocial risks and mental health at work*. European Agency for Safety and Health at Work, 2023. Źródło: https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health?utm_source=chatgpt.com [22.07.2025].

[37] Xiao L., Cao H., *Organizational Resilience: The Theoretical Model and Research Implication*. ITM Web of Conferences 2017; 12: 1–4.

Tym, co szczególnie wybrzmiewa w analizie siedmiu filarów odpowiedzialności, jest brak spójności między oczekiwaniami systemu a instrumentami, które kierownik ma do dyspozycji. Ustawodawstwo – mimo licznych przepisów – często nie precyzuje zakresu odpowiedzialności w sposób praktycznie użyteczny, pozostawiając kierownika w przestrzeni domniemań, interpretacji i presji społecznej. Szczególnie wyraźne jest to w obszarach odpowiedzialności psychospołecznej i wizerunkowej, gdzie ciężar odpowiedzialności rośnie mimo braku formalnych regulacji. Jak pokazują badania Hertelendiego i współautorów, liderzy w ochronie zdrowia doświadczają moralnego napięcia i wypalenia nie z powodu braku etyki, lecz wskutek kolizji etycznych zasad z wymogami instytucjonalnymi, co prowadzi do pogłębionego kryzysu zarządzania w sektorze zdrowia publicznego[38].

Rozdział ten ma na celu nie tylko uporządkowanie złożonych warstw odpowiedzialności, lecz także ukazanie ich praktycznego wymiaru: jak wpływają na sposób zarządzania, podejmowania decyzji, relacje z personelem i, niekiedy na motywację do dalszego pełnienia funkcji. To także zaproszenie do dalszej refleksji: czy system, który nakłada tak rozproszoną i niejednoznaczną odpowiedzialność, rzeczywiście sprzyja jakości, czy raczej generuje atmosferę ostrożnego unikania decyzji? Bez takich działań odpowiedzialność, nawet jeżeli opisana w przepisach, pozostanie instrumentem o charakterze opresyjnym, a nie racjonalnym.

4. Studia przypadków – rzeczywistość prawna w praktyce

Rozdział ten poświęcony jest analizie wybranych przypadków zastosowania sankcji wobec kierowników podmiotów leczniczych w świetle obowiązujących regulacji prawnych. Przykłady te ukazują, w jakim stopniu normy prawne – zarówno w swojej treści, jak i w sposobie ich stosowania – przystają do realiów zarządzania placówką ochrony zdrowia. Opisywane sytuacje nie są próbą podważenia zasad odpowiedzialności, lecz raczej ilustracją rozbieżności pomiędzy intencjami ustawodawcy a praktyką instytucjonalną.

Celem rozdziału jest nie tylko przedstawienie kazuistyki, ale też zwrócenie uwagi na to, jak odpowiedzialność prawna – choć formalnie indywidualna – bywa w praktyce efektem sprzężeń zwrotnych między prawem, organizacją i ograniczonymi zasobami. Wnioski płynące z tych analiz mogą stanowić istotny przyczynek do dyskusji o konieczności rewizji niektórych mechanizmów odpowiedzialności w sektorze ochrony zdrowia, nie w duchu ich zniesienia, lecz większego dostosowania do kontekstu działania podmiotów leczniczych.

Poniżej, w sposób kazuistyczny, zostaną zaprezentowane rzeczywiste przypadki, które ukazują złożoność i niejednoznaczność odpowiedzialności kierowników podmiotów leczniczych w zderzeniu z obowiązującym porządkiem prawnym oraz praktyką.

[38] Hertelendy A.J., *Mitigating Moral…*, op. cit.

W jednej ze spraw pacjent Oddziału Psychiatrycznego wniósł skargę dotyczącą prowadzonych prac remontowo-budowlanych. Zwrócił uwagę, że podczas wiążących się z tym robót „po oddziale poruszały się ciężarówki", co według jego relacji spowodowało pogorszenie samopoczucia zarówno u niego, jak i u personelu, oraz wpłynęło niekorzystnie na stan zdrowia pacjentów i personelu. Na podstawie takiego zawiadomienia Prokuratura Okręgowa w L. wszczęła śledztwo. Podjęte śledztwo obejmowało dwa aspekty odpowiedzialności: pierwszy – art. 160 § 2 k.k., tj. narażenie człowieka na niebezpieczeństwo, w sytuacji jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo oraz drugi – art. 231 § 1 k.k., tj. nadużycie uprawnień przez funkcjonariusza publicznego, który, przekraczając swoje uprawnienia lub nie dopełniając obowiązków, działa na szkodę interesu publicznego lub prywatnego. Jako uzasadnienie wymienionych czynów wskazano, iż śledztwo obejmowało narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez personel SPZOZ poprzez niewłaściwe zastosowanie terapii oraz opieki medycznej, w tym niezapewnienie warunków bytowych związanych z przebiegiem procesu leczenie, tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. oraz przekroczenia uprawnień i niedopełnienie obowiązków przez dyrekcję SPZOZ poprzez dopuszczenie do prac remontowo-budowlanych w obrębie Oddziału Psychiatrycznego w sytuacji gdy prace takie oddziaływały negatywnie na pacjentów oraz personel tam zatrudniony, działając w ten sposób na szkodę interesu prywatnego tych osób, tj. o czyn z art. 231 § 1 k.k.

Na marginesie niniejszych rozważań warto odnotować, że kierownik podmiotu leczniczego, choć odpowiada jak funkcjonariusz publiczny zgodnie z dyspozycją art. 231 k.k., to nie korzysta z adekwatnej ochrony prawnej przewidzianej w art. 222 i 226 k.k., co budzi poważne wątpliwości aksjologiczne. Na tym tle judykatura wydaje się skłaniać do stanowiska wyrażonego przez Sąd Apelacyjny w Krakowie w postanowieniu z dnia 03.02.2000 r., sygn. II AKz 2/00, iż *Dyrektor szpitala publicznego nie jest funkcjonariuszem publicznym, bo szpital nie jest instytucją z art. 115 § 13 pkt 6 k.k., a zakładem świadczącym usługi lecznicze, podobnie jak inne państwowe zakłady usługowe, równie niezbędne dla społeczeństwa*. Podobne stanowisko zajął następnie Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały siedmiu sędziów z 20 czerwca 2001 r. sygn. akt I KZP 5/01. Stanowisko to, które Sąd Rejonowy w Radomsku w wyroku z dnia 02.11.2016 r., sygn. akt VI K 38/16 podzielił w całej rozciągłości, zaznaczając, iż nie doczekało się ono do dziś jakiejkolwiek krytyki, w związku z czym należy je uznać za obowiązujące. W przypadku dyrektora szpitala można mówić co najwyżej o osobie pełniącej funkcję publiczną w rozumieniu art. 115 § 19 k.k., co jest pojęciem szerszym niż funkcjonariusz publiczny. Reasumując – skoro przestępstwo opisane w art. 231 § 1 k.k. należy do kategorii przestępstw indywidualnych, to dyrektor nie może być jego podmiotem, albowiem nie jest funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 k.k. Na marginesie niniejszych rozważań warto wskazać, iż definicja funkcjonariusza publicznego znajduje się w art. 115 § 13 k.k. i obejmuje ściśle określoną, enumeratywnie wymienioną listę osób.

W świetle przeprowadzonej analizy wyłania się kolejny, głęboko niepokojący paradoks odpowiedzialności osób zarządzających podmiotami leczniczymi. Dyrektor SPZOZ, choć bezsprzecznie pełni funkcję publiczną w rozumieniu art. 115 § 19 k.k., nie korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych w art. 222 i 226 k.k., mimo że potencjalnie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 231 k.k., który to przepis zastrzeżony jest właśnie dla funkcjonariuszy publicznych. Powstaje zatem systemowa sprzeczność, w której jedna rola (dyrektorska) generuje obowiązki i sankcje z reżimu prawa karnego, druga zaś (formalny status osoby pełniącej funkcję publiczną) pozbawia tej samej osoby ochrony, która powinna towarzyszyć wykonywaniu funkcji publicznych pod presją społeczno-prawną.

Judykatura – w tym utrwalone, a przywołane już wcześniej, stanowiska Sądu Apelacyjnego w Krakowie (II AKz 2/00), Sądu Najwyższego z 2001 r. oraz Sądu Rejonowego w Radomsku (VI K 38/16) – konsekwentnie odmawia zaliczenia dyrektora szpitala do katalogu funkcjonariuszy publicznych z art. 115 § 13 k.k. W efekcie, choć dyrektor może ponosić odpowiedzialność za „działanie na szkodę interesu publicznego" jako osoba sprawcza, nie może już korzystać z ochrony przed znieważeniem czy naruszeniem nietykalności przysługującej policjantowi, nauczycielowi czy lekarzowi, których status prawny został precyzyjnie określony.

Z naukowego punktu widzenia mamy tu do czynienia z obszarem niemal całkowicie pominiętym w dotychczasowej doktrynie, zarówno prawnokarnej, jak i administracyjnej. Brakuje pogłębionej refleksji nad sytuacją, w której osoba ponosi konsekwencje przypisane ustawowo funkcjonariuszom publicznym, ale nie korzysta z żadnego z przywilejów czy mechanizmów ochronnych przysługujących tej kategorii osób. To milczenie doktryny oraz nieprzejrzystość legislacyjna generują kolejny przykład systemowego przeciążenia kierowników podmiotów leczniczych – odpowiedzialnością asymetryczną, pozbawioną realnego wsparcia prawnego.

Wnioskiem końcowym, który narzuca się w świetle przywołanych faktów, jest potrzeba uporządkowania tego obszaru – choćby poprzez ustawowe doprecyzowanie statusu osób kierujących SPZOZ-ami w relacji do systemu prawa karnego, lub *de lege ferenda* – poprzez wprowadzenie ochrony karnej analogicznej do tej, jaką objęci są funkcjonariusze publiczni. W przeciwnym razie osoby te będą nadal funkcjonować w warunkach aksjologicznej nierównowagi: odpowiedzialność bez ochrony, ryzyko bez rekompensaty, służba bez prawa do bezpieczeństwa prawnego.

Wracając do opisanej powyżej sprawy, pomimo utrwalonego stanowiska, w wyroku Sądu Rejonowego w Radomsku, Prokuratura Okręgowa w L. stosuje rozrzedzające stanowisko i potencjalnie stawia kierownikowi podmiotu leczniczego zarzut z art. 231 § 1 k.k. W omawianym przypadku, po prowadzeniu postępowania prokuratura postanowiła jednak umorzyć śledztwo. Kluczowym argumentem było ustalenie, że prace przeprowadzano na drugim piętrze niepowiązanym bezpośrednio z miejscem pobytu pacjenta, a remont nie skutkował rzeczywistym zagrożeniem. Jednocześnie sprawa ta doskonale ilustruje, że czynności remontowe same w sobie nie wywołują

odpowiedzialności karnej, o ile nie towarzyszy im rzeczywiste ryzyko zdrowotne. To stanowisko również znajduje potwierdzenie w doktrynie i orzecznictwie – aby prawidłowo zastosować art. 160 § 2 k.k., muszą istnieć przesłanki faktyczne oraz związek przyczynowy między pracą a zagrożeniem.

Przedmiotowy kazus ilustruje ograniczenia stosowania karnej odpowiedzialności za prace remontowe w szpitalu. Sam fakt, że remont niesie potencjalny dyskomfort – nie jest wystarczającym dowodem. Daje to obraz dobrze udokumentowanej, konsekwentnej i naukowo uzasadnionej analizy kazuistycznej, wpisanej w szerszy kontekst orzecznictwa i narzucającej pytania o adekwatność odpowiedzialności karno-organizacyjnej w środowisku medycznym.

Kolejny przypadek unaocznia inny, nie mniej skomplikowany aspekt zarządzania podmiotem leczniczym – ustalanie wynagrodzeń pracowników działalności podstawowej. Tym razem to pozornie rutynowa kwestia wysokości wynagrodzenia zasadniczego prowadzi do sporu sądowego, który ponownie obciąża dyrektora odpowiedzialnością za niespójność systemu prawnego.

Tę szczególną uwagę w analizie regulacji wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia przykuwa napięcie normatywne pomiędzy przepisami o charakterze ogólnym, w szczególności ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy oraz ustawą z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę[39] a przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych[40], która – zgodnie z wolą ustawodawcy wyrażoną w uzasadnieniu – ma charakter *lex specialis* w stosunku do wcześniejszych aktów normatywnych regulujących kwestię wynagrodzeń.

Ten kazus doskonale pokazuje konflikt regulacyjny. Ilustracją tej trudności jest jednoczesne obowiązywanie przepisów ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Pierwsza z nich, jako regulacja powszechna, określa minimalny poziom wynagrodzenia pracownika, a jej nowelizacja z 2020 r. wyłączyła m.in. dodatek za staż pracy z katalogu składników zaliczanych do płacy minimalnej. Druga, jako *lex specialis*, narzuca podmiotom leczniczym sposób ustalania wynagrodzenia zasadniczego za pomocą współczynników przypisanych do grup pracowników, niezależnie od zmian w systemie powszechnym.

To zderzenie dwóch aktów prawnych, o odmiennym charakterze i odmiennych celach normatywnych, stworzyło grunt dla niejednoznacznych interpretacji i poważnych wątpliwości praktycznych. W efekcie, mimo formalnego respektowania regulacji szczególnej, pracodawcy mogą zostać postawieni w stan zarzutu naruszenia

[39] Ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U.2024.1773 t.j. z dnia 2024.12.03).

[40] Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U.2022.2139 t.j. z dnia 2022.10.19).

przepisów ogólnych. To właśnie taka sytuacja była kanwą niniejszej sprawy, w której zawiadomienie Państwowej Inspekcji Pracy złożone przez pracowników doprowadziło do postępowania sądowego – mimo że rozbieżność interpretacyjna wynikała bezpośrednio z nieprzystających do siebie podstaw prawnych. Wspomniany temat autorka poruszała szczegółowo wyjaśniając mechanizm już w innej publikacji[41].

Praprzyczyną zaistniałego sporu było prawidłowe zdefiniowanie wynagrodzenia minimalnego oraz najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Na marginesie należy wskazać, że żadne z tych pojęć nie doczekało się legalnej definicji, mało tego, sam termin „wynagrodzenie za pracę" również nie. W doktrynie, a także w orzecznictwie oraz literaturze przedmiotu taka sytuacja prawna rodzi poważne trudności interpretacyjne, zarówno na gruncie praktyki pracodawców, jak i działalności orzeczniczej sądów. Sam Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów z dnia 30 grudnia 1986 r., dostrzegł, że pojęcie wynagrodzenia za pracę nie jest w sposób jednolity i konsekwentny określone w przepisach prawa pracy, a Kodeks pracy nie zawiera definicji tego pojęcia, co skutkuje koniecznością sięgania po wykładnię systemową oraz funkcjonalną w odniesieniu do poszczególnych reżimów prawnych. A Sąd Okręgowy w Gliwicach w wyroku z dnia 7 marca 2013 r. sygn. akt VIII Pa 238/12 wskazuje, iż nie można postawić znaku równości pomiędzy wysokością wynagrodzenia zasadniczego a wynagrodzeniem minimalnym, o którym mowa w cytowanych przepisach Ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Przepisy cytowanej ustawy wskazują bowiem wyraźnie, iż wynagrodzenie jakie uzyskuje pracownik z tytułu umowy o pracę ze wszystkimi dodatkami z wyjątkiem tych określonych w art. 6 ust. 5 ustawy cytowanej wyżej, nie może być niższe niż wynagrodzenie minimalne ustalone w trybie art. 2 i 4 cytowanej ustawy. Także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 stycznia 2002 r. sygn. akt I PKN 807/00 wyraził pogląd, iż najniższe wynagrodzenie za pracę nie pełni od dnia 1 września 1990 r. funkcji minimalnej stawki wynagrodzenia zasadniczego, a jedynie gwarantuje minimalny poziom łącznego wynagrodzenia, a więc od wejścia w życie zarządzenia MPiPS z dnia 14 maja 1990 r. (MP z 1990 r., Nr 48, poz. 36) w sprawie najniższego wynagrodzenia pracowników, istniała możliwość odejścia przez pracodawców od wiązania z nim wysokości szeregu składników wynagrodzenia. Radykalnej zmianie uległ zatem dotychczasowy charakter najniższego wynagrodzenia, które przestało pełnić funkcję minimalnej stawki wynagrodzenia zasadniczego, stając się gwarancją minimalnego poziomu łącznego wynagrodzenia, które oprócz wynagrodzenia zasadniczego obejmuje także inne składniki płacowe. Nade wszystko, *trzeba jednak pamiętać, że żyjemy w państwie, w którym nie ma organu uprawnionego do wydawania legalnej, a więc wiążącej wykładni ustaw. Rozstrzygnięcia sądowe, nie wyłączając orzeczeń Sądu Najwyższego wiążą jedynie w danej sprawie*[42].

[41] Ćwik K., *Aspekty prawne i praktyczne wynagrodzenia minimalnego i najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych. Studium dwóch ustaw w świetle ich skutków i implikacji,* [w:] Skrzypek-Ahmed S., Kępa M. (red.), *Prawne, ekonomiczne i społeczne aspekty przedsiębiorczości.* Innovatio Press, Lublin 2024, s. 109–125.

[42] Nycz T., *Wynagrodzenie za pracę.* Dobry E-Book, 2005.

W konsekwencji ten sam stan faktyczny, zależnie od przyjętego punktu odniesienia, może prowadzić do odmiennych ocen co do zgodności działania pracodawcy z prawem. Oznacza to również, że dyrektor podmiotu leczniczego, podejmując decyzje w zakresie wynagradzania, porusza się w obszarze nie w pełni zdeterminowanym przez przepisy, co w sytuacjach konfliktowych obciąża go ryzykiem odpowiedzialności, mimo braku zawinienia, co ukazuje opisana sytuacja.

Wracając do szczegółów opisanej sprawy i na bazie opisanych wątpliwości inspektor pracy skierował do sądu wniosek o ukaranie pracodawcy, wskazując jako okoliczności popełnienie wykroczenia z art. 282 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy w związku z art. 6 i 7 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, formułując zarzut zaniżenia wysokości należnych pracownikom składników pochodnych od wynagrodzenia zasadniczego, na skutek bezpodstawnego zaniżenia wynagrodzenia zasadniczego. W tym miejscu należy odnieść się do stanu faktycznego omawianej sprawy. W szpitalu wynagrodzenie zasadnicze pracownika zaliczonego do personelu działalności podstawowej[43] ze współczynnikiem pracy 0,58 zgodnie z załącznikiem do Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny) wyliczone prawidłowo i zgodnie z tą ustawą, co jak wynika z analizy akt postępowania, potwierdza zarówno Państwowa Inspekcja Pracy jak i biegły sądowy – na dzień 1 stycznia 2020 r. oraz w kolejnych sześciu miesiącach było niższe niż wynagrodzenie minimalne.

Do tej szczególnej sytuacji doszło w 2020 r., kiedy ustawa o minimalnym wynagrodzeniu za pracę została zmieniona w taki sposób, że od 1 stycznia 2020 r. przy obliczaniu wysokości wynagrodzenia pracownika nie uwzględnia się dodatku za staż pracy[44]. Oznacza to, że pracodawca mając obowiązek wypłaty pracownikowi wynagrodzenia za pracę nie mógł wypłacić mniej niż 2600 zł brutto[45], czyli obowiązującą w tamtym czasie stawkę wynagrodzenia minimalnego. Zgodnie z ustawą o najniższym wynagrodzeniu pracodawca ustalił wynagrodzenie zasadnicze na poziomie niższym od wynagrodzenia minimalnego. W zbiegu tych dwóch ustaw inspektor

[43] Art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych – pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny – osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.

[44] Vide art. 6 ust. 5 Ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

[45] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 2019 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2020 r. (Dz.U.2019.1778 z dnia 2019.09.18).

pracy w swoim przekonaniu zrównał wynagrodzenie zasadnicze z wynagrodzeniem minimalnym, skierował wystąpienie (Wystąpienie PIP nr rej. 080124-53-K017-Ws01/20) i wniósł o ustalenie wynagrodzenia zasadniczego w wysokości wynagrodzenia minimalnego.

Pracodawcza zgodnie z przysługującym mu uprawnieniem nie wykonał zaleceń z wystąpienia. Takie uprawnienie w toku postępowania potwierdził również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Lublinie w wyroku z dnia 3 marca 2021 r. sygn. III SA/Lu 67/2. Wymienione rozstrzygnięcie jednoznacznie wskazuje, iż wystąpienie nie tylko nie rodzi żadnego obowiązku po stronie adresata, ale też nie stwarza po stronie pracowników żadnego uprawnienia. Jedyny obowiązek, jaki wynika z ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy w zakresie wniosków wskazanych przez inspektora pracy w wystąpieniu to stosownie do art. 36 ust. 2 ustawy poinformowanie, w terminie nie dłuższym niż 30 dni, o terminie i sposobie wykonania zawartych w wystąpieniu wniosków. Zdaniem WSA w Lublinie, obowiązek poinformowania o sposobie wykonania wniosków nie rodzi dla pracodawcy żadnych negatywnych skutków w przypadku jego niewykonania. Ustawodawca nie przewidział żadnej sankcji administracyjnej za nierespektowanie wystąpienia przez pracodawcę[46].

W toku postępowania sądowego Sąd Rejonowy w Chełmie II Wydział Karny wyrokiem z dnia 31 października 2022 r. sygn. akt II W 45/21 uniewinnił pracodawcę od zarzucanego czynu. Z tego względu bezspornie należy stwierdzić, iż do wykroczenia wskazanego przez inspektora pracy nie doszło, a przyjęta wykładnia i interpretacja były bezpodstawne.

Ale czy na pewno? Bliźniacza sprawa, obejmująca ten sam okres w innym podmiocie leczniczym zakończyła się skrajnie różnym wyrokiem. Sąd Rejonowy w Zamościu wyrokiem z dnia 24 czerwca 2021 r., sygn. akt II W 1236/20 uznał pracodawcę za winnego zaniżenia wynagrodzenia pracownikom a następnie sąd drugiej instancji Sąd Okręgowy w Zamościu w wyroku z dnia 13 października 2021 r. sygn. akt II Ka 569/21 podtrzymał wyrok.

W dwóch sprawach o identycznym stanie faktycznym, zapadły jednak skrajnie odmienne rozstrzygnięcia sądowe. W jednej z nich (wyrok Sądu Rejonowego w Chełmie, sygn. II W 45/21), sąd uniewinnił dyrektora, podkreślając, że działał on w ramach legalnej kompetencji oraz kierował się ustawą szczególną, której *ratio legis* było zapewnienie wewnętrznej logiki wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W innej, analogicznej sprawie, sąd uznał winę pracodawcy interpretując wyłącznie w świetle ustawy ogólnej z pominięciem sektorowego kontekstu.

Taki dysonans interpretacyjny unaocznia głęboką systemową słabość: brak jednolitej, obowiązującej wykładni przepisów prawa, zwłaszcza w relacji norm ogólnych do szczególnych. Organy kontrolne – jak PIP – nie dysponują kompetencją do dokonywania wiążącej interpretacji przepisów prawa pracy. Resort zdrowia również nie jest uprawniony do udzielania wykładni przepisów, mimo że odpowiada za kształt

[46] Ćwik K., *Aspekty prawne i praktyczne…,* op. cit.

legislacji w danym obszarze. Ostatecznie, jedynym podmiotem zdolnym do rozstrzygnięcia sporu interpretacyjnego jest sąd – lecz dopiero *ex post*, a więc w toku konkretnego postępowania, w którym dyrektor podmiotu leczniczego staje jako strona obwiniona.

W tym kontekście nie sposób nie zadać pytania: na jakiej podstawie dyrektor szpitala – niebędący prawnikiem – ma podejmować decyzje o tak poważnych konsekwencjach, skoro nawet sądy nie są w stanie wypracować jednolitej linii orzeczniczej? Co więcej, sądy nierzadko odrzucają przedłożone przez kierowników opinie prawne, interpretacje lub stanowiska organów jako niewiążące, traktując je jedynie jako „kartkę papieru". W rezultacie powstaje konstrukcja odpowiedzialności nieadekwatnej do dostępnych środków ochrony prawnej.

Z perspektywy aksjologicznej oraz instytucjonalnej jest to przejaw nie tylko systemowego przeciążenia funkcji kierowniczych, ale i prawnoustrojowego paradoksu – odpowiedzialność oparta zostaje na fundamencie interpretacyjnej niepewności i braku gwarancji bezpieczeństwa prawnego. Kierownik zostaje *de facto* pozostawiony sam sobie, a decyzje podejmowane w dobrej wierze mogą okazać się podstawą do postępowania represyjnego. Z punktu widzenia zasady zaufania obywatela do państwa, taka sytuacja budzi uzasadniony niepokój.

W świetle powyższej analizy trudno pominąć refleksję nad jakością obowiązującego prawa i jego stosowaniem w praktyce. Czy można oczekiwać, by kierownik podmiotu leczniczego działał w pełni zgodnie z przepisami, skoro te pozostają ze sobą w jaskrawej sprzeczności? Gdy identyczny stan faktyczny prowadzi w dwóch sądach do skrajnie odmiennych rozstrzygnięć, trudno mówić o stabilności i przewidywalności systemu.

Przytoczone przypadki są jedynie ilustracją szerszego zjawiska, które od lat pogłębia się w systemie prawnym regulującym funkcjonowanie ochrony zdrowia. Na gruncie przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego z 2017 r., pozostającej w napięciu z Kodeksem pracy, toczą się obecnie setki, jeśli nie tysiące postępowań sądowych – przede wszystkim z powództwa pielęgniarek. Zadziwiający pozostaje fakt, że identyczne lub bardzo zbliżone stany faktyczne bywają przez sądy oceniane w sposób diametralnie różny. W jednym przypadku sąd dostrzega brak podstaw do zarzutu naruszenia przepisów płacowych, uznając działania pracodawcy za prawidłowe, w innym – ten sam mechanizm płacowy skutkuje orzeczeniem o winie i zasądzeniem należności na rzecz pracownika. Rozbieżności te mają charakter nie tylko interpretacyjny, ale wręcz aksjologiczny, podważając zasadę przewidywalności prawa, a w konsekwencji zaufania obywatela – w tym przypadku dyrektora podmiotu leczniczego – do państwa i jego instytucji.

Kolejnym przypadkiem, do którego warto odwołać się w kontekście odpowiedzialności karnej kadry zarządzającej w ochronie zdrowia, jest sprawa byłego dyrektora Wojewódzkiego Szpitala w S., uniewinnionego wyrokiem Sądu Rejonowego w Słupsku z dnia 5 grudnia 2017 r. sygn. akt XIV K 54/15. Sprawa ta stanowi istotny przykład granic odpowiedzialności gwaranta w strukturze organizacyjnej szpitala

oraz możliwości przypisania mu skutków w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 2 k.k.). Dyrektor został oskarżony o to, iż pełniąc funkcję dyrektora Wojewódzkiego Szpitala w S., będąc odpowiedzialnym za organizację optymalnych warunków wykonywania przez wyżej wymieniony zakład statutowych zadań w zakresie usług medycznych oraz za funkcjonowanie tego zakładu we wszystkich jego dziedzinach związanych z prowadzoną działalnością, mając obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo naraził M. S. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez niewłaściwą organizację pracy na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w S. poprzez niezatrudnienie lekarza o specjalności ginekologicznej oraz na Oddziale G.-Położniczym w U. poprzez brak całodobowych możliwości diagnostycznych w zakresie podstawowych badań medycznych, co w konsekwencji doprowadziło do wstrząsu krwotocznego realnie zagrażającego życiu i zdrowiu pacjentki, czym działał na szkodę M. S., tj. o czyn z art. 160 § 1 k.k. i art. 160 § 2 k.k. Analiza stanu faktycznego doprowadziła jednak sąd do konkluzji, że oskarżony działał w ramach obowiązujących przepisów i w granicach swoich kompetencji. Sąd odwołał się również do bogatego orzecznictwa i literatury prawnokarnej w zakresie rozumienia znamienia „bezpośredniego niebezpieczeństwa" z art. 160 § 2 k.k., podkreślając, że dla przypisania odpowiedzialności konieczne jest istnienie adekwatnego związku przyczynowego między zaniechaniem sprawcy a powstaniem realnego i natychmiastowego zagrożenia dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego. W tej sprawie taki związek nie wystąpił – pomiędzy organizacją pracy szpitala a powstałym zagrożeniem istniał element pośredni: błąd diagnostyczny lekarza ginekologa, który nie wykorzystał dostępnych narzędzi diagnostycznych i nie zidentyfikował ciąży pozamacicznej w odpowiednim czasie.

W konsekwencji, sąd uniewinnił oskarżonego, uznając, że jego działanie nie wypełniło znamion czynu zabronionego z art. 160 § 2 ani § 3 k.k. Jednocześnie podkreślono, że choć z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta pożądana byłaby organizacja systemu zapewniającego natychmiastowy dostęp do konsultacji ginekologicznych w obrębie SOR, to jednak brak takich rozwiązań nie może automatycznie skutkować przypisaniem odpowiedzialności karnej, zwłaszcza w braku odpowiednich podstaw normatywnych.

Przedmiotowa sprawa ilustruje zatem istotny problem dogmatyczny w zakresie odpowiedzialności gwaranta w warunkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia, w którym zarządzanie ryzykiem systemowym wykracza poza możliwości decyzyjne jednostkowego kierownika podmiotu leczniczego.

Rodzi to uzasadnioną wątpliwość: jak kierownik jednostki ochrony zdrowia ma podejmować racjonalne i odpowiedzialne decyzje, skoro nie tylko przepisy są niejednoznaczne, ale także ich interpretacja przez sądy nie pozwala przewidzieć konsekwencji prawnych tych decyzji? W tym świetle nie sposób nie uznać, że dyrektorzy działają często nie tyle „w granicach prawa", co raczej „między jego szczelinami" – obarczeni odpowiedzialnością, ale pozbawieni realnego systemowego wsparcia, które pozwalałoby im tę odpowiedzialność wykonywać bez paraliżującej niepewności.

5. Podsumowanie

W rozważaniach nad statusem prawnym kierownika podmiotu leczniczego nie sposób pominąć kwestii granic jego odpowiedzialności. Dotychczasowe przykłady unaoczniają, że kierownik ponosi nieproporcjonalne ryzyko prawne, wykraczające daleko poza racjonalne granice odpowiedzialności zarządczej. Kierownik podmiotu leczniczego w Polsce nie jest bowiem, jak mogłoby się wydawać, urzędnikiem bezpiecznie poruszającym się w ramach klarownego prawa. Przeciwnie, jest aktorem dramatu, w którym każda decyzja może naruszać którąś z obowiązujących norm, a brak decyzji – narażać życie pacjenta. Powstaje zatem pytanie fundamentalne: czy odpowiedzialność osoby zarządzającej szpitalem rzeczywiście musi mieć charakter absolutny? W tym sensie pytanie: czy odpowiedzialność musi być absolutna – nie jest jedynie prowokacją publicystyczną, lecz próbą uchwycenia istoty problemu systemowego.

W niniejszym opracowaniu nie podjęto próby obalenia obowiązującego systemu odpowiedzialności kierowników podmiotów leczniczych w Polsce, ani tym bardziej kwestionowania zasady legalizmu. Nie chodziło także o obronę konkretnych osób, lecz o próbę uchwycenia pewnej strukturalnej sprzeczności, mechanizmu, który zdaje się raczej poszukiwać winnych niż wspierać racjonalne i legalne decyzje. Paradoks ten, choć subtelnie ukryty za literalnością przepisów, ujawnia się w codziennej praktyce zarządczej, w sytuacjach, które wymagają nie tyle wiedzy prawniczej, co cywilnej odwagi. Wskazane przykłady mają zatem charakter nie tyle patologii, co symptomu głębszego systemowego pęknięcia – pomiędzy wymaganiami wobec kierownika a rzeczywistymi możliwościami działania.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, kierownik podmiotu leczniczego odpowiada zarówno w sferze prawa pracy, finansów publicznych, medycznego, w tym dokumentacji medycznej[47], jak i potencjalnie prawa karnego. Co więcej, odpowiada nie tylko za własne działania, ale także za systemowe niedociągnięcia, uchybienia podległego personelu oraz za sytuacje niezależne, jak np. regulacje płacowe narzucone przez ustawodawcę czy opóźnienia w płatnościach ze strony NFZ. Odpowiedzialność ta bywa zatem oderwana od realnego wpływu decyzyjnego, a w niektórych przypadkach przybiera postać odpowiedzialności quasi-obiektywnej.

Nie sposób nie zauważyć pewnej ironii systemowej: od kierownika oczekuje się kompetencji przywódczych, empatii, odporności psychicznej, znajomości prawa, etyki, zarządzania zasobami ludzkimi, finansów, komunikacji kryzysowej oraz, rzecz jasna, dyspozycyjności i „pokory". Tymczasem system, który te oczekiwania formułuje, rzadko oferuje cokolwiek poza obietnicą odpowiedzialności – za wszystko i wszystkich. Można więc odnieść wrażenie, że w praktyce funkcja kierownicza w ochronie zdrowia to pozycja wymagająca niemal nadludzkich kompetencji, ale bez nadzwyczajnych narzędzi.

[47] Ćwik K., *Dokumentacja medyczna jako instrument odpowiedzialności i jakości w systemie ochrony zdrowia – perspektywa prawna, organizacyjna i zarządcza*. Przedsiębiorstwo Przyszłości 2025; 2(63): 141–163.

Nie można także pomijać faktu, że polski system prawny nie przewiduje instytucjonalnego wsparcia interpretacyjnego dla osób zarządzających jednostkami ochrony zdrowia. W praktyce, kierownicy podmiotów leczniczych pozostają osamotnieni wobec niejednoznacznych norm, których wykładnia następuje dopiero *post factum* – na etapie postępowania kontrolnego, sądowego lub dyscyplinarnego. Tymczasem konstrukcja odpowiedzialności nie powinna opierać się na założeniu wszechwiedzy i nieomylności osoby zarządzającej, lecz na rzetelnej analizie możliwości i ograniczeń funkcjonowania placówki w realiach społeczno-ekonomicznych i prawnych. Rodzi się pytanie: czy państwo, które wymaga od kierownika szpitala przestrzegania wielopoziomowych reżimów prawnych, nie oferując w zamian jasnych, spójnych i możliwych do zastosowania mechanizmów interpretacyjnych, nie przerzuca na niego ciężaru, którego nikt nie jest w stanie unieść? System tak złożony, jak ten regulujący funkcjonowanie publicznej ochrony zdrowia, musi być systemem regulowanym, ale nie może być systemem wewnętrznie sprzecznym. Nie może nagradzać zgodności z jedną ustawą karą za złamanie innej. Nie może odmawiać wsparcia tym, którym równocześnie stawia się najwyższe wymagania.

A jednak, mimo tych warunków, kierownicy podmiotów leczniczych pozostają na swoich stanowiskach, często w cieniu – działając z poczuciem odpowiedzialności, etosu i lojalności wobec pacjentów, pracowników i instytucji. Ich rola wymaga nie tylko zarządzania kryzysami prawnymi i finansowymi, ale również troski o ludzi, tych najbardziej zależnych, najbardziej potrzebujących, a często i najbardziej zapomnianych. Nie walczą wyłącznie o przetrwanie systemu, lecz o jego racjonalność, sens i spójność. Walczą o swoje zespoły, a najczęściej walczą razem z nimi. Cicho. Skutecznie. Niekiedy samotnie. Zawsze odpowiedzialnie.To nie system daje im tę siłę – to oni ją sami budują. I właśnie dlatego, jeśli odpowiedzialność nie może przestać być ciężarem, to przynajmniej niech będzie uznana. Nazwana. Zrozumiana.

Oczywiście należy podkreślić, że opisane przypadki, choć uderzająco jaskrawe, nie stanowią całościowego obrazu funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Przeciwnie, wiele aspektów działalności kierowniczej opiera się na racjonalnych i skutecznych rozwiązaniach, a liczne instytucje i osoby zaangażowane w ochronę zdrowia wykonują swoje zadania z pełnym profesjonalizmem. Jednak to właśnie te sytuacje skrajne, ukazane w artykule, najdobitniej unaoczniają systemowe sprzeczności, które ujawniają się na przecięciu siedmiu filarów odpowiedzialności kierownika. To tam, gdzie reguły się rozmywają, gdzie instytucje zamiast wspierać – kontrolują, a odpowiedzialność nie ma granic – ujawnia się konieczność refleksji nad modelem systemowym. Bo jeśli w spokojnym czasie system funkcjonuje dobrze, to właśnie w sytuacjach trudnych widać, czy naprawdę działa sprawiedliwie.

Wartość naukowa niniejszego opracowania polega nie tylko na kazuistycznym przedstawieniu realnych dylematów prawnych kierownika podmiotu leczniczego, lecz przede wszystkim na podjęciu tematu dotychczas marginalizowanego w doktrynie. Poruszona problematyka ma charakter niespotykany, a jej ujęcie, osadzone w analizie normatywnej, instytucjonalnej i praktycznej, odsłania lukę w istniejącej

literaturze zarówno prawniczej, jak i nauk o zdrowiu. W szczególności dotyczy to braku jednoznacznych opracowań odnoszących się do statusu kierownika podmiotu leczniczego jako osoby pełniącej funkcję publiczną, lecz niebędącej funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 k.k. To rozróżnienie – choć wyraźne w treści przepisów i orzecznictwie – nie doczekało się jak dotąd systematycznego opracowania, a jego konsekwencje praktyczne pozostają niedostatecznie rozpoznane. W tym sensie artykuł stanowi próbę wypełnienia tej luki, inicjując dyskusję, która miejmy nadzieję, wykracza poza same instytucje ochrony zdrowia i dotyka fundamentów odpowiedzialności publicznej w państwie prawa.

Jednocześnie niniejszy tekst należy traktować jako studium interdyscyplinarne, łączące perspektywę prawną, zarządczą i instytucjonalno-praktyczną ochrony zdrowia. Dopiero takie podejście pozwala uchwycić złożoność roli kierownika podmiotu leczniczego, nie tylko jako administratora czy adresata norm, lecz jako uczestnika rzeczywistości, która wymaga od niego jednocześnie znajomości przepisów, kompetencji menedżerskich i umiejętności reagowania na dynamiczne sytuacje wewnętrzne i zewnętrzne. To właśnie na styku tych trzech porządków – prawa, zarządzania i praktyki – powstaje realny obraz odpowiedzialności, która nie powinna być ani absolutna, ani abstrakcyjna, lecz osadzona w rzeczywistych możliwościach i racjonalnym wsparciu systemowym.

Zatem, odnosząc się do tytułowej metafory gry w szachy – to nie strategii kierownikowi brakuje. Wręcz przeciwnie, aby utrzymać podmiot leczniczy w ruchu, potrzeba dziś więcej niż klasycznego zarządzania: potrzeba intuicji arcymistrza, refleksu taktyka i odporności psychicznej gracza, który nie zna reguł, ale musi zakończyć partię bez porażki.

Na szachownicy polskiej ochrony zdrowia kierownik podmiotu leczniczego to figura, której przypisano obowiązki króla, wymaga się ruchów hetmana. Mimo to spada z planszy jako pierwszy, gdy przeciwnikiem okazuje się chaos legislacyjny. A jednak to jego rozlicza się z wyniku całej partii.

I to właśnie, paradoksalnie, daje nadzieję – że mimo braku jasnych reguł, instytucjonalnego wsparcia i przewagi systemowych przeciwników, są w tym systemie tacy, którzy nadal podejmują grę. Nie dla wygranej, lecz dla zachowania sensu. To nie tylko zarządzanie – to cicha sztuka odpowiedzialności.

Bibliografia

Literatura

Boratyńska M., *Kontraktowe i pozakontraktowe elementy opieki medycznej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*. Przegląd Prawa Medycznego 2020; 3(5): 117–161.

Charzyński R., *Moc obowiązująca prawa według Czesława Martyniaka*. Kultura Prawna 2019; 2(1): 53–61.

Ćwik K., *Aspekty prawne i praktyczne wynagrodzenia minimalnego i najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych. Studium dwóch ustaw w świetle ich skutków i implikacji,* [w:] Skrzypek-Ahmed S., Kępa M. (red.), *Prawne, ekonomiczne i społeczne aspekty przedsiębiorczości*. Innovatio Press, Lublin 2024, s. 109–125.

Ćwik K., *Dokumentacja medyczna jako instrument odpowiedzialności i jakości w systemie ochrony zdrowia – perspektywa prawna, organizacyjna i zarządcza*. Przedsiębiorstwo Przyszłości 2025; 2(63): 141–163.

Ćwik K., Zbroja A., *Kompetencje osób rozpoczynających działalność gospodarczą w województwie lubelskim na przykładzie działania 6.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*. Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Ekonomia 2013; 6(1): 125–153.

Dollard M.F., Bakker A.B., *Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement.* Journal of Occupational & Organizational Psychology 2010; 83(3): 579–599.

Epstein E.G., Hamric A.B., *Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect*. The Journal of Clinical Ethics 2009; 20(4): 330–342.

Galletta M., Portoghese I., D'Aloja E. et al., *Relationship between job burnout, psychosocial factors and healthcare-associated infections in critical care units*. Intensive and Critical Care Nursing 2016; 34: 51–58.

Golinowska S., Panteli D., Sagan A., Busse R., *Zarys systemu ochrony zdrowia*. NFZ, Warszawa 2012.

Gornowicz M., O *potrzebie zmian ustawowych wymogów kwalifikacyjnych dla kierowników podmiotów leczniczych.* Studia Prawnoustrojowe 2024; 64: 63–74.

Hertelendy A.J., *Mitigating Moral Distress in Leaders of Healthcare Organizations: A Scoping Review.* Journal of Healthcare Management 2022; 67(5): 380–402.

Jameton A., *What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care.* AMA Journal of Ethics 2017; 19(6): 617–628.

Kaniewski P., Kowacz K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody spowodowane funkcjonowaniem sztucznej inteligencji – uwagi de lege lata i de lege ferenda*. Palestra 2024; 11: 6–33.

Karkowski T., *Organy zarządzające podmiotami leczniczymi*. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Pragmatates Oikonomias 2012; z. VI: 24–34.

Malicka-Ochtera A., *Wpływ błędu organizacyjnego na odpowiedzialność karną lekarza*. Gubernaculum et Administratio 2023; 1(27): 135–150.

Morley G., *Whatis "moraldistress" in nursing? How, can and should we respond to it?* Journal of Clinical Nursing 2018; 27(19–20): 3443–3445.

Nycz T., *Wynagrodzenie za pracę.* Dobry E-Book, 2005.

Pawłowski P., *Odpowiedzialność karna w związku ze współdziałaniem w procesie leczenia pacjenta*. Debiuty Naukowe Studentów Wyższej Szkoły Bankowej 2022; 21(21): 83–96.

Tworzydło D., *Jak skutecznie przeprowadzić organizację przez kryzys wizerunkowy.* W Ogniu Kryzysu 2021; 5.

Walczak D., Krupa D., Musiałkiewicz R., *Zadośćuczynienie i odszkodowanie za błędy medyczne oraz odpowiedzialność cywilna podmiotów leczniczych w Polsce*. Studia Oeconomica Posnaniensia 2015; 3(12): 138-150.

Wiatrak L., *Zarządzanie zgodnością compliance w jednostkach administracji publicznej*. ZN WSH Zarządzanie 2021; 2: 129–145.

Xiao L., Cao H., *Organizational Resilience: The Theoretical Model and Research Implication*. ITM Web of Conferences 2017; 12: 1–4.

Akty prawne

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 2019 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2020 r. (Dz.U.2019.1778 z dnia 2019.09.18).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.2024.1061 t.j. z dnia 2024.07.17).

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2025.277 t.j. z dnia 2025.03.06).

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 r. nr 91, poz. 408 z późn. zm., uchylona 2011.07.01).

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U.2025.383 t.j. z dnia 2025.03.26).

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2025.750 t.j. z dnia 2025.06.06).

Ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U.2024.1773 t.j. z dnia 2024.12.03).

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391).

Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U.2024.104 t.j. z dnia 2024.01.29).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U.2024.1530 t.j. z dnia 2024.10.16).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2025, poz. 450).

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U.2022.2139 t.j. z dnia 2022.10.19).

Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2024.1571 t.j. z dnia 2024.10.24).

Źródła internetowe

Psychosocial risks and mental health at work. European Agency for Safety and Health at Work, 2023. Źródło: https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health?utm_source=chatgpt.com [22.07.2025].

Aleksandrowicz P., *Zasady odpowiedzialności za nadzór nad lekarzem w trakcie specjalizacji*. Źródło: https://polisa.med.pl/zasady-odpowiedzialnosci-za-nadzor-nad-lekarzem-w-trakcie-specjalizacji,413.html [21.07.2025].

Jones J., *What Does a Compliance Officer Do in Healthcare?* Źródło: https://medtrainer.com/blog/what-does-a-compliance-officer-do-in-healthcare/?utm_source=-chatgpt.com [22.07.2025].

Karpeta-Paluchiewicz L., *Podmioty odpowiedzialne za wyrządzenie szkody wywołanej zdarzeniem medycznym*. Źródło: https://3kancelarie.pl/bledy-me [21.07.2025].

Kołodziejska D., Pietrzak A., *Odpowiedzialność za błędy lekarzy i personelu w placówce leczniczej i medycyny estetycznej*. Źródło: https://medidesk.pl/blad-medyczny-lekarza-lub-pracownika-jak-sobie-z-nim-radzic/ [22.07.2025].

Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia. Część I: Niedomogi kadrowe.* Źródło: https://prawo.mp.pl/baza-wiedzy/zawod-lekarza-odpowiedzialnosc/288749,odpowiedzialnosc-karna-za-blad-organizacyjny-w-ochronie-zdrowia-czesc-i-niedomogi-kadrowe [22.07.2025].

Piotrowska A., *Nowe tendencje w zakresie odpowiedzialności za szkody powstałe podczas leczenia (szkody medyczne)*. Źródło: https://tiny.pl/yj0hxp14 [21.07.2025].

Skiba M., *Kryzys wizerunkowy w erze social mediów – wyzwania dla zarządzania.* Źródło: https://marcinskiba.pl/kryzys-wizerunkowy-wyzwania-era-social-mediow/ [20.07.2025].

*Dagny Derewiecka**
*Kamila Ćwik***

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKA PODMIOTU LECZNICZEGO NIEBĘDĄCEGO PRZEDSIĘBIORCĄ ZA PRAWIDŁOWE I ZGODNE Z PRAWEM PRZYGOTOWANIE I PRZEPROWADZENIE POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

Responsibility of a non-commercial healthcare entity's manager for the proper and legitimate preparation and conduct of public procurement proceedings

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0001-5534-2823
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0004-4903-9878

Streszczenie

Przedmiotem niniejszego opracowania jest próba przedstawienia podstaw prawnych i zasad odpowiedzialności za prawidłowe i zgodne z przepisami o zamówieniach publicznych przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, a także jego udzielenie. Istotne z punktu widzenia zasad tej odpowiedzialności jest rozróżnienie tej, którą ponosić będzie jednostka organizacyjna, jaką jest podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, od odpowiedzialności, jaka spoczywać będzie na jej kierowniku. Przepisy regulujące poszczególne rodzaje tej odpowiedzialności, jakkolwiek powiązane ze sobą, to jednak występują w różnego rodzaju aktach prawnych, do których zaliczyć należy m.in. ustawę Prawo zamówień publicznych, ustawę o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych i związaną z nią ustawę o finansach publicznych, ale także w podstawowej dla organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych ustawie o działalności leczniczej, jak również w kodeksie karnym, czy w ustawie o ochronie konkurencji i konsumentów. W niniejszym opracowaniu podjęto próbę przybliżenia regulacji zawartych

w tych różnych aktach prawnych z punktu widzenia odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą za przeprowadzenie postępowania i udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, jednostka sektora finansów publicznych, kierownik jednostki, naruszenie dyscypliny finansów publicznych, zamówienie publiczne, zamawiający

Abstract

The subject of this study is an attempt to present the legal basis and principles of responsibility for the proper and legitimate preparation and conduct of public procurement procedures, as well as procurement itself. From the point of view of the principles of this responsibility, it is important to distinguish between the responsibility of an organizational unit, such as a non-commercial healthcare entity, and the responsibility of its manager. The provisions regulating the various types of this responsibility, although interrelated, are found in various types of legal acts, including the Public procurement law (Prawo zamówień publicznych), liability for violation of public finance discipline act (ustawa o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych) and the related public finance act (ustawa o finansach publicznych), but also in the medical activity act (ustawa o działalności leczniczej), which is fundamental for the organization and functioning of healthcare entities, as well as in the penal code and the competition and consumer protection act (ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów). This study attempts to outline the regulations contained in these various legal acts from the perspective of the responsibility of the manager of a non-commercial healthcare entity for conducting proceedings and procuring public contracts in accordance with the applicable provisions of universally applicable law.

Key words: *non-commercial medical entity, public finance sector entity, entity manager, violation of public finance discipline, public procurement, contracting authority*

1. Wprowadzenie

Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, co do zasady korzystają ze środków publicznych na realizację swoich podstawowych zadań, do których zaliczyć należy udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym finansowanych ze środków publicznych. Przy czym w zakres tych zadań wchodzi nie tylko zapewnienie fachowego personelu medycznego każdego szczebla, zdolnego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz obywateli, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ale także konieczność zapewnienia odpowiedniej infrastruktury i wyposażenia w nowoczesną aparaturę medyczną umożliwiającą realizację tych zadań na jak najwyższym

poziomie. W tym ostatnim zakresie podmioty te nierzadko nie są w stanie dokonywać koniecznych inwestycji z własnych środków, z kolei jest coraz więcej różnego rodzaju programów, w tym zwłaszcza europejskich, w ramach których istnieje możliwość uzyskania dofinansowania na rozbudowę, modernizację, czy wyposażenie tego typu podmiotów. Na szczególną uwagę w tym zakresie zasługuje Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności, obejmujący m.in. tzw. Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia", w ramach którego zaplanowano m.in. inwestycję D1.1.1. „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych", której celem jest poprawa efektywności funkcjonowania, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez centra opieki wysokospecjalistycznej i inne podmioty lecznicze poprzez istotne polepszenie stanu posiadanej przez nie infrastruktury w obszarach priorytetowych, w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji[1].

Jednak korzystanie ze środków publicznych, w tym europejskich i zagranicznych, wiąże się z koniecznością przestrzegania przez te podmioty szeregu przepisów dotyczących wydatkowania tych środków. Przy czym zaznaczyć należy, iż nie chodzi tylko o przepisy prawa powszechnie obowiązującego regulujące wprost wydatkowanie tego rodzaju środków, ale także postanowienia krajowych i regionalnych programów operacyjnych, jak również wytycznych i regulaminów przyjmowanych przez właściwe, w zakresie przyznawania tych środków, instytucje. W tym zakresie należy zwrócić uwagę, iż tego rodzaju przepisy, regulujące dany program najczęściej zobowiązują beneficjentów do stosowania, w zakresie wydatkowania przyznanych środków, przepisów o zamówieniach publicznych. Natomiast ewentualne naruszenie tych regulacji niesie za sobą ryzyko stwierdzenia przez instytucję przyznającą i rozliczającą dane środki tzw. niekwalifikowalności całości lub części tych środków, co może wiązać się z koniecznością ich zwrotu.

Oczywiście nie są to jedyne negatywne konsekwencje, jakie niesie za sobą naruszenie przepisów o zamówieniach publicznych i to zarówno dla samych podmiotów (zamawiających), jak również dla osób nimi kierujących i innych, które w danym postępowaniu o udzieleniu zamówienia wykonywały czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. Przy czym wskazać należy, iż konsekwencje te mogą wynikać z szeregu aktów prawnych o rożnym charakterze ich regulacji (cywilnym, karnym, administracyjnym).

[1] Opis naborów do KPO. Źródło: https://www.kpo.gov.pl/strony/o-kpo/wsparcie/nabory-dla-administracji/#target_6 [13.09.2025].

2. Podmioty lecznicze

Aby jednak możliwe było wskazanie zasad odpowiedzialności za naruszenie przepisów o zamówieniach publicznych, zarówno w odniesieniu do samych podmiotów leczniczych, jak i osób nimi kierujących, przede wszystkim przybliżyć należy, czym są podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, a także jaka jest ich organizacja i funkcjonowanie.

W związku z tym, że w języku powszechnym najczęściej używa się pojęć „szpital", „przychodnia", „pogotowie", itd. w pierwszej kolejności należy zdefiniować, czym jest „podmiot leczniczy". W tym zakresie wskazać należy na podstawową w zakresie funkcjonowania tego typu podmiotów ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[2]. Zgodnie z przepisem art. 1 tej ustawy, która reguluje jej zakres przedmiotowy, określa ona m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, jak również zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą[3]. Akt ten normuje zatem w pierwszej kolejności zasady wykonywania działalności leczniczej, w tym:

- wprowadza i definiuje samo pojęcie działalności leczniczej (art. 3 u.d.l.),
- wskazuje rodzaje podmiotów uprawnionych do wykonywania działalności leczniczej (art. 4 i 5 u.d.l.), jak również
- określa warunki dla prowadzenia działalności leczniczej, zarówno podmiotowe (art. 18–19b u.d.l.), jak i przedmiotowe (art. 22 u.d.l.), a ponadto
- oddaje, w zakresie, w jakim dana materia nie jest uregulowana przepisami bezwzględnie obowiązującymi, kompetencję do ustalania zasad wykonywania działalności leczniczej przez podmiot wykonujący tego typu działalność w tzw. regulaminie organizacyjnym[4] (art. 23 ust. 1 u.d.l.).

Można zatem odnieść wrażenie, iż komentowany akt prawny reguluje w sposób kompleksowy działalność wszystkich podmiotów prowadzących działalność leczniczą, niezależnie od tego czy są przedsiębiorcami, czy też nie posiadają takiego statusu. Jednak, co podnoszone jest w doktrynie, dalsza systematyka ustawy, odnosząca się do zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych prowadzących działalność gospodarczą, tzw. przedsiębiorców leczniczych oraz podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami sugeruje, iż przyjęty przez ustawodawcę podział jest podziałem zupełnym, chociaż faktycznie pewne kategorie podmiotów leczniczych nie podpadałyby ani pod pojęcie przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców[5], ani pod pojęcie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą[6].

---

[2] Ustawa z dnia15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 450).

[3] Art. 1 pkt 1, 2 i 5 u.d.l.

[4] Walasek-Walczak U., *Komentarz do art. 1 ustawy o działalności leczniczej,* [w:] Grzegorczyk F. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz.* LexisNexis, 2013, LEX nr 587537947.

[5] Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 236).

[6] Walasek-Walczak U., *Komentarz do*..., op. cit.

Zgodnie bowiem z treścią definicji zawartej w Prawie przedsiębiorców, przedsiębiorcami są osoby fizyczne, osoby prawne lub jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnymi, którym odrębne ustawy przyznają zdolność prawną, wykonujące działalność gospodarczą, a także wspólnicy spółek cywilnych w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej[7].

W świetle natomiast treści przepisu art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.l. w związku z jej art. 4 ust. 1 pkt 2, 3 i 7 podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami są: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra sprawiedliwości lub szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej[8], a także jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Tym samym, jak wskazują niektórzy autorzy, już np. instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, czy kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą, nie podpadałyby pod żadną z kategorii, objętych zakresem regulacji ustawy o działalności leczniczej, tj. przedsiębiorców lub podmiotów niebędących przedsiębiorcami wykonujących działalność leczniczą, co wprost wynika z treści przywołanych przepisów. Tym bardziej że zgodnie z treścią art. 16 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, tego typu działalność jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców[9].

Abstrahując jednak od powyższych rozważań, mając na uwadze przedmiot niniejszego artykułu, należy jedynie zasygnalizować, że ustawa o działalności leczniczej w treści przepisu art. 8 określa rodzaje działalności leczniczej dzieląc je na stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne, wśród nich szpitalne i inne niż szpitalne oraz na ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

[7] Art. 4 ust. 1 i 2 p.p.

[8] T.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 515.

[9] Walasek-Walczak U., *Komentarz do...*, op. cit.; tak również Dercz M., *Komentarz do art. 1 ustawy o działalności leczniczej*, [w:] Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz.* WKP, 2019, LEX nr 587319028.

3. Organizacja i funkcjonowanie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Wspomniana ustawa o działalności leczniczej określa także rodzaje form organizacyjnych, w których organy władzy publicznej są uprawnione do tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych.

Jeśli chodzi o Skarb Państwa, to zgodnie z treścią przepisu art. 6 ust. 1 u.d.l. może on utworzyć podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej oraz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kompetencje Skarbu Państwa w tym zakresie realizowane mogą być przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, przy czym podkreślić należy, iż kompetencje w tym zakresie może wykonywać wyłącznie jeden z wymienionych w tym przepisie organów[10].

Należy też mieć na względzie regulacje zawarte w treści rozdziału 2 działu II komentowanej ustawy, odnoszącego się do podmiotów leczniczych o szczególnej regulacji, z treści którego wynika, iż minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister sprawiedliwości, szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, szef Agencji Wywiadu oraz szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego mogą prowadzić podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej. Natomiast do prowadzenia podmiotu leczniczego w formie jednostki wojskowej uprawniony jest wyłącznie minister obrony narodowej[11].

Jeśli zaś chodzi o jednostki samorządu terytorialnego są one uprawnione do prowadzenia podmiotów leczniczych w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej oraz samodzielnego publicznego zakładu zdrowotnej[12]. Wskazać jednocześnie należy, iż przepis art. 6 ust. 2 u.d.l. posługuje się w odniesieniu do jednostki samorządu terytorialnego liczbą pojedynczą, co mogłoby sugerować, iż uprawnienie w tym zakresie może być realizowane wyłącznie przez jedną jednostkę samorządu terytorialnego. Jednak, jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, wykładnia celowościowa tego przepisu, a także kolejnych jednostek redakcyjnych art. 6 u.d.l. prowadzi do zgoła innego wniosku, tj. możliwości tworzenia podmiotów leczniczych przez więcej niż jedną jednostkę samorządu terytorialnego. Wynika to nie tylko z istoty spółki kapitałowej, w jakiej to jednej z form jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze, ale także z konieczności zapewnienia przez tego typu podmioty praw pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych adekwatnych do jego stanu zdrowia, co niewątpliwie mogą zapewnić podmioty większe, silniejsze, lepiej wyposażone, zdolne zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych o wyższym standardzie, a takie łatwiej jest stworzyć przez więcej niż jedną jednostkę samorządu terytorialnego[13].

[10] Ciechorski J., *Komentarz do art. 6 ustawy o działalności leczniczej*, [w:] Ciechorski J. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*. LEX/el., 2024, LEX nr 587921165.

[11] Art. 37 i 40 u.d.l.

[12] Art. 6 ust. 2 u.d.l.

[13] Ciechorski J., *Komentarz do*…, op. cit.; Grzegorczyk F., *Komentarz do art. 6*, [w:] Grzegorczyk F. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz.* LexisNexis, 2013, LEX nr 587537947.

Wspomnieć również należy, iż ustawa o działalności leczniczej dopuszcza tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych nie tylko przez Skarb Państwa, czy jednostki samorządu terytorialnego, ale również przez uczelnie medyczne, wskazując, iż mogą one to robić w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub w formie spółki kapitałowej[14]. Przez uczelnię medyczną w rozumieniu przedmiotowej ustawy rozumieć należy publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinach nauki medyczne i nauki o zdrowiu oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego[15].

W zakresie organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w dalszej kolejności należy się odnieść to treści przepisu art. 42 ust. 1 u.d.l., zgodnie z którym cyt. „ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut". Kolejna jednostka redakcyjna tego przepisu wskazuje, jakiego rodzaju treści winny znaleźć się w statucie, wymieniając wśród nich: nazwę, siedzibę podmiotu, jego cele i zadania, organy i strukturę organizacyjną, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej przed upływem kadencji oraz formę gospodarki finansowej[16]. Jednocześnie przepis art. 42 w treści ust. 4 wskazuje, iż statut podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą nadaje podmiot tworzący.

Warto w tym miejscu odnieść się do ugruntowanej linii orzeczniczej sądów administracyjnych, zgodnie z którą powtórzenie w statucie podmiotu leczniczego regulacji ustawowych, tudzież zawartych w aktach wykonawczych do ustaw jest błędem z punktu widzenia techniki prawodawczej. Tym bardziej nie jest dopuszczalne regulowanie w treści statutu pewnych kwestii odmiennie od regulacji zawartych w aktach wyższego rzędu w stosunku do aktów prawa miejscowego, do których niewątpliwie należy zaliczyć statut podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą[17]. W tym zakresie przywołać należy chociażby wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2020 r., sygn. akt II OSK 1152/19, zgodnie z którym cyt. *Naruszenie zasad techniki prawodawczej jednoznaczne z istotnym naruszeniem prawa występuje (…) wówczas, gdy w wyniku naruszenia zasad techniki prawodawczej dochodzi do sytuacji, kiedy prawodawca lokalny reguluje materię uregulowaną już aktami wyższego rzędu (tj. ustawami) ewentualnie wykracza poza zakres upoważnienia ustawowego do wydania aktu prawa miejscowego*. Dodatkowo, za Wojewódzkim Sądem Administracyjnym w Bydgoszczy wskazać należy, iż cyt. *Powtórzenie regulacji ustawowych bądź ich modyfikacja i uzupełnienie przez przepisy gminne jest niezgodne z zasadami legislacji. Uchwała rady gminy nie może regulować jeszcze raz tego, co jest już zawarte*

[14] Art. 6 ust. 6 u.d.l.

[15] Art. 2 ust. 1 pkt 13 u.d.l.

[16] Art. 42 ust. 2 u.d.l.

[17] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 4 grudnia 2014 r., sygn. akt VII SA/WA 2043/14.

w obowiązującej ustawie lub rozporządzeniu. Taka uchwała, jako istotnie naruszająca prawo, jest nieważna. Zawsze bowiem tego rodzaju powtórzenie jest normatywnie zbędne, gdyż powtarzany przepis już obowiązuje, jak też jest dezinformujące. Trzeba bowiem liczyć się z tym, że powtórzony przepis będzie interpretowany w kontekście uchwały, w której go powtórzono, co może prowadzić do całkowitej lub częściowej zmiany intencji prawodawcy[18]. Niestety w praktyce nierzadko zdarza się, iż statuty podmiotów leczniczych powielają przepisy ustawy o działalności leczniczej, tudzież innych aktów prawnych powszechnie obowiązujących. Zdarza się również, iż w treści tego typu aktów prawa miejscowego, pewne kwestie regulowane są w sposób odmienny, niż wynikałoby to z aktów wyższego rzędu.

Jednocześnie, wracając do treści art. 42 ust. 2 u.d.l. należy zwrócić uwagę, iż przepis ten w sposób enumeratywny wymienia elementy statutu podmiotu leczniczego, co oznacza z jednej strony, iż określone w nim treści muszą zostać zawarte w statucie przez organ go przyjmujący, a z drugiej nie jest możliwe zawarcie w statucie innych, szerszych, niż wskazane w tym przepisie treści. Aczkolwiek zwrócić należy uwagę, iż ustawodawca w treści przepisu art. 42 ust. 3 zawarł wyjątek od tego zamkniętego katalogu treści statutu, umożliwiając określenie w nim innej niż lecznicza działalności możliwej do prowadzenia przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą[19].

W zakresie organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w kontekście istoty niniejszego opracowania wskazać należy na ustawowe regulacje odnoszące się do kierowników podmiotów leczniczych. Ustawa o działalności leczniczej określa m.in. wymagania kwalifikacyjne dla kandydatów na kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, zasady przeprowadzania konkursów na te stanowiska, jak również możliwe formy zatrudniania tych osób[20]. Przede wszystkim jednak ustawa o działalności leczniczej, w treści art. 46 ust. 1 wskazuje, iż cyt. *Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik*, przy czym, odwołując się do, zawartej w treści art. 2 ust. 2 pkt 1 u.d.l., ustawowej definicji kierownika podmiotu leczniczego, wskazać należy, iż jest to osoba uprawniona do kierowania tym podmiotem i reprezentowania go na zewnątrz.

Uprawnienie to stanowi klasyczną kompetencję organu osoby prawnej w rozumieniu art. 38 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1071)[21], co oznacza, że za działania i zaniechania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą odpowiedzialność ponosi ta właśnie osoba. Wskazując, za wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia

[18] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 28 stycznia 2020 r., sygn. akt II SA/Bd 998/19.

[19] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 13 czerwca 2019 r., sygn. akt III SA/Gl 318/19.

[20] Art. 46, 47 i 49 u.d.l.

[21] Kubot Z., *Status kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*. PWE, Wrocław 2001, s. 20–22.

2018 r., sygn. akt I ACa 1077/17 cyt. *Zgodnie z teorią organów osoby prawnej przyjętą w Kodeksie cywilnym (art. 38 i 416 k.c.) działania osób fizycznych stanowiących organ osoby prawnej, jeżeli mieszczą się w granicach kompetencji tego organu, takie działanie jest postrzegane od początku jako działanie samej osoby prawnej. Organ osoby prawnej (odmiennie niż przedstawiciel) nie jest podmiotem stosunków prawnych, w których działa w imieniu osoby prawnej. Podmiotem tym jest reprezentowana przez organ osoba prawna. Działanie organu traktuje się jako działanie osoby prawnej. W sferze odpowiedzialności odszkodowawczej deliktowej powstanie odpowiedzialności w wyniku działania (zaniechania) członków organów (działających w tym charakterze) powinno być traktowane jako czyn własny osoby prawnej, a nie czyn cudzy reprezentanta osoby prawnej – powyższe wynika z treści art. 415 w zw. z art. 416 k.c.*[22].

W istocie więc, przepis art. 46 ust. 1 u.d.l. nie stanowi podstawy do ponoszenia przez kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą odpowiedzialności (cywilnoprawnej, pracowniczej, czy karnej), których to podstaw należy poszukiwać poza ustawą o działalności leczniczej[23].

Jednocześnie, rozumiejąc ten przepis, jako dający kierownikowi jednostki uprawnienie, a jednocześnie obowiązek do zarządzania podmiotem leczniczym wskazać należy, iż jest on odpowiedzialny za prawidłowe wykonywanie podstawowych zadań tego podmiotu, tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przy czym zakres tej odpowiedzialności jest bardzo szeroki, obejmuje m.in. konieczność zapewnienia właściwej struktury zatrudnienia, zarówno w zawodach medycznych, jak i w kontekście pracowników administracyjnych, zagwarantowanie odpowiednich do rodzaju udzielanych świadczeń warunków lokalowych i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także zapewnienie właściwego poziomu finansowania, czy to w drodze zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, czy też w drodze pozyskiwania środków z innych źródeł.

Tego rodzaju poszczególne obowiązki spoczywające na kierowniku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą mogą rodzić różnego rodzaju odpowiedzialność z tytułu ich niewykonania lub niewłaściwego wykonania.

4. Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą za naruszenie przepisów przy udzielaniu zamówień publicznych

W kontekście coraz większych możliwości dla korzystania przez podmioty lecznicze ze środków zewnętrznych, w tym zwłaszcza pochodzących z Unii Europejskiej,

[22] Stanowisko to jest ugruntowane w orzecznictwie. Tak m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2005 r., sygn. akt III CK 652/04, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 lutego 2013 r., sygn. akt I ACa 91/13, czy wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 17 sierpnia 2017 r., sygn. akt I ACa 733/15.

[23] Ciechorski J., *Komentarz do*…, op. cit.; Grzegorczyk F., *Komentarz do*…, op. cit.

czy to na rozwój i modernizację infrastruktury, czy wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny, czy wreszcie na wdrażanie nowoczesnych technologii, podstawowe wręcz znaczenie ma dla tych podmiotów prawidłowe udzielanie zamówień publicznych.

Realizacja bowiem tego typu zadań przez podmioty dysponujące środkami publicznymi wiąże się z obowiązkiem ich wydatkowania zgodnie z obowiązującymi procedurami udzielania zamówień publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych[24]. Ustawa ta bowiem obliguje do stosowania jej przepisów przez zamawiających, będących przede wszystkim jednostkami sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1530)[25], do których z kolei zalicza się m.in. jednostki budżetowe czy też samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej[26], w jakich to formach najczęściej tworzone są, przez organy władzy publicznej, podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami.

Nieprzestrzeganie przez zamawiającego norm określonych w powszechnie obowiązujących przepisach regulujących zasady wydatkowania środków publicznych może nie tylko spowodować negatywne skutki finansowe dla danej jednostki wskutek naruszenia przepisów prawa zamówień publicznych, ale także może doprowadzić do poniesienia przez jej kierownika odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, czy odpowiedzialności karnej.

Jeśli chodzi o regulacje ustawy Prawo zamówień publicznych, podstawowe znaczenie dla odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą za prawidłowe przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, jak również za jego udzielenie, co jest zasadniczym przedmiotem niniejszego opracowania, ma przepis art. 52 tej ustawy. W treści jego ust. 1 wskazuje się kierownika zamawiającego jako osobę odpowiedzialną za przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia. Przez kierownika zamawiającego należy rozumieć osobę lub organ, który zgodnie z obowiązującymi przepisami, statutem lub umową, jest uprawniony do zarządzania zamawiającym, z wyłączeniem pełnomocników ustanowionych przez zamawiającego[27].

Jednakże kierownik zamawiającego może powierzyć część przysługujących mu uprawnień w zakresie przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia innym osobom, tym samym przenosząc na nie odpowiedzialność za powierzone, w danym postępowaniu o udzielenie zamówienia, czynności. Z tym, że tego typu powierzenie *(…) musi mieć postać upoważnienia indywidualnie adresowanego dla danego pracownika z wymienieniem czynności z zakresu postępowania przetargowego, które zostały mu powierzone. Brak takiego indywidualnego upoważnienia skutkuje brakiem możliwości postawienia zarzutu zaniechania dokonania pewnych*

[24] T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1320.
[25] Art. 4 pkt 1 p.z.p.
[26] Art. 9 pkt 3 i 10 u.f.p.
[27] Art. 7 pkt 7 p.z.p.

czynności lub dokonania czynności niezgodnie z obowiązującym prawem[28]. W cytowanym orzeczeniu GKO zwróciła również uwagę że *(…) kierownik zamawiającego przy realizacji prawa powierzenia pracownikom czynności na etapie przygotowania lub przeprowadzenia postępowania podlega pewnemu ograniczeniu, tzn. może się on (…) podzielić odpowiedzialnością tylko w zakresie czynności dla niego zastrzeżonych*. W treści przepisu art. 54 ust. 2 p.z.p. wskazane zostały czynności zastrzeżone dla kierownika zamawiającego. Należą do nich: zatwierdzenie przedstawionych przez komisję przetargową lub osoby wykonujące czynności związane z przeprowadzeniem postępowania wyników oceny wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofert oraz propozycji wyboru najkorzystniejszej oferty albo zatwierdzenie czynności unieważnienia postępowania o udzielenie zamówienia. W przypadku dokonania przez kierownika zamawiającego powierzenia przysługujących mu uprawnień innej osobie, zgodnie z dyspozycją przepisu art. 52 ust. 2 p.z.p. czynności dokonane przez taką osobę na podstawie prawidłowego powierzenia są skuteczne i wiążące zarówno dla zamawiającego, jak i dla wykonawców w danym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Wracając jednak do kwestii samej odpowiedzialności, wskazać należy, iż ustawa Prawo zamówień publicznych, o ile posługuje się takim sformułowaniem, to jednak nie określa zasad tej odpowiedzialności, ani w odniesieniu do osoby kierownika zamawiającego, ani też innych osób biorących udział w procedurze przygotowania postępowania, jego przeprowadzenia, a wreszcie udzielenia zamówienia publicznego. Jedynym właściwie wyjątkiem w tym zakresie jest regulacja zawarta w treści art. 56 ust. 4 p.z.p. przewidująca odpowiedzialność karną za złożenie fałszywego oświadczenia o istnieniu albo braku istnienia okoliczności dotyczących tzw. konfliktu interesów lub niekaralności za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, co dotyczy kierownika zamawiającego, członka komisji przetargowej oraz innych osób wykonujących czynności związane z przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia po stronie zamawiającego, a także osób mogących wpłynąć na wynik tego postępowania oraz osób udzielających zamówienia[29].

Również, jeśli chodzi o przepisy zawarte w dziale XII ustawy Prawo zamówień publicznych dotyczącym kar pieniężnych, odnoszą się one do zamawiających, a nie do kierownika zamawiającego czy też innych osób, które wykonywały czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Próżno zatem w ich treści wprost szukać podstaw dla odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego za wymienione w tych przepisach naruszenia ustawy.

W tym kontekście warto wskazać na wykładnię przepisu art. 52 p.z.p. zawartą w komentarzu do tej ustawy Urzędu Zamówień Publicznych. Wskazano tam

[28] Orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 26 kwietnia 2018 r. sygn. akt BDF1.4800.13.2018, LEX nr 539401366, tak również orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 22 lutego 2010 r., sygn. akt BDF1/4900/87/89/09/3148, LEX nr 537664957, oraz orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 13 czerwca 2013 r., BDF1/4900/35/40/RN-10/13/RWPD-30890, LEX nr 538397571.

[29] Art. 56 ust. 4 w zw. z ust. 1–3 p.z.p.

mianowicie, iż cyt. *(…) «odpowiedzialność» może być rozumiana na różne sposoby, jednak w art. 52 p.z.p. została użyta w konkretnym znaczeniu. Nie jest to wskazanie osoby ponoszącej odpowiedzialność w rozumieniu sankcyjnym, w szczególności nie należy jej utożsamiać z odpowiedzialnością za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Podleganie sankcjom, w szczególności za naruszenie przepisów p.z.p. na etapie przygotowania lub przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia, może być dopiero skutkiem odpowiedzialności wynikającej z art. 52 p.z.p. i jest regulowane przepisami innymi niż p.z.p.*[30].

Przechodząc zatem do odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, regulowanej przepisami ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych[31], wskazać należy na jej zakres przedmiotowy. W treści przepisu art. 4 ust. 1 u.o.n.d.f.p. określono katalog podmiotów, podlegających tej odpowiedzialności, zaliczając do nich m.in.:

1) osoby wchodzące w skład organu wykonującego budżet lub plan finansowy jednostki sektora finansów publicznych albo organu zarządzającego podmiotu niezaliczanego do sektora finansów publicznych, któremu przekazano do wykorzystania lub dysponowania środki publiczne, lub zarządzającego mieniem tych jednostek lub podmiotów,
2) kierowników jednostek sektora finansów publicznych,
3) pracowników jednostek sektora finansów publicznych lub inne osoby, którym odrębną ustawą lub na jej podstawie powierzono wykonywanie obowiązków w takiej jednostce, których niewykonanie lub nienależyte wykonanie stanowi czyn naruszający dyscyplinę finansów publicznych,
4) osoby wykonujące w imieniu podmiotu niezaliczanego do sektora finansów publicznych, któremu przekazano do wykorzystania lub dysponowania środki publiczne, czynności związane z wykorzystaniem tych środków lub dysponowaniem tymi środkami.

Przy czym, w odniesieniu do osób wymienionych w pkt 3) ustawa wprowadza zastrzeżenie, zgodnie z którym cyt. *w przypadku naruszenia dyscypliny finansów publicznych (…) osoba obowiązana lub upoważniona do działania w imieniu podmiotu publicznego lub prywatnego, który oferuje pomocnicze działania zakupowe na rynku, któremu kierownik zamawiającego powierzył przygotowanie lub przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub przeprowadzenie konkursu, podlega odpowiedzialności za to naruszenie, jeżeli zamawiający jest jednostką sektora finansów publicznych lub udzielane zamówienie publiczne lub konkurs są finansowane ze środków publicznych*[32].

[30] Nowak H., Winiarz M. (red.), *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*. Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2023, s. 212.

[31] T.j. Dz.U. z 2024, poz. 104.

[32] Art. 4 ust. 2 u.o.n.d.f.p.

Wskazany powyżej zakres podmiotowy odpowiedzialności został w 2012 r. poszerzony[33] w treści dodanego przepisu art. 4a u.o.n.d.f.p., co uzasadnione było koniecznością dostosowania regulacji ustawy o odpowiedzialności za naruszenie finansów publicznych do specyfiki gospodarowania środkami unijnymi i zagranicznymi[34].

Ten rodzaj odpowiedzialności, regulowany w treści ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych ma, w przeciwieństwie do ustawy Prawo zamówień publicznych, charakter indywidualny. Mogą ją ponieść, oczywiście przy spełnieniu warunków określonych w tej ustawie, wyłącznie osoby fizyczne, wskazane w treści przywołanych wyżej art. 4 i 4a u.o.n.d.f.p.

W tym zakresie warto zwrócić uwagę na odpowiedzialność kierownika jednostki sektora finansów publicznych, która wynika z treści przepisu art. 53 ust. 1 ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z tym przepisem kierownik jednostki sektora finansów publicznych jest odpowiedzialny za całość gospodarki finansowej tej jednostki. Z tym, że pojęcie gospodarki finansowej nie zostało wprost zdefiniowane w treści ustawy o finansach publicznych. Opierając się zatem na poglądach przedstawicieli doktryny wskazać należy na możliwie szerokie rozumienie tego pojęcia, obejmujące nie tylko pozyskiwanie lub wydatkowanie środków publicznych przez podmioty prawa publicznego, ale również inne czynności prawne i organizacyjne, które służą temu procesowi, zarówno bezpośrednio, tj. pobieranie należności, dokonywanie wydatków, zaciąganie zobowiązań, jak i pośrednio, np. wykonywanie obowiązków w zakresie rachunkowości i sprawozdawczości budżetowej, udzielanie zamówień publicznych, organizowanie i kierowanie pracą jednostki[35]. Oczywiście gospodarka ta powinna być prowadzona na podstawie przepisów prawa, jednak nie każde złamanie zasad w nich określonych skutkowało będzie naruszeniem dyscypliny finansów publicznych, bowiem katalog tego rodzaju czynów jest katalogiem zamkniętym, określonym w przepisach art. 5–18c u.o.n.d.f.p.[36]

Przechodząc zatem do katalogu tych czynów, mając na uwadze przedmiot niniejszego opracowania, wskazać należy na te, związane z nieprawidłowościami w zakresie przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Podstawowym w tym zakresie przepisem wydaje się art. 17 u.o.n.d.f.p. określający przedmiotowy zakres odpowiedzialności za naruszenia w zakresie zamówień publicznych. W korelacji z tym przepisem pozostaje, określony w treści art. 44

[33] Na mocy ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 240, poz. 1429 z dnia 10 listopada 2011 r.).

[34] Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz niektórych innych ustaw, druk VI.4465, LEX nr 101607879.

[35] Wójtowicz W., Gorgol A., Kuś A., Niezgoda A., Smoleń P., *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego.* Wolters Kluwer Polska, Kraków 2005, s. 16; Brzeziński B., Dębowska-Romanowska T., Kalinowski M., Wójtowicz W., *Prawo finansowe.* C. H. Beck, Warszawa 2000, s. 4.

[36] Kościńska-Paszkowska A., *Komentarz do art. 4 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych*, [w:] Kościńska-Paszkowska A. (red.), *Odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Komentarz*. WKP, 2021, LEX nr 587868993.

ust. 4 ustawy o finansach publicznych, obowiązek wydatkowania środków publicznych zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Stanowi on bowiem, iż cyt. *jednostki sektora finansów publicznych zawierają umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej*. Obecny kształt przepisu art. 17 u.o.n.d.f.p. nadany został ustawą z dnia 11 września 2019 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo zamówień publicznych[37], dzięki czemu zakres odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych został dostosowany do nowych przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.

Zgodnie z treścią art. 17 ust. 1 u.o.n.d.f.p., naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest niezgodne z przepisami o zamówieniach publicznych:

1) opisanie przedmiotu zamówienia publicznego w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję,
2) ustalenie wartości zamówienia publicznego lub jego części lub konkursu, jeżeli miało wpływ na obowiązek stosowania przepisów o zamówieniach publicznych albo na zastosowanie przepisów dotyczących zamówienia publicznego o niższej wartości,
3) określenie warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub wymaganych od wykonawców środków dowodowych w sposób niezwiązany z przedmiotem zamówienia lub nieproporcjonalny do przedmiotu zamówienia,
4) określenie kryteriów oceny ofert,
5) nieprzekazanie do publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub niezamieszczenie w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenia o zamówieniu, ogłoszenia o ustanowieniu systemu kwalifikowania wykonawców, ogłoszenia o sprostowaniu, zmianach lub dodatkowych informacjach odnośnie do takich ogłoszeń, ogłoszenia o udzieleniu zamówienia, ogłoszenia o wyniku postępowania lub ogłoszenia o wykonaniu umowy,
6) niezamieszczenie specyfikacji warunków zamówienia lub opisu potrzeb i wymagań na stronie internetowej prowadzonego postępowania,
7) łączenie zamówień albo dzielenie zamówienia na odrębne zamówienia publiczne skutkujące uniknięciem stosowania przepisów ustawy.

Kolejne jednostki redakcyjne tego przepisu wskazują inne jeszcze czyny stanowiące naruszenie dyscypliny finansów publicznych związane z przeprowadzeniem postępowania i udzieleniem zamówienia z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych, bądź z ich pominięciem, w tym odnoszące się do czynności zawierania umów, czy też unieważnienia samego postępowania[38].

W dalszej kolejności wskazać należy na przepis art. 13 ustawy, który określa czyny stanowiące naruszenie dyscypliny finansów publicznych związane z gospodarowaniem środkami unijnymi i zagranicznymi. Wśród nich na uwagę zasługuje czyn

[37] Dz.U. z dnia 24 października 2019 r., poz. 2020.

[38] Art. 17 ust. 1b-1c, ust. 2–6a u.o.n.d.f.p.

określony w pkt 6 lit a) komentowanego przepisu, zgodnie z którym cyt. *Naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest (…) wykorzystanie środków publicznych lub środków przekazanych ze środków publicznych, związanych z realizacją programów lub projektów finansowanych z udziałem środków unijnych lub zagranicznych, niezgodnie z przeznaczeniem lub z naruszeniem procedur obowiązujących przy ich wykorzystaniu, w tym (…) procedur określonych przepisami o zamówieniach publicznych – wyłącznie w zakresie określonym w art. 17*.

Nie sposób także pominąć regulacji zawartej w treści przepisu art. 18c ust. 1 u.o.n.d.f.p., który odnosi się wprawdzie do naruszenia dyscypliny finansów publicznych w zakresie kontroli zarządczej, ale jednocześnie wiąże tę odpowiedzialność z określonym skutkiem, w tym z nieprawidłowościami w zakresie przeprowadzenia postępowania i udzielenia zamówienia publicznego. Pojęcie kontroli zarządczej określa z kolei ustawa o finansach publicznych. Zgodnie z jej art. 68 ust. 1 cyt. „kontrolę zarządczą w jednostkach sektora finansów publicznych stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy". Z kolei w ust. 2 cytowanego przepisu wskazane zostało, iż celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji, a także zarządzania ryzykiem. W dalszej kolejności ustawa o finansach publicznych nakłada obowiązek zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej m.in. na kierowników jednostek organizacyjnych[39], co pokrywa się z zakresem podmiotowym ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, określonym w treści art. 4 ust. 1 pkt 2 u.o.n.d.f.p. Wracając jednak do samego art. 18c u.o.n.d.f.p., określającego czyny stanowiące naruszenie dyscypliny finansów publicznych, mając na uwadze przedmiot niniejszego opracowania, zwrócić należy uwagę na treść jego ust. 1 pkt 5–8 oraz 12, w świetle których naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez kierownika jednostki sektora finansów publicznych obowiązków w zakresie kontroli zarządczej w jednostce sektora finansów publicznych, jeżeli miało ono wpływ na, określone w tym przepisie, czynności odnoszące się do udzielenia zamówienia lub zawarcia umowy z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych lub z ich pominięciem.

Ustawa o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych określa także kary za naruszenie dyscypliny finansów publicznych i ich wymiar. Wskazuje ona cztery rodzaje takich kar, mianowicie: upomnienie, naganę, karę pieniężną oraz zakaz pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi[40].

[39] Art. 69 ust. 1 pkt 3 u.f.p.

[40] Art. 31 ust. 1 u.o.n.d.f.p.

Zgodnie z ustawą karę pieniężną wymierza się w wysokości od 0,25 do trzykrotności miesięcznego wynagrodzenia osoby odpowiedzialnej za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie wysokości tego wynagrodzenia, karę pieniężną wymierza się w wysokości od 0,25 do pięciokrotności przeciętnego wynagrodzenia. Biorąc pod uwagę górną granicę wymiaru tej kary, jak również zapisy ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi[41], która ma zastosowanie m.in. do kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przyjmując maksymalne, określone w niej wysokości miesięcznego wynagrodzenia, stwierdzić należy, iż ewentualna kara finansowa za naruszenie dyscypliny finansów publicznych może być naprawdę dotkliwa.

Jednak jeszcze poważniejsze konsekwencje nieść może za sobą zakaz pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, który wyklucza, w okresie orzeczenia tego zakazu, możliwość pełnienia w jednostce sektora finansów publicznych funkcji: kierownika, zastępcy kierownika lub dyrektora generalnego, członka zarządu, skarbnika, głównego księgowego lub zastępcy głównego księgowego, jak również kierownika lub zastępcy kierownika komórki bezpośrednio odpowiedzialnej za wykonywanie budżetu lub planu finansowego, a ponadto wyklucza możliwość reprezentowania interesów majątkowych Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub innej jednostki sektora finansów publicznych, jak również możliwość członkostwa w organach stanowiących, nadzorczych i wykonawczych państwowych i samorządowych osób prawnych. Zakaz ten orzekany jest na okres od jednego roku do lat 5[42].

Z punktu widzenia kierownika podmiotu leczniczego odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, przewidziana w przepisach przedmiotowej ustawy, jakkolwiek dotkliwa, może okazać się nie jedyną, z jaką przyszłoby mu się zmierzyć w przypadku niezgodnego z przepisami prawa zamówień publicznych przeprowadzeniem postępowania i udzieleniem zamówienia. Naruszenie bowiem w trakcie prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa skutkować może także odpowiedzialnością karną. Wśród przepisów, które organy ścigania mogą brać pod uwagę, przy ocenie prawidłowości i legalności podejmowanych w toku danej procedury o udzielenie zamówienia, z punktu widzenia zamawiającego, tj. kierownika jednostki i innych osób biorących udział w procedurze o udzielenie zamówienia wskazać należy, spośród przestępstw przeciwko działalności instytucji państwowych i samorządu terytorialnego[43] – przepis art. 228 k.k., penalizujący przyjęcie korzyści majątkowej (tzw. łapownictwo bierne), a także przepis art. 231 k.k. przewidujący karalność czynu określanego jako nadużycie uprawnień. Natomiast wśród przestępstw przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym

[41] T.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 2136.

[42] Art. 31 ust. 4 w zw. z art. 32 ust. 2 u.o.n.d.f.p.

[43] Rozdział XXIX ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383).

wskazać należy na przepis art. 305 k.k. odnoszący się do zakłócenia przetargu publicznego, czyli tzw. zmowy przetargowej.

Oczywiście przestępstw, które mogą wchodzić w rachubę, w przypadku niezgodnych z prawem działań podejmowanych w związku z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia, a także z samym jego udzieleniem jest więcej. Jednak zasadniczo odnosić się one będą do innych niż związane z zamawiającym osób, w tym działających w imieniu i na rzecz wykonawców lub potencjalnych wykonawców[44].

W kontekście odpowiedzialności zamawiającego (jednostki organizacyjnej) za przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych, nie należy również zapominać o regulacji ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów[45], zwanej również „ustawą antymonopolową". W ramach określonych w niej praktyk ograniczających konkurencję zakazuje ona zawierania antykonkurencyjnych porozumień, a więc takich, których celem lub skutkiem jest wyeliminowanie, ograniczenie lub naruszenie w inny sposób konkurencji na rynku właściwym[46]. Jednocześnie ustawa wskazuje przykładowe zachowania, które należy kwalifikować właśnie jako porozumienia antykonkurencyjne, wskazując wśród nich m.in. uzgadnianie przez przedsiębiorców przystępujących do przetargu lub przez tych przedsiębiorców i przedsiębiorcę będącego organizatorem przetargu warunków składanych ofert, w szczególności zakresu prac lub ceny[47].

Jak widać, cytowany przepis posługuje się pojęciem przedsiębiorcy, w związku z czym mogłoby się wydawać, iż regulacje ustawy antymonopolowej nie będą miały zastosowania do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, których działalności dotyczy przedmiotowe opracowanie. W tym zakresie jednak należy odwołać się do treści przepisu art. 4 pkt 1 u.o.k.i.k., zawierającego bardzo szeroką definicję przedsiębiorcy, zaliczającą do tej kategorii również podmioty niebędące przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów innych ustaw (w szczególności ustawy Prawo przedsiębiorców oraz Kodeksu cywilnego)[48]. Wśród tych innych podmiotów ustawa uznaje za przedsiębiorców m.in. osoby fizyczne, osoby prawne, a także jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, organizujące lub świadczące usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Tym samym uznać należy, iż podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, tak określone w ustawie o działalności leczniczej, są nimi jednak na gruncie wskazanej ustawy o ochronie konkurencji

[44] Dotyczyć to będzie m.in. przestępstw określonych w przepisach art. 229 k.k. (przekupstwo), art. 230 k.k. i 230a k.k. (płatna protekcja), art. 296a k.k. (łapownictwo na stanowisku kierowniczym), czy art. 297 k.k. (wyłudzenie).

[45] T.j. Dz.U. z 2024, poz. 1616.

[46] Art. 6 ust. 1 u.o.k.i.k.

[47] Art. 6 ust. 1 pkt 7 u.o.k.i.k.

[48] Kohutek K., Sieradzka M., *Komentarz do art. 4*, [w:] Kohutek K., Sieradzka M. (red.), *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz*. WKP, 2024, LEX nr 587264132.

i konsumentów, co znajduje swoje odzwierciedlenie m.in. w decyzjach prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów[49].

Naruszenie określonych w treści art. 6 ust. 1 u.o.k.i.k. zakazów wiązać się może z nałożeniem na przedsiębiorcę w rozumieniu tej ustawy kary pieniężnej. Jednak, co należy podkreślić w odniesieniu do czynu określonego w pkt 7) wskazanego przepisu dotyczącego postępowań przetargowych, wyłączona została możliwość nałożenia tego typu kary finansowej na osobę zarządzającą tym podmiotem[50].

5. Podsumowanie

Jak przedstawiono w niniejszym opracowaniu, zasady odpowiedzialności za prawidłowe i zgodne z prawem przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przez podmioty medyczne niebędące przedsiębiorcami zawarte są w różnych aktach prawnych rangi ustawowej, poczynając od podstawowej w tym zakresie ustawy Prawo zamówień publicznych, poprzez ustawę o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych i związaną z nią ustawę o finansach publicznych, a także Kodeks karny czy ustawę o ochronie konkurencji i konsumentów. Nie należy również zapominać o istotnej z punktu organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zasady tej odpowiedzialności, określone w poszczególnych aktach prawnych, należy podzielić na te, które bezpośrednio dotyczą samej jednostki organizacyjnej i na te, które wiązać się będą z określonymi konsekwencjami dla kierownika tej jednostki. Chociaż nie należy wykluczać sytuacji, w której implikacje niedochowania przepisów o zamówieniach publicznych, z którymi będzie musiał zmierzyć się podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, ostatecznie zaważą także na odpowiedzialności jej kierownika, którą należy także rozpatrywać na gruncie prawa pracy, jeżeli działa on w ramach umowy o pracę, tudzież powołania czy mianowania, ewentualnie innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, np. Kodeksu spółek handlowych[51], w sytuacji jeśli podmiot leczniczy działa w formie spółki kapitałowej, a także na gruncie umowy zawartej pomiędzy tego rodzaju podmiotem, a osobą nią zarządzającą[52].

[49] M.in. decyzja Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 18 grudnia 2012 r., nr RLU 31/2012. Źródło: https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/1/D9F2A6E45DB373D6C12-57EC6007B9BB1?editDocument&act=Decyzja [13.09.2025].

[50] Art. 6a, 106 i 106a u.o.k.i.k.

[51] Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 18).

[52] Tak m.in. Stachowiak M., *Komentarz do art. 52 p.z.p.,* [w:] Dzierżanowski W., *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*. WKP, 2021, LEX nr 587859631.

Bibliografia

Literatura

Brzeziński B., Dębowska-Romanowska T., Kalinowski M., Wójtowicz W., *Prawo finansowe*. Warszawa 2020.

Ciechorski J. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*. LEX/el, 2024.

Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz.* WKP, 2019.

Dzierżanowski W., *Prawo zamówień publicznych. Komentarz.* WKP, 2021.

Grzegorczyk F. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*. LexisNexis, 2013.

Kościńska-Paszkowska A. (red.), *Odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Komentarz*. WKP, 2021.

Kohutek K., Sieradzka M., *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz*. WKP, 2024.

Kubot Z., *Status kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.* Wrocław 2001.

Nowak H., Winiarz M. (red.), *Prawo zamówień publicznych. Komentarz.* Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2023.

Wójtowicz W., Gorgol A., Kuś A., Niezgoda A., Smoleń P., *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego.* Kraków 2005.

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1071).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383).

Ustawa z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 2136).

Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 18).

Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 104).

Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1616).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1530).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 450).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 240, poz. 1429 z dnia 10 listopada 2011 r.).

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 515).

Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 236).

Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1320).

Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z dnia 24 października 2019 r., poz. 2020).

Orzeczenia sądów i administracji

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2005 r., sygn. akt III CK 652/04.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 lutego 2013 r., sygn. akt I ACa 91/13.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 17 sierpnia 2017 r., sygn. akt I ACa 733/15.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2018 r., sygn. akt I ACa 1077/17.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2020 r., sygn. akt II OSK 1152/19.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 4 grudnia 2014 r., sygn. akt VII SA/WA 2043/14.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 13 czerwca 2019 r., sygn. akt III SA/Gl 318/19.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 28 stycznia 2020 r., sygn. akt II SA/Bd 998/19.

Decyzja Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 18 grudnia 2012 r., nr RLU 31/2012.

Orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 22 lutego 2010 r., sygn. akt BDF1/4900/87/89/09/3148.

Orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 13 czerwca 2013 r., BDF1/4900/35/40/RN-10/13/RWPD-30890.

Orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 26 kwietnia 2018 r., sygn. akt BDF1.4800.13.2018.

Inne

Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr VI.4465.

Opis naborów do KPO. Źródło: https://www.kpo.gov.pl/strony/o-kpo/wsparcie/nabory-dla-administracji/#target_6 [13.09.2025].

Wykaz skrótów

k.c.	–	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1071).
k.k.	–	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383).
p.p.	–	ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 236).
p.z.p.	–	ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1320).
u.d.l.	–	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 450).
u.f.p.	–	ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1530).
u.o.k.i.k.	–	ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1616).
u.o.n.d.f.p.	–	ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 104).
u.p.o.z.	–	ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 515).
GKO	–	Główna Komisja Orzekająca.

*Paweł Pochodyła**

STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA

Standards for the protection of minors in healthcare facilities

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0001-5751-7076

Streszczenie

Artykuł podejmuje próbę analizy przepisów prawnych, nowelizujących istniejącą Ustawę z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym, które to regulacje wprowadziły obowiązek dla placówek pracujących z dziećmi, w tym placówek ochrony zdrowia, posiadania i wdrażania procedur chroniących dzieci przed przemocą, krzywdzeniem oraz narażeniem na szkodliwe treści. Obowiązek ten został nałożony na instytucje po tragicznych wydarzeniach, jakie miały miejsce w Częstochowie w 2023 r., kiedy ojczym zakatował swojego ośmioletniego pasierba, przy bierności oraz pomocy ze strony biologicznej matki chłopca. Najważniejsze elementy standardów ochrony małoletnich obejmują weryfikację zatrudnianych osób pod kątem niekaralności za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości, zasady postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dzieci, procedury zgłaszania podejrzenia krzywdzenia organom ścigania, zasady bezpiecznych relacji z dziećmi, informowanie dzieci o ich prawach, zasadach bezpieczeństwa w sieci oraz o tym, do kogo mogą się zwrócić po pomoc. Uwzględnione są przepisy karne, które obejmują między innymi kary za niewprowadzenie standardów ochrony w instytucjach do tego zobowiązanych. Ponadto przedstawiono sankcje, które grożą pracodawcy za niewłaściwą weryfikację pracowników, którzy mogą mieć kontakty z dziećmi.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, placówka medyczna, małoletni, przeciwdziałanie przemocy, standardy ochrony, przestępczość, zapobieganie

Abstract

The article attempts to analyze the legal provisions amending the existing Act of May 13, 2016, on Counteracting the Threat of Sexual Crime. These regulations introduced

an obligation for facilities working with children, including health care facilities, to have and implement procedures to protect children from violence, abuse, and exposure to harmful content. This obligation was imposed on institutions after the tragic events that took place in Częstochowa in 2023, when a stepfather tortured his eight-year-old stepson to death, with the boy's biological mother acting inactively and receiving assistance. The most important elements of the child protection standards include verification of employees' criminal records for offenses against sexual freedom and morality, rules of conduct in the event of suspected child abuse, procedures for reporting suspected abuse to law enforcement, principles of safe relationships with children, informing children about their rights, online safety rules, and who they can turn to for help. Criminal provisions are included, including penalties for failing to implement protection standards in institutions required to do so. Furthermore, sanctions are presented for employers who fail to properly vet employees who may have contact with children.

Key words: *healthcare, medical facility, minors, violence prevention, protection standards, crime, prevention*

1. Wprowadzenie

Standardy ochrony małoletnich mają za zadanie przeciwdziałać możliwym naruszeniom prawa oraz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Są instytucjonalną odpowiedzią na pojawiające się w przeszłości przypadki krzywdzenia dzieci, które wcale nierzadko kończyły się dla nich tragicznie. Ustawodawca jest głównym aktorem w systemie podnoszenia jakości prawa, zwłaszcza w obszarze szeroko rozumianego bezpieczeństwa, również społecznego. Nie można jednak zapominać, że źródłem inspiracji dla zmian legislacyjnych są również, jak w przypadku ustawy Kamilkowej, inne instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe. Szkoda tylko, że ta inspiracja spowodowana była tak tragicznym zdarzeniem, które przy właściwym funkcjonowaniu instytucji odpowiedzialnych za wycinkowe obszary działalności państwowej nie powinno mieć miejsca. Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw[1], nazwana Ustawą Kamilkową weszła w życie 15 lutego 2024 r. Jej nazwa pochodzi od tragedii, która przydarzyła się 8-letniemu Kamilowi z Częstochowy, który po wielomiesięcznej przemocy domowej ze strony ojczyma i biologicznej matki, zmarł na skutek odniesionych obrażeń. Sprawa ta wywołała ogólnokrajową dyskusję dotyczącą reakcji na krzywdę, która dotyka małoletnich, ponieważ na jej przykładzie widać jak bagatelizowane były sygnały o nieprawidłowościach dziejących się w tej rodzinie. Pojawiły się zarzuty, że instytucje odpowiedzialne za bezpieczeństwo dzieci i młodzieży nie dochowały

[1] Dz.U.2023.1606 z dnia 2023.08.14.

należytej staranności, mimo wcześniejszych sygnałów, że w tej rodzinie dziecku dzieje się krzywda[2]. Z prasowych doniesień wyłaniał się obraz nieporadności służb w wymianie istotnych z punktu widzenia dobrostanu dziecka informacji[3]. Ogólnopolska kampania dotycząca podniesienia standardów ochrony małoletnich zaowocowała wniesieniem 12 maja 2023 roku pod obrady Sejmu poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw. Projekt dotyczył *wprowadzenia zmian w kilku aktach prawnych w celu podwyższenia standardów uczestnictwa małoletnich w procedurach sądowych, wzmocnienia ich ochrony, w tym także systemowej ochrony przed skrzywdzeniem oraz podwyższenia poziomu poszanowania praw osób z niepełnosprawnością*[4]. Sam proces legislacyjny przebiegł dosyć sprawnie, albowiem już 1 czerwca 2023 skierowano projekt do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu, które odbyło się 15 czerwca. Następnie procedowano go w Komisji Nadzwyczajnej do spraw zmian w kodyfikacjach, zaś 27 czerwca Komisja przedłożyła sprawozdanie o potrzebie uchwalenia projektu. 12 lipca 2023 r. odbyło się drugie czytanie na posiedzeniu Sejmu i ponownie skierowano druk do wspomnianej Komisji, 13 lipca, po ocenie poprawek przez Komisję, skierowano projekt do trzeciego czytania, na którym głosami 441 za, 11 przeciw, przy 1 wstrzymującym się, projekt ustawy przyjęto i następnego dnia przekazano Prezydentowi i Marszałkowi Senatu. Senat obradował 27 lipca, naniósł poprawki i tego samego dnia skierował do Komisji Nadzwyczajnej do spraw zmian w kodyfikacjach celem oceny poprawek senackich. Komisja zaleciła poprawki Senatu przyjąć i 28 lipca Sejm przyjął senackie poprawki. 31 lipca ustawę przekazano Prezydentowi do podpisu, którą Prezydent podpisał 2 sierpnia 2023 r. Ustawa weszła w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia z wyjątkiem kilku artykułów[5], które weszły w życie po 14 dniach ze względu na natychmiastowe zapobieganie oraz analizę przestępstw popełnianych na szkodę małoletnich wydają się znaczące. Dotyczyło to między innymi zapisów dotyczących analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz szczególnych środków ochrony małoletnich przed krzywdzeniem oraz podmiotów wskazanych do ich realizacji na poziomie Rady Ministrów oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. W ciągu 14 dni od wejścia ustawy w życie Rada Ministrów została zobligowana do przyjęcia Krajowego Planu Przeciwdziałania Przemocy na Szkodę Małoletnich oraz Krajowego Planu

[2] Śledztwo trwa, winnych wciąż brak. Siostra 8-letniego Kamila z Częstochowy: mam żal. Źródło: https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/smierc-8-letniego-kamila-z-czestochowy-siostra-gorzko-mam-zal/8vw8e0w [02.08.2025].

[3] Częstochowa podzielona po tragedii. „Matka Kamila nie była do tego zdolna". Źródło: https://wiadomosci.onet.pl/slask/czestochowa-podzielona-po-tragedii-matka-kamila-nie-byla-do-tego-zdolna/8fdf0tw?utm_source=wiadomosci.onet.pl_viasg_wiadomosci&utm_medium=refe-ral&utm_campaign=leo_automatic [02.08.2025].

[4] Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw. Źródło: https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3309 [02.08.2025].

[5] Zgodnie z art. 12 Ustawy Kamilka są to art. 1 pkt 1–3, art. 5, art. 7 pkt 6 w zakresie rozdziałów 4c i 4d, art. 8 oraz art. 9.

Przeciwdziałania Przestępstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich. Na poziomie Ministerstwa Sprawiedliwości utworzono Zespół do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu[6] oraz Zespół do Spraw Ochrony Małoletnich[7].

Sama ustawa zmieniła następujące akty prawne:

- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy[8];
- Ustawa z dnia z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego[9];
- Ustawa z dnia z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego[10];
- Ustawa z dnia z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy[11];
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych[12];
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej[13];
- Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy[14];
- Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym[15].

Celami, które legły u podstaw owego projektu były podwyższenie standardów udziału małoletnich w procedurach sądowych poprzez między innymi ustanowienie funkcji reprezentanta dziecka, odpowiedniej liczby (jednokrotność) wysłuchania dziecka w odpowiednio przystosowanych pomieszczeniach w siedzibie sądu lub, jeżeli dobro dziecka tego wymaga, poza jego siedzibą. Wzmocniona została ochrona małoletnich poprzez między innymi weryfikację osób, które chcą ubiegać się o zatrudnienie lub prowadzić działalność związaną z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich lub z opieką nad nim. Systemowej ochronie przed skrzywdzeniem dzieci i młodzieży mają służyć wprowadzone tą ustawą obowiązkowe „standardy ochrony małoletnich". Standardy są niejako odpowiedzią na wieloletnie zaniedbania w systemie reagowania na zjawiska przemocy wobec małoletnich, jak również celem ich jest zorganizowanie bezpiecznego środowiska dla dzieci i młodzieży we wszystkich instytucjach, które z racji charakteru swojej działalności zajmują się małoletnimi.

[6] Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 listopada 2023 r. w sprawie Zespołu do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (Dz.U.2023.2481 z dnia 2023.11.15).

[7] Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 października 2023 r. w sprawie Zespołu do Spraw Ochrony Małoletnich (Dz.U.2023.2411 z dnia 2023.11.07).

[8] Dz.U.2023.2809 t.j. z dnia 2023.12.29.

[9] Dz.U.2024.1568 t.j. z dnia 2024.10.23.

[10] Dz.U.2025.46 t.j. z dnia 2025.01.15.

[11] Dz.U.2025.911 t.j. z dnia 2025.07.08.

[12] Dz.U.2024.334 t.j. z dnia 2024.03.08.

[13] Dz.U.2024.1673 t.j. z dnia 2024.11.15.

[14] Dz.U.2024.1712 t.j. z dnia 2024.11.22.

[15] Dz.U.2024.1802 t.j. z dnia 2024.12.06.

W ustawie tej po raz pierwszy w sposób jednoznaczny i kompleksowy zobowiązuje się wszystkie podmioty mające kontakt z dziećmi do działań profilaktycznych, edukacyjnych i interwencyjnych. Jej celem jest nie tylko reagowanie na przemoc, ale przede wszystkim tworzenie środowiska, w którym dzieci są bezpieczne i mają prawo być wysłuchane. Dodatkowo należy zauważyć, że w ocenie projektodawców brak było w pierwotnej ustawie mechanizmów skutecznie uniemożliwiających sprawcom przestępstw na tle seksualnym kontaktu z dziećmi[16].

2. Czym są standardy ochrony małoletnich?

Standardy ochrony małoletnich to zbiór procedur, zasad i działań, które mają na celu ochronę dzieci przed przemocą, wykorzystywaniem seksualnym, psychicznym, fizycznym i zaniedbaniem. Wprowadzenie tychże ma przede wszystkim wymiar profilaktyczny, który ma za zadanie zapobieganie krzywdzeniu dzieci. Wymiar interwencyjny standardów polega na niezwłocznym, wczesnym wykrywaniu przypadków przemocy lub zaniedbania oraz natychmiastowym zawiadamianiu właściwych organów. Nie mniej ważna jest szybka pomoc skrzywdzonemu dziecku oraz jego najbliższym (o ile nie należą do grona krzywdzących). Same standardy nie są dokumentem zamkniętym, nie zawierają regulacji narzucających tworzenie ściśle zdefiniowanych dokumentów, to placówka medyczna, w sposób dostosowany do jej charakteru i rodzaju, ma za zadanie stworzyć takie ramy polityki bezpieczeństwa dla dzieci i młodzieży, aby odpowiadały różnorakim wyzwaniom, z którymi personel medyczny może mierzyć się w codziennej działalności. Dotyczy to relacji zarówno dorosły – dziecko, jak i dziecko – dziecko. Punkty kluczowe, elementy które powinny zawierać się w standardach powinny zawierać[17]:

1. zasady dotyczące bezpiecznych relacji między małoletnim a personelem placówki (np. zakaz stosowania fizycznej i psychicznej przemocy oraz zawierania relacji o charakterze nieformalnym lub niestosownym);
2. określenie niedozwolonych zachowań wobec małoletnich;
3. zasady i procedury podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia małoletniego oraz sposób ich dokumentowania;
4. zasady i procedury podejmowania interwencji w sytuacji powzięcia informacji o krzywdzeniu małoletniego oraz sposób ich dokumentowania (dotyczy to sytuacji, gdy personel placówki nie jest świadkiem widocznych oznak krzywdzenia, lecz powziął informacje z innych źródeł);
5. osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o krzywdzeniu małoletnich, do sądów i innych instytucji;
6. plan wsparcia małoletniego po ujawnieniu krzywdzenia;

[16] Zob. Uzasadnienie do projektu Ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2023.1606 z dnia 2023.08.14).

[17] Por. art. 22c Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2024.1802 t.j. z dnia 2024.12.06).

7. aktualizacje standardów (co najmniej raz na dwa lata);
8. osoby odpowiedzialne za przygotowanie standardów, szkolenie personelu oraz dokumentowanie szkoleń;
9. udostępnianie rodzicom lub opiekunom standardów do zapoznania;
10. udostępnianie małoletnim standardów do zapoznania.

Ustawodawca wprowadził również potrzebę uzupełnienia standardów o dodatkowe elementy w placówkach, w których dzieci i młodzież nie przebywa jedynie doraźnie, lecz forma taka ma więcej niż okazjonalny charakter, a z tym związane są dłuższe interakcje pomiędzy małoletnimi. W tym celu niezbędne jest dodatkowo uwzględnienie:

1. wymogów dotyczących bezpiecznych relacji między małoletnimi;
2. określenia niedozwolonych zachowań;
3. uregulowania zasad korzystania z urządzeń elektronicznych z dostępem do sieci Internet;
4. opracowanie procedur ochrony dzieci przed szkodliwymi treściami i zagrożeniami płynącymi z Internetu bądź przekazywanymi za pomocą innych utrwalonych form.

Oprócz ogólnych wymagań wynikających z ustawy, w przypadku placówek związanych z szeroko rozumianą ochroną zdrowia zasadnym było uwzględnić bardziej szczegółowe zapisy dotyczące procedur bezpieczeństwa dzieci i młodzieży tam przebywających[18]:

1. Kontakty personelu medycznego z dziećmi:
   - Obecność opiekuna – wizyta lekarska dziecka powinna odbywać się w obecności rodzica lub opiekuna prawnego, jednakże uzależnione jest to od odrębnych przepisów albo są ku temu podstawy medyczne.
   - Poszanowanie intymności – każde badanie fizykalne musi być przeprowadzane z poszanowaniem godności i dyskrecji dziecka. Pożądanym byłoby wykonywać takowe przy obecności innej osoby z personelu placówki.
   - Prosta komunikacja – kadra medyczna powinna stosować język dostosowany do jego wieku i możliwości poznawczych dziecka.
2. Schematy postępowania w razie podejrzenia stosowanie przemocy wobec małoletniego:
   - Szybka ścieżka zgłoszenia – sposób powiadamiania osoby odpowiedzialnej za ochronę małoletnich w placówce medycznej.
   - Procedura powiadamiania – organów ścigania i innych instytucji. Zaznajomienie z artykułem 304 Kodeksu postępowania karnego[19].
   - Dokumentowanie zdarzenia – obowiązkowa dokumentacja obrażeń, zarówno w formie papierowej, jaki foto-video[20].

[18] Dziecko u lekarza. Źródło: https://pacjent.gov.pl/artykul/dziecko-u-lekarza#:~:text=Podczas%20badania%20czy%20za-bieg%C3%B3w%20u [02.08.2025].

[19] Artykuł 304 dotyczy prawnego oraz społecznego obowiązku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa (Dz.U.2025.46 t.j. z dnia 2025.01.15).

[20] Ćwik K., *Dokumentacja medyczna jako instrument odpowiedzialności i jakości w systemie ochrony zdrowia – perspektywa prawna, organizacyjna i zarządcza*. Przedsiębiorstwo Przyszłości 2025; 2(63): 141–163.

3. Bezpieczeństwo dzieci przebywających w placówce dłużej:
   - Procedura odwiedzin z zewnątrz.
   - Ustalenie reguł kontaktów międzyrówieśniczych – jeżeli w placówce przebywają małoletni oraz istnieje podejrzenie stosowania między nimi przemocy.
   - Ograniczenie kontaktów – w przypadku podejrzenia możliwości stosowania przemocy ze strony dorosłych przebywających w placówce.
4. Rozpoznawanie symptomów przemocy lub zaniedbania:
   - Obowiązkowe szkolenia – szkolenia kadry medycznej w zakresie identyfikacji objawów przemocy lub zaniedbania. Instruktaż dotyczący mechanizmów powstawania takich objawów, jak np. oparzenia, głodzenie, złamania, urazy głowy, „huśtawka" nastroju.

Mimo że zakres standardów wydaje się być obszernie zakreślony, to nie można oprzeć się wrażeniu iż ustawodawca nie zawarł potrzeby zapisów dotyczących określenia zasad ochrony danych osobowych i wizerunku małoletnich w placówkach, w tym medycznych. Jest obecnie rzeczą naturalną, iż placówki różnego rodzaju promując swoją działalność często opierają się na dokumentacji foto i video, zamieszczając ją na swoich stronach internetowych bądź w inny sposób takowe utrwalając. W przypadku sytuacji związanej z interwencją w obronie małoletniego, gdzie dane osobowe są tym najwrażliwszym elementem procesu interwencyjnego, potrzeba ochrony wydaje się być niebagatelna. Oczywiście można i należy stosować ogólne zasady dotyczące ochrony danych osobowych, w tym te *stricte* gwarantowane tajnością postępowania karnego, jednak wydaje się być potrzebne wzmocnienie takowej ochrony w fazie przedprocesowej, na etapie reagowania na podstawie opracowanych standardów na poziomie placówki.

Ustawa wprowadziła ponadto dosyć szczegółowe zasady rekrutacji pracowników i wolontariuszy. Obejmują one między innymi obowiązek pracodawcy sprawdzania osób-kandydatów w Krajowym Rejestrze Karnym oraz Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (tzw. Rejestrze pedofilów)[21]. Rejestr nie jest rozwiązaniem, które wprowadziła ustawa Kamilkowa, ale funkcjonował już w formie ograniczonej od 2016 roku, jednak powyższa ustawa uszczegółowiła jego komponenty i zakres uzyskiwania informacji. Sam rejestr składa się z trzech komponentów i w jego skład wchodzą dwa rejestry z dostępem publicznym, czyli Rejestr publiczny oraz Rejestr Państwowej Komisji do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej 15 lat. Trzecim elementem jest Rejestr z dostępem ograniczonym, który prowadzi minister sprawiedliwości poprzez Biuro Informacyjne Krajowego Rejestru Karnego. Z rejestru tego mogą korzystać pracodawcy lub inne podmioty uprawnione po spełnieniu wymogów dotyczących założenia konta użytkownika indywidualnego albo konta użytkownika instytucjonalnego[22]. Obowiązek sprawdzenia w powyższych rejestrach zachodzi przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem tej

[21] Rejestr funkcjonuje pod domeną https://rps.ms.gov.pl/pl-PL/Public#/.

[22] Listę podmiotów uprawnionych do korzystania z Rejestru ograniczonego dostępu zawiera artykuł 12 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

osoby do innej działalności związanej między innymi z leczeniem. Należy zauważyć ponadto, iż Minister Edukacji Narodowej w piśmie z 10 stycznia 2018 r., nr DWKI-WPB.5013.2.2018.BK[23], skierowanym do Dyrektorów Przedszkoli, Szkół i Placówek wyraził pogląd, iż nie tylko osoba ubiegająca się o stałe zatrudnienie podlega sprawdzeniu w rejestrze, ale również taka która chce podjąć współpracę w ramach wolontariatu, w zakresie np. działalności związanej z profilaktyką i opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą, czy zajęciami dodatkowymi w placówkach oświatowych oraz instytucjach kultury, czyli wszędzie tam gdzie jest możliwy kontakt z małoletnimi.

Ustawa Kamilkowa wprowadziła do systemu prawnego instytucje „analizy określonego zdarzenia" oraz „Zespół do spraw analizy zdarzeń", który to funkcjonuje przy ministrze sprawiedliwości. Kadencja zespołu trwa 4 lata, zaś jego członków powołuje minister sprawiedliwości. W skład tego gremium wchodzi 7 stałych ekspertów po jednym z dziedziny prawa, pediatrii, psychologii, psychiatrii, pedagogiki, socjologii oraz pracy socjalnej lub resocjalizacji. Minister sprawiedliwości, na wniosek przewodniczącego Zespołu może powoływać ekspertów z innych dziedzin, niż wymienione powyżej, o ile przemawiają za tym okoliczności zdarzenia.

Procedura zespołu uruchamiana jest w przypadku uzasadnionego przypuszczenia wystąpienia wobec małoletniego skutku w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zdarzenia, które nosi znamiona umyślnego czynu zabronionego określonego w Kodeksie karnym, a zostało popełnione przez rodzica albo opiekuna prawnego lub faktycznego. W takich przypadkach wspomniany wyżej zespół dokonuje analizy zdarzenia, która to analiza jest niezależna od prowadzonego równolegle postępowania karnego. Należy zauważyć, że instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o zdarzeniu w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu małoletniego, mają prawny obowiązek niezwłocznie zawiadomić o tym przewodniczącego zespołu do spraw analizy zdarzeń.

Prace zespołu i sama analiza nie służą ustaleniu odpowiedzialności ani winy osób uwikłanych w konkretne zdarzenie, ale mają na celu tzw. dokonanie *fact-checkingu*. Członkowie zespołu w ramach swoich kompetencji mają za zadanie dokonanie opisu stanu faktycznego, skupiając się na wskazaniu okoliczności zdarzenia. Mają uprawnienia do wysłuchiwania osób pełnoletnich w celu ustalenia okoliczności zdarzenia, występować z wnioskami o udzielenie w celu zapoznania się wszelkich istotnych z punktu widzenia zdarzenia informacji, w tym udostępnienie akt, dokumentów, zapisów z monitoringu lub innych danych, zaś w przypadku braku oryginałów mają prawo sięgać do ich kopii. Mogą zasięgać informacji z Policji lub Żandarmerii Wojskowej w celu ustalenia, czy instytucje te podejmowały działania dotyczące przeciwdziałania przemocy domowej w miejscu zamieszkania małoletniego. Oprócz powyższych, zespół może zasięgać informacji dotyczących małoletniego oraz osób związanych ze zdarzeniem, w następujących instytucjach:

[23] Kuratorium Oświaty w Kielcach. Źródło: https://kuratorium.kielce.pl/wp-content/uploads/2018/01/pismo-do-dyrektorow-przedszkoli--szkol-i-placowek-z-upowaznienia.1908062_1595314.pdf [12.09.2025].

- jednostkach pomocy społecznej;
- publicznych oraz niepublicznych podmiotach leczniczych;
- prezesów sądów;
- kierowników jednostek prokuratury;
- kuratorów;
- jednostkach wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej;
- żłobkach, klubach dziecięcych, przedszkolach, szkołach i innych placówkach oświatowych, placówkach opiekuńczych i wychowawczych;
- poradniach psychologiczno-pedagogicznych;
- młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach sojoterapii, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, okręgowych ośrodkach wychowawczych;
- organizacjach społecznych, organizacjach pozarządowych;
- zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich;
- ośrodkach dla cudzoziemców.

Powyższe podmioty zobowiązane są terminie 30 dni od dnia doręczenia wniosku do udzielenia informacji, takowej udzielają, chyba że stoją na przeszkodzie ku temu względy formalne i udostępnienie informacji jest wyłączone lub ograniczone na podstawie przepisów odrębnych. W celu realizacji ustawowych uprawnień członków zespołu eksperckiego, mają oni również prawo do zapoznawania się z informacjami, które stanowią tajemnicę zawodową:

- lekarza i lekarza dentysty[24];
- osoby wykonującej zawód medyczny[25];
- pielęgniarki i położnej[26];
- osoby wykonującej czynności wynikające z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[27];
- psychologa[28];
- pracownika socjalnego[29];
- pracownika okręgowego ośrodka wychowawczego, zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich[30].

[24] Art. 40 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r., poz. 1287).

[25] Art. 14 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r., poz. 581).

[26] Art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r., poz. 814 i 854).

[27] Dz.U.2024.917 t.j. z dnia 2024.06.21.

[28] Art. 14 ust. 1 Ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r., poz. 1026).

[29] Art. 119 ust. 2 pkt 5 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 i 1572).

[30] Art. 335 pkt 4 Ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U.2024.978 t.j. z dnia 2024.07.02).

Po zebraniu istotnych danych, eksperci dążą do ustalenia sytuacji małoletniego, w tym jego sytuacji opiekuńczo-wychowawczej przed zdarzeniem. Nie mogą pomijać działań instytucji państwowych i samorządowych, innych organów, placówek. Działanie te analizowane są pod kątem podejmowania ich nie tylko wobec małoletniego, ale również wobec jego rodzeństwa (o ile oczywiście posiada) oraz wobec ich przedstawicieli ustawowych (rodziców, opiekunów prawnych), a także innych osób mogących mieć wpływ na małoletniego. Analiza działań właściwych organów i instytucji powinna dotyczyć sposobu faktycznego realizowania przyznanych uprawnień i wykonywania ciążących na nich obowiązków oraz reagowania na zagrożenie życia lub zdrowia małoletniego[31], w tym ustala się występowanie nieprawidłowości które mogą skutkować trudnościami w ujawnianiu i reagowaniu na przypadki krzywdzenia małoletniego. Analiza kończy się opracowaniem wniosków i zaleceń dla właściwych organów oraz instytucji. Wnioski takowe mogą dotyczyć działalności sądów, kuratorów, miejskich ośrodków pomocy społecznej, zespołów interdyscyplinarnych[32] (powoływanych przez wójtów, burmistrzów albo prezydentów miast na poziomie gmin, w celu podejmowania działań na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej). Formułowane mogą być również rekomendacje dotyczące systemu przepływu informacji pomiędzy różnymi sektorami działalności państwowej (np. pomoc społeczna, ochrona zdrowia, bezpieczeństwo wewnętrzne, wymiar sprawiedliwości), jak również adresowane do poszczególnych sektorów celem usprawnienia funkcjonowania działających w nich instytucji, jak również rekomendujące wprowadzenie nowych lub modyfikacje istniejących unormowań.

Przy ministrze sprawiedliwości został utworzony organ opiniodawczo-doradczy, którym jest Zespół do Spraw Ochrony Małoletnich. Do jego zadań należy przede wszystkim opracowanie Krajowego Planu Przeciwdziałania Przemocy na Szkodę Małoletnich[33] oraz Krajowego Planu Przeciwdziałania Przestępstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich[34], a także ocena postępów ich wdrażania. Nie mniej ważnym zadaniem jest analiza istniejących rozwiązań prawnych dotyczących ochrony małoletnich przed krzywdzeniem oraz inicjowanie zmian przepisów w tym zakresie, a także przygotowywanie wytycznych do opracowania standardów ochrony małoletnich i aktualizowanie tych wytycznych co 2 lata[35].

[31] Zob. tamże, art. 22d.

[32] Zespoły interdyscyplinarne powoływane są na podstawie Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U.2024.1673 t.j. z dnia 2024.11.15).

[33] Zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Sprawiedliwości, plan ten zostanie przygotowany przez Zespół do końca 2025. Źródło: https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/informacje-o-zespole2 [08.08.2025].

[34] Uchwała Nr 204 Rady Ministrów z dnia 17 października 2023 r. w sprawie przyjęcia Krajowego Planu Przeciwdziałania Przestępstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich na lata 2023-2026, M.P.2023.1235 z dnia 2023.11.16.

[35] Informacje o zespole. Źródło: https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/informacje-o-zespole2 [08.08.2025].

3. Kogo dotyczy obowiązek tworzenia standardów?

Zgodnie z artykułem 22b ustawy, obowiązek wdrożenia i stosowania standardów ochrony małoletnich dotyczy wszystkich podmiotów (zarówno organy zarządzające jednostką systemu oświaty oraz inne placówki, a także organizatorzy), które wykonują działalność związaną z opieką, wychowaniem, oświatą, leczeniem, resocjalizacją, posługą religijną, świadczeniem pomocy psychologicznej, prowadzeniem działalności sportowej lub rekreacyjnej, a także rozwojem zainteresowań wobec małoletnich.

W praktyce oznacza to m.in., że instytucjami zobligowanymi do wprowadzenia standardów ochrony małoletnich są:

- szkoły i przedszkola;
- placówki oświatowo-wychowawcze, kształcenia ustawicznego, artystyczne;
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
- młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze i ośrodki rewalidacyjno-wychowawcze dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki;
- placówki zapewniające opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania;
- organizacje pozarządowe pracujące z dziećmi;
- kluby sportowe;
- obozy i kolonie;
- kościoły i wspólnoty religijne;
- placówki medyczne;
- organizator jakiejkolwiek wyżej wymienionej działalności związanej z rozwijaniem zainteresowań przez małoletnich.

4. Kontrola i odpowiedzialność za niewykonanie obowiązków, które nakłada ustawa

Ustawodawca, celem wzmocnienia funkcjonowania zapisów ustawy Kamilkowej wprowadził kontrolę obowiązków, które na podmioty nakłada ustawa. Kontrole takie przeprowadzane są przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta, starostę, marszałka województwa wobec podległych im podmiotów. W przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów ustawy lub występuje uzasadnione podejrzenie, że takie naruszenie mogło nastąpić, powyższe organy kontrolne niezwłocznie powiadamiają Policję lub prokuratora, niezależnie od przekazania pokontrolnych zaleceń podmiotowi kontrolowanemu.

W stosunku do placówek medycznych uprawnienia kontrolne przysługują Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest on uprawniony do kontrolowania obowiązku wprowadzenia standardów ochrony małoletnich w poszczególnych

placówkach służby zdrowia oraz do sprawdzania, czy pracodawca przed zatrudnieniem osoby sprawdził czy jej dane nie figurują w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie. W razie stwierdzenia naruszenia powyższych zapisów, ustawa zobowiązuje pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzających kontrolę do niezwłocznego powiadomienia o tym policji lub prokuratora. Należy zauważyć, że przepis ten nie nakłada na samego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązku powiadamiania prokuratury lub policji, lecz na jego podwładnych, którzy bezpośrednio ujawniają naruszenia przepisów ustawy Kamilkowej. Wydaje się to być rozwiązaniem ze wszech miar rozsądnym, ponieważ nakłada na pracowników NFZ obowiązek natychmiastowej reakcji.

Ustawodawca zawarł w ustawie dodatkowe przepisy karne w postaci wykroczeń i przestępstw, które wzmacniają proces wprowadzania standardów ochrony małoletnich oraz zobowiązują obydwie strony działalności do składania oświadczeń o sobie z jednej strony oraz dokonywania sprawdzeń kandydatów do zatrudnienia z drugiej.

Zapisy artykułu 23 zawierają sankcje za wykroczenie dotyczące braku zgłaszania przez osobę figurującą w rejestrze faktycznego adresu pobytu lub jego zmiany, niedopełnienie obowiązku przedłożenia zaświadczenia z polskiego Krajowego Rejestru Karnego lub rejestrów państw trzecich przez osobą chcącą być zatrudnioną oraz niedopełnienie obowiązku sprawdzania w rejestrze przez pracodawcę osoby przed jej zatrudnieniem. W przypadku popełnienia wykroczenia zapisanego w ustępie 2, sąd dodatkowo orzeka środek karny w postaci świadczenia pieniężnego do wysokości 10 000 złotych na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej[36].

Art. 23. 1. Kto, będąc obowiązanym w związku z umieszczeniem danych w Rejestrze do zgłoszenia faktycznego adresu pobytu lub jego każdorazowej zmiany we właściwej jednostce organizacyjnej Policji lub właściwej osobie kierującej aresztem śledczym, zakładem karnym, zakładem psychiatrycznym, młodzieżowym ośrodkiem wychowawczym, okręgowym ośrodkiem wychowawczym, zakładem leczniczym, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, lub zakładem poprawczym, nie wykonuje tego obowiązku, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1000 zł.

2. Kto dopuszcza do pracy lub do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, osobę bez uzyskania informacji, o których mowa w art. 21 ust. 2, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1000 zł.

3. Kto przed nawiązaniem stosunku pracy lub dopuszczeniem do działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad

[36] Zob. art. 24a Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2024.1802 t.j. z dnia 2024.12.06).

psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, nie wypełnia obowiązku przedłożenia informacji lub oświadczenia, o których mowa w art. 21 ust. 3-7, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1000 zł.

Artykuł 23a wprowadzony ustawą Kamilkową sankcjonuje odpowiedzialność za wykroczenie w przypadku świadomego dopuszczenia do wykonywania działalności związanej z małoletnimi osoby, której dane figurują w Rejestrze dla pedofilów. Ustawodawca nie ograniczył się jednak tylko do tego Rejestru, ale rozciąga karalność za świadome zatrudnienie osoby karanej również za przestępstwa narkotykowe oraz czyny karalne z kodeksu karnego – przeciwko życiu i zdrowiu (opisane w rozdziale XIX), handel ludźmi (art. 189a), przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (rozdział XXV) oraz znęcanie się (art. 207). Dodatkowo sąd orzeka środek karny w postaci świadczenia pieniężnego na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. Wysokość tego świadczenia nie może przekroczyć 10 000 zł[37].

Art. 23a. Kto dopuszcza do pracy lub do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, osobę wiedząc, że dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze, albo wiedząc, że została prawomocnie skazana za przestępstwo określone w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, przestępstwo określone w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego lub w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1000 zł.

Ustawodawca usankcjonował brak obowiązku wprowadzenia standardów w instytucjach do tego obowiązanych, w tym w placówkach medycznych. Jednakże kara za zaniechanie tego obowiązku wydaje się groteskowa, podobnie jak wysokość sankcji za ponowne stwierdzenie niewykonania obowiązku wprowadzenia standardów. Wzmocnieniem sankcji za to wykroczenie popełnione ponownie (art. 23b ust. 2) jest zapis zawarty w artykule 24a, który obliguje sąd do orzeczenia środka karnego w postaci świadczenia pieniężnego do wysokości 10 000 złotych na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej[38].

Art. 23b. 1. Kto, będąc obowiązanym do wprowadzenia standardów ochrony małoletnich nie wykonuje tego obowiązku, podlega karze grzywny do 250 zł albo karze nagany.

2. W razie ponownego stwierdzenia niewykonania obowiązku wprowadzenia standardów ochrony małoletnich, sprawca, podlega karze grzywny nie niższej niż 1000 zł.

Znacznie bardziej surowsza odpowiedzialność grozi pracodawcy, w przypadku popełnienia przestępstwa dopuszczenia do pracy lub innej działalności osoby z orzeczonym zakazem zajmowania stanowisk związanych z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi. W takim przypadku sankcja wynosi co najmniej 3 miesiące pozbawienia wolności, zaś górna jej granica została określona

[37] Tamże.
[38] Tamże.

na 5 lat. Dodatkowo sąd orzeka środek karny w postaci świadczenia pieniężnego na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej do wysokości nawet 30 000 zł[39].

Art. 23c. Kto dopuszcza do pracy lub do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi osobę wiedząc, że osoba ta ma obowiązek stosowania się do orzeczonego przez sąd zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

5. Podsumowanie

Obowiązek ustanowienia i stosowania standardów ochrony małoletnich rozciąga się również na podmioty wykonujące działalność leczniczą, zarówno w sektorze publicznym, jak i niepublicznym. Placówki te, w zakresie udzielania małoletnim świadczeń medycznych, są zobowiązane do przyjęcia oraz wdrożenia procedur i mechanizmów zapewniających właściwy poziom ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Musimy zdawać sobie sprawę, że dziecko nie trafia do lekarza tylko w związku z chorobą, ale często również w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, również w wyniku przemocy domowej, zaniedbania oraz, co bulwersuje szczególnie, seksualnego wykorzystania. W związku z tym to pracownicy ochrony zdrowia, jak lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni są często pierwszymi osobami, które mogą zauważyć niepokojące objawy. Wydawać by się mogło, że „wymuszanie" prawem tworzenia procedur nie powinno mieć miejsca, tam gdzie powinna wystarczyć empatia, zdrowy rozsądek czy zwyczajnie ludzki odruch sprzeciwu wobec krzywdy dziejącej się dziecku, jednakże w systemach opartych na czynniku ludzkim nietrudno jest o błędy, szczególnie w przypadku deficytu wiedzy specjalistycznej czy też braku ujednoliconych schematów postępowania. Może to wszystko prowadzić do przeoczenia lub nieprawidłowej interpretacji symptomów przemocy wobec małoletnich. Dlatego też obowiązek opracowywania i wdrażania standardów ochrony małoletnich przed krzywdzeniem należy postrzegać jako kluczowy element wzmacniania systemu ochrony zdrowia i podnoszenia jego zdolności do wczesnej identyfikacji zagrożeń.

Implementacja obligatoryjnych standardów ochrony małoletnich jest istotnym elementem procesu instytucjonalizacji i optymalizacji systemu zabezpieczenia dzieci przed przemocą. Wprowadzenie tzw. ustawy Kamilkowej nakłada na instytucje nie tylko obowiązek interwencji w przypadkach wystąpienia przemocy, lecz również nakaz podejmowania działań o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym. Dlatego do skutecznego funkcjonowania owych regulacji wymagana jest trwała zmiana kształtowania świadomości społecznej oraz realnego zaangażowania osób dorosłych

[39] Tamże.

odpowiedzialnych za dobrostan dzieci, albowiem bez świadomości wagi podejmowanych działań mających za zadanie ochronę życia i zdrowia dzieci, regulacje ograniczyć mogą się tylko do wymiaru formalnoprawnego.

6. Uwagi *de lege ferenda*

Sejm 5 sierpnia 2025 r. uchwalił ustawę o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oraz niektórych innych ustaw, 8 sierpnia projekt został przedłożony do podpisu Prezydentowi RP. Akt ten wprowadza zmiany w zakresie zapisów rozdziału 3 – *Obowiązki pracodawców i innych organizatorów w zakresie działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi oraz osób zatrudnianych i dopuszczanych do takiej działalności.*

Zapisy projektu nowelizacji wzbudziły niepokój Rzecznika Praw Dziecka. Jak napisała Rzecznik Praw Dziecka Monika Horna-Cieślak w piśmie z 30 kwietnia, przedłożonym Ministerstwu Sprawiedliwości w odpowiedzi na powyższy projekt: *Przedstawiony projekt zawiera ważne postanowienia w zakresie doprecyzowania przepisów ustawy. Jednak niektóre projektowane zmiany zdecydowanie zmniejszają ochronę małoletnich i stanowią krok w tył w zakresie ochrony małoletnich przed krzywdzeniem*[40]. Po uchwaleniu ustawy Rzecznik Praw Dziecka Monika Horna-Cieślak 14 sierpnia 2025 r. wystosowała do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej pismo nr ZPK.401.2.2025.JR zawierające negatywną opinię do powyższej ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. z uwagi na to że, w ocenie Pani Rzecznik powoduje to obniżenie standardów ochrony dzieci w Polsce. 29 sierpnia Prezydent RP zawetował wspomnianą ustawę z uwagi, w ocenie Prezydenta, na obniżenie standardów ochrony dzieci kosztem zniesienia utrudnień administracyjnych, które ustawa z 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich powoduje dla osób ubiegających się o zatrudnienie w placówkach, które mają do czynienia z małoletnimi.

Większość zmian w ustawie o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich weszłaby w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia po podpisaniu przez Prezydenta, dlatego trudno byłoby wyrokować o dalekosiężnych jej skutkach. Nadrzędnym celem ustawodawcy powinno jednak pozostać zagwarantowanie jak najwyższego poziomu bezpieczeństwa małoletnich oraz zapewnienie, że przepisy prawa nie osłabią, lecz wzmocnią istniejący system ich ochrony. W tej sytuacji szczególnie ważne jest, aby stanowisko Rzecznika Praw Dziecka znalazło uznanie pośród większości parlamentarnej, tak aby ochrona małoletnich nie została ograniczona.

[40] Nowelizacja ustawy Kamilka. RPD przekazała uwagi do MS. Źródło: https://brpd.gov.pl/2025/05/19/nowelizacja-ustawy-kamilka-rpd-przekazala-uwagi-do--ms/ [02.08.2025].

Bibliografia

Literatura

Ćwik K., *Dokumentacja medyczna jako instrument odpowiedzialności i jakości w systemie ochrony zdrowia – perspektywa prawna, organizacyjna i zarządcza.* Przedsiębiorstwo Przyszłości 2025; 2(63): 141–163.

Akty prawne

Uchwała Nr 204 Rady Ministrow z dnia 17 października 2023 r. w sprawie przyjęcia Krajowego Planu Przeciwdziałania Przestępstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich na lata 2023-2026, M.P.2023.1235 z dnia 2023.11.16.

Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2024.1802 t.j. z dnia 2024.12.06).

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2023.1606 z dnia 2023.08.14, akt jednorazowy).

Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U.2024.978 t.j. z dnia 2024.07.02).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U.2024.1673 t.j. z dnia 2024.11.15).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r., poz. 1287).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r., poz. 581).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r., poz. 814 i 854).

Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r., poz. 1026).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 i 1572).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U.2025.46 t.j. z dnia 2025.01.15).

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U.2023.2809 t.j. z dnia 2023.12.29).

Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U.2024.1568 t.j. z dnia 2024.10.23).

Ustawa z dnia z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U.2025.911 t.j. z dnia 2025.07.08).

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U.2024.334 t.j. z dnia 2024.03.08.19).

Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U.2024.1712 t.j. z dnia 2024.11.22).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 listopada 2023 r. w sprawie Zespołu do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (Dz.U.2023.2481 z dnia 2023.11.15).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 października 2023 r. w sprawie Zespołu do Spraw Ochrony Małoletnich (Dz.U.2023.2411 z dnia 2023.11.07).

Źródła internetowe

Centralna e-rejestracja. Źródło: https://pacjent.gov.pl/artykul/dziecko=-ulekarza#:~:text-Podczas%20badania%20czy%20zabieg%C3%B3w%20u,zgod%C4%99%20mo%C5%BCe%20wyda%C4%87%20jego%20opiekun [02.08.2025].

Częstochowa podzielona po tragedii. „Matka Kamila nie była do tego zdolna". Źródło: https://wiadomosci.onet.pl/slask/czestochowa-podzielona-po-tragedii-matkakamilanie-byla-do-tegozdolna/8fdf0tw?utm_source=wiadomosci.onet.pl_viasg_wiadomosci&utm_medium=r20eferal&utm_campaign=leo_automatic&srcc=undefined&utm_v=2 [02.08.2025].

Dziecko u lekarza. Źródło: https://pacjent.gov.pl/artykul/dziecko=-u-lekarza#:~:text-Podczas%20badania%20czy%20za-bieg%C3%B3w%20u [02.08.2025].

Informacje o zespole. Źródło: https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/informacje-o-zespole2 [08.08.2025].

Kuratorium Oświaty w Kielcach. Źródło: https://kuratorium.kielce.pl/wp-content/uploads/2018/01/pismo-do-dyrektorowprzedszkoli-szkol-i-placowek-z-upowaznienia.1908062_1595314.pdf [15.08.2025].

Negatywna opinia Rzecznika Praw Dziecka do ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. Źródło: brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2025/08/Negatywna-opinia-Rzecznika-Praw-Dziecka-do-ustawy-z-dnia-5-sierpnia-2025-r.pdf [02.08.2025].

Nowelizacja ustawy Kamilka – RPD przekazała uwagi do MS. Źródło: https://brpd.gov.pl/2025/05/19/nowelizacja-ustawy-kamilka-rpd-przekazala-uwagi-doms/ [15.08.2025].

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw. Źródło: https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3309 [02.08.2025].

Rejestr Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym. Źródło: https://rps.ms.gov.pl/pl-PL/Public#/ [15.08.2025].

Śledztwo trwa, winnych wciąż brak. Siostra 8-letniego Kamila z Częstochowy: mam żal. Źródło: https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/smierc-8-letniego-kamila-z-czestochowysiostra-gorzko-mam-zal/8vw8e0w [02.08.2025].

Zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Sprawiedliwości, plan ten zostanie przygotowany przez Zespół do końca 2025. Źródło: https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/informacje-o-zespole2 [08.08.2025].

*Zbigniew Orzeł**

DYREKTOR MEDYCZNY W PODMIOCIE LECZNICZYM

Medical director in a healthcare entity

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-6356-1695

Streszczenie

W artykule omówiono rolę i znaczenie zastępcy kierownika podmiotu leczniczego ds. lecznictwa, zwanego dalej dyrektorem medycznym. Celem pracy jest przedstawienie wyzwań, jakie stoją przed dyrektorami podmiotów leczniczych w związku z koniecznością (i zasadnością) zatrudniania dyrektorów medycznych oraz zmieniającym się znaczeniem tej funkcji w systemie opieki zdrowotnej. Przedstawiono regulacje prawne związane z zatrudnieniem na tym stanowisku i ich implikacje. Omówiono „tradycyjne" w polskich warunkach podejście do roli dyrektora medycznego oraz zaproponowano nową perspektywę dla pracy dyrektora medycznego i przeprowadzono dyskusję nad problemami i wyzwaniami stojącymi przed tą funkcją.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, dyrektor medyczny, efektywność leczenia, zarządzanie strategiczne

Abstract

The article discusses the role and significance of the deputy head of the healthcare entity for healthcare, hereinafter referred to as the medical director. The aim of the work is to present the challenges faced by medical directors of healthcare entities related to the necessity (and justification) of employing medical directors, as well as the changing significance of this function in the healthcare system. Legal regulations related to employment in this position and their implications are presented. The 'traditional' approach to the role of the medical director in Polish conditions is discussed, and a new perspective for the work of the medical director is proposed along with a discussion of the problems and challenges facing this position.

Key words: *healthcare entity, medical director, treatment efficiency, strategic management*

1. Wprowadzenie i cel pracy

Współczesny model opieki zdrowotnej ewoluuje w kierunkach związanych ze zmieniającymi się warunkami życia, które w krajach rozwiniętych oznaczają wydłużenie czasu życia, wzrost zapotrzebowania na nowe usługi medyczne, rozwój nowoczesnych technologii oraz oczekiwanie dostosowania obsługi pacjenta do tempa prowadzonego przez większość ludzi życia.

Podmioty lecznicze starają się nadążać za ambicjami rozwiniętych społeczeństw, jednocześnie broniąc swojej tradycyjnie ukształtowanej, zwłaszcza w stosunku do podmiotów publicznych, pozycji społecznej w polskim, lokalnym społeczeństwie. Sprzyjają temu wady polskiego systemu ochrony zdrowia i niemoc polityczna do podjęcia niezbędnych zmian modernizacyjnych i restrukturyzacyjnych.

W takich okolicznościach należy mieć nadzieję i zaufanie, że w ramach obowiązującego systemu prawnego należne miejsce znajdują jakość i efekty leczenia. Zależą one w dużej mierze od postawy personelu medycznego i to nie w znaczeniu proceduralnym a w sferze związanej z praktyką zawodową, w tym etyką zawodów medycznych.

Wobec problemów polskiego systemu ochrony zdrowia oraz oczekiwań pacjentów konieczne jest zaufanie do personelu medycznego jako gwaranta wysokiej jakości opieki medycznej. Niemniej nie jest możliwe oparcie kontroli systemu na zaufaniu do tych zawodów – konieczna jest inspiracja i nadzór. Tę rolę pośrednio spełniają instytucje samorządów medycznych, konsultanci krajowi czy wojewódzcy, jak też wszystkie instytucje zaangażowane w działalność systemu ochrony zdrowia. Ich efektywność trudno mierzyć, jeszcze trudniej komentować, a tym bardziej oceniać.

W związku z tym konieczne jest, aby na poziomie każdego podmiotu leczniczego powołać lidera, który weźmie na siebie tak skomplikowane zadania z pogranicza wiedzy medycznej, etyki, ekonomii i biznesu.

W takich okolicznościach należy wskazać stanowisko, a może zawód dyrektora medycznego jako najbardziej wymagający, jednocześnie podkreślając niedoskonałość regulacji prawnych w tym zakresie.

W podsumowaniu podkreślono znaczenie roli dyrektora medycznego, ale też koniecznych zmian w systemie w kontekście poruszonego tematu.

2. Prawne regulacje zatrudnienia zastępcy kierownika podmiotu leczniczego ds. lecznictwa – dyrektora medycznego i ich konsekwencje

2.1. Prawne regulacje

W podmiocie leczniczym niezbędne jest zatrudnienie lekarza sprawującego nadzór nad procesami merytorycznymi związanymi z działalnością leczniczą. Choć wydaje się to oczywiste, takie stwierdzenie jest prawnie usprawiedliwione wyłącznie w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W różnych podmiotach jest stosowane różne nazewnictwo, najczęściej występuje określenie: zastępca dyrektora ds. lecznictwa lub ds. medycznych, w artykule będzie stosowane określenie – dyrektor medyczny. Stanowisko zastępcy dyrektora jest uregulowane w ustawie o działalności leczniczej[1]: „W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko: zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem". Oddzielną sprawą jest fakt, że nie ma takiego wymagania prawnego w podmiotach niepublicznych, które w Polsce stanowią zdecydowaną większość.

Wymienienie zastępcy kierownika podmiotu leczniczego wskazuje na konieczność utworzenia takiego stanowiska i zatrudnienie w określonym ustawowo trybie konkursowym lekarza o określonych kwalifikacjach. Kwalifikacje niezbędne, regulowane odpowiednim rozporządzeniem, to posiadanie specjalizacji lekarskiej oraz 8 lat stażu pracy[2].

Zatrudnienie dyrektora medycznego, podobnie jak ordynatora czy pielęgniarek: naczelnej i oddziałowych jest precyzyjnie określone – umowa o pracę na czas określony 6 lat. Jest to istotna różnica w stosunku do możliwości zatrudnienia kierownika podmiotu leczniczego na podstawie umowy cywilnoprawnej jako alternatywy dla umowy o pracę[3].

2.2. Konsekwencje

Przepisy regulujące zatrudnienie dyrektora medycznego w zasadzie nie ulegały zmianie od co najmniej 30 lat[4]. To nie musi być wadą, o ile okazują się skuteczne.

Oceniając nadzwyczajną pozycję dyrektora medycznego i jego zadania należy zastanowić się nad ww. regulacjami i ich konsekwencjami. Z przepisów wynika, że oczekiwane jest, aby lekarz specjalista, najlepiej jak najlepszy, z doświadczeniem, porzucił swoją dotychczasową, rozwijającą się praktykę, pewnie satysfakcjonującą finansowo i podjął się trudnej, omnipotencjalnej (co zostanie pokazane w dalszej części artykułu) pracy z wpisanym w jej charakter konfliktem z innymi lekarzami a nawet z dyrektorem, z perspektywą zamiany dotychczasowej formy zatrudnienia na umowę o pracę na czas określony z wynagrodzeniem zapisanym w regulaminie wynagrodzeń podmiotu leczniczego – czytaj: niespecjalnie atrakcyjnym.

Fakt zatrudnienia na umowę o pracę, czyli umowę należytej staranności, implikuje efektywność każdej funkcji menedżerskiej, a taką jest niewątpliwie dyrektor medyczny. Trudno oceniać, motywować i ewentualnie pociągać do odpowiedzialności

[1] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023.991.) – art. 49 ust. 1 pkt 2 i ust. 2.

[2] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. 2023.1515).

[3] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023.991) – art. 49 ust. 5 i 6.

[4] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007.14.89) – art. 44a ust. 2.

dyrektora, któremu trzeba udowodnić naruszenie kodeksu pracy czy innych przepisów (karnych lub cywilnych) dotyczących pracownika podmiotu leczniczego.

Czy w związku z tym stanowiska te pełnią lekarze, którzy „nie chcą, ale muszą", czy też ambicjonalni hazardziści, czy wykwalifikowani menedżerowie, czy też osoby, które nie radzą sobie w roli specjalisty? To nie ukryte sugestie a bardzo ważne pytania o zakres kompetencji i odpowiedzialności na stanowisku dyrektora medycznego i motywacje do pełnienia tej funkcji.

3. Tradycyjna rola dyrektora medycznego

Rola dyrektora medycznego nie została uregulowana w prawie, zatem jest ona bardzo zróżnicowana w zależności od cech podmiotu leczniczego, oczekiwanej roli przez przełożonego (dyrektora) i/lub właściciela (podmiotu tworzącego) oraz osoby, która tę funkcję pełni.

W pewnym uproszczeniu możemy wskazać główne typy działań (trendy?) dominujące w przeszłości, a często i obecnie dotyczące tego stanowiska:

— zastępowanie dyrektora w czasie jego nieobecności oraz w sprawach medycznych, głównie w kontaktach z personelem lekarskim, pacjentami i ich rodzinami,
— zapewnienie kadry lekarskiej, w szczególności dyżurowej w szpitalach,
— kierowanie wszelkimi procesami medycznymi i ponoszenie za nie odpowiedzialności – „zdjęcie" tego rodzaju zadań z dyrektora podmiotu leczniczego,
— współpraca z naczelną pielęgniarką i innymi komórkami medycznymi.

W przypadku wyspecjalizowanych podmiotów leczniczych pojawiają się dodatkowe zadania. Np. w szpitalach klinicznych czy instytutach dyrektor medyczny pełni istotną rolę w nadzorze nad planowaniem badań klinicznych lub eksperymentów medycznych. Niekiedy tworzone jest odrębne stanowisko ds. nauki. W podmiotach branżowych np. wojskowych mogą pojawić się dodatkowe zadania, które nie są przedmiotem tego artykułu.

Wracając do typowych zadań dyrektora medycznego należy podkreślić, że charakter podmiotu leczniczego oraz jego wielkość w znaczny sposób determinują jego zadania.

3.1. Zabezpieczenie personelu lekarskiego i nadzór nad jego pracą

Pozyskiwanie do SPZOZ lekarzy znacznie zmieniło się na przestrzeni ostatnich 30. lat. Z nadmiaru (zwłaszcza w dużych ośrodkach akademickich) zbliżamy się do charakterystycznego dla Europy niedoboru specjalistów, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach – poziomu miasta powiatowego i mniejszych. Dyrektor medyczny ma poradzić sobie w zdobyciu niezbędnej liczby specjalistów, zabezpieczyć dyżury, zwłaszcza w świadczeniach, w których lekarze niechętnie podejmują pracę, jak np. szpitalne oddziały ratunkowe lub w których brakuje specjalistów np. anestezjologia czy radiologia.

Jednocześnie zwykle dyrektor medyczny nie dysponuje specjalnym instrumentarium do procesu takiej rekrutacji, w szczególności możliwościami negocjacji finansowych.

Nadzór nad pracą lekarzy sprowadzany jest do spotkań z kadrą kierowniczą – ordynatorami lub lekarzami kierującymi oddziałami i przeniesieniem na nich zadań nadzoru. Jego wyrazem w coraz większej liczbie podmiotów leczniczych jest ocena roczna lekarzy, traktowana przez nich jako zbędne działanie niemające związku z jakością ich pracy ani też niewpływające na ich przyszłość zawodową.

3.2. Współpraca z naczelną pielęgniarką

Dyrektor medyczny w ramach koordynowania pracy personelu medycznego współpracuje z naczelną pielęgniarką, kierownikiem apteki, laboratorium i innych komórek medycznych. Można powiedzieć, że z wyłączeniem personelu pielęgniarskiego jest faktycznym przełożonym wszystkich medyków, przy czym zakres tego nadzoru jest niedookreślony i zawiera w sobie „wszystko, co medyczne".

3.3. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Pojawienie się kas chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia zaangażowało dyrektorów medycznych w proces kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Z oczywistych względów proces profesjonalizacji relacji dyrektor medyczny i NFZ miał charakter rozwojowy i różny dla różnych podmiotów leczniczych.

3.4. Udział w tworzeniu receptariusza szpitalnego i przetargach na leki oraz sprzęt medyczny

Wśród wielu procesów wewnętrznych, do których byli delegowani dyrektorzy medyczni, zwykle w zastępstwie swoich przełożonych, głównym, dedykowanym dla nich zadaniem, był udział w przetargach na zakup leków i sprzętu medycznego. W szpitalach tworzono receptariusze szpitalne, których zasady tworzenia oraz zmian były dalekie od ideału. Dyrektorzy medyczni, często jako zaangażowani w swoich specjalnościach, skupiali się na prawidłowym odniesieniu w znanych sobie sprawach, zwykle związanych z komórkami medycznymi, które „reprezentowali" jako specjaliści.

Takie uproszczone spojrzenie na rolę dyrektora medycznego podmiotów publicznych na przestrzeni ostatnich 30–50 lat jest obarczone wieloma wadami, z pewnością nie odpowiada rzeczywistości wielu miejsc i można określić je jako stereotypowe, a w wielu przypadkach krzywdzące. Nie było jednego wzorca, rodzaju, standardu dla dyrektora medycznego. Dyrektorzy różnili się w zależności od swoich ambicji, wielkości podmiotów leczniczych, ich rodzaju. Z pewnością jest to ewolucja, która w najlepszych ośrodkach doprowadziła do wykształcenia wyjątkowych liderów w tym zawodzie, ale w wielu miejscach nadal pracują przypadkowi i tymczasowi lekarze spełniający obowiązek wobec zakładu lub dyrektora (naczelnego).

Dlatego w dalszej części zostaną omówione wyzwania, przed którymi stoją dyrektorzy podmiotów leczniczych (nie tylko publicznych), a które są dedykowane do zawodu – funkcji dyrektora medycznego.

4. Wyzwania stojące przed dyrektorem medycznym

— Zarządzanie strategiczne.
— Zarządzanie procesami leczniczymi (SOP).
— Ocena efektywności leczenia.
— Zarządzanie personelem lekarskim.
— Zarządzanie jakością.
— Udział w procesach zakupowych – wdrażanie nowych technologii medycznych i udział w gospodarce lekowej.
— Kontraktowanie świadczeń medycznych.
— Komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna.

4.1. Zarządzanie strategiczne

Stworzenie strategii dla podmiotów leczniczych jest podstawowym zadaniem właściciela – podmiotu tworzącego, jak i kierownictwa tych podmiotów. Określenie planowanego kształtu publicznych podmiotów leczniczych w perspektywie wieloletniej jest wyzwaniem wobec niejednoznaczności polityki państwa w stosunku do systemu ochrony zdrowia. W dużym skrócie można powiedzieć, że państwo nie określiło ostatecznie głównych instytucji i kluczowych procesów systemu chociaż założenia należy uznać za osadzone w ramach niedopowiedzianej nawet w Konstytucji umowy społecznej. Rozumieć przez nie należy wydzielenie składki zdrowotnej pośród podatków, solidarnościowy sposób finansowania świadczeń oraz prowadzenie działalności leczniczej na podstawie zasad zarządzania i rachunkowości. Wszystko pozostałe, czyli konstrukcja i rola płatnika, status podmiotów tworzących oraz sposób rozliczeń świadczeń nadal może ulec radykalnym zmianom zależnym od polityki, chociaż wydaje się, że skłonność polityków do zmian nie jest duża.

W takim środowisku trudno konstruować strategię podmiotu leczniczego, dlatego należy tworzyć ją opierając się na twardych podstawach, do których zaliczyć należy potrzeby zdrowotne populacji, do której dany podmiot leczniczy kieruje swoje usługi.

Sprzyja temu opracowanie Map Potrzeb Zdrowotnych, jakkolwiek niedoskonałych to tworzących bazę możliwą do wykorzystania.

Wobec powyższego w konstrukcji strategii na plan pierwszy wysuwają się kompetencje menedżerskie o cechach medycznych a nie zarządczych. Znacznie mniej jest przydatna wiedza i doświadczenie ekonomiczne, zarządcze czy rynkowe menedżera niż wiedza i umiejętność oceny wskaźników demograficznych i epidemiologicznych,

znajomość rynku personelu medycznego czy zasad oceny technologii medycznych i rozumienia pojawiających się nowych rozwiązań w medycynie.

„Przeprowadzając analizy strategiczne dla danego podmiotu leczniczego należy nie tylko skupić się na ocenie jego zdolności «produkcyjnych», wyrażonych poprzez wykonanie kontraktów z NFZ i wykorzystanie własnych zasobów, ale przede wszystkim ocenę pozycji konkurencyjnej na rynku świadczeń oraz perspektywy rozwoju danego segmentu rynku"[5]. Takie kompetencje z perspektywy podmiotu tworzącego oraz podmiotu leczniczego ma (nie wyłącznie) dyrektor medyczny. Jest właściwą funkcją i należy mieć nadzieję, że osoba, która ją pełni daje rękojmię właściwego opracowania strategii podmiotu leczniczego. Błąd popełniony na etapie tworzenia strategii jest brzemienny w skutkach – podjęte na jej podstawie decyzje inwestycyjne rozszerzające zakres prowadzonych usług, ale i likwidacyjne czy przekształceniowe ograniczające działalność lub zmieniające właściciela, na lata mogą zniekształcić działanie danego podmiotu publicznego a w konsekwencji zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych dla danej populacji.

4.2. Zarządzanie procesami leczniczymi (SOP)

Implementacja prawidłowo stworzonej strategii odbywa się poprzez planowanie operacyjne, które oparte powinno być na weryfikowalnych produktach. Z perspektywy współczesnego zarządzania niewystarczające jest analizowanie liczby pacjentów, porad, hospitalizacji czy czasu pobytu i wykorzystania łóżek, chociaż nadal te wskaźniki mają znaczenie.

Ich interpretacja, a zwłaszcza zarządzanie operacyjne możliwe jest w oparciu o weryfikowalne i zrozumiałe dla danego podmiotu leczniczego produkty – standardowe procedury operacyjne (SOP).

W kształtowaniu dobrych praktyk lekarskich stosowane są oczywiście standardy leczenia opracowane przez poszczególne towarzystwa naukowe czy opisane w charakterystyce produktów leczniczych. Standardy wyznacza pośrednio płatnik poprzez systemy rozliczeniowe np. jednorodne grupy pacjentów (JGP) konstruowane przy udziale konsultantów krajowych w danej dziedzinie medycyny. Niemniej w polskim systemie opieki zdrowotnej nie istnieją przyjęte np. w drodze rozporządzenia ministra zdrowia (wzorem np. koszyka świadczeń gwarantowanych) standardy postępowania medycznego.

W takich okolicznościach ważnym zadaniem podmiotu leczniczego jest opracowanie standardowych procedur operacyjnych (SOP). Ich wprowadzenie ułatwia proces podejmowania decyzji przez personel medyczny. Charakteryzuje się powtarzalnością i łatwością monitorowania. Stanowi zobowiązanie dla personelu medycznego znajomości stosowanych technologii medycznych (diagnostycznych i terapeutycznych).

[5] Orzeł Z., *Strategia spółki prowadzącej działalność leczniczą,* [w:] Moroz G., Orzeł Z. (red.), *Prowadzenie działalności leczniczej*. C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 146–148.

Opracowanie takich standardów jest również wsparciem dla lekarzy i podnosi ich komfort i bezpieczeństwo w podejmowaniu decyzji. W przypadku konfliktu na linii lekarz – pacjent stanowi ważny punkt odniesienia dla obrony postępowania danego lekarza przed sądem. Jednocześnie jest ważnym elementem poprawy sprawności, a co za tym idzie i rentowności danej komórki medycznej – oczywiście o ile SOP-y opracowano prawidłowo, czyli z uwzględnieniem efektywności nie tylko klinicznej, ale i ekonomicznej.

Rola dyrektora medycznego w opracowaniu i wdrożeniu SOP-ów jest nie do przecenienia, jednocześnie dostaje on narzędzie do nadzoru nad prawidłowością postępowania medycznego. To dyrektor medyczny ponosi odpowiedzialność za przyjęcie formalne SOP-ów do stosowania. Stanowi jednocześnie jedyny potencjalny autorytet dla pozostałych lekarzy podmiotu leczniczego stanowiąc gwarancję przestrzegania zasad etyki lekarskiej w egzekwowaniu tego rodzaju standardów.

4.3. Ocena efektywności leczenia

Pomimo umieszczenia w hierarchii dopiero na kolejnym miejscu oceny efektów leczenia stanowi ona najważniejsze współczesne wyzwanie dla dyrektora medycznego.

System ochrony zdrowia ma jeden główny cel – poprawę stanu zdrowia obywateli. Prof. Romuald Holly: *główny problem zarządzania zmianą w ochronie zdrowia to zapewnienie zdrowia wszystkim członkom populacji; jest to zarazem główny cel, jakiemu ta ochrona służy*[6].

Zarządzanie, efektywność podmiotu leczniczego, rankingi i inne cechy i zdarzenia dotyczące podmiotu leczniczego mają sens jedynie wtedy, gdy jego działalność wpisuje się w ten główny cel – poprawę stanu zdrowia – w przypadku podmiotu leczniczego – jego pacjentów, a więc i pacjentów jego pracowników medycznych.

W tym względzie lekarze odgrywają pierwszoplanową rolę, pamiętając o tym, że bez współpracy z innymi zawodami medycznymi i niemedycznymi byłaby ona trudna, a w większości niemożliwa do spełnienia.

Stąd ocena efektywności leczenia ma tak istotne znaczenie. Istnieje obiektywna potrzeba i konieczność weryfikacji efektów leczenia tak na szczeblu całego podmiotu leczniczego, jak i jego komórek organizacyjnych, konkretnych lekarzy czy procedur.

W przeszłości uzyskanie benchmarku – dobrej praktyki i oczekiwanych efektów było trudne, obecnie jest łatwiejsze chociaż nadal wymagające zaangażowania osób zainteresowanych. Powodów było wiele, ale za najważniejsze należy uznać brak porównywalnych danych oraz trudny przepływ informacji. Dzisiaj większość z tych problemów została znacznie zredukowana.

Wobec tego, aby zobiektywizować ocenę efektywności działalności leczniczej konieczne jest przeprowadzanie jej z obu najważniejszych punktów widzenia

[6] Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce.* Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2013.

– efektywności klinicznej i efektywności ekonomicznej. Jedna i druga są niesłychanie ważne i nie mogą funkcjonować niezależnie do siebie[7].

Efektywność ekonomiczna tworzy środowisko do działania, rozwoju oraz uzyskiwania efektów klinicznych – pozostawiona sama sobie stanowić może zagrożenie dla głównego celu działalności danego podmiotu leczniczego i to w znaczeniu dosłownym poprzez wygenerowanie kosztów odszkodowawczych lub co gorsza, wywołania szkód medycznych i utraty pacjentów wskutek utraty zaufania społecznego.

Efektywność kliniczna – lecznicza służy potwierdzeniu wypełnienia misji podmiotu leczniczego, komplementarności z celami systemu, ale co ważniejsze stanowi oczekiwany efekt przez pacjenta i jego rodzinę tworząc pozytywny wizerunek i formę marketingu danego podmiotu leczniczego i jego zespołu.

W ramach podmiotu leczniczego podstawowym zadaniem jest analiza ww. efektywności, przy czym efektywność leczniczą powinien analizować zespół na czele z dyrektorem medycznym.

Nie jest to nadal powszechna praktyka, dominuje próba cementowania oceny personelu w oparciu o posiadane kwalifikacje formalne w postaci dyplomów i certyfikatów. Są to ważne elementy konieczne, ale niewystarczające wobec wymagań współczesnego pacjenta – klienta oraz odpowiedzialności przed nim i skutków finansowych w przypadku braku jego satysfakcji. Odpowiedzialność ta spoczywa w pierwszej kolejności na podmiocie leczniczym dlatego jest on szczególnie uprawniony do permanentnej weryfikacji wiedzy i umiejętności własnego personelu. Możliwe jest to wyłącznie poprzez osoby prawnie uprawnione, co w praktyce oznacza lekarzy pełniących funkcje kierownicze, a ich głównym przedstawicielem jest dyrektor medyczny.

To kolejna, kto wie czy nie najtrudniejsza rola dyrektora medycznego, w którą obok koniecznego autorytetu (o tym w dalszej części) wpisane są umiejętność oceny wiedzy i umiejętności personelu, ale też potencjalny konflikt w danej grupie zawodowej i związana z nim odpowiedzialność wobec organów samorządu zawodowego – izby lekarskiej.

4.4. Zarządzanie jakością

W ścisłym związku z efektywnością funkcjonowania podmiotu medycznego stoi jakość świadczeń[8]. Jako cecha kosztotwórcza działalności leczniczej stanowi wyzwanie dla dyrektora podmiotu leczniczego, który musi umieć godzić pojawiający się konflikt efektywności ekonomicznej i leczniczej, a który można sprowadzić do konfliktu dyrektorów finansowego i medycznego.

Wymagania formalne wobec podmiotów leczniczych w sprawie standardów jakości wymuszają działania zarządcze od formalnych – wydawanie zarządzeń, do faktycznych – wdrażanie i nadzorowanie procesów związanych z jakością świadczeń zdrowotnych, których kluczowym spoiwem jest dyrektor medyczny. W podmiotach

[7] Por. Ćwik K., *Jakość w usługach medycznych. Wpływ systemów zarządzania jakością na efektywność publicznych usług szpitalnych*. Difin, Warszawa 2023.

[8] Tamże.

leczniczych powołany jest z reguły pełnomocnik ds. jakości, niemniej nie jest on członkiem ścisłego kierownictwa SPZOZ, co sytuuje dyrektora medycznego na pozycji najważniejszego członka „zarządu" SPZOZ w sprawach jakości.

4.5. Zarządzanie personelem lekarskim – rekrutacja, szkolenia, ocena pracownicza

Mimo przesunięcia odpowiedzialności dyrektora medycznego za personel lekarski na niższe w hierarchii wyzwań miejsce to nadal zarządzanie personelem medycznym (głównie lekarskim) stanowi jedno z najważniejszych bieżących zadań dyrektora medycznego. Jest on postrzegany jako przełożony wszystkich lekarzy, w szczególności ordynatorów – lekarzy kierujących komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego.

Jest to zadanie bardzo ważne, ponieważ można spojrzeć na podmiot leczniczy jako organizację, w której poprzez ludzi zarządza się ich wiedzą i umiejętnościami. Te dwie wartości są trudne do zarządzania, a zwłaszcza do „magazynowania" i rozwijania w czasie. Umiejętność rozwijania tych wartości poprzez właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi medycznymi jest krytyczną cechą decydującą o sukcesie podmiotu leczniczego i przewadze konkurencyjnej.

Ale co to jest właściwe zarządzanie personelem medycznym, a zwłaszcza lekarskim? Jak pogodzić cechy wolnego zawodu, jaki reprezentują lekarze, z celami i kulturą organizacyjną podmiotu leczniczego? Te pytania we właściwy sposób obrazują znaczenie pracy dyrektora medycznego. Już etap rekrutacji, który powinien być wynikiem prowadzonych analiz zapotrzebowania na pracę danych pracowników, w tym pracowników medycznych, powinien być udziałem dyrektora medycznego. Jego zadaniem powinien być udział w kształtowaniu strategii zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL), która jest elementem strategii podmiotu leczniczego, a w której określa się zapotrzebowanie na pracę personelu lekarskiego. Sam proces rekrutacji z takiej strategii wynika i wskazuje na zapotrzebowanie na daną osobę. Jej wybór stanowi krytyczny moment dla podmiotu leczniczego, niekiedy determinujący jego przyszłość.

Prawidłowo przeprowadzona rekrutacja tworzy potencjał do właściwej pracy personelu medycznego. Formalne podejście do tego procesu, bez weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarza stanowi błąd, za który odpowiada przede wszystkim dyrektor medyczny.

Dyrektor medyczny w ramach strategii ZZL tworzy ścieżki rozwoju kariery zawodowej podległego personelu. W tym zakresie w zgodzie z rozwojem działalności podmiotu leczniczego personel lekarski rozwija swoje umiejętności. W ramach okresowej oceny lekarzy dyrektor medyczny pośrednio (poprzez ordynatorów) sprawuje nadzór nad ich rozwojem, jak i jakością i ilością pracy. Niestety, nie można wskazać jako standardowej praktyki oceny kadry lekarskiej poprzez zobiektywizowane mierniki, w tym wiedzy i umiejętności realizowanych przez lekarzy danego podmiotu leczniczego. Mierniki takie mogłyby zobiektywizować ocenę pracy lekarzy stając się wyznacznikiem kierunków rozwoju zawodowego, awansu zawodowego, nagród czy premii.

4.6. Zabezpieczenie kadry lekarskiej

Wyszczególnienie tego podtytułu ma za zadanie podkreślenie nadal obecnej roli stawianej przez dyrektorów publicznych podmiotów leczniczych, zwłaszcza małych i średniej wielkości – w rozumieniu poradni specjalistycznych i szpitali zwykle poziomu powiatowego. Przy niedoborze lekarzy istotnym problemem jest skompletowanie niezbędnego zespołu i znalezienie specjalistów. W świetle uwag dotyczących udziału dyrektora medycznego w procesie rekrutacji jest to zrozumiałe, ale wydaje się, że czas najwyższy, aby proces rekrutacji na wstępnym etapie ogłoszenia, zbierania ofert, oceny formalnej i wstępnych rozmów z kandydatami powierzać wyspecjalizowanym komórkom lub podmiotom zewnętrznym.

Przykład zabezpieczenia kadr medycznych jako obowiązek dyrektora medycznego pokazuje, jak dalece nieprofesjonalne jest podejście do zarządzania zasobami ludzkimi, ale również odzwierciedla rzeczywiste korzyści (po stronie kosztowej) SPZOZ-ów z pracy dyrektorów medycznych. Koszt rekrutacji jest wysoki i można powiedzieć z dużą dozą prawdopodobieństwa, że zrekrutowanie jednego specjalisty do SPZOZ pokrywa pełne (dodatkowe) roczne wynagrodzenie dyrektora medycznego. To przeliczenie obrazuje znaczenie, wartość kosztową i korzyści z pracy dyrektora medycznego.

4.7. Komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna

Współczesny świat określany jest poprzez społeczeństwo informacyjne. Miarą sukcesu organizacji są nie tylko obiektywne wskaźniki, ale w stopniu co najmniej równym – opinie, jakie tworzą interesariusze wewnętrzni i zewnętrzni na temat tej organizacji. Podobnie jest w podmiotach leczniczych. Jakość komunikacji wewnętrznej oraz przekaz zewnętrzny stanowią istotny element oceny działalności leczniczej, niekiedy oderwany od rzeczywistego obrazu. Ponieważ świadczenia zdrowotne są nierozłącznie związane z poczuciem zachwiania lub utraty bezpieczeństwa człowieka – pacjenta i/lub jego rodziny – wszelkie negatywne informacje mogą wzmacniać ten przekaz, utrudniając obecne lub przyszłe kontakty z danym podmiotem leczniczym.

Historycznie zarządzanie informacją nie było (i nie jest) silną stroną podmiotów leczniczych, zwłaszcza SPZOZ. Najczęściej jest reaktywne, związane z koniecznością odpowiedzi na negatywne publikacje w mediach. Stanowią one wycinkowy, chociaż prawdziwy, obraz podmiotu leczniczego.

Ważnym sposobem efektywnej polityki informacyjnej (zewnętrznej i wewnętrznej) jest wypracowanie procedur i ludzi ją prowadzących. Nie zawsze jest to możliwe, a szczególnie trudne (bo drogie) w podmiotach małych i średnich. W każdej sytuacji właściwe jest budowanie pozytywnego przekazu przez osobę budzącą zaufanie – do takiej roli znów idealnie nadaje się dyrektor medyczny.

4.8. Współpraca z innymi działami medycznymi i niemedycznymi

Opisanie współpracy dyrektora medycznego z innymi działami, w tym medycznymi i niemedycznymi, to opis funkcjonowania podmiotu medycznego, czyli praca daleko przekraczająca zakres niniejszego opracowania. Ale konieczne jest podkreślenie, że w pewnym uproszczeniu, nie jest możliwe podejmowanie decyzji o znaczeniu strategicznym, a w wielu sytuacjach również operacyjnym w większości działów podmiotu leczniczego bez udziału dyrektora medycznego. Na tym właśnie polega nietypowość prowadzenia działalności leczniczej w odróżnieniu od innych form prowadzenia działalności gospodarczej. W dużym skrócie odpowiedzialny menedżer kierujący podmiotem leczniczym powinien potrzebować w większości decyzji o powyższym znaczeniu kontrasygnaty dyrektora medycznego oznaczającej co najmniej brak sprzeciwu.

4.9. Udział w procesach zakupowych – wdrażanie nowych technologii medycznych i udział w gospodarce lekowej

Procesy zakupowe w podmiotach leczniczych stanowią istotny element zarządzania kosztami, w szczególności kosztami zmiennymi, które w zależności od skali i rodzaju prowadzonej działalności leczniczej mogą stanowić nawet 50% wszystkich kosztów, chociaż zwykle w szpitalach oscylują na poziomie ok. 30% kosztów całkowitych.

Wśród tych kosztów największe znaczenie mają wspomniane powyżej leki i inne technologie medyczne (lecznicze i diagnostyczne), których zakupy wymagają nowoczesnej, bieżącej wiedzy medycznej, odpornej na stosowane narzędzia marketingowe.

Dlatego procesy zakupowe powinny stanowić „oczko w głowie" dyrektora i w tym znaczeniu udział dyrektora medycznego jest nieodzowny.

Wdrażanie nowoczesnych narzędzi zakupowych, w tym grup zakupowych, współpraca z innymi podmiotami medycznymi celem wypracowania dobrych praktyk zakupowych, wykorzystanie profesjonalnych podmiotów doradczych w sytuacji projektowania czy zakupu kosztochłonnych technologii medycznych wymaga koncentracji takiej wiedzy i doświadczenia m.in. w osobie dyrektora medycznego. Osoba pełniąca tę funkcję musi mieć czas, chęć, zaangażowanie i niezbędny budżet dla celów poznania dobrych praktyk w podmiotach leczniczych, w tym również poza granicami kraju.

Szczególną rolą dyrektora medycznego (po personelu lekarskim) jest udział w zarządzaniu technologiami medycznymi, zwłaszcza wobec wdrażania nowych technologii. Wśród nich należy w pierwszej kolejności wymienić leki.

Leki i inne technologie medyczne stanowią po personelu medycznym i niemedycznym drugą pod względem wartości pozycję kosztową w kosztach rodzajowych oraz pierwszą pozycję wśród kosztów zmiennych. To obrazuje skalę znaczenia w zarządzaniu nimi i wpływ na rentowność prowadzonej działalności.

Podmioty lecznicze stoją wobec presji wdrażania nowych technologii medycznych wyrażanej ze strony dostawców, ale też pacjentów i ich rodzin. Marketing

produktów medycznych jest wysoce skuteczny i właściwa ocena technologii medycznych, efektywność zarządzania lekami oraz umiejętność oceny proponowanych produktów wymaga wiedzy oraz znajomości rynku. W zakresie leków oraz produktów medycznych dyrektor medyczny wpływa na jakość leczenia poprzez formalne oddziaływanie na szereg procesów. Należy tu wymienić:

— tworzenie zarządzeń i innych wewnętrznych aktów prawnych,
— udział w pracach komitetu terapeutycznego,
— opracowywanie i akceptowanie receptariusza szpitalnego,
— opracowywanie i akceptowanie standardowych procedur operacyjnych dla poszczególnych komórek medycznych,
— udział w procesach zakupowych,
— kontrola gospodarki lekami.

Nie opisując tych głównych (nie są to wszystkie) procesów znowu należy podkreślić znaczenie i poziom zaangażowania dyrektora medycznego w prowadzenie działalności leczniczej, zarówno w wymiarze jakościowym, jak i ekonomicznym.

4.10. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Dla większości podmiotów leczniczych, działających w formie SPZOZ, kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia stanowi podstawowy proces sprzedaży usług medycznych. Trudno sobie wyobrazić ten proces bez udziału dyrektora medycznego. Mimo finansowego charakteru umów, w praktyce kontraktowanie i odbywający się w ramach kontraktowania ranking podmiotów leczniczych w danym rodzaju i zakresie świadczeń zależy przede wszystkim od jakościowo-ilościowych cech kontraktowanych produktów. Znajomość zasad kontraktowania i rozliczania świadczeń jest obecnie podstawową kompetencją menedżera opieki zdrowotnej, w tym dyrektora medycznego.

Znajomość tych produktów oraz wymagań określonych w zapisach ustaw „koszykowych" stanowi podstawę planowania oraz rozliczania świadczeń nie tylko w ramach umów z NFZ, ale również w procesie budżetowania wewnętrznego w podmiocie leczniczym – brak znajomości tych produktów utrudnia, a raczej uniemożliwia obiektywizację oceny funkcjonowania całego podmiotu leczniczego oraz jego komórek medycznych, a także pojedynczych zespołów medycznych czy lekarzy.

5. Podsumowanie: dyrektor medyczny, czyli kto?

Podsumowując należy podkreślić, że w niniejszej pracy zarysowano zaledwie problem ważnej funkcji, jaką jest dyrektor medyczny. Rozpiętość kierowania nie ogranicza jego zadań do jednej grupy zawodowej lekarzy, ale poprzez procesy wewnętrzne stawia dyrektora medycznego obok głównego menedżera podmiotu leczniczego, a zakres niezbędnych kompetencji ciśnie na usta określenie: omnipotencjalność.

Jednocześnie koniecznym warunkiem poza kompetencjami jest zdobycie przez taką osobę autorytetu, autorytetu faktycznego, który można uzyskać wyłącznie swoją pracą i postawą, a nie wyłącznie formalnego, uzyskiwanego poprzez powołanie na dane stanowisko.

Wydaje się, że taka osoba może zostać wyłoniona z danego zespołu lekarskiego wyłącznie przez ten zespół, a jednocześnie ma być przedstawicielem „zarządu" wobec tego zespołu, a nie odwrotnie. Z pewnością nie służą temu obecne rozwiązania prawne regulujące formę konkursu i zatrudnienia dyrektora medycznego.

Oliwy do ognia dolewa fakt, że musi on być powołany wyłącznie w podmiotach publicznych – SPZOZ, chociaż należy przyznać, że jest tworzone takie stanowisko (o różnych nazwach) również w dużych podmiotach niepublicznych. Może zatem taka funkcja jest zbędna? To pytanie nieretoryczne, bo jeżeli nie, to może powinien zostać wprowadzony obowiązek powołania takiej funkcji w innych niż publiczne podmioty np. ze względu na rodzaj prowadzonej działalności lub jej skalę.

Powołanie dyrektora medycznego nie kończy sprawy a generuje nowe problemy, zwłaszcza w dostępie do niezbędnych danych pozwalających na ograniczanie ryzyka podejmowania decyzji oraz kierowanie się sprawdzonymi dobrymi praktykami. Być może rozwiązaniem jest powołanie stowarzyszenia dyrektorów medycznych lub innych form lub platform wymiany informacji czy doświadczeń, być może dla podmiotów publicznych – platform o umocowaniu publicznym.

To ważne. Równie ważne jest to, aby otwierając dyskusję na ten temat nie stworzyć nowego problemu w przestrzeni publicznej, którego rozwiązanie miałoby uzdrowić system ochrony zdrowia w Polsce. Należy podkreślić, że z punktu widzenia bardzo ważnej poprawy efektywności składowych tego systemu, jakimi są podmioty lecznicze i jego efektywności, rola dyrektora medycznego jest kluczowa, ale nie załatwia koniecznych rozwiązań systemowych.

Jak znaleźć właściwych ludzi i jakie warunki im stworzyć, aby nie musieli ryzykować utraty swojego dorobku zawodowego, podejmując się tak wymagającej, ryzykownej, ale ważnej, a może i zaszczytnej funkcji?

Bibliografia

Literatura

Ćwik K., *Jakość w usługach medycznych. Wpływ systemów zarządzania jakością na efektywność publicznych usług szpitalnych*. Difin, Warszawa 2023.

Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*. Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2013.

Orzeł Z., *Strategia spółki prowadzącej działalność leczniczą,* [w:] Moroz G., Orzeł Z. (red.), *Prowadzenie działalności leczniczej*. C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 146–148.

Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. 2023.1515).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023.991.) – art. 49 ust. 1 pkt 2 i ust. 2.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023.991) – art. 49 ust. 5 i 6.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007.14.89) – art. 44a ust. 2.

II. EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ FINANSOWA KIEROWNIKA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

*Robert Śliwa**
*Kamila Ćwik***

PRZEDAWNIENIE ROSZCZEŃ NFZ WOBEC PODMIOTÓW LECZNICZYCH[1]

Statute of limitations for National Health Fund claims against healthcare entities

*Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, ORCID: 0000-0001-9794-5067
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0004-4903-9878

Streszczenie

Przedawnienie zaliczane jest do instytucji dawności, które wiążą skutki prawne z upływem czasu. Przedawnieniu ulegają roszczenia o świadczenia główne i uboczne, w szczególności roszczenia o odsetki. Zarzut przedawnienia zaliczany jest do uprawnień prawo kształtujących i ma on charakter zarzutu niweczącego uprawnienia wierzyciela, eliminując możliwość przymusowego egzekwowania roszczenia. Zgodnie z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. Stosunek prawny łączący NFZ i świadczeniodawcę ma charakter zobowiązania umownego, będącego świadczeniem okresowym, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako organ będący monopolistycznym płatnikiem w ramach sektora finansów publicznych, ma możliwość, a nawet obowiązek, w ramach dyscypliny finansów publicznych, bezwzględnego dochodzenia wszelkich swoich należności. Egzekwowanie należności przez NFZ odbywa się z pominięciem drogi sądowej, poprzez potrącenie kwot z bieżących należności przysługujących świadczeniodawcom z tytułu wykonywania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Początek biegu przedawnienia każdorazowo wymaga precyzyjnego ustalenia. Strony nie mogą w drodze czynności prawnych modyfikować lub ustanawiać odrębnych reguł w zakresie ustalania początku biegu terminu

[1] Publikacja powstała w wyniku realizacji stażu naukowego w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie.

przedawnienia. W związku z terminem przedawnienia, pozostaje zagadnienie okresu podlegającego kontroli NFZ. Po stronie NFZ daje się zauważyć niepokojącą praktykę polegającą na znacznym opóźnianiu rozpoczęcia kontroli realizacji umów. Wszczęcie i prowadzenie kontroli nie wpływa w żaden sposób na bieg terminu przedawnienia roszczeń z tytułu realizacji umowy. W ramach kontroli, świadczenia nie są kwestionowane pod względem zasadności i prawidłowości ich udzielenia, ale kwestionuje się wyłącznie sposób ich sprawozdawania. Pojawia się pytanie, na ile płatnik (NFZ), może domagać się od świadczeniodawcy realizującego umowę, zwrotu całości zapłaconego wynagrodzenia, skoro świadczenia zostały udzielone osobom uprawnionym. Nadmierny formalizm nie może powodować pomijania zasadniczego celu leczniczego świadczenia zdrowotnego i niweczenia prawa do zapewnienia jego uzyskania przez osoby uprawnione. Wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej, uchybienia formalne przy wykonywaniu umowy lub pominięcie wymogów formalnych, tylko wtedy będą skutkować obowiązkiem zwrotu świadczenia jako nienależnego, jeżeli trafiło ono do osoby nieuprawnionej do uzyskania go ze środków publicznych, w ogóle nie zostało wykonane lub bez dopełnienia wymogów formalnych nie ma możliwości zweryfikowania, czy cel umowy został osiągnięty. Kara umowna, jako świadczenie uboczne, dzieli losy zobowiązania głównego. Rozpoczęcie biegu przedawnienia roszczenia dla kary umownej nie jest uzależnione od tego, czy wierzyciel rzeczywiście wezwał dłużnika do dokonania zapłaty kary, ani kiedy to uczynił.

Słowa kluczowe: przedawnienie, termin przedawnienia, początek biegu przedawnienia, wymagalność roszczenia, kontrola wykonania umowy, kontrola umowy z NFZ, zwrot świadczenia nienależnego, kara umowna

Abstract

The statute of limitations is classified as an institution of antiquity, which attaches legal effects to the passage of time. Claims for principal and incidental benefits, particularly claims for interest, are subject to the statute of limitations. The defense of the statute of limitations is considered a right-forming right and serves as a defense that nullifies the creditor's rights, eliminating the possibility of compulsory enforcement of the claim. Pursuant to Article 155, Section 1 of the Act on Healthcare Services Financed from Public Funds, the provisions of the Civil Code apply to contracts for the provision of healthcare services unless the provisions of that Act provide otherwise. The legal relationship between the National Health Fund and the service provider is a contractual obligation, constituting a periodic benefit, the creation and performance of which is subject to assessment from the perspective of civil law. The National Health Fund, as a monopolistic payer within the public finance sector, has the ability, and even the obligation, within the framework of public finance discipline, to strictly pursue all its receivables. The National Health Fund (NFZ) enforces claims without recourse to the courts, by offsetting amounts against current receivables due to healthcare providers under the healthcare service agreement. The commencement of the limitation period must

be precisely determined each time. The parties cannot, through legal actions, modify or establish separate rules for determining the commencement of the limitation period. In connection with the limitation period, the issue of the period subject to NFZ review remains. The NFZ has been experiencing a disturbing practice of significantly delaying the commencement of contract review. The initiation and conduct of the review does not in any way affect the limitation period for claims arising from the performance of the agreement. During the review, the validity and correctness of the s ervices provided are not questioned, but only the manner in which they are reported. The question arises as to the extent to which the payer (NFZ) can demand reimbursement of the entire fee paid from the healthcare provider fulfilling the agreement, given that the services were provided to eligible individuals. Excessive formalism must not result in the omission of the fundamental therapeutic purpose of a health service and the nullification of the right to ensure its receipt by eligible individuals. Defective medical records, formal omissions in the performance of a contract, or the omission of formal requirements will only result in the obligation to return the service as undue if it was provided to a person not entitled to receive it from public funds, was not performed at all, or if, without complying with the formal requirements, it is impossible to verify whether the purpose of the contract was achieved. Contractual penalties, as ancillary performance, share the same fate as the principal obligation. The commencement of the limitation period for a claim for a contractual penalty is not dependent on whether the creditor actually requested the debtor to pay the penalty, nor on when they did so.

***Key words**: Statute of limitations, limitation period, commencement of the statute of limitations, maturity of a claim, review of contract performance, review of the contract with the National Health Fund (NFZ), recovery of undue benefits, contractual penalty*

1. Wprowadzenie

Przedawnienie – podobnie, jak prekluzja, zasiedzenie oraz przemilczenia – zaliczane jest do tzw. instytucji dawności, które bezpośrednio wiążą określone skutki prawne z upływem czasu[2]. W doktrynie wyróżnia się dwa rodzaje dawności[3]: dawność nabywczą[4] i dawność umarzającą[5]. Przedawnieniu podlegają roszczenia majątkowe,

[2] Zakrzewski P., *Komentarz do art. 117–125*, [w:] Fras M., Habdas M. (red.), *Kodeks cywilny, tom 1.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018; Pyziak-Szafnicka M. (red.), *Kodeks cywilny – część ogólna. Komentarz*. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2009, s. 1017 i n.

[3] Kordasiewicz B., Radwański Z. (red.), *System prawa prywatnego, tom 2. Prawo cywilne – część ogólna.* C.H. Beck, Warszawa 2002; Zakrzewski P., *Kodeks cywilny. Komentarz, tom I.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018; Pałdyna T., *Przedawnienie w polskim prawie cywilnym.* Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2012.

[4] Prowadzi ona do nabycia własności przez nowego właściciela – vide art. 172, art. 174 i art. 187 k.c.

[5] Prowadzi do utraty prawa podmiotowego i obejmuje przedawnienie oraz prekluzje (terminy zawite) – vide art. 117–120 k.c.

to znaczy takie, które w pierwszej kolejności prowadzą do powiększenia lub utrzymania dotychczasowego stanu majątkowego osoby uprawnionej. Przedawnieniu ulegają zarówno roszczenia o świadczenia główne, jak i uboczne, w szczególności roszczenia o odsetki. Przyjmuje się, że instytucje dawności mają jednakowy cel legislacyjny służący usuwaniu stanu niepewności wywołanego przez upływ czasu. Bezsprzecznie, porządek publiczny wymaga stabilności obrotu prawnego i nie może akceptować istnienia długotrwałej rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym i prawnym[6]. Upływ terminu przedawnienia pociąga za sobą określone skutki i jest jednym ze sposobów rozwiązania konfliktu pomiędzy interesem bezczynnego wierzyciela, a interesem dłużnika[7], dla którego zaspokojenie roszczenia po upływie długiego czasu staje się zbyt uciążliwe[8]. W pierwszej kolejności, konsekwencją przedawnienia roszczenia będzie sytuacja, w której uprawniony nie może skutecznie żądać od organu państwa, aby użył swego przymusu w celu skłonienia zobowiązanego do wymaganego zachowania obejmującego spełnienie świadczenia. Z drugiej strony, pomimo przedawnienia, zobowiązany nadal ma obowiązek świadczenia, co oznacza, iż jeśli uczyni mu zadość, świadczenie jako należne nie będzie podlegać zwrotowi. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której pomimo przedawnienia, po stronie dłużnika nadal będzie istniał dług, chociaż odpadnie jego odpowiedzialność za dług i roszczenie takie stanie się roszczeniem naturalnym.

Kwestię przedawnienia roszczeń majątkowych reguluje zarówno Kodeks cywilny, jak i inne ustawy, które przewidują liczne odstępstwa od zasad zawartych w Kodeksie cywilnym. Wychodząc od ogólnej reguły zawartej w art. 118 k.c. – *Jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi sześć lat, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – trzy lata. Jednakże koniec terminu przedawnienia przypada na ostatni dzień roku kalendarzowego, chyba że termin przedawnienia jest krótszy niż dwa lata*. Z uwagi na fakt, iż ustawowe terminy przedawnienia wynikające z art. 118 k.c. mają jedynie charakter ogólny, będą one znajdować zastosowanie tylko wtedy, gdy przepis szczególny nie wprowadza innego terminu przedawnienia. Dodatkowo, z uwagi na fakt, iż zarzut przedawnienia zaliczany jest do uprawnień prawo kształtujących i ma on charakter zarzutu peremptoryjnego, tj. niweczącego uprawnienia wierzyciela, musi nastąpić jego wyraźne podniesienie przez uprawnionego, aby nastąpiła eliminacja możliwości przymusowego egzekwowania roszczenia. W konsekwencji, wykorzystując instytucję przedawnienia, podmiot zobowiązany z tytułu roszczenia majątkowego, może uwolnić się od jego zaspokojenia, tzn. uchylić się od skutków prawnych długu bez jego zaspokojenia, powołując się na upływ czasu. Zarzut przedawnienia

[6] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14.02.2013 r., sygn. I ACa 1007/12, Lex nr 1289406.

[7] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 01.09.2006 r., sygn. SK 14/05, OTK ZU nr 8/A/2006, poz. 97.

[8] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.01.2001 r., sygn. I CKN 988/00, Lex nr 171258.

ma wymiar procesowy[9], gdyż sąd nie bierze go pod uwagę z urzędu i nie można podnieść go w sposób dorozumiany. Skoro, zasadniczą konsekwencją przedawnienia jest wyłączenie możliwości przymusowego wyegzekwowania określonego zachowania od zobowiązanego, podniesienie stosownego zarzutu jest niezbędnym warunkiem powstania skutku przedawnienia. Warto przypomnieć, że samo podniesienie zarzutu przedawnienia nie przesądza jeszcze w sposób definitywny o jego uznaniu[10], zwłaszcza że art. 117 § 2 k.c. stanowi wyłącznie o skutku przedawnienia, a nie o jego przesłankach i terminach.

2. Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej ustanawiając prawo obywatela do ochrony zdrowia[11] i pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, wskazuje wprost, że zakres i formy tego zabezpieczenia określa ustawa[12]. Ochrona zdrowia jest podmiotowym prawem jednostki i jest wartością konstytucyjną[13]. W swoim orzeczeniu Trybunał Konstytucyjny wywodzi z art. 68 Konstytucji prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa[14]. Treścią prawa do ochrony zdrowia jest możliwość korzystania przez poszczególne jednostki z systemu ochrony zdrowia zorganizowanego i prowadzonego przez państwo, który jest funkcjonalnie nakierowany na zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności oraz zwalczanie ich[15]. Treść ustawy o działalności leczniczej[16] przesądza *expressis verbis*, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, gdyż świadczeniodawca, jako podmiot leczniczy[17] (vide art. 4 ust. 1 pkt 1 u.d.l.) podejmuje działalność leczniczą dopiero

[9] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10.05.2000 r., sygn. III ZP 13/2000, Lex Polonica nr 345236.

[10] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.02.2002 r., sygn. V CKN 883/00, Lex nr 54352.

[11] Art. 68 Konstytucji RP; Surówka A., *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] Szydło W., Grabowska S., Grabowski R. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, s. 394–396; Potulski J., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] Górski A. (red.), *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*. C. H. Beck, Warszawa 2012, s. 83–85; zob. także uwagi Kędzierska K., *Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce.* PiM 2012; 2: 17–31.

[12] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 5.12.2007 r., VIII SA/Wa 542/07, LEX nr 501352.

[13] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1. – Uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, Dz. U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 listopada 2006 r., I CSK 229/06, LEX nr 398443.

[14] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23.03.1999 r., sygn. K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

[15] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7.01.2004 r., sygn. K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

[16] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.); dalej: u.d.l.

[17] Śliwa R., *Wybrane czynniki mające wpływ na funkcjonowanie podmiotów świadczących usługi zdrowotne*, [w:] Bojar W., Rudawska I., Urbańczyk E. (red.), *Ekonomiczno-organizacyjne problemy za-*

w momencie zarejestrowania w rejestrze prowadzonym przez wojewodę. Wojewoda, wpisując podmiot leczniczy do rejestru, korzysta z przyznanego mu w tym zakresie władztwa administracyjnego. Wykorzystanie władztwa administracyjnego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego polega na akceptacji przez organ administracji publicznej oświadczenia o spełnieniu warunków do prowadzenia działalności leczniczej. Działalność lecznicza polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1 u.d.l.) oraz na promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym na wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 2 u.d.l.). Świadczenia zdrowotne, zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l., powinny być rozumiane jako *działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz jako inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania*. Nadto, pojęcie świadczeń zdrowotnych zostało także zdefiniowane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[18]. W art. 5 pkt 34 tej ustawy, świadczenia zdrowotne wraz ze świadczeniami zdrowotnymi rzeczowymi i świadczeniami towarzyszącymi są zaliczane do kategorii świadczeń opieki zdrowotnej. Podobnie, art. 5 pkt 40 obejmuje pojęciem świadczeń zdrowotnych – *działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, a ponadto również działania służące profilaktyce zdrowia*. Przepisy prawa nie pozostawiają wątpliwości: działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej[19], który przesądza o tym, że *działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.* W dniu dzisiejszym nikogo nie dziwi, że działalność lecznicza postrzegana jest jako zorganizowane przedsięwzięcie gospodarcze[20]. Działalność lecznicza jest świadczeniem usług opieki zdrowotnej i ma na celu realizację świadczeń zdrowotnych. Prowadzenie działalności leczniczej ma na celu zagwarantowanie pacjentom dostępu do profesjonalnego personelu medycznego, mającego prawa do wykonywania zawodów medycznych oraz zapewnienie odpowiednich wyrobów medycznych (art. 17 u.d.l.). W związku z tym, można stwierdzić, że jest to działalność zawodowa, o której mowa w art. 2 u.s.d.g. Działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą, gdyż spełnia wszystkie wymogi stawiane przez prawodawcę – tzn. *ma ona charakter*

rządzania jednostkami służby zdrowia, *Bałtyckie Forum Zdrowia, Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą.* TNOiK, Bydgoszcz 2010.

[18] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 129 ze zm.).

[19] Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2168 ze zm., dalej: u.s.d.g.).

[20] Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20.02.1996 r., sygn. II SA 442/95, Przegląd Gospodarczy1996; 9: 35.

zawodowy, usługowy, ciągły, zorganizowany oraz zarobkowy. Jest to działalność polegająca na świadczeniu usług niematerialnych, tj. takich, które zaspokajają określone potrzeby w sposób bezpośredni, co oznacza, że czynność usługi występuje tutaj łącznie z jej rezultatem. Wspomniany rezultat jest owocem działalności intelektualnej lekarza lub pielęgniarki, których umiejętności z założenia gwarantują, że usługi świadczone są przez nich profesjonalnie. Działalność wykonywana przez podmioty lecznicze jest zawodowa. Działalność lecznicza nie jest wyłącznie pracą przedsiębiorstwa w znaczeniu przedmiotowym[21]. Składniki materialne przedsiębiorstwa tworzą wyłącznie infrastrukturę techniczną, która musi zostać uzupełniona o składniki niematerialne, tj. odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny. Zarobkowość działalności leczniczej wynika nie tylko z jej istoty i zasad prowadzenia, lecz także ma swój wydźwięk normatywny, gdyż ustawodawca stwierdza wprost, że świadczenia zdrowotne są udzielane nieodpłatnie tylko w określonym w ustawie zakresie. Bez wątpienia działalność lecznicza odznacza się również cechą ciągłości i zorganizowania, które to wpisują się w definicję legalną pojęcia działalności gospodarczej – nie jest ona jednorazowa oraz jest zorganizowana w aspekcie materialnym i formalnym.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Bezsprzecznie zatem, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane z Narodowym Funduszem Zdrowia, są umowami mającymi charakter cywilnoprawny. Ich przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących kompleksową opiekę zdrowotną świadczeniodawcy nad świadczeniobiorcą (pacjentem). Art. 136 ww. ustawy, określa warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania świadczeniobiorcom zakontraktowanych usług zdrowotnych, a fundusz zobowiązuje się do ich sfinansowania, zaś art. 137 tej ustawy zawiera delegację ustawową do wydania Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[22].

3. Przedawnienie w relacjach między świadczeniodawcą a NFZ

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej ma status prawny przedsiębiorcy, tym samym do jego roszczeń kierowanych przeciwko NFZ zastosowanie mieć będzie art. 118 k.c. i wynikający z niego 3-letni termin przedawnienia roszczeń związanych

[21] Śliwa R., *Wyzwania polskiego systemu opieki zdrowotnej*, [w:] Lis S., Zieliński K. (red.) *Ekonomia przyszłości. Państwo efektywne czy sprawiedliwe.* Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2018.

[22] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 5.03.2025 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 400).

z prowadzeniem działalności gospodarczej. W przypadku roszczeń NFZ kierowanych wobec świadczeniodawcy, zgodnie z art. 97 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie mają one związku z wykonywaniem działalności gospodarczej, gdyż NFZ nie ma statusu przedsiębiorcy. Sytuacja ta znalazła swoje potwierdzenie w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku[23] z dnia 23 lutego 2012 r., w którym uznano, że NFZ nie wykonuje działalności gospodarczej i tym samym nie może być uznany za przedsiębiorcę. Zatem, do roszczeń kierowanych przez NFZ przeciwko świadczeniodawcom zastosowanie mieć będzie ogólny termin przedawnienia roszczeń wynoszący 6 lat.

Zgodnie z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. Zatem, stosunek prawny łączący NFZ i świadczeniodawcę ma charakter zobowiązania umownego, będącego świadczeniem okresowym, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego[24]. W umowie łączącej strony, zgodnie z art. 65 § 2 k.c., należy obowiązki kontraktowe świadczeniodawcy wykładać z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczyć tak, jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają zapewnić, aby pacjent uzyskał przysługujące mu świadczenia zgodnie z zasadami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz by trafiały one do osób, które mają do tego prawo. Reguła ta wydaje się nie budzić wątpliwości. Skąd zatem biorą się problemy ze stosowaniem instytucji przedawnienia w relacjach między świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia? Dla nikogo nie powinno być zaskoczeniem, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jako organ będący monopolistycznym płatnikiem w ramach sektora finansów publicznych, ma nie tylko możliwość, ale nawet obowiązek, w ramach dyscypliny finansów publicznych, bezwzględnego dochodzenia wszelkich swoich należności, nawet wtedy, gdy są one wątpliwe lub sporne. Wart odnotowania jest fakt, iż egzekwowanie należności przez NFZ odbywa się z pominięciem drogi sądowej, poprzez potrącenie kwot z bieżących należności przysługujących świadczeniodawcom z tytułu wykonywania przez nich na rzecz NFZ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Może się to odbyć nawet w sytuacji, gdy roszczenie jest wątpliwe i nie mogłoby być egzekwowane na drodze sądowej, zwłaszcza gdy wystąpiło jego przedawnienie. Potrącenie przez NFZ przedawnionego roszczenia, prawie zawsze spowoduje niepowetowane i wręcz nienaprawialne szkody dla świadczeniodawcy, począwszy od utraty płynności finansowej, będącej wynikiem braku zapłaty za zrealizowane w bieżącym okresie usługi zdrowotne, po niemożność zapłaty wynagrodzeń dla personelu oraz brak możliwości regulowania pozostałych kosztów funkcjonowania podmiotu leczniczego. Zajęcie i potrącenie

[23] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23.02.2012r, sygn. akt I Ca 758/11.

[24] Por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., sygn. akt II CK 207/03, z dnia 10 grudnia 2004 r., sygn. akt III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79, i z dnia 22 maja 2014 r., sygn. akt IV CSK 536/13.

przez NFZ należnego podmiotowi leczniczemu wynagrodzenia spowoduje, iż to wyłącznie na niego spadną negatywne konsekwencje braku terminowego regulowania płatności wobec dostawców i podwykonawców. Broniąc się przed takim działaniem, świadczeniodawca może skierować sprawę na drogę postępowania sądowego, podnosząc zarzut przedawnienia roszczenia i żądać zwrotu pobranego świadczenia jako nienależnego. Świadczeniodawca, podnosząc zarzut przedawnienia roszczenia wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w pierwszej kolejności winien wskazać, że z jego punktu widzenia, działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą, gdyż polega ona na świadczeniu usług w obszarze zdrowia, co jest działalnością zorganizowaną, zarobkową, ciągłą oraz zawodową. Roszczenie główne, po stronie świadczeniodawcy, jako świadczenie związane z prowadzeniem działalności gospodarczej oraz mające ewidentnie charakter roszczenia okresowego ulega 3-letniemu przedawnieniu, które następuje z ostatnim dniem roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia. W sporach sądowych, prawie zawsze NFZ podnosi argument, że zgodnie z przepisem art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej, zaś roszczenie osoby fizycznej lub prawnej niebędącej podmiotem gospodarczym nie stanowi roszczenia gospodarczego, chociażby wynikało ono z działalności gospodarczej prowadzonej przez dłużnika[25]. Utrwalony jest pogląd, iż NFZ nie prowadzi działalności gospodarczej i nie jest przedsiębiorcą, wobec czego zastosowanie mieć będzie 6-letni okres przedawnienia roszczenia. Z uwagi na fakt, iż roszczenie o odsetki przedawnia się najpóźniej z chwilą przedawnienia roszczenia głównego, a odsetki za opóźnienie naliczane są tylko do dnia przedawnienia roszczenia głównego[26]. Roszczenie o odsetki, jako roszczenie okresowe, ulega także 3-letniemu przedawnieniu[27].

4. Wymagalność roszczenia a bieg przedawnienia

Pojęcie stanu wymagalności roszczenia jest definiowane jako ostatnia chwila, gdy dłużnik powinien spełnić swoje świadczenie zgodnie z treścią zobowiązania[28]. W razie niewykonania tego obowiązku przez dłużnika wierzyciel powinien mieć możliwość dochodzenia wykonania zobowiązania na drodze prawnej w okresie biegu przedawnienia roszczenia. Początek biegu przedawnienia każdorazowo wymaga precyzyjnego ustalenia, gdyż pociąga on za sobą daleko idące konsekwencje prawne. Ustalenie daty początkowej wymagalności roszczenia oraz daty nastąpienia terminu

[25] Por. Manowska M., *Przedawnienie roszczeń majątkowych*. Prawo Spółek 1997; 7–8.

[26] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2005 r., sygn. akt III CZP 42/04 oraz wyrok z dnia 10 listopada 1995 r. OSNC 1996/3/31.

[27] Uchwały Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 1994 r., sygn. akt III CZP 141/94 i z dnia 26 stycznia 2005 r. sygn. akt III CZP 42/04, OSNC 2005/9/149.

[28] Wyrok Sądu Najwyższego z 28.10.2016 r., sygn. I CSK 661/15.

jego przedawnienia, mają zasadnicze znaczenie dla obu stron stosunku prawnego. Dlatego regulacje w zakresie ustalenia początku biegu przedawnienia muszą być maksymalnie precyzyjne, wynikać wprost z ustawy i mieć charakter bezwzględnie obowiązujący. W efekcie, w żadnym zakresie, strony nie mogą w drodze czynności prawnych modyfikować lub ustanawiać odrębnych reguł w zakresie ustalania początku biegu terminu przedawnienia. Rozpoczęcie biegu przedawnienia nie jest uzależnione od percepcji tego faktu lub posiadania wiedzy przez strony w tym zakresie. Treść art. 120 k.c. wskazuje wprost na początek biegu przedawnienia, który rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne, a bieg przedawnienia roszczeń o zaniechanie rozpoczyna się od dnia, w którym ten, przeciwko komu roszczenie przysługuje, nie zastosował się do treści roszczenia. Z treści orzeczenia Sądu Najwyższego[29] wynika, że wymagalność roszczenia jest stanem, w którym wierzyciel ma prawną możliwość żądania zaspokojenia przysługującej mu wierzytelności. Stan ten jest potencjalny, ma charakter obiektywny, a początek zbiega się z chwilą uaktywnienia się wierzyciela. A zatem, wymagalność roszczenia jest początkiem biegu przedawnienia. Warte odnotowania jest, że w stosunkach obligatoryjnych, prawna doniosłość wymagalności wiąże się z jej nadejściem[30], natomiast doniosłość prawna terminu spełnienia świadczenia wiąże się z wygaśnięciem zobowiązania, pociągając za sobą konsekwencje w postaci opóźnienia lub zwłoki dłużnika. Roszczenie staje się wymagalne w dniu oznaczonym przez ustawę, przez czynność prawną, lub w dniu wynikającym z właściwości zobowiązania, w tym także niezwłocznie po jego powstaniu[31]. W praktyce, wymagalność roszczenia związana jest bezpośrednio z nadejściem ostatniego dnia, w którym dłużnik może spełnić świadczenie zgodnie z treścią zobowiązania, co można utożsamiać z upływem terminu spełnienia świadczenia, po którym następuje opóźnienie dłużnika i pojawia się dla wierzyciela możliwość dochodzenia roszczeń[32]. Na szczególną uwagę zasługuje kwestia zobowiązań bezterminowych i ich wymagalności. W przypadku zobowiązań bezterminowych, zgodnie z art. 455 k.c. dłużnik powinien spełnić świadczenie niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela do wykonania zobowiązania. Niezwłoczność nie oznacza natychmiastowości, nie można jej również utożsamiać z terminem 3-, 7- lub 14-dniowym. Każdorazowo, w zależności od okoliczności, należy ustalać, o jaki czas chodzi, jaki jest niezbędny do spełnienia świadczenia bez nieuzasadnionej zwłoki po stronie dłużnika[33]. Zatem, dopiero upływ okresu niezwłoczności prowadzi do wymagalności roszczenia bezterminowego. Może on wynikać wprost z przepisów prawa, jak przy roszczeniu odszkodowawczym z deliktu – vide art. 442^1 k.c., lub poprzez zakreślenie

[29] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.02.1991 r., sygn. III CRN 500/90, Lex Polonica nr 312294.

[30] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 03.02.2006 r., sygn. I CSK 17/05 (niepubl.).

[31] Por. Dmowski S., Rudnicki S., *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna.* Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2011.

[32] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26.10.2009 r. oraz z dnia 20.04.2012 r., sygn. III CZP 10/12, OSNC 2012, nr 10, poz. 117.

[33] Ciepła H., *Przedawnienie i zarzut przedawnienia w procesie cywilnym*. Ius Novum 2015; 4: 103–104.

początku biegu przedawnienia, wskazując datę, w której wymagalność nastąpiłaby, gdyby wezwanie nastąpiło w najwcześniejszym możliwym terminie – vide art. 120 § 1 zd. 2 k.c. W takim przypadku możliwe jest nastąpienie rozpoczęcia biegu przedawnienia przed nadejściem terminu wymagalności[34]. Moment wymagalności należności za świadczenia realizowane przez świadczeniodawcę zgodnie z OWU rozpoczyna się po upływie okresu rozliczeniowego i nie może być liczony od momentu wykonania usługi. Dodatkowo, przy ustalaniu tego okresu należy brać pod uwagę § 23 OWU, zgodnie z którym – *podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, zwane dalej dokumentami rozliczeniowymi*. Pamiętać należy, że – *świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.*

5. Ramy czasowe kontroli a bieg przedawnienia

W bezpośrednim związku z kwestią terminu przedawnienia roszczeń pozostaje zagadnienie dotyczące okresu podlegającego kontroli NFZ. Na wstępie należy zauważyć, że w obowiązujących przepisach prawa nie ma regulacji wprost określającej dopuszczalny okres podlegający kontroli. Nie ma również zdefiniowanych wyraźnych ram czasowych, w których NFZ może sprawdzać świadczeniodawców. Wyjątek stanowi niezbyt czytelna wskazówka mówiąca, iż kontrola powinna być prowadzona tylko w takim zakresie, w jakim można skutecznie dochodzić ewentualnych roszczeń. Niestety, ostatnimi czasy, po stronie NFZ daje się zauważyć niepokojącą praktykę polegającą na znacznym opóźnianiu rozpoczęcia kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W praktyce może prowadzić to do sytuacji, w której, przykładowo po upływie 5 lub więcej lat od zakończenia realizacji świadczeń (wykonywania umowy), następuje kontrola poprawności udzielonych świadczeń. Kontrola taka ma wybitnie historyczny charakter, ale nie jest zabroniona. Nadto, czas trwania samej kontroli może trwać nawet kilka lat, gdyż czas jej trwania może być periodycznie przedłużany na kolejne 3-miesięczne okresy. Co prawda, sytuacja taka pozostaje w jawnej opozycji do treści art. 61a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale kto zabroni organowi takiego prowadzenia postępowania kontrolnego. Wypada jednak zauważyć, że samo wszczęcie i prowadzenie kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie wpływa w żaden sposób na bieg terminu przedawnienia roszczeń z tytułu realizacji tej umowy. Zdarza się, że nawet sami kontrolujący słusznie zwracają uwagę, że kontrola prowadzona po upływie ponad 5 lub więcej lat, od zakończenia udzielenia świadczeń zdrowotnych, z konieczności obarczona jest czynnikiem czasu, w sposób niweczący sensowność stawianych świadczeniodawcy

[34] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2014 r., sygn. III CZP 76/14, Lex nr 1532595.

zarzutów w zakresie np.: braków w dokumentacji lub jej niespójności, i oczekiwania korygowania treści wpisów mających wyłącznie historyczny charakter. Dodatkowo, bezsprzeczne jest, iż w sporach o roszczenia cywilnoprawne (o zapłatę) mające związek z wykonaniem umów o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, ustawodawca nie przypisał protokołowi kontroli oraz wystąpieniu pokontrolnemu, znaczenia dokumentu, który miałby rozstrzygać o stanie faktycznym sprawy[35]. Skutki prowadzonej przez fundusz kontroli i weryfikacji, mogą mieć dla podmiotu kontrolowanego charakter zarówno finansowy (kara umowna, żądanie zwrotu środków), jak i niefinansowy (skutek wizerunkowy – utrata dobrej opinii, etc.). W sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonej kontroli, NFZ uzna, że dokonana przez niego płatność za świadczenia była nieuzasadniona, zastosowanie mieć będzie § 28 ust. 1 OWU, który stanowi, że kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez świadczeniodawcę wezwania do ich zwrotu. W przypadku, gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej, niż termin dokonania kolejnej płatności przez fundusz, świadczeniodawca jest obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez fundusz. Ustęp drugi tego przepisu (§ 28 ust. 2 OWU) doprecyzowuje z kolei, że w przypadku, gdy obowiązek zwrotu środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, podmiot udzielający świadczeń jest zobligowany złożyć NFZ korygujące dokumenty rozliczeniowe. Analizując dokumenty kontrolne, można z łatwością dostrzec, iż pewne zarzuty wobec kontrolowanych świadczeniodawców pojawiają się częściej, niż inne. Jako przykład można wskazać zarzut dotyczący niezgodności sprawozdanych świadczeń z przepisami ustawy o świadczeniach i/lub umową o udzielanie świadczeń. Niemal nagminnie podnoszony jest zarzut, iż co prawda, dane świadczenie zostało faktycznie wykonane, lecz zostało ono nieprawidłowo zakwalifikowane w rozliczeniu. W praktyce przekłada się to na podejrzenie zawyżania wartości rozliczanych przez świadczeniodawcę świadczeń. Innym przykładem może służyć zarzut wykonania świadczenia, które nie powinno być rozliczone (np. kolejna hospitalizacja przed upływem 14 dni). Wręcz klasycznym przykładem, jest zarzut wykonywania i sprawozdania świadczeń, które zrealizowane były na podstawie skierowania do leczenia szpitalnego w szpitalu, podczas gdy zdaniem NFZ, powołującego się na art. 58 ustawy o świadczeniach, cel leczenia mógł być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Wypada zauważyć, że nie wystarczy samo przekonanie kontrolującego o takiej możliwości. W myśl art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Skoro zatem NFZ twierdzi, że coś można wykonać i osiągnąć zamierzony skutek w ramach leczenia ambulatoryjnego, to powinien takie konkretne okoliczności udowodnić. Pojawia się więc zasadne pytanie, w jaki sposób, po upływie wielu lat, można wykazać zasadność leczenia w trybie ambulatoryjnym, a niezasadność hospitalizacji? W praktyce, podnosząc zarzut niewłaściwego trybu udzielenia świadczenia, a w konsekwencji niewłaściwego

[35] Wyrok Sądu Najwyższego z 24 listopada 2017 r., sygn. akt III CSK 296/16.

oznaczenia wykonanych świadczeń i błędnej ich kwalifikacji, celem uzyskania wyższego finansowania, NFZ nie tylko nie powołuje na te okoliczności żadnych dowodów, gdyż takich nie posiada, ale usiłuje przerzucić ciężar ich udowodnienia na świadczeniodawcę. Mamy zatem do czynienia z przykładem odmiennej, urzędniczej interpretacji faktów opisanych przez lekarza w dokumentacji medycznej. Szczególnego smaczku kwestia ta nabiera w przypadku kwestionowania kwalifikowania dzieci do leczenia szpitalnego. Bezdyskusyjnie, u dzieci proces chorobowy przebiega w sposób odmienny, co wynika z różnego stopnia dojrzałości narządów oraz immunologicznych systemów obronnych. W procesie chorobowym u dziecka dochodzi do zaburzenia funkcjonowania tych niedojrzałych systemów, co skutkuje zaburzeniami czynności całego organizmu, mogącymi szybko powodować pojawienie się stanu zagrożenia życia. Stąd też, świadczeniodawca udzielając świadczenia medycznego zakwalifikowanym do hospitalizacji dzieciom, co do zasady, wypełnia swój prawny obowiązek gwaranta zdrowia oraz życia małego pacjenta. Interesująco przedstawia się również nagminnie podnoszony przez NFZ argument występowania różnicy w kosztach leczenia pacjenta w trybie ambulatoryjnym i szpitalnym. Brak kompleksowych i rzetelnych wycen procedur medycznych odgrywa zasadniczą rolę w tym procederze. Nie sposób nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że koszt świadczeń ambulatoryjnych różni się od kosztu świadczeń szpitalnych. Problem pojawia się, gdy zechcemy konkretnie policzyć, o ile oraz ile, wynosi realny koszt leczenia pacjenta w obu przypadkach. Nie można wymagać od świadczeniodawcy, by każdy przypadek udzielenia przez niego usługi medycznej był dokładnie opisywany, oszacowywany w zakresie zużytych środków, poniesionych nakładów. Takie rozumowanie prowadziłoby do skrajnego formalizmu, obowiązku dokumentowania na piśmie każdego wydatku poniesionego przez świadczeniodawcę w odniesieniu do każdego pacjenta, jaki został przyjęty w ramach zawartej z NFZ umowy. Skoro przez blisko 40 lat funkcjonowania obecnego systemu opieki zdrowotnej, ustawodawca nie zdecydował się na szczegółowe policzenie kosztów i realną wycenę poszczególnych procedur medycznych, to skąd NFZ ma wiedzę, że leczenie szpitalne pacjenta jest droższe, niż leczenie ambulatoryjne? Pozostałe przykłady przywoływanych i wskazywanych przez NFZ nieprawidłowości mają raczej prozaiczny charakter i dotyczą m.in. braków wymaganego sprzętu, ich certyfikatów, atestów, braków w dokumentacji medycznej potwierdzających udzielone świadczenia lub porady oraz różnych aspektów ograniczania dostępności do świadczeń, nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu wskazanym w umowie oraz w czasie niezgodnym z harmonogramem. Nadto, jako zarzut braku spełnienia warunków realizacji świadczeń w zakresie personelu medycznego wskazuje się ich brak (niewystarczająca liczba) lub nakładanie się harmonogramów pracy personelu (praca w dwóch miejscach równocześnie).

6. Wystąpienie pokontrolne a bieg przedawnienia

Kończąc postępowanie kontrolne, NFZ przysyła protokół i wystąpienie pokontrolne. Świadczeniodawca ma prawo do kwestionowania ustaleń faktycznych poczynionych w wystąpieniu pokontrolnym. Może on podważać, jako błędne, stanowisko organu kontrolującego, który uważa, że środki przekazane tytułem zwrotu kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w związku z istniejącymi wskazaniami medycznymi, stanowiły środki nienależne. Nawet gdyby przyjąć i zaakceptować stanowisko kontrolującego, wyraźnie widać, że same świadczenia nie są kwestionowane pod względem zasadności i prawidłowości ich udzielenia. Kwestionuje się wyłącznie sposób ich sprawozdania. W związku z tym pojawia się bardzo ciekawe zagadnienie, na ile płatnik (NFZ), może domagać się od świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwrotu całości wynagrodzenia zapłaconego za udzielone świadczenia, skoro zostały one udzielone osobom uprawnionym. NFZ obchodzi ten problem przez wskazanie, że podstawę nałożenia kary umownej stanowi § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c OWU, który wiąże się z przedstawieniem przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których fundusz dokonał płatności rzekomo nienależnych środków finansowych. Mamy zatem do czynienia z dość zaskakującą sytuacją, w której co prawda świadczenia zostały udzielone zgodnie z umową osobom uprawnionym, środki przekazano w oparciu o dane sprawozdawane zgodnie ze stanem faktycznym, tyle że sprawozdając je z nieprawidłowo przypisanym produktem rozliczeniowym świadczeniodawca narusza umowę, w efekcie czego płatnik może żądać ich zwrotu w całości. Świadczeniodawca, broniąc swojego stanowiska, winien wywodzić podstawę prawną i faktyczną z faktu, iż w rozliczeniach dotyczących kontrolowanego okresu wykazano do rozliczenia świadczenia, które zostały faktycznie wykonane i udzielone w sposób uprawniający do zastosowania wskazanego wskaźnika korygującego. Taki stan rzeczy nie może być przez NFZ kwalifikowany jako przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych. Nie doszło zatem do spełnienia przesłanki z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c OWU. Nadto, należy wykazać, że w kontrolowanym okresie, dokumentacja medyczna nie była prowadzona w sposób rażąco naruszający Rozporządzenie Ministra Zdrowia w Sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, co uzasadniałoby obciążenie świadczeniodawcy karą umowną na podstawie §30 ust. 1 pkt 3 lit. f OWU. Świadczeniodawca winien wskazać, że dokumentacja medyczna poddana kontroli oraz realizowana sprawozdawczość spełniały swoje cele i stanowiły wiarygodne i kompletne źródła informacji, co do stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń[36]. Bezsprzecznie formalizm przy realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest uzasadniony potrzebą kontroli wydatkowania środków publicznych

[36] Ćwik K., *Dokumentacja medyczna jako instrument odpowiedzialności i jakości w systemie ochrony zdrowia – perspektywa prawna, organizacyjna i zarządcza*. Przedsiębiorstwo Przyszłości 2025; 2(63): 141–163.

i przeciwdziałania patologiom, co pozostaje w interesie każdego uczestnika systemu ochrony zdrowia. Dopełnienie formalności ma służyć zminimalizowaniu ryzyka udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej osobie nieuprawnionej do jego otrzymania i finansowania ze środków publicznych, zapewnienia dostępu do leczenia adekwatnego ze względu na stan zdrowia i zweryfikowania zasadności wydatkowania środków publicznych[37]. Nadmierny formalizm nie może jednak powodować pomijania zasadniczego celu leczniczego świadczenia zdrowotnego i niweczenia prawa do zapewnienia jego uzyskania przez osoby uprawnione. W konsekwencji należy stanąć na stanowisku, że wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej, uchybienia formalne przy wykonywaniu umowy lub pominięcie wymogów formalnych, tylko wtedy będą skutkować obowiązkiem zwrotu świadczenia jako nienależnego, jeżeli trafiło ono do osoby nieuprawnionej do uzyskania go ze środków publicznych, w ogóle nie zostało wykonane lub bez dopełnienia wymogów formalnych nie ma możliwości zweryfikowania, czy cel umowy został osiągnięty. Tymczasem nagminnie można spotkać sytuację, w której NFZ uzasadnia konieczność zwrotu kosztów świadczenia błędami formalnymi, które nie miały żadnego wpływu na formalne i materialne uprawnienie pacjenta, co, moim zdaniem, jest przerzucaniem obowiązku finansowania leczenia z NFZ na świadczeniodawcę lub pacjenta. Na marginesie wypada jeszcze zauważyć, że błędne i nieuprawnione jest takie samo traktowanie świadczeniodawców, którzy uzyskali środki publiczne bez zrealizowania świadczeń, otrzymali zapłatę za świadczenia nieznajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych, nieobjęte przedmiotem umowy i tych, którzy wykonali świadczenia gwarantowane w ramach umowy na rzecz osób formalnie i materialnie uprawnionych, a nie dochowali jedynie wymogów formalnych. Przy ocenie zarzutu dotyczącego naruszenia § 28 ust. 1 OWU kluczowe jest ustalenie, czy pacjenci byli uprawnieni do otrzymywania świadczeń, które zostały przedstawione do rozliczenia i czy świadczenie finansowane ze środków publicznych otrzymali. Tym samym, jeżeli świadczenie, mimo uchybień formalnych, zostało zrealizowane na rzecz osoby uprawnionej do jego uzyskania, oznacza to, że NFZ prawidłowo wykonał obciążający go z mocy prawa obowiązek wobec pacjenta, zapewniając finansowanie tego świadczenia ze środków publicznych i w żadnym zakresie nie doszło do uszczuplenia środków publicznych. W takiej sytuacji obciążanie świadczeniodawcy karą umowną wydaje się być niezasadne i sprzeczne z prawem. W tym sensie wydaje się, iż samo naruszenie warunków formalnych nie może automatycznie skutkować obowiązkiem zwrotu całości wynagrodzenia za rzeczywiście zrealizowane świadczenie, o ile świadczenie trafiło do osoby uprawnionej formalnie i materialnie do jego uzyskania. W konsekwencji ocena uchybień formalnych w realizacji umowy powinna być podejmowana z uwzględnieniem celu, któremu ten formalizm służy[38]. Wykonanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ma

[37] Por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9.03.2012 r., sygn. I CSK 216/11 oraz z dnia 2.12.2011 r., sygn. III CSK 76/11.

[38] Por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14.11.2014 r., sygn. I CSK 633/13, oraz z dnia 9.03.2012 r., sygn. I CSK 216/11, OSNC 2012, nr 9, poz. 108.

przede wszystkim zapewnić, że pacjent otrzyma leki lub sposób leczenia, zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, że leki lub świadczenie trafią, w ilościach tylko niezbędnych, do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami prawa i które rzeczywiście ich potrzebują[39].

7. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a przedawnienie

Bezsprzecznie stosunki między NFZ a świadczeniodawcami mają charakter zobowiązania umownego, którego powstanie i wykonanie w sprawach nieuregulowanych *w* ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego[40]. Zgodnie z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. W uzasadnieniu wyroku z 22 maja 2014 roku Sąd Najwyższy[41] wyjaśnił, że: *Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego – jeżeli przepisy ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej – stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego (art. 155 u.ś.o.z.). Do stosunku tego ma więc zastosowanie art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel (…).* Jako uzupełnienie warto przytoczyć dodatkowo tezę z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego[42] z 14 listopada 2014 roku: *W umowach pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzem, należy wobec tego badać, jak przewiduje art. 65 k.c. przede wszystkim, jaki jest cel takich umów i zamiar stron, a nie przywiązywać nadmiernej wagi do ich dosłownego brzmienia. Także przepisy, do których odsyłają postanowienia takiej umowy, powinny być wykładane z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczone tak, jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy zawierane z lekarzem przez Narodowy Fundusz Zdrowia mają przede wszystkim zapewnić, aby pacjent otrzymywał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

[39] Wyrok Sądu Najwyższego z 14 listopada 2014 r., sygn. I CSK 633/13, Lex nr 1537344.

[40] Por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25.03.2004 r., sygn. II CK 207/03, z dnia 10.12.2004 r., sygn. III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79, i z dnia 22.05.2014 r., sygn. IV CSK 536/13.

[41] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22.05.2014 r., sygn. IV CSK 536/13, Lex nr 1504577.

[42] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.11.2014 r., sygn. I CSK 633/13, Lex nr 1537344.

oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych. Dalej w tym samym orzeczeniu Sąd Najwyższy wskazał, że: *Skoro podstawą zasądzenia było nienależyte wykonanie umowy przez pozwanego, a do oceny łączącej go z NFZ umowy należy stosować przepisy k.c., to konieczne jest rozważenie na podstawie art. 471 i nast. k.c., czy istnieją podstawy do zasądzenia od pozwanego odszkodowania w wysokości całej wartości świadczeń medycznych, których podstawą było nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej przez pozwanego. (…) Podstawowe znaczenie dla stwierdzenia odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy ma zaś ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym, z tym że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych*. Wart odnotowania jest również fakt, iż umowa zawarta między funduszem i świadczeniodawcą jest odrębną od ustalonego wzorca czynnością prawną, kreującą zobowiązanie kontraktowe[43]. Jak wspomniano wyżej, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a NFZ stosunek zobowiązaniowy, do którego – jeżeli przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej – stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego[44]. Warto podkreślić, że ustawa *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, ani Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – nie określają terminu przedawnienia roszczeń z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w relacjach funduszu ze świadczeniodawcami i dlatego o terminie przedawniania będą decydować przepisy ogólne prawa cywilnego tzn. art. 117–125 k.c.

8. Terminy przedawnienia roszczeń

Terminy przedawnienia mają charakter ustawowy i są bezwzględnie obowiązujące, co oznacza, że strony nie mogą dokonywać żadnych ich modyfikacji. Każdą umowę, która wprowadzałaby jakiekolwiek próby modyfikacji przewidzianego w ustawie terminu przedawnienia, należy uznać za nieważną na podstawie art. 58 k.c. Jedynym uprawnionym do zmiany terminu przedawnienia jest ustawodawca, który najczęściej decyduje o jego skróceniu (vide umowa pożyczki oraz umowa sprzedaży). Mechanizm

[43] *Umowa zawarta między stroną będącą twórcą wzorca umowy i jej kontrahentem – adresatem wzorca, jest odrębną czynnością prawną kreującą węzeł obligacyjny. Jednak treść tego stosunku obligacyjnego wyznaczają wówczas nie tylko postanowienia zawartej między stronami umowy, ale także i postanowienia wzorca umowy (a więc również regulaminu) ustalonego przez jedną ze stron, o ile spełniona została przesłanka związania tym wzorcem drugiej strony umowy, tj. adresata wzorca* – wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r., sygn. VI ACa 142/11, LEX nr 1130433.

[44] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22.05.2014 r., sygn. IV CSK 536/13.

ustalenia terminu przedawnienia roszczeń odszkodowawczych w sprawach medycznych jest szczególnie skomplikowany. Wynika to z wielu czynników mających wpływ zarówno na charakter samego roszczenia, jak i jego zakres. Przykładowo, odpowiedzialność cywilna za skutki błędu medycznego została ograniczona terminem, którego długość uzależniona jest od charakteru odpowiedzialności. Przy wykonywaniu czynności zawodowych, lekarz może ponosić odpowiedzialność kontraktową, jeżeli zawarł z pacjentem umowę o wykonanie określonego świadczenia zdrowotnego. Zasadniczo umowa ta nie musi mieć formy pisemnej, wystarczy ustne porozumienie pomiędzy lekarzem a pacjentem. W większości przypadków ma ona jednak charakter umowy o świadczenie usług medycznych, do której zastosowanie mieć będą odpowiednie przepisy o umowie zlecenia (art. 750 k.c.). Możliwe są jednak przypadki, gdy przedmiotem umowy będzie świadczenie mające charakter jednostkowy, niepowtarzalny, dostosowany do potrzeb i upodobań konkretnej osoby, np.: implanty, protezy stomatologiczne, zabiegi chirurgii plastycznej – estetycznej, które będą mieć charakter umowy o dzieło (art. 646 k.c.). W takim przypadku pacjent będzie miał możliwość dochodzenia od lekarza roszczeń odszkodowawczych w terminie dwóch lat od dnia oddania dzieła lub dnia, w którym zgodnie z umową dzieło miało być oddane[45]. Inaczej będzie wyglądała sytuacja, gdy świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są ze środków publicznych, tzn. gdy będą to świadczenia kontraktowane przez NFZ. W takiej sytuacji lekarz nie zawiera z pacjentem żadnej umowy, ale realizuje umowę zawartą z płatnikiem, jakim jest NFZ i będzie ponosił odpowiedzialność deliktową[46]. Będziemy mieć zatem do czynienia z przedawnieniem roszczeń pacjenta, które będzie następować w terminach określonych w art. 442^1 k.c.[47], regulacja ta nie ma jednak charakteru kompleksowego, ani wystarczającego. W kwestii przedawnienia istotne znaczenie mieć będzie nie tylko określenie samego terminu wystąpienia przedawnienia, ale też wskazanie dnia, od którego termin ten zaczyna biec. Z treści art. 120 k.c. wynika jedynie, że termin przedawnienia roszczeń zaczyna biec od dnia jego wymagalności[48]. Zasadniczo można wskazać, że bieg terminu przedawnienia rozpoczyna się z momentem, w którym poszkodowany dowiedział się, albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia[49] (vide art. 442^1 § 1 zd. 1 i § 3 k.c. – termin a *tempore scientiae*), bądź od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (art. 442^1 § 1 zd. 2 i § 2 k.c. – termin a *tempore facti*). Warte odnotowania jest, iż niezależnie od tego, z jakim zdarzeniem ustawodawca związał w konkretnym przypadku początek

[45] Uchwała Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 15.10.2024 r., sygn. III CZP 19/24.

[46] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5.10.2014 r., sygn. I ACa 872/14.

[47] Por. Zelek M., *Komentarz do art. 4421*, *nb 12,* [w:] Gutowski M. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom II*, *Art. 353-626*. C. H. Beck, Warszawa 2019.

[48] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.04.2011 r., sygn. II CSK 279/10, Lex nr 1318345.

[49] Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.11.1967 r., sygn. I PR 354/67, OSNCP 1968, nr 8–9, poz. 146, oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19.02.2003 r., sygn. V CKN 207/01.

biegu przedawnienia, zazwyczaj następuje on w oderwaniu od świadomości stron[50]. Stanowisko takie zostało wyrażone w wyroku Sąd Najwyższego z dnia 17.05.2006 r., w którym podkreśla, iż *zasadą jest rozpoczęcie biegu przedawnienia niezależnie od świadomości uprawnionego co do przysługującego mu roszczenia*[51]. *Jeżeli jednak ustawa wyjątkowo takiej świadomości wymaga, świadomością tą, ocenianą na podstawie obiektywnych kryteriów, muszą być objęte wszystkie konstytutywne elementy roszczenia.* Wypada zauważyć, że przepisy prawa cywilnego nie definiują wprost samego pojęcia wymagalności roszczenia. W nauce prawa cywilnego przyjmuje się, że *jest to stan, w którym wierzyciel uzyskuje możliwość żądania zaspokojenia, a dłużnik zostaje obarczony obowiązkiem spełnienia świadczenia*[52]. Błędem jest utożsamianie terminu wymagalności roszczenia z terminem spełnienia świadczenia. W orzecznictwie wskazuje się, że wymagalność roszczenia powinna być rozumiana, jako *stan, w którym wierzyciel ma prawną, co powinno się odczytywać jako rzeczywistą możliwość żądania zaspokojenia przysługującej mu wierzytelności o wypłatę świadczenia od dłużnika*[53]. Dodatkowo, art. 120 k.c. wprowadza pewne modyfikacje w odniesieniu do wymagalności roszczenia. Przykładem mogą służyć zobowiązania bezterminowe, w odniesieniu do których utrzymanie zasady, zgodnie z którą wymagalność wyznacza początek biegu przedawnienia, w istotny sposób ogranicza swobodę wierzyciela. W efekcie, brak wezwania dłużnika do spełnienia świadczenia, powodowałby *de facto* możliwość nieuprawnionego wydłużenia termin przedawnienia. Z tego powodu, termin ten jest liczony od dnia, w którym roszczenie stałoby się wymagalne, gdyby wierzyciel dokonał takiej czynności w najwcześniej możliwym terminie. W praktyce, przy zobowiązaniu bezterminowym, wierzyciel może wezwać dłużnika do spełnienia świadczenia zaraz po tym, jak dłużnik zobowiązał się do jego wykonania. Tym samym, pierwszym dniem terminu przedawnienia dla roszczenia bezterminowego jest dzień, w którym zobowiązanie zostało przez strony nawiązane.

Bezsprzecznie, Narodowy Fundusz Zdrowia egzekwując roszczenia wynikające z wystąpienia pokontrolnego, dla kontroli dotyczącej umów zrealizowanych wiele lat wstecz, bez oglądania się na upływ terminu przedawnienia roszczeń, ewidentnie działa bez podstaw prawnych. Definiując błędnie termin wymagalności roszczenia i przyjmując, że bieg terminu wymagalności roszczenia w stosunku do świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się dopiero od dnia zakończenia kontroli, a nie od końca roku kalendarzowego, w którym świadczenie okresowe było realizowane, tworzy się fikcję prawną i absurdalną wersję rzeczywistości. Ignorując dyrektywę wynikającą wprost z treści art. 118 k.c. naraża się na negatywne konsekwencje swoich działań. Bieg terminu przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie

[50] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8.12.2004 r., sygn. I CK 166/04, oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6.08.2014 r., sygn. I ACa 189/14.

[51] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.05.2006 r., sygn. I CSK 176/05 (niepubl.).

[52] Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Zarys wykładu.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.

[53] Wyrok Sądu Najwyższego z 15.10.2009 r., sygn. I CSK 59/09.

stałoby się wymagalne, gdyby uprawniony (wierzyciel) podjął czynność w najwcześniej możliwym terminie. Bezzasadne jest zatem stwierdzenie, jakoby fakt przeprowadzenia kontroli, po upływie wielu lat od udzielenia świadczenia (realizacji umowy), stanowił wspomnianą w przepisie *określoną czynność przez uprawnionego*. Nielogiczne wydaje się być również przyjęcie założenia, w myśl którego wymagalność roszczenia materializuje się dopiero z chwilą przeprowadzenia postępowania kontrolnego oraz przekazania wezwania do zapłaty skutków finansowych kontroli w postaci wymierzenia kar umownych. Przyjęcie takiego rozwiązania oznaczałoby nieistnienie i wykluczenie jakichkolwiek ram czasowych związanych z pojęciem tzw. dawności (vide art. 117–120 k.c.), w odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Skutkiem takiej sytuacji, byłaby *de facto* możliwość praktycznie bezterminowego cofania się przez NFZ z kontrolą warunków realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Można wyobrazić sobie sytuację, w której wszczyna się kontrolę umów z lat 90. XX wieku i prowadząc ją przez okres kolejnych 3–5 lat, plus 6-letni okres przedawnienia, liczony od momentu zakończenia kontroli, dochodzimy do sytuacji przesunięcia do ponad 40 lat terminu wystąpienia przedawnienia roszczenia z tytułu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Nie ulega wątpliwości, że bieg terminu przedawnienia rozpoczyna się od dnia, kiedy roszczenie stało się wymagalne. Roszczenie staje się wymagalne wówczas, gdy wierzyciel może skutecznie żądać od dłużnika zadośćuczynienia jego roszczeniu. W praktyce, co do zasady, roszczenie o świadczenie okresowe staje się wymagalne następnego dnia po dniu, w którym przypadał termin spełnienia tego świadczenia. Mając na uwadze fakt, iż umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych są rozliczane i sprawozdawane do NFZ w układzie comiesięcznym, są one zatem bez wątpienia umowami okresowymi, których wymagalność następuje w pierwszym dniu kolejnego miesiąca po miesiącu realizacji danej miesięcznej części umowy. Pamiętać należy także, iż zasadniczo świadczenia są finansowane ryczałtem systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach, stanowiącym kwotę zobowiązania funduszu wobec świadczeniodawcy określoną w umowie. Nawet w przypadku, gdy wymagalność roszczenia zależy od podjęcia określonej czynności przez uprawnionego, bieg terminu przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stałoby się wymagalne, gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniej możliwym terminie. W przypadku, roszczeń o zaniechanie, bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym ten, przeciwko komu roszczenie przysługuje, nie zastosował się do treści roszczenia.

Kara umowna, jako świadczenie uboczne, dzieli losy zobowiązania głównego[54]. Tym samym kara umowna, jak każde roszczenie, przedawnia się z upływem terminu wynikającego z art. 118 k.c. liczonego na zasadach ogólnych i wynoszącego 3 lata – dla świadczeń okresowych oraz roszczeń związanych z działalnością gospodarczą lub 6 lat – dla pozostałych przypadków. Kara umowna za okoliczności wynikające z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przedawnia się, tak jak roszczenie główne z tej umowy. Początek biegu terminu zapłaty kary umownej, co do zasady, przypada

[54] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20.10.2006 r., sygn. IV CSK 178/06.

na dzień wymagalności wskazany w umowie. Jeśli jednak żaden konkretny dzień zapłaty kary umownej nie wynika z umowy, to bieg terminu przedawnienia następuje od dnia, w którym roszczenie to stałoby się wymagalne, gdyby wierzyciel dokonał wezwania w najwcześniej możliwym terminie. Warto odnotować, że rozpoczęcie biegu przedawnienia roszczenia dla kary umownej nie jest uzależnione od tego, czy wierzyciel rzeczywiście wezwał dłużnika do dokonania zapłaty kary, ani kiedy to uczynił. W przypadku kar umownych, nakładanych na świadczeniodawców w wystąpieniach pokontrolnych, nie mamy do czynienia z wymiarowymi decyzjami administracyjnymi. Nie oznacza to bynajmniej, iż wierzyciel może jednostronnie decydować o początku biegu przedawnienia. Byłoby to sprzeczne z ustawową zasadą, *iż terminy przedawnienia nie mogą być skracane ani przedłużane przez czynność prawną*. Na termin rozpoczęcia biegu terminu przedawnienia zapłaty kary umownej wskazał dwukrotnie Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach[55] stwierdzając, iż: *Roszczenie wynikające z zobowiązania bezterminowego, obejmującego zapłatę kary umownej, staje się wymagalne w dniu, w którym świadczenie powinno być spełnione, gdyby wierzyciel wezwał dłużnika do wykonania zobowiązania w najwcześniej możliwym terminie* oraz, w którym stwierdza, że: *Zobowiązanie do zapłaty kary umownej jest zobowiązaniem bezterminowym, które staje się wymagalne dopiero niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do jego wykonania, co odnoszone jest także do kary umownej za opóźnienie w spełnieniu świadczenia.*

Nałożenie na świadczeniodawcę kar umownych następuje w oparciu o § 29 OWU, który stwierdza, że: – *Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy*. Co istotne, mając monopolistyczną pozycję, NFZ wręcz w bezwstydny sposób korzysta z możliwości narzucania świadczeniodawcom niekorzystnych rozwiązań w tej materii. Oczywiście, argumentem przemawiającym za dopuszczalnością takiej możliwości jest powołanie się na zasadę swobody umów (vide art. 353^1 k.c.). Póki co, nie słychać o przypadkach innych rozwiązań, niż narzucanie świadczeniodawcom w ramach procedury kontraktowej rozwiązań jednostronnych i niekorzystnych dla świadczeniodawców. No, ale przecież zawsze można nie wyrazić zgody na takie rozwiązanie i nie podpisać umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Fakt. Tyle, że wtedy pozostaje jedynie tryb udzielania świadczeń komercyjnych, niefinansowanych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, co oczywiście znacząco i dramatycznie wpływa na dostępność świadczeń. Samą wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości. Użycie sformułowania *w razie stwierdzenia podczas kontroli naruszeń*, sugeruje w sposób nieuprawniony, iż chodzić może wyłącznie o niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań umownych, stwierdzone na podstawie czynności kontrolnych,

[55] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30.06.2011 r. w sprawie III CSK 282/10 oraz z dnia 19.10.2018 r., sygn. I CSK 249/18.

prowadzonych w trybie przepisów art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tymczasem wnioski o niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu umowy, mogą być, a nawet powinny być, wywodzone przez NFZ zasadniczo na podstawie bieżącego monitorowania realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której to mowa w przepisie art. 107 ust. 5 pkt 8 lit. b ustawy o świadczeniach. Świadczeniodawca, realizując umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest zobowiązany do bieżącego sprawozdawania wykonanych świadczeń do systemu, według schematu i formatu narzuconego przez NFZ. Sprawozdania muszą być wysyłane przez każdego świadczeniodawcę regularnie w wymaganych przez płatnika interwałach czasowych (comiesięcznie) i tym samym winny być one poddawane bieżącej pełnej weryfikacji ze strony płatnika (NFZ). Tymczasem, z przyczyn leżących wyłącznie po stronie NFZ, co do zasady, kontrole mają charakter wyłącznie wsteczny. Na bieżąco, przez całe lata, aż do zakończenia mocno spóźnionej kontroli, NFZ nie zgłasza żadnych zastrzeżeń do przesyłanych mu sprawozdań, a wszystkie wystawiane przez świadczeniodawcę faktury są w całości regulowane przez płatnika. Wydaje się być niepisaną regułą, że w efekcie prowadzonej przez NFZ kontroli, prawie zawsze, istnieje możliwość zarzucenia świadczeniodawcy wystąpienie szeregu nieprawidłowości w sprawozdawczości.

Kara umowna obliczana jest jako procent wartości kontraktu, dlatego istotnego znaczenia nabiera kwestia wysokości wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru kary umownej. W kwestii wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy za wykonaną usługę medyczną w ramach zawartej z NFZ umowy, należy wyraźnie podkreślić, iż ma ono charakter wyłącznie szacunkowy, gdyż jedynie hipotetycznie określa wysokość poniesionych w związku nią kosztów[56].

Bibliografia

Literatura

Ciepła H., *Przedawnienie i zarzut przedawnienia w procesie cywilnym.* Ius Novum 2015; 4: 103–104.

Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Zarys wykładu*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.

Ćwik K., *Dokumentacja medyczna jako instrument odpowiedzialności i jakości w systemie ochrony zdrowia – perspektywa prawna, organizacyjna i zarządcza.* Przedsiębiorstwo Przyszłości 2025; 2(63): 141–163.

Dmowski S., Rudnicki S., *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna.* Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2011.

[56] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 06.05.2015 r., sygn. I ACa 435/15, Lex nr 1746832.

Kędzierska K., *Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce.* PiM 2012; 2: 17–31.

Kordasiewicz B., Radwański Z. (red.), *System prawa prywatnego, tom 2. Prawo cywilne – część ogólna*. C.H. Beck, Warszawa 2002.

Manowska M., *Przedawnienie roszczeń majątkowych.* Prawo Spółek 1997; 7–8.

Pałdyna T., *Przedawnienie w polskim prawie cywilnym.* Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2012.

Potulski J., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] Górski A. (red.), *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć.* C. H. Beck, Warszawa 2012, s. 83–85.

Pyziak-Szafnicka M. (red.), *Kodeks cywilny – część ogólna. Komentarz*. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2009, s. 1017 i n.

Surówka A., *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] Szydło W., Grabowska S., Grabowski R. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, s. 394–396.

Śliwa R., *Wybrane czynniki mające wpływ na funkcjonowanie podmiotów świadczących usługi zdrowotne*, [w:] Bojar W., Rudawska I., Urbańczyk E. (red.), Ek*onomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*, Bałtyckie Forum Zdrowia, Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą. TNOiK, Bydgoszcz 2010.

Śliwa R., *Wyzwania polskiego systemu opieki zdrowotnej*, [w:] Lis S., Zieliński K. (red.), Ekono*mia przyszłości. Państwo efektywne czy sprawiedliwe*. Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2018.

Zakrzewski P., *Kodeks cywilny. Komentarz, tom I.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018.

Zakrzewski P., *Komentarz do art. 117–125,* [w:] Fras M., Habdas M. (red.), *Kodeks cywilny, tom 1.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018.

Zelek M., *Komentarz do art. 4421, nb 12,* [w:] Gutowski M. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom II, Art. 353-626*. C. H. Beck, Warszawa 2019.

Akty prawne

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 129 ze zm.).

Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2168 ze zm.).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 5.03.2025 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 400).

Judykatura

Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego:

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23.03.1999 r., sygn. K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, Dz.U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 01.09.2006 r., sygn. SK 14/05, OTK ZU nr 8/A/2006, poz. 97.

Wyroki Sądu Najwyższego:

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.11.1967 r., sygn. I PR 354/67, OSNCP 1968, nr 8–9, poz. 146.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.02.1991 r., sygn. III CRN 500/90, Lex Polonica nr 312294.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.11.1995 r. OSNC 1996/3/31.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.01.2001 r., sygn. I CKN 988/00, Lex nr 171258.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.02.2002 r., sygn. V CKN 883/00, Lex nr 54352.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19.02.2003 r., sygn. V CKN 207/01.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25.03.2004 r., sygn. II CK 207/03.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8.12.2004 r., sygn. I CK 166/04.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.12.2004 r., sygn. III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 03.02.2006 r., sygn. I CSK 17/05 (niepubl.).

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.05.2006 r., sygn. I CSK 176/05 (niepubl.).

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20.10.2006 r., sygn. IV CSK 178/06.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.11.2006 r., I CSK 229/06, LEX nr 398443.

Wyrok Sądu Najwyższego z 15.10.2009 r., sygn. I CSK 59/09.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.04.2011 r., sygn. II CSK 279/10, Lex nr 1318345.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30.06.2011 r. w sprawie III CSK 282/10.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2.12.2011 r., sygn. III CSK 76/11.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9.03.2012 r., sygn. I CSK 216/11, OSNC 2012, nr 9, poz. 108.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4.11.2014 r., sygn. I CSK 633/13, Lex nr 1537344.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22.05.2014 r., sygn. IV CSK 536/13, Lex nr 1504577.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.11.2014 r., sygn. I CSK 633/13, Lex nr 1537344.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22.11.2014 r., sygn. akt IV CSK 536/13.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28.10.2016 r. sygn. I CSK 661/15.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19.10.2018 r., sygn. I CSK 249/18.

Uchwały Sądu Najwyższego:

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 9.11.1994 r., sygn. III CZP 141/94.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10.05.2000 r., sygn. III ZP 13/2000, Lex Polonica nr 345236.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26.01.2005 r., sygn. III CZP 42/04, OSNC 2005/9/149.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 20.04.2012 r., sygn. III CZP 10/12, OSNC 2012, nr 10, poz. 117.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2014 r., sygn. III CZP 76/14, Lex nr 1532595.

Uchwała Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 15.10.2024 r., sygn. III CZP 19/24.

Wyroki Sądów Apelacyjnych:

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r., sygn. VI ACa 142/11, LEX nr 1130433.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23.02.2012 r., sygn. akt I Ca 758/11.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14.02.2013 r., sygn. I ACa 1007/12, Lex nr 1289406.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5.10.2014 r., sygn. I ACa 872/14.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6.08.2014 r., sygn. I ACa 189/14.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 06.05.2015 r., sygn. I ACa 435/15, Lex nr 1746832.

Wyroki sądów administracyjnych:

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 5.12.2007 r., sygn. VIII SA/Wa 542/07, LEX nr 501352.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20.02.1996 r., sygn. II SA 442/95, Przegląd Gospodarczy 1996; 9: 35.

*Karol Tarkowski**

EKONOMICZNO-FINANSOWE NASTĘPSTWA PANDEMII COVID-19 W SEKTORZE SZPITALI PUBLICZNYCH – ANALIZA KONDYCJI OŚMIU SP ZOZ WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO W LATACH 2019–2023

Economic and financial consequences of the COVID-19 pandemic in the public hospital sector – analysis of the condition of eight public health care institutions in the Lublin Voivodeship from 2019 to 2023

*Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ORCID: 0000-0003-1522-2354

Streszczenie

Celem artykułu jest ocena wpływu pandemii COVID-19 na kondycję ekonomiczno-finansową ośmiu największych szpitali publicznych (SP ZOZ) w województwie lubelskim w latach 2019–2023. W analizie wykorzystano metodę analizy wskaźnikowej opartą na miernikach określonych przez ministra zdrowia, obejmujących rentowność, płynność, efektywność i zadłużenie. Wyniki pokazują, że mimo licznych wyzwań pandemicznych, średnia kondycja finansowa analizowanych szpitali uległa poprawie – szczególnie w zakresie rentowności. Płynność finansowa pozostała jednak niedostateczna w większości placówek. Autor wskazuje, że pozytywne zmiany miały często charakter incydentalny i wymagają systemowego wsparcia oraz trwałych reform, aby mogły zostać utrzymane.

Słowa kluczowe: SP ZOZ, kondycja finansowa, analiza wskaźnikowa

Abstract

The aim of this article is to assess the impact of the COVID-19 pandemic on the economic and financial condition of the eight largest public hospitals (SP ZOZ) in the Lublin Voivodeship 2019–2023. The study is based on a ratio analysis method using

indicators defined by the Minister of Health, including profitability, liquidity, efficiency, and debt. The results show thatdespite numerous pandemic-related challenges, the overall financial condition of the analyzed hospitals improved – particularly in terms of profitability. Liquidity, however, remained inadequate in most institutions. The author argues that the observed improvements were often incidental and depend on political decisions rather than systemic reform, highlighting the need for ongoing financial support and structural changes to ensure sustainability.

Key words: *SP ZOZ, financial condition, ratio analysis*

1. Wprowadzenie

Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 rozpoczęła się 17 listopada 2019 roku w Chinach, w mieście Wuhan. W drugiej połowie lutego 2020 roku pierwsze zachorowania pojawiły się w Europie – we Włoszech. W Polsce pierwszy przypadek zakażenia wystąpił 4 marca 2020 roku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła 13 marca 2020 roku, że Europa stała się centrum pandemii. 20 marca 2020 roku na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia stan zagrożenia epidemicznego w Polsce zastąpiono stanem epidemii[1]. Pandemia była swego rodzaju katastrofą naturalną, która nagle pojawiła się i była nie do zatrzymania, ogarniając cały świat. W krótkim czasie choroba rozprzestrzeniła się na wszystkich kontynentach, w różnych miejscach globu. Cechowała ją ogromna siła uderzeniowa, a skutkiem były dolegliwości epidemiologiczne, a także ekonomiczne i społeczne. Pandemia spowodowała wiele zagrożeń. Dotyczyły one zdrowia pracowników, zaopatrzenia w surowce, materiały, czy komponenty, które pochodziły z międzynarodowych łańcuchów dostaw. Pandemia COVID-19 spowodowała kryzys gospodarczy na całym świecie. Był on efektem szoku zewnętrznego, który powstał poza systemem gospodarczym. Pojawienie się koronawirusa spowodowało zmniejszenie aktywności gospodarczej krajów na całym świecie. Jednym z podstawowych mierników wzrostu gospodarczego jest produkt krajowy brutto (PKB), który stanowi wyrażoną w pieniądzu sumę dóbr i usług finalnych wytworzonych w danym okresie w danym kraju. W Polsce zauważalny był niewielki spadek wartości PKB z 2 211 878 mln zł w 2019 roku do 2 163 217 mln zł w roku 2020. Niezaprzeczalnie ma to związek z pandemią i towarzyszącymi jej obostrzeniami i ograniczeniami, gdyż środki mające na celu spowolnienie rozpowszechniania się wirusa przyczyniły się do spowolnienia gospodarczego. Z kryzysem tym musiał zmierzyć się ogół przedsiębiorstw działających w gospodarce. W przypadku pojedynczego przedsiębiorstwa zaistniała sytuacja mogła stanowić śmiertelne zagrożenie, albo też kreować niepowtarzalne szanse.

[1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020, poz. 491).

2. Wpływ pandemii COVID-19 na gospodarkę

Pomimo ogólnego spadku gospodarczego koronawirus miał niejednakowy wpływ na wszystkie sektory gospodarki w Polsce. Niektóre z nich nie odnotowały znaczącego wpływu pandemii na ich funkcjonowanie. Do tej grupy zakwalifikować można przede wszystkim rolnictwo, sektor transportowy, sektor finansowo-ubezpieczeniowy. Natomiast gałęzie gospodarki, które odczuły negatywne skutki ówczesnej sytuacji to bez wątpienia edukacja, turystyka i kultura, handel, branża beauty i fitness, budownictwo oraz gastronomia i hotelarstwo[2]. Okres od marca 2020 roku stworzył jednocześnie okazję dla wielu branż. Pandemia stała się szansą np. dla producentów sprzętu medycznego, bądź artykułów sanitarno-higienicznych. W wielotorowy sposób epidemia wpłynęła na ochronę zdrowia. Strach przed chorobą z jednej strony spowodował, że rząd gotów był wyposażyć placówki służby zdrowia w stosowne aktywa finansowe i niefinansowe niezbędne do sprawnego funkcjonowania, ale jednocześnie pandemia przyczyniła się do zmniejszenia popytu na wiele usług zdrowotnych niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem COVID-19. W Polsce w 2020 roku liczba hospitalizacji zmniejszyła się skokowo w porównaniu z poprzednimi latami – do poziomu 5,1 mln przypadków, co oznacza 25% redukcję w stosunku do 2019 roku (6,8 mln hospitalizacji). Zmiany te były związane z reorganizacją szpitali w Polsce. Powstały tzw. szpitale jednoimienne, leczące chorych na COVID-19, nastąpiła też zmiana priorytetów leczenia pacjentów. Zaplanowane już hospitalizacje, dotyczące jednostek chorobowych niewymagających szybkiego działania, przesuwano na późniejsze, często odległe, terminy przypadające po zakończeniu ostrej fazy pandemii. Równocześnie część pacjentów rezygnowała ze starań o przyjęcie do szpitala, obawiając się infekcji wewnątrzszpitalnych. Opóźnione lub niezrealizowane hospitalizacje są jedną z istotnych składowych tzw. długu zdrowotnego, rozumianego jako skumulowane opóźnienia w realizacji świadczeń zdrowotnych, spowodowanego zakłóceniami w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej w kontekście pandemii COVID-19[3].

Podmioty lecznicze w związku z tym w swojej działalności musiały dostosować się do zmieniających się warunków i oprócz starań o wysoką rentowność, uwzględnić bezpieczeństwo, a także elastyczność w dostosowywaniu się do rynku. Koniecznością stało się restrykcyjne dbanie o bezpieczeństwo sanitarne, co bardzo podniosło koszty operacyjne. Organizacja pracy wymagała zmiany, aby zabezpieczyć ciągłość pracy przy wysyłaniu pracowników na kwarantannę, organizowaniu przestrzeni zakładu pracy. Inwestowano w technikę i technologię[4]. Popyt na personel medyczny, a tak-

[2] Osmólska E., Dudziak A., *Ocena funkcjonowania przedsiębiorstw w czasie pandemii COVID-19 w opinii konsumentów*. Zarządzanie Innowacyjne w Gospodarce i Biznesie 2022; 2(35): 95–105.

[3] Goryński P., Poznańska A., Smaga A., Radomski P., Tymicka A., Wojtyniak B., *Chorobowość hospitalizowana w Polsce*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. NIZP-PIB, Warszawa 2025, s. 192–193.

[4] Banaszyk P., Gorynia M., *Pandemia COVID-19 a konkurencyjność przedsiębiorstwa*. ICAN Management Review: Polska 2020; 4: 68–73.

że strach przed wykonywaniem wielu prac wpłynęły także na poziom wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Co ważne, poziom tych wynagrodzeń utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie także w latach kolejnych.

Każde przedsiębiorstwo, aktywnie działające na rynku, jest wyjątkowe na swój sposób, ale wszystkie mają ten sam nadrzędny cel, którym jest osiągnięcie i utrzymanie stabilności finansowej. Te same założenia dotyczą podmiotów, które działają w ochronie zdrowia, to jest Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ). Strategiczne i codzienne decyzje podejmowane przez ich kierowników są w znacznym stopniu zależne od aktualnego statusu finansowego firmy, co z kolei wpływa na ogólny sukces[5]. Ponadto niestabilność finansowa jednej instytucji może wpływać na status jej partnerów, co czasami może prowadzić do efektu domina w całej branży. Termin „kondycja" wywodzi się z łaciny i może być używany zarówno w odniesieniu do zdrowia fizycznego i kondycji, jak i do obecnego stanu lub okoliczności. Odnosząc się do tymczasowej sytuacji finansowej firmy lub jej zdolności do generowania przychodów i utrzymywania płynności, termin „kondycja finansowa" jest często używany w kontekście biznesu[6], co jest szczególnie istotne w jednostkach działających w tej branży. W celu określenia ogólnej kondycji finansowej wykorzystywane są główne sprawozdania finansowe, w tym bilans, rachunek zysków i strat oraz rachunek przepływów pieniężnych. Efektywność zarządzania finansami, która obejmuje wybory dotyczące inwestycji i pozyskiwania kapitału, może przyczynić się do kondycji finansów organizacji. Z drugiej strony, obecny stan finansów ma wpływ na podejmowane przez nią decyzje dotyczące jej działalności i kierunku strategicznego[7]. Stąd istotne wydaje się przeanalizowanie, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na sytuację SP ZOZ, a w szerszym kontekście także na sytuację pacjentów.

3. Kondycja największych szpitali województwa lubelskiego przed i po pandemii COVID-19

Celem niniejszego artykułu jest sprawdzenie, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na kondycję finansową ośmiu największych szpitali województwa lubelskiego, działających jako SP ZOZ-y. Podmioty te w roku 2023 wykonały 60% liczby zrealizowanych hospitalizacji i 65% wartości udzielonych świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej. Analizowane szpitale to:

— Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie,
— Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie,

[5] Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810–825.

[6] Siemińska E., *Finansowa kondycja firmy – metody pomiaru i oceny*. Wyd. POLTEX, Warszawa 2003, s. 11.

[7] Szmitka S., *Analiza finansowa jako metoda oceny kondycji finansowej współczesnego przedsiębiorstwa.* Studia i Prace Wydziału Ekonomicznego 2018; 16: 158.

— Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie,
— Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu,
— Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie,
— Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej,
— Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie,
— Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach.

Proces analizy zdolności finansowej firmy, instytucji lub organizacji samorządowej w celu zrozumienia obecnego stanu finansowego firmy oraz prognozowania przyszłych trendów i możliwości finansowych jest określany jako analiza kondycji finansowej. Analiza wskaźnikowa jest techniką, która pozwala na bardziej dogłębne zbadanie sprawozdań finansowych. Jest to również jedno z najczęściej używanych narzędzi do badania kondycji finansowej firmy w różnych wymiarach, w tym strukturalnym, czasowym i geograficznym[8]. Za pomocą tego narzędzia można dokonać dokładnej oceny historycznych i bieżących wyników przedsiębiorstwa. Wskaźniki są przydatnym narzędziem do określania, które aspekty zarządzania mogą wymagać pracy, co z kolei może przyczynić się do poprawy wyników w dłuższej perspektywie. Obecny i przyszły stan finansów firmy można ocenić i przewidzieć za pomocą wskaźników finansowych. Każdy wskaźnik reprezentuje związek między co najmniej dwiema zmiennymi finansowymi i przekazuje informacje w jasny i zrozumiały sposób. Umożliwia to zrozumienie określonego aspektu działalności firmy i ocenę konsekwencji dla ogólnej kondycji finansowej organizacji[9]. Głównym celem analizy wskaźnikowej jest odkrycie wzorców powiązań między różnymi parametrami. Powiązania te, znane również jako wskaźniki, są najważniejszą częścią tej analizy, dlatego też określa się ją mianem analizy wskaźnikowej. Szybkość, z jaką wykonywane są obliczenia, jest jedną z głównych zalet stosowania tego podejścia. Wyniki umożliwiają również porównanie danych w różnych punktach czasowych, co z kolei pozwala zaobserwować, jak firma rozwijała się w czasie. Analiza wskaźnikowa jest ważną techniką stosowaną w tej procedurze. Aby była dokładna i uwzględniała wszystkie ważne aspekty działalności firmy, powinna koncentrować się na kilku podstawowych obszarach działalności, takich jak[10]:

— rentowność, która odnosi się do zdolności firmy do generowania zysków;
— płynność, która odnosi się do zdolności firmy do pokrycia krótkoterminowych zobowiązań;
— efektywność, znana również jako obrót, która pokazuje, jak skutecznie firma zarządza swoimi zasobami;
— zadłużenie, które odnosi się do poziomu zadłużenia w stosunku do kapitału własnego.

[8] Wilczyńska M., *Analiza wskaźnikowa jako narzędzie wykorzystywane do oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstwa.* Finanse. Rynki Finansowe. Ubezpieczenia 2018; 185–194.

[9] Dmuchowski R., *Charakterystyka analizy wskaźnikowej.* Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія», 2019, s. 129.

[10] Ibidem, s. 134.

W celu ułatwienia i ujednolicenia badania kondycji SP ZOZ-ów poprzez analizę wskaźnikową w roku 2017 minister zdrowia określił dziewięć wzorcowych mierników podzielonych na cztery wyżej wymienione obszary[11]. W niniejszej prezentacji wykorzystane będą właśnie te mierniki poczynając od płynności.

Według Burzykowskiej i Duraja termin „płynność finansowa" odnosi się do zdolności firmy do terminowego wywiązywania się z bieżących zobowiązań[12]. Jest to ważne wskazanie dla codziennej pracy związanej z prowadzeniem firmy. Decyzje podejmowane przez kierownictwo, które nie są na najwyższym poziomie lub presja ze strony świata zewnętrznego mogą przyczynić się do niskiego poziomu płynności.

W przytoczonym wyżej Rozporządzeniu Ministra Zdrowia[13], płynność badana jest poprzez 2 mierniki:

— bieżącej płynności, który określa zdolność podmiotu do spłaty zobowiązań krótkoterminowych poprzez upłynnienie wszystkich środków obrotowych;
— szybkiej płynności, który określa zdolność podmiotu do spłacania zobowiązań krótkoterminowych najbardziej płynnymi aktywami, tj. krótkoterminowymi należnościami i aktywami finansowymi.

W analizowanych podmiotach wskaźniki te wyglądały następująco:

Tabela 1. Wskaźniki płynności roku 2019 i 2023 w największych SP ZOZ działających w województwie lubelskim

SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie		Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik bieżącej płynności	0,68	0,77	0,42	0,27	0,60	0,89	0,48	1,25
2. Wskaźnik szybkiej płynności	0,56	0,62	0,37	0,19	0,46	0,75	0,44	1,08

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 832).

[12] Burzykowska M., Duraj J., *Controllingowy wymiar oceny płynności finansowej przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009, s. 34.

[13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych…, op. cit.

SP ZOZ	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej		Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik bieżącej płynności	0,18	0,13	1,94	1,48	1,46	0,91	0,55	0,56
2. Wskaźnik szybkiej płynności	0,17	0,11	1,80	1,32	1,30	0,82	0,50	0,49

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych złożonych w Krajowym Rejestrze Sądowym

Wskaźniki płynności pokazały, że zarówno w okresie przed jak i po pandemii sytuacja analizowanych szpitali jest bardzo zła. Jedynym szpitalem, o którym obiektywnie można powiedzieć, że utrzymywał płynność w całym analizowanym okresie, jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej. Dodatkowo w szpitalu w Zamościu nastąpiła poprawa płynności do dobrego poziomu. Reasumując, w całym sektorze reprezentowanym przez wskazanych osiem podmiotów poziom płynności jest mocno niewystarczający, powodując w tym obszarze znaczne problemy, których w ostatnich latach nie udało się rozwiązać.

Zdolność firmy do generowania nadwyżki pieniędzy w porównaniu do jej wydatków jest tym, co rozumie się pod pojęciem rentowności. Rentowność może być również określana jako zyskowność[14]. W kontekście prowadzenia działalności gospodarczej rentowność jest ważnym wskaźnikiem, który należy analizować, biorąc pod uwagę, że głównym celem wielu firm jest osiągnięcie zysku. Stosunek wypracowanego zysku (na przykład ze sprzedaży lub działalności operacyjnej) do przychodów (na przykład z wynikowej sprzedaży produktów lub całkowitych przychodów ze sprzedaży) jest głównym przedmiotem zainteresowania przy obliczaniu wskaźników rentowności. Ostateczna wartość tych wskaźników może ulec zmianie w zależności od specyfiki sposobu, w jaki organizacja prowadzi swoją działalność. Istotne jest, aby zwracać uwagę na tempo, w jakim wskaźniki te rosną w czasie, ponieważ wskazują one zarówno na ogólną kondycję finansową przedsiębiorstwa, jak i efektywność jego działalności[15]. Wykorzystanie analizy rentowności kładzie główny nacisk na szereg różnych wskaźników rentowności.

[14] Kruk S., *Rentowność jako kryterium oceny efektywności gospodarowania przedsiębiorstwa*. Finanse, Rynki Finansowe. Ubezpieczenia 2017; 217–225.

[15] Dmuchowski R., *Charakterystyka analizy wskaźnikowej*…, op. cit., s. 134.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017[16], rentowność badana jest poprzez 3 mierniki:

— wskaźnik zyskowności netto (%), który pokazuje jaką część przychodów stanowi odnotowany zysk lub strata; w ten sposób jest określona efektywność gospodarki finansowej w odniesieniu do relacji przychody ogółem – koszty ogółem podmiotu;
— wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%), który określa ekonomiczną efektywność działania podmiotu, z uwzględnieniem działalności podstawowej oraz pozostałej działalności operacyjnej;
— wskaźnik zyskowności aktywów (%), który informuje o wielkości zysku lub straty przypadającej na jednostkę wartości zaangażowanych w podmiocie aktywów, czyli wyznacza on ogólną zdolność aktywów podmiotu do generowania zysku.

W analizowanych podmiotach wskaźniki te wyglądały następująco:

Tabela 2. Wskaźniki rentowności w roku 2019 i 2023 w największych SP ZOZ działających w województwie lubelskim

SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie		Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik zyskowności netto (%)	-2,40	1,05	-6,92	-3,10	-4,38	0,14	-9,75	8,64
2. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-2,04	1,73	-6,22	-1,65	-3,89	0,79	-9,09	9,97
3. Wskaźnik zyskowności aktywów (%)	-5,70	3,27	-4,93	-3,73	-5,65	0,14	-16,36	16,69

[16] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych…, op. cit.

SP ZOZ	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej		Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik zyskowności netto (%)	-28,30	-16,96	0,11	1,25	0,64	-3,29	0,12	5,62
2. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-21,58	-8,76	0,02	1,89	0,68	-2,49	2,11	7,80
3. Wskaźnik zyskowności aktywów (%)	-54,37	-21,66	0,11	1,90	1,56	-6,09	0,27	11,82

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych złożonych w Krajowym Rejestrze Sądowym

Wskaźniki zyskowności pokazały, że w okresie 2019–2023 sytuacja siedmiu analizowanych szpitali uległa znacznej poprawie, a aż pięć z nich ma dodatnią rentowność w roku 2023. Trudny okres pandemii sprawił, że zmiany w funkcjonowaniu placówek pozwoliły na relatywną obniżkę kosztów i osiągnięcie lepszych wyników finansowych. Trzeba jednak wspomnieć, że w roku 2023 na poprawę rentowności wpłynął także fakt zapłaty za nadwykonania (liczba usług przekraczająca kontrakt z NFZ) zrealizowane w ramach ryczałtu. Sytuacja taka, wynikająca z chęci likwidacji przez państwo długu zdrowotnego, nie miała miejsca ani w latach wcześniejszych, ani w roku 2024. Niemniej jednak poprawa rentowności i w większości analizowanych przypadków uzyskiwanie dodatnich wyników finansowych daje nadzieję na poprawę w dalszej perspektywie, także płynności oraz kondycji ekonomiczno-finansowej prezentowanych podmiotów leczniczych.

Wskaźniki efektywności, zwane też wskaźnikami sprawności działania, dostarczają istotnych danych na temat sposobu, w jaki organizacja wykorzystuje zasoby, którymi dysponuje. Pozwalają one ocenić efektywność, z jaką SP ZOZ-y zarządzają aktywami i pasywami. Wskaźniki takie jak rotacja należności czy zobowiązań aktywów, to tylko niektóre z licznych kategorii, które można wykorzystać do klasyfikacji tych wskaźników. Wskaźniki te pozwalają na ocenę wielu aspektów funkcjonowania operacyjnego firmy.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017[17], efektywność badana jest poprzez 2 mierniki:

— rotacja należności (w dniach) określa długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi; im wyższy poziom wskaźnika, tym podmiot ma większe trudności ze ściągalnością swoich należności, co może obniżyć zdolność do terminowego regulowania zobowiązań;
— rotacja zobowiązań (w dniach) określa okres, jaki jest potrzebny podmiotowi do spłacenia swoich zobowiązań krótkoterminowych; zbyt wysoka wartość wskaźnika może świadczyć o trudnościach podmiotu w regulowaniu swoich bieżących zobowiązań.

W analizowanych podmiotach wskaźniki te wyglądały następująco:

Tabela 3. Wskaźniki efektywności w roku 2019 i 2023 w największych SP ZOZ działających w województwie lubelskim

SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie		Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	38,36	30,50	48,18	22,08	53,94	46,76	52,56	35,93
2. Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	51,88	29,42	71,76	126,34	89,34	41,24	67,58	34,00

SP ZOZ	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej		Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	39,28	28,39	46,56	44,79	37,50	55,22	40,79	29,04
2. Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	48,17	120,73	13,01	16,05	24,98	60,91	28,60	20,68

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych złożonych w Krajowym Rejestrze Sądowym

[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych…, op. cit.

Wskaźniki rotacji należności pokazują, że w roku 2023 w porównaniu do 2019 sytuacja aż siedmiu analizowanych szpitali uległa poprawie. Zmiany przeprowadzone w przepisach prawa oraz postawa płatnika publicznego (NFZ) spowodowały, że szpitale szybciej uzyskiwały zapłatę za swoje usługi, co po części łagodziło opisane wcześniej problemy z płynnością. Porównanie rotacji zobowiązań w analizowanych latach już nie daje tak jednoznacznych pozytywnych sygnałów. W trzech podmiotach okres rotacji zobowiązań wyraźnie się wydłużył i, co więcej, jest znacznie większy od rotacji należności, co wskazuje na problemy z operacyjnym zarządzaniem i de facto pogarszającą się płynnością.

Badanie struktury źródeł finansowania, a także jej zdolności do wywiązywania się ze zobowiązań finansowych, jest głównym przedmiotem analizy zadłużenia w procesie określania bieżącej sytuacji finansowej firmy. W szczególności pozwala ona zorientować się, w jakim stopniu firma jest uzależniona od finansowania zewnętrznego w porównaniu do własnego finansowania wewnętrznego, a także jakie niebezpieczeństwa wiążą się z tym stopniem zadłużenia[18]. Wskaźniki zadłużenia, takie jak stosunek zadłużenia do kapitału własnego, są przydatnymi narzędziami do określania, jaka część całkowitego finansowania przedsiębiorstwa pochodzi ze źródeł zewnętrznych w porównaniu z jego własnym kapitałem.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017 roku[19] zadłużenie badane jest poprzez 2 mierniki:

— wskaźnik zadłużenia aktywów (%), który informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi; zbyt wysoka wartość wskaźnika podważa wiarygodność finansową podmiotu;
— wskaźnik wypłacalności, który określa wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego; wysoka wartość wskaźnika wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez podmiot zobowiązań.

W analizowanych podmiotach wskaźniki te wyglądały następująco:

[18] Bobowski E., *Analiza konsolidacji aktywów i zobowiązań w procesie restrukturyzacji grupy kapitałowej*. Metody Ilościowe w Badaniach Ekonomicznych 2019; 20(4): 241–251.

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych…, op. cit.

Tabela 4. Wskaźniki zadłużenia w roku 2019 i 2023 w największych SP ZOZ w województwie lubelskim

SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie		Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik zadłużenia (%)	71,07	75,96	31,05	58,84	40,22	29,31	69,27	48,42
2. Wskaźnik wypłacalności	-7,28	-4,77	-2,61	-1,58	-5,09	9,78	-33,95	3,29

SP ZOZ	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej		Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik zadłużenia (%)	295,84	145,75	24,62	39,46	57,48	59,40	109,86	64,46
2. Wskaźnik wypłacalności	-1,15	-1,19	0,78	1,61	-11,55	-5,51	-1,97	-21,96

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych złożonych w Krajowym Rejestrze Sądowym

Wskaźniki zadłużenia pokazały, że w okresie 2019–2023 sytuacja w połowie analizowanych szpitali uległa znacznej poprawie. Zmiany w kolejnych czterech szpitalach wskazują co prawda na wzrost zadłużenia, ale jest albo nieznaczne (Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie oraz Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie), albo wystąpiło w podmiotach, gdzie poziom zadłużenia nie był zbyt wysoki (Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej). Pomoc, w szczególności majątkowa, jakiej doświadczały podmioty lecznicze w okresie pandemii sprawiła, że udało się dostosować wiele podmiotów leczniczych do nowych wymagań organizacyjnych i technicznych bez konieczności wzrostu zadłużenia. Także poprawa rentowności, o której wspomniano wcześniej, korzystnie wpłynęła na obniżenie zadłużenia.

Wykorzystana w niniejszym opracowaniu prezentacja kondycji SP ZOZ-ów poprzez analizę wskaźnikową na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

12 kwietnia 2017 r.[20], pozwala także na dokonanie oceny łącznej, ponieważ każdemu ze wskaźników przypisano wartości wzorcowe oraz wagi punktowe, których suma pozwoli określić miejsce danego podmiotu leczniczego wśród innych – badanych w analogiczny sposób. Wyznaczone dla podmiotu leczniczego wartości wskaźników określonych przez ministra zdrowia służą w kolejnym kroku do wyznaczenia sumy punktów, która ma odzwierciedlać ogólną sytuację ekonomiczno-finansową danej jednostki. Ogólna sytuacja ekonomiczno-finansowa podmiotu leczniczego wyrażona jako suma punktów może być przedmiotem porównań, tzn. mieć zastosowanie w ocenie ratingowej podmiotów leczniczych[21]. Zgodnie z przywołanym aktem prawnym maksymalna ocena wynosi 70 punktów. W analizowanych podmiotach ocena punktowa przedstawiała się następująco:

Tabela 5. Łączna ocena punktowa w roku 2019 i 2023 największych SP ZOZ działających w województwie lubelskim

SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie		Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie		Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
Wskaźnik zyskowności netto – pkt	0	3	0	0	0	3	0	5
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej – pkt	0	3	0	0	0	3	0	5
Wskaźnik zyskowności aktywów – pkt	0	4	0	0	0	3	0	5
Wskaźnik bieżącej płynności – pkt	4	4	0	0	4	4	0	8
Wskaźnik szybkiej płynności – pkt	8	8	0	0	0	8	0	13
Wskaźnik rotacji należności – pkt	3	3	2	3	2	2	2	3

[20] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych…, op. cit.

[21] Stańczak-Strumiłło K., Kotapski R., *Zarządzanie finansami w podmiotach leczniczych*, Gdańsk 2021, s. 113.

Wskaźnik rotacji zobowiązań – pkt	7	7	4	0	4	7	4	7
Wskaźnik zadłużenia – pkt	3	3	10	8	8	10	3	8
Wskaźnik wypłacalności – pkt	0	0	0	0	0	0	0	4
RAZEM	**25**	**35**	**16**	**11**	**18**	**40**	**9**	**58**

SP ZOZ	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej		Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	
Rok	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**	**2019**	**2023**
Wskaźnik zyskowności netto – pkt	0	0	3	3	3	0	3	5
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej – pkt	0	0	3	3	3	0	3	5
Wskaźnik zyskowności aktywów – pkt	0	0	3	3	3	0	3	5
Wskaźnik bieżącej płynności – pkt	0	0	12	8	8	4	0	0
Wskaźnik szybkiej płynności – pkt	0	0	13	13	13	8	0	0
Wskaźnik rotacji należności – pkt	3	3	2	3	3	2	3	3
Wskaźnik rotacji zobowiązań – pkt	7	0	7	7	7	4	7	7
Wskaźnik zadłużenia – pkt	0	0	10	10	8	8	0	3
wskaźnik wypłacalności – pkt	0	0	8	5	0	0	0	0
RAZEM	**10**	**3**	**61**	**55**	**48**	**26**	**19**	**28**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych złożonych w Krajowym Rejestrze Sądowym

Łączna ocena wskazuje, że w okresie 2019–2023 sytuacja w połowie analizowanych szpitali uległa poprawie. Zmiany w szpitalu w Białej Podlaskiej pokazują co prawda spadek, ale łączna ocena tego podmiotu leczniczego jest wciąż na bardzo wysokim poziomie. Gorsze rezultaty zanotowano w trzech szpitalach, ale dwa z nich (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie oraz Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie) już przed pandemią były w bardzo kiepskiej kondycji ekonomiczno-finansowej, której w okresie pandemii nie udało się poprawić.

W celu uzyskania bardziej jednoznacznej opinii, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na kondycję finansową ośmiu największych szpitali województwa lubelskiego, działających jako SP ZOZ-y, przygotowano zestawienie średnich wartości oceny dla roku 2019 i 2023:

Tabela 6. Średnia ocena punktowa w roku 2019 i 2023 ośmiu największych SP ZOZ działających w województwie lubelskim

Rodzaj wskaźnika	**Wartość średnia**	
Rok	**2019**	**2023**
1. Wskaźnik zyskowności netto – pkt	1,125	2,375
2. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej – pkt	1,125	2,375
3. Wskaźnik zyskowności aktywów – pkt	1,125	2,5
4. Wskaźnik bieżącej płynności – pkt	3,5	3,5
5. Wskaźnik szybkiej płynności – pkt	4,25	6,25
6. Wskaźnik rotacji należności – pkt	2,5	2,75
7. Wskaźnik rotacji zobowiązań – pkt	5,875	4,875
8. Wskaźnik zadłużenia – pkt	5,25	6,25
9. Wskaźnik wypłacalności – pkt	1	1,125
RAZEM	**26**	**32**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych złożonych w Krajowym Rejestrze Sądowym

Jak wynika z powyższych danych, na przestrzeni tych lat nastąpiła poprawa, szczególnie w zakresie rentowności i w mniejszym stopniu płynności.

4. Podsumowanie i wnioski

Zaprezentowana analiza pozwala na sformułowanie kilku globalnych wniosków:

1. Pandemia COVID-19 miała głęboki wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Spowodowała m.in. znaczący spadek liczby hospitalizacji – o około 25% w 2020 roku w stosunku do 2019. Konieczna była reorganizacja systemu, np. powstały szpitale jednoimienne, przesunięto planowane hospitalizacje, wzrósł dług zdrowotny. W efekcie wpłynęło to również na strukturę i koszty pracy w szpitalach.
2. Pandemia w zróżnicowany sposób miała wpływ na kondycję finansową analizowanych ośmiu największych SP ZOZ. Pomimo obciążeń systemowych, w większości analizowanych szpitali poprawiły się wskaźniki rentowności, co częściowo wynikało z poprawy efektywności i wypłaty nadwykonań przez NFZ w 2023 roku. Płynność finansowa pozostała jednak głównym problemem – tylko jeden szpital (w Białej Podlaskiej) utrzymał ją na dobrym poziomie przez cały okres, a kolejny szpital (w Zamościu) wyraźnie ją poprawił.
3. Pandemia była katalizatorem wielu zmian – ale z ograniczoną trwałością. Część poprawy kondycji ekonomicznej była okazjonalna i wynikała z decyzji politycznych (np. płatność za nadwykonania w ryczałcie), a nie systemowych reform. Trudno zatem zakładać, że poprawa w latach 2022–2023 zostanie utrzymana bez dalszych działań naprawczych i inwestycji w system. W szczególności bez istotnego poprawienia płynności podmiotów leczniczych. Jest to możliwe dzięki terminowemu rozliczaniu i płaceniu za nadwykonania przez NFZ i ułatwieniu dostępu podmiotów leczniczych do zewnętrznych źródeł finansowania. Warto rozważyć trwałe mechanizmy wsparcia finansowego dla najbardziej efektywnych szpitali w celu realizacji polityki redukcji długu zdrowotnego.

Reasumując należy jednak stwierdzić, że z punktu widzenia kondycji ekonomicznej ośmiu największych podmiotów leczniczych województwa lubelskiego okres pandemii przełożył się na poprawę ogólnej kondycji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ. Średnia ocena punktowa dla 8 analizowanych szpitali wzrosła z 26 pkt w 2019 r. do 32 pkt w 2023 r. (na maks. 70 pkt). Największe postępy dotyczyły wskaźników rentowności (zyskowności netto, operacyjnej i aktywów).

Bibliografia

Literatura

Banaszyk P., Gorynia M., *Pandemia COVID-19 a konkurencyjność przedsiębiorstwa*. ICAN Management Review: Polska 2020; 4: 68–73.

Bobowski E., *Analiza konsolidacji aktywów i zobowiązań w procesie restrukturyzacji grupy kapitałowej*. Metody Ilościowe w Badaniach Ekonomicznych 2019; 20(4): 241–251.

Burzykowska M., Duraj J., *Controllingowy wymiar oceny płynności finansowej przedsiębiorstwa.* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009.

Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810-825.

Dmuchowski R., *Charakterystyka analizy wskaźnikowej*. МіжнароднанауковоПрактичнаІнтернет-конференція «Облік, оподаткування і контроль: теоріятаметодологія, 2019.

Goryński P., Poznańska A., Smaga A., Radomski P., Tymicka A., Wojtyniak B., *Chorobowość hospitalizowana w Polsce,* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowani*. NIZP-PIB, Warszawa 2025, s. 192–193.

Kruk S., *Rentowność jako kryterium oceny efektywności gospodarowania przedsiębiorstwa*. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia 2017; 89: 217–225.

Osmólska E., Dudziak A., *Ocena funkcjonowania przedsiębiorstw w czasie pandemii COVID-19 w opinii konsumentów*. Zarządzanie Innowacyjne w Gospodarce i Biznesie 2022; 2(35): 95–105.

Siemińska E., *Finansowa kondycja firmy – metody pomiaru i oceny*. Wyd. POLTEX, Warszawa 2003.

Stańczak-Strumiłło K., Kotapski R., *Zarządzanie finansami wpodmiotach leczniczych*. Gdańsk 2021.

Szmitka S., *Analiza finansowa jako metoda oceny kondycji finansowej współczesnego przedsiębiorstwa.* Studia i Prace Wydziału Ekonomicznego 2018; 16: 158.

Wilczyńska M., *Analiza wskaźnikowa jako narzędzie wykorzystywane do oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstwa*. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia 2018; 185–194.

Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020, poz. 491).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 832).

*Tomasz Wołowiec**
*Lyubomir Antonov***
*Katarzyna Jermakowicz****
*Krzysztof Tokarz*****

LEGAL AND ECONOMIC CONSIDERATIONS OF FINANCIAL STATEMENTS FROM THE PERSPECTIVE OF MANAGERIAL DECISION-MAKING (SELECTED ISSUES)

Uwarunkowania prawne i ekonomiczne sprawozdania finansowego z perspektywy podejmowania decyzji menedżerskich (wybrane problemy)

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-7688-4231
**Varna Free University in Varna, Bulgaria, ORCID: 0009-0006-6238-9017
***Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University w Nowym Sączu, ORCID: 0009-0003-0305-7459
****Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University w Nowym Sączu, ORCID: 0009-0005-7903-5146

Abstract

Financial statements are an important source of economic and management information, allowing to evaluate and diagnose the financial processes taking place in a given company. It presents the results of economic activity and the specific efficiency of the company's operation. All relevant information results from the balance sheet, profit and loss account and cash flow statement. The reporting obligation itself and the need to present financial information is regulated by the Accounting Act. Of course, the amount, type and "quality" of information contained in the report is determined both by the size and legal form of the entity, as well as the chosen method of creating and presenting reports. It should be borne in mind that regardless of the chosen "model," the reports must be, firstly, in accordance with the law, and secondly, prepared fairly, in accordance with statutory principles.

Key words: financial statements, economic analysis, financial analysis, managerial accounting, managerial economics

Streszczenie

Sprawozdanie finansowe jest istotnym źródłem informacji o charakterze ekonomicznym i zarządczym, pozwalającym na ocenę i diagnozę procesów finansowych zachodzących w danej firmie. Przedstawia rezultaty działalności gospodarczej oraz swoistą efektywność funkcjonowania firmy. Zawiera wszystkie istotne informacje – bilans, rachunek zysków i strat oraz rachunek przepływów pieniężnych. Sam obowiązek sprawozdawczy i konieczność prezentowania informacji finansowych jest uregulowany w ustawie o rachunkowości. Oczywiście ilość, rodzaj i „jakość" informacji zawartych w sprawozdaniu jest determinowana zarówno wielkością i formą prawną danego podmiotu, jak i wybraną metodą tworzenia i prezentowania sprawozdań. Należy pamiętać, iż bez względu na wybrany „model", sprawozdania muszą być po pierwsze zgodne z prawem, a po drugie sporządzone rzetelnie, zgodnie z zasadami ustawowymi.

Słowa kluczowe: *sprawozdanie finansowe, analiza ekonomiczna, analiza finansowa, rachunkowość zarządca, ekonomia menedżerska*

1. Introduction

The basic type of financial statement is the balance sheet, which presents the overall economic and financial situation of the company. The income statement provides information about the company's income, affecting the generation of profit or loss in a given fiscal year. Complementary information comes from the cash flow statement, which shows the flows from various activities, and the statement of changes in equity. An important element in obtaining information on the economic situation of the form is additional information, which is often overlooked in economic analysis. Economic analysis encompasses within its scope all economic phenomena, regularities and processes occurring inside the company, and having a significant impact on its operation, financial performance and adopted management. Importantly, economic analysis provides important information about the company to both management (owners) and external stakeholders[1].

The financial sphere of analysis focuses primarily on economic figures expressed in monetary terms. The combination of the physical and financial side of the company's operation is the economic and financial analysis. Interpretations of its results and actions taken in this connection are aimed at improving the effectiveness and efficiency of the company's financial management and its decision-making processes occurring. The most important information of interest to owners is whether the company is profitable and whether its liquidity is not at risk. Profitability is the ability of a company to make a profit. Its determination and the study of the factors shaping it

[1] Por. Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810-825.

is extremely important in the course of all financial analysis, since the fundamental goal of any company is precisely to make a profit. Liquidity, on the other hand, is defined as the ability of a company to pay its current liabilities on time. It is a necessary condition for the operation of any company, so it should be monitored and controlled on an ongoing basis. The evaluation of liquidity is carried out by means of methods that can be divided into static (based primarily on the property and property-capital view) and dynamic (relating to the flows of the company).

2. Research methodology

Induction was used as the main research method. It involves drawing general conclusions or establishing regularities on the basis of analysis of empirically established phenomena and processes. It is a type of inference based on details about the general properties of a phenomenon or object. The use of this method requires the assumption that only facts can form the basis of scientific inference. Inductive methods include various types of analysis, expert opinion, statistical data and financial documents that form the basis for conducting ratio analysis. In addition, the paper uses two general research methods, i.e. analytical and synthetic methods, which are characterized by a particular approach to the study of reality. Analytical treats reality as a collection of individual, specific features and events. Proceeding according to this research method involves breaking down the object of study into parts and studying each of them separately, or detecting the components of this object (groups of indicators and DuPont analysis). A negative feature of the analytical method is the overexposure of details, sometimes resulting in losing sight of the whole object of study. This hinders full and objective cognition of reality, which is admittedly a collection of independent partial elements, but at the same time a set of parts closely related to each other into a limited whole.

3. Introduction to economic and financial analysis

Functioning in theory and practice, the indicators used in the economic analysis of a company come from the practice of banking analysis. Banks were the first to develop and implement indicators that analyze - important for assessing creditworthiness and ensuring the bank's liquidity - the relationship between short-term assets and liabilities, including the issues of dividing assets and liabilities according to their degree of liquidity and timeliness, etc. The experience, resulting from bank analyses, has been disseminated over time and adapted in the economic activities of business entities, and appropriately expanded and modified to suit the specifics of financial analysis.

Under conditions of high volatility and instability of micro and macro-economic and social environment of companies and rapid development of new technologies, management decision-making, is difficult and requires stable, fast and reliable

economic information. Therefore, economic analysis is an important factor in providing the information necessary for efficient and effective business management. The object of economic analysis research includes the evaluation of the quality and reliability of information derived from the analysis of a company's economic activity – its economic condition and the financial results achieved.

Economic analysis includes all economic and social phenomena occurring in the closer and further environment of the enterprise. Their study and analysis consists of: the division of economic phenomena and processes into individual components; the determination of the cause-effect relationship between the studied elements / phenomena and processes, and the formulation of conclusions, resulting from the analysis and comparative assessments. Nowadays, economic analysis is a separate scientific discipline that grew out of detailed economics and is linked to other scientific disciplines, i.e. statistics, accounting, finance, mathematics, planning, technology, etc. From the point of view in economic analysis, the following should be distinguished first and foremost: macro and microeconomic analysis, as well as financial and technical-economic analysis.

Macroeconomic analysis involves the study and evaluation of economic quantities so-called Aggregate at the level of the entire economy. However, it can bring a lot of information useful to the enterprise, such as general growth trends, the level of certain indicators (e.g. profitability in the total economy for the entire industry) allows to make hypotheses about the development of the country and consumption of product groups of interest to the enterprise. Microeconomic analysis deals with the study and evaluation of the activities of such economic entities as a company, household, or individual, as well as problem analyses of the main economic products in a given period, for example: labor productivity, own costs, asset turnover. Financial analysis deals with economic quantities in monetary terms and covers two main areas: the financial state of the enterprise determined at a certain moment (static view of the subject of analysis); the financial results of the enterprise determined cumulatively for a certain period – month, quarter, year (dynamic view of the subject of analysis).

Technical-economic analysis is based on the study of economic quantities in material and personal expressions, and focuses on the evaluation of individual sections of the company's economic activity. Internal analysis carried out by the company itself for the purposes of current and strategic management. The company's financial reporting is analyzed, as well as detailed data from accounting records, management accounting, or cost accounting. Internal analysis is aimed at seeking ways to optimize decision-making processes, through proper selection and evaluation of the information collected. Internal analysis plays an important role in the operational and strategic management of the company, so its subject and scope is much broader than external analysis. Retrospective analysis - includes an evaluation of the results of past activities, thus creating a rationale for current and future intentions[2].

[2] Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2013; Bednarski L., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie.* PWE, Warszawa 2007; Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa.* Difin, Warszawa 2011.

We can distinguish between internal sub-analyses: current (operative) analysis is a systematic evaluation of the course of actions taken, with the aim of possibly detecting negative effects of economic events and disruptions in the implementation of individual tasks and objectives, so quickly that it is possible to make the necessary corrections. Prospective analysis involves the identification and evaluation of various options for solutions (before decisions are made), while applying economic calculation. It is used for medium and long-term planning in the company. Functional analysis involves the division and separate study of individual economic phenomena occurring in the company's operations, by persons or organizational units functionally responsible for the formation and development of these phenomena. Such analysis is usually carried out by a number of people, which reduces the time for its execution[3].

Importantly, the information obtained from the analysis is difficult to generalize and systematize, so functional analysis can be used as an ex post analysis. On the other hand, it is of little use in the processes of day-to-day management of the company. Comprehensive analysis – is carried out from the point of view of linkages and cause-and-effect relationships occurring between economic phenomena. Due to its comprehensive view of economic events, it has greater cognitive value than functional analysis.

Decision analysis focuses on sectional studies, grouping economic phenomena around a planned or implemented decision/process. It is used to evaluate and verify past findings and enables rational decision-making for the current and future periods. Decision analysis requires the ability to combine IT, technical, organizational, social and economic phenomena/processes and knowledge of modern economic and accounting programs. General analysis covers the entire activity of the enterprise, and is based on a narrow group of appropriately selected synthetic indicators. It is useful primarily for the general evaluation of economic activity, since it lacks the study of interdependencies occurring between economic phenomena[4].

[3] Grzenkowicz N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., *Analiza finansowo-ekonomiczna jako narzędzie oceny kondycji przedsiębiorstwa*. Wyd. WZ UW, Warszawa 2017; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*. Wyd. AE, Wrocław 2018; Wypych M. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy*. ABSOLWENT, Łódź 2007; Gabrusewicz W., *Podstawy analizy finansowej*. PWE, Warszawa 2007; Gabrusewicz W., *Rozwój przedsiębiorstw przemysłowych i jego ocena w gospodarce rynkowej*. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1992; Gabrusewicz W., Remlein M., *Sprawozdanie finansowe przedsiębiorstwa*. PWE, Warszawa 2011; Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2018.

[4] Comapare: Kosowski P., *Zarządzanie w przemyśle naftowym i gazowniczym. Analiza ekonomiczna. Materiały dla uczestników studium*. Source: http://evplus.nazwa.pl/pdpl/analizaekonomiczna.pdf [21.07.2025]; Skowronek C. (red.), *Analiza ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstwa. Zbiór przykładów i zadań*. Wyd. UMCS, Lublin 2004; Brigham E. F., Houston J. F., *Podstawy zarządzania finansami*. PWE, Warszawa 2005; Gołębiowski G., Tłoczała A., *Analiza finansowa: w teorii i w praktyce*. Difin, Warszawa 2009; Karpuś P. (red.), *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*. Wyd. UMCS, Lublin 2006.

4. Accounting and economic and financial analysis in managerial management

Business entities often find themselves in a situation that generates the need to make quick decisions and implement economic actions. Therefore, it is worth referring to three interrelated microeconomic issues, i.e. rationality of expectations, rationality of conduct (economization of actions) and economic calculation. The starting point is to define the concept of rationality as conduct based on the principles of correct thinking and effective action. Thus, rationality of expectations refers in the microeconomic dimension to the behavior of households and businesses, assuming that market actors will behave rationally, that is, that they can rank their preferences from most to least preferred and act under market conditions according to these (established) priorities. Recognizing the fact of the partial dependence of state economic policy on the degree to which consumers correctly anticipate its effects and act in accordance with their own predictions is an important contribution of the theory of rational expectations[5].

Accounting is considered historically the oldest part of economic science, having originated with the first human communities. The phenomenon of modern accounting is that it is based on principles described as early as the 15th century. The sources of accounting are found in the theoretical concepts of the social sciences. However, in the course of its operation, accounting developed its own theory and methodology subsequently implemented in the practice of economic sciences in the discipline of finance. The concepts, views, theories developed in the accounting system were reflected in legal regulations, including the shape and principles of preparation of financial statements. The conceptual framework for the preparation of financial statements. Over the years, the information process of accounting has been described, which proceeds in the following stages[6]:

— identification of data on events and objects to be observed and their documentation,
— transformation of data using processing methods and procedures characteristic of accounting, as well as the use of special recording devices,
— presentation and transmission of information in the form of reports[7].

[5] Bieniok H., *Metody sprawnego zarządzania. Planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrola*. PLACET, Warszawa 2010; Begg D., Fischer S., Dornbusch R., *Ekonomia tom 2*. PWE, Warszawa 1992; Samuelson P.A., Nordhaus W. D., *Economics*. McGraw-Hill Book Company, New York 2000; Bień W., *Zarządzanie finansami…,* op. cit.; Brigham E., Gapenski L., *Zarządzanie finansami tom 1 i 2*. PWE, Warszawa 2000; Brigham E. F., Houston J. F., *Podstawy zarządzania…,* op. cit.

[6] Wypych M. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa…,* op. cit., s. 24 i n.; Skoczylas W., Waśniewski T., *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie.* Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2004, s. 5 i n.; Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa spółki*. PWE, Warszawa 2004, s. 32; Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*. PWN, Warszawa 2014, s. 11; Rutkowski A., *Zarządzenie finansami*. PWE, Warszawa 2016.

[7] Gos W., *Nauka rachunkowości – głos w dyskusji*, [w:] Nita B. (red.), *Teoria rachunkowości, sprawozdawczość analiza finansowa*. Wyd. UE we Wrocławiu, Wrocław 2015, s. 63.

Nowadays, accounting is described as a universal (it can be applied to different enterprises, such as different sizes, from different industries) and flexible (it provides information with different levels of detail) information and control system that reflects the course and results of the enterprise's activities[8].

Accounting has three basic functions:

— informational (provides information for decision-making in the process of enterprise management, a source of information for external customers),
— controlling (protects the assets of the enterprise from misappropriation and destruction, affects the rational use of the assets of the enterprise),
— analytical (interprets the numerical data provided).

We can divide accounting into two basic components:

— financial (external) accounting, which generates information about the economic activity of the enterprise in the past period, mainly for external customers, includes:
  - accounting, which is a system of recording business operations, based on appropriate methods, principles and rules,
  - financial reporting, which consists of providing information mainly for the needs of external users in the scope and form prescribed by law,
  - analysis of financial statements;
— managerial (managerial – internal) accounting aimed at providing information for internal needs, providing a basis for making decisions about the future[9].

Accounting policy is based on certain principles that allow the recipient of financial statements to understand how the resources and results of the company's activities are measured. M. Zaleska lists the basic principles of modern accounting, which include:

— the accrual principle – which is that revenues and expenses are recorded on an accrual basis, i.e. they are considered to have been earned or incurred, respectively, when they occur, rather than when the cash is received or spent;
— the principle of matching revenues and expenses – costs incurred in connection with the achievement of certain revenues are contrasted with those revenues to determine the result of operations of a given period;
— the principle of prudence – stating that in determining the value of revenues and assets as well as costs and liabilities, one should be guided by prudence and take a pessimistic view, not overestimate the value of revenues and assets, not understate costs and liabilities;
— the principle of continuity, according to which, during the course of the fiscal year, no changes should be made to the principles adopted, moreover, the balances of assets and liabilities shown in the books of accounts as of the date of

[8] Jaklik A., Micherda B., *Zasady rachunkowości*. WSiP, Warszawa 1995, s. 10.

[9] Zaleska M., *Ocena kondycji finansowej przedsiębiorstwa przez analityka bankowego*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa 2012, s. 13-14; Sojak S., *Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów tom 1*. Dom Organizatora, Toruń 2015.

their closure should be recognized in the same amount, in the books of accounts opened for the next fiscal year;
— the principle of continuity of operations, which assumes that the operation of a given enterprise is not limited in time, the enterprise has no intention or necessity to liquidate or significantly reduce the size of its[10].

The most important legal act that normalizes the principles of corporate accounting is the Law of September 29, 1994 on accounting[11], which establishes accounting principles and rules for the performance of bookkeeping services. The Law defines the scope of an entity's accounting, which includes:
— the adopted accounting principles (policy);
— keeping, on the basis of accounting evidence, books of account, recording events in chronological and systematic order;
— periodic determination or verification by means of inventory of the actual state of assets and liabilities;
— valuation of assets and liabilities and determination of the financial result;
— preparation of financial statements;
— collection and storage of accounting evidence and other documentation prescribed by law;
— subjecting financial statements to examination, filing them with the competent court registry, making them available and announcing them in cases provided for by the Law.

Article 1 of the Accounting Law defines the subject matter scope of the Accounting Law, which includes two main areas of regulation – accounting principles and service bookkeeping. The first area is very broad, as it encompasses principles of accounting records, principles of balance sheet valuation and determination of financial result, and additionally principles of preparing financial statements (both individual and consolidated). It should be emphasized that the law – despite its name – does not regulate the entire accounting system, but only one of its subsystems – financial accounting, which culminates in financial reporting. The Law does not cover the second subsystem of accounting – management accounting. A separate subject of its regulation are the rules and requirements for service accounting.

The Accounting Act, being the foundation of Polish balance sheet law, is very important for Polish practice. It contains regulations to which other areas of economic life – taxation, commercial law, the social security system, etc. – refer. Unfortunately, due to the fact that its subject matter is very extensive, it regulates "accounting principles" selectively and often quite generally, which, given its subject matter dimension (various entities), was necessary. At the same time, it specifies many detailed formal requirements directed at accounting records (documentation, analytical accounts, etc.), the failure of which by an entity may lead to questioning the reliability of the

[10] Ibidem, s. 14-18.

[11] Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 1994 Nr 121 poz. 591 z późn. zm.), dalej: uor.

accounting system (e.g. for tax purposes). It is worth noting that Article 1 of the Accounting Law does not present the full subject scope of the Accounting Law - over the decades of its operation, provisions were added to it that were not directly related to accounting principles, for example, those concerning non-financial reporting.

Other regulations pertaining to the subject matter of the Accounting Act are issued – by virtue of delegations contained therein – in the form of ordinances. Examples of such regulations include the Ordinance on detailed rules for the valuation and presentation of financial instruments and the Ordinance on detailed rules for the preparation of consolidated financial statements. Additional sources of regulations of an environmental nature are National Accounting Standards issued by the Accounting Standards Committee and International Financial Reporting Standards issued by the International Accounting Standards Board (IASB)[12].

Accounting is the main and most important source of economic information on a company's economic activities. Regardless of how it is defined, it is intended to provide an accurate representation of economic reality and to communicate these representations to external stakeholders. As an applied science, accounting has a practical purpose, i.e., measuring the flows and incremental value of a company, done to facilitate management and investment decisions based on the efficiency account[13].

Business management is a continuous process of making and implementing diverse and sometimes contradictory decisions. One of the methods that facilitate making the right decisions is precisely financial analysis, which deals with the study and evaluation of the efficiency of the company's activities.

The tool for measuring, describing economic and financial quantities is accounting theory, which explains the principles of measuring economic and financial quantities in relation to the company sector, and indirectly the results of these measurements are used to make economic decisions at the macro level.

The development of management science has led to the emergence of a new field of knowledge called controlling, in addition to financial and management accounting, and covering planning, control and management. Controlling can be defined as a cross-functional management instrument, which is a result-oriented control process of the enterprise, and implemented through planning, control, reporting and management, while accounting in the aspect of controlling is an instrument that provides various levels of decision-making with multi-dimensional information necessary for managing the enterprise with a focus on the future[14].

[12] Bek-Gaik B., Bojanowski W., Czajor A. i wsp., *Ustawa o rachunkowości. Komentarz*. Warszawa 2025, art. 1.

[13] Gos W., *Nauka rachunkowości…*, op. cit., s. 66; Sojak S., *Rachunkowość zarządcza…,* op. cit.; Nowak E., *Zaawansowana rachunkowość zarządcza*. PWE, Warszawa 2009.

[14] Dobija M., *Rachunkowość finansowa, zarządcza i Controlling*. PWN, Warszawa 1997, s. 61; Nowak E., *Rachunkowość w controllingu przedsiębiorstwa*. PWE, Warszawa 1996, s. 14-15; Kortan J. (red.), *Podstawy ekonomiki i zarządzania przedsiębiorstwem*. C.H. Beck, Warszawa 1997, s. 225; Skowronek C. (red.), *Analiza ekonomiczno-finansowa…,* op. cit.; Brigham E. F., Houston J. F., *Podstawy zarządzania…,* op. cit.; Gołębiowski G., Tłoczała A., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Karpuś A. (red.), *Zarządzanie finansami…,* op. cit.

5. Difference between financial analysis and accounting

The difference between financial analysis and accounting becomes particularly apparent in the decision-making process. Accounting collects and presents data based on an ex-post approach (something happened and became visible in the records), while the analyst (manager) evaluates the situation of the company on the basis of this data, analyzes the environment of the company and makes decisions not only current, but also strategic (planning – based on an ex-ante approach, makes future decisions based on historical data – ex-post). When preparing financial statements, certain principles are applied, affecting their content. In view of the wide audience and comprehensive application of financial statements, they should be prepared in accordance with six principles[15]:

— principle of completeness (periodization),
— principle of reliability (truthfulness, relevance),
— principle of verifiability,
— principle of balance sheet continuity,
— principle of prudent valuation,
— principle of timeliness.

The economic efficiency of a company is reflected in its financial situation. Thus, there is a need to coordinate tasks in the sphere of goods management, investments and other material tasks with the financing function. The analysis of the company's financial situation provides a basis for selecting the most favorable alternatives when making decisions, as well as for verifying decisions that are inconsistent with those planned – it is therefore used in the management process and is related to the control and planning function. Economic analysis of a company should be carried out through the prism of financial management. Analysis is the process of breaking down a certain whole into its component parts and considering each of them separately, carried out in the process of their cognition and practical activity[16].

Economic analysis (economic analysis), according to the definition of K. Bolesta-Kukułka, is a system of research, diagnosis of the company's activities and may concern all of its activities (comprehensive analysis) or selected areas, such as economic analysis of costs, economic analysis of the project or, for example, economic analysis of the investment task also called feasibility study. Comprehensive analyses are a combination of the analysis of an economic entity in both typically economic and financial aspectsonomic analysis is a method of studying economic phenomena in cause-and-effect relationships and determining the impact

[15] Tendera P., Wlaszczuk H., *Sprawozdania finansowe oraz analiza bilansu i rachunku wyników w Państwowych i Prywatnych Jednostkach Gospodarczych*. Centrum Projektowo-Wdrożeniowe Sp. z o.o., Katowice 2002, s. 15; Grzenkowicz N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., *Analiza finansowo-ekonomiczna…*, op. cit.; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna…*, op. cit.

[16] *Encyklopedia popularna*. PWN, Warszawa 1982, s. 30.

of individual factors and elementary components on the end result, most often defined as financial direction[17].

Economic analysis is a scientific discipline that studies the relationships between economic phenomena – providing information about the state of the company, as well as supporting management decisions in the area of finance in both operational and strategic terms. Economic management of the company includes: processes of maintaining the functional balance of the company, processes of regulating a single economic size, information processes aimed at determining the benchmark values around which the current values of economic values should be focused. Economic and financial planning aims to determine the appropriate ranges of variation for a set of important economic quantities. Economic control is based on the knowledge of a number of benchmark, normative, desirable values. Sources of origin of benchmark values M. Dobija divides into: external – established by administrative and financial laws and institutions that can do so by law, (e.g., official prices, depreciation rates, interest rates, tax rates, exchange rates) and internal – created in the company to effectively control the economics of the company – in particular, they relate to costs, (they relate to the internal organization of activities in the company; they exist depending on the state of organization in the company). Economic, financial, comparative, comparative (determining the deviation of a measurement from a benchmark value) and causal analysis (determining the factors causing the deviation and assigning an appropriate measure to that deviation) make comparisons of economic quantities with benchmarks in order for managers to make decisions that modify company operations. Financial analysis and related financial reporting plays a special role and is distinguished by, among other things, its public purpose of the reports and the scope of restrictions to which they are subjected[18].

[17] Więckowski J., *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie przemysłowym*. PWE, Warszawa 1988, s. 32; Czekaj J., Dresler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, wyd. 3 uaktualnione. PWN, Warszawa 2012; Dębski W., *Teoretyczne i praktyczne aspekty zarządzania finansami przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2013; Dudycz T., *Analiza finansowa jako narzędzie zarządzania finansami przedsiębiorstwa.* Wydawnictwo Indygo Zahir Media, Wrocław 2011; Gabrusewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*. PWE, Warszawa 2014.

[18] Bednarski L., Waśniewski T., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*. Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996, s. 29; Janik W., Paździor A., *Zarządzanie finansowe w przedsiębiorstwie.* Politechnika Lubelska, Lublin 2011; Janik W., Paździor A., Paździor M., *Analiza i diagnozowanie sytuacji finansowej przedsiębiorstwa*. Politechnika Lubelska, Lublin 2014; Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Kotowska B., Uziębło A., Wyszkowska-Kaniewska O., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*. CeDeWu, Warszawa 2011; Kreczmańska-Gigol K. (red.), *Płynność finansowa przedsiębiorstwa. Istota, pomiar, zarządzanie.* Difin, Warszawa 2015.

6. Multidimensional valuation of the company

Economic and financial analysis draws on the achievements of many other – related – scientific disciplines: management, business economics, finance, controlling, management accounting, financial accounting, marketing, and, above all, accounting and accounting reporting in the broadest sense. The unifying features of financial sub-analysis are, first of all, the quantification of economic results in accordance with the value measures used (ratios, reports, etc.). The very differentiation of the content and results of the analysis is primarily due to:

— the purpose for which the analysis is carried out, the type of economic problem/threat,
— the need to use the information in the decision-making process (whittling, strategic),
— other classification criteria,
— the source of information used (accounting, non-accounting, estimated information),
— the form and procedure of preparing financial statements,
— the time dimension covered by the analysis.

The main determinant of activities is the adopted purpose of the analysis, which influences the adopted instrumentarium in the form of a selected set and information, so that the analysis is not limited to examining only the structure of financial statements. The assessment of the company's condition based on the ratio analysis also requires differential linkage and transformation of numerical data[19]. In indicator analysis, each indicator contains a specific information content, and sometimes you can get disparate information about a particular process/phenomenon, so only using the data contained in a set of indicators gives a certain reliability.

Macroeconomic analysis deals with economic quantities aggregated for the level of the entire economy, while microeconomic analysis studies and evaluates the activities of companies, enterprises, households, individuals or other economic entities, from the perspective of the rationality of decisions made. In making current as well as strategic decisions, current and past data on a company's financial standing should be used and taken into account in determining future operational as well as strategic actions. Standing of the company is its competitive position, financial credibility, economic strength in the market, which affects the confidence of contractors in the reliability of the partner and the level of opinion formed about it[20].

[19] Janik W., Paździor A., *Zarządzanie finansowe…,* op. cit.; Janik W., Paździor A., Paździor M., *Analiza i diagnozowanie…,* op. cit.; Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Kotowska B., Uziębło A., Wyszkowska-Kaniewska O., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa…,* op. cit.; Siudek T., *Analiza finansowa podmiotów gospodarczych*. SGGW, Warszawa 2004.

[20] Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*. Difin, Warszawa 1996, s. 61; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J. i wsp., *Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa*. Wyd. AE, Wrocław 2003; Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Walczak M. (red.), *Analiza finansowa w zarządzaniu przedsiębiorstwem.* Difin, Warszawa 2003; Mielcarz P., Paszczyk P., *Analiza projektów inwestycyjnych w procesie tworzenia wartości przedsiębiorstwa.* PWN, Warszawa 2013.

The most important subject of evaluation in financial analysis is a company's profitability, i.e. its ability to meet its short-term as well as long-term obligations. Information resulting from economic and financial analysis is important for both managers and external stakeholders. Synthetic, comprehensible and, above all, comparable economic-financial information of a company makes it possible to quickly measure and evaluate the efficiency and rationality of financial management. In external analysis, the main emphasis is on ratio analysis - it should focus on assessing the company's liquidity, management efficiency and financial standing. The objectives of external analysis will change as the audience (external stakeholders) of this analysis changes. Shareholders, creditors, banks have a different purpose in conducting the analysis. Analyses carried out by the company itself are of a different nature; these are analyses carried out for the company's internal needs. Internal analysis takes into account the decision-making needs of the company's management and its management levels. It is referred to in the literature as a "result control system" or even "a substitute for a management system[21]. The purpose, object and scope of internal analysis is much broader than external analysis, due to its very important role in the management of the company. An important tool of analysis is the study of the interrelationships between its elements, for example:

— the profit and loss account informs about the size of profits, but it should be noted that this data must be considered taking into account the resources of goods and labor consumed in its production;
— the balance sheet presents the value of the company's assets, which must be considered in conjunction with its liabilities;
— the value-added report indicates the size of the newly created value, which should be considered in conjunction with the number of employees and other economic and technical factors.

The economic and financial analysis should be preceded by an evaluation and analysis of economic information on the company's past (ex-post analysis). The evaluation and analysis should cover the following information[22]:

— financial history of the company;
— description of the company's activities (identification of the industry and information about any unusual historical events);

[21] Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa*..., op. cit. s. 7. Por. Kreczmańska-Gigol K. (red.), *Płynność finansowa…,* op. cit.; Sasin W., *Poradnik analityka, czyli analiza ekonomiczno-finansowa w praktyce*. CDO-F, „Vector" 1992; Siemińska E., *Metody pomiaru i oceny kondycji finansowej przedsiębiorstw*. Dom Organizatora, Toruń 2002; Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa…,* op. cit.; Siudek T., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa…,* op. cit.; Michalski G., *Płynność finansowa w małych i średnich przedsiębiorstwach*, wyd. 2 zmienione. PWN, Warszawa 2013; Motylska-Kuźma A., Wieprow J., *Decyzje finansowe w przedsiębiorstwie. Problemy i zadania*. Difin, Warszawa 2013.

[22] *Ocena stanu finansowego przedsiębiorstwa*. Prawo i Finanse w Biznesie 1996; 3/4: 14; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J. i wsp., *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Walczak M. (red.), *Analiza finansowa…,* op. cit.; Mielcarz P., Paszczyk P., *Analiza projektów…,* op. cit.

— situation of the industry to which the company belongs (information enabling comparison of the company with others in the same industry);
— the economic situation of the region in which the company is located (information enabling consideration of local factors).

Thus, economic and financial analyses are carried out for various purposes, including:
— for determining the actual economic and financial state and taking measures to stimulate efficiency and rationality of management;
— restructuring of the company;
— merging and liquidation of companies;
— crediting of company activities – to determine the reliability of assessment, solvency and creditworthiness;
— suppliers and other creditors – to assess the ability of the company to timely settle its obligations.

Multidimensional evaluation of the company taking into account the interrelated in a logical (and complementary) way allows the modern company to obtain information indicating the position of the company in the market, its development capabilities, competitive position, etc. Economic and financial analysis should be carried out comprehensively, but should not omit important details for the company[23]. Technical-economic analysis focuses primarily on physical and personnel factors. In order to establish connections in the analysis of the company's activities carried out, it is necessary to combine financial and technical-economic analysis[24].

7. Efficiency of decision-making and financial processes

The efficiency of business operations, is one of the basic concepts studied and analyzed in the economic and management sciences. It is the foundation for the development of companies, their ability to survive and compete effectively, and consequently the basis for the stability of the economy as a whole (through tax revenues and employment). The literature in this area has developed a number of methods for assessing efficiency, which are based on a variety of economic and financial and financial-technical indicators[25]. Changing environmental conditions, uncertainty in

[23] Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa…,* op. cit. Szerzej na ten temat: Janik W., Paździor A., Paździor M., *Analiza i diagnozowanie…,* op. cit.; Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Kotowska B., Uziębło A., Wyszkowska-Kaniewska O., *Analiza finansowa…,* op. cit.

[24] Skoczylas W., Waśniewski T., *Teoria i praktyka analizy finansowej…,* op. cit.

[25] Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza działalności i rozwoju przedsiębiorstwa.* PWE, Warszawa 2008, s. 19-23. Patrz: Skowronek C. (red.), *Analiza ekonomiczno-finansowa…,* op. cit.; Brigham E. F., Houston J. F., *Podstawy zarządzania…,* op. cit.; Gołębiowski G., Tłoczała A., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Karpuś P. (red.), *Zarządzanie finansami…,* op. cit.; Skoczylas W., Waśniewski T., *Teoria i praktyka analizy finansowej…,* op. cit.; Grzenkowicz N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., A*naliza finansowo-ekonomiczna…,* op. cit.; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T.,

operations, ever-increasing customer demands, intensifying competition, especially international competition affect management processes that stimulate restructuring processes in the area of financial (and process) management in order to achieve price-cost competitiveness and economic efficiency (internally and externally)[26].

One of the methods of assessing the performance of enterprises is the financial analysis of the economic condition of the company, which includes vertical, horizontal and ratio analyses[27]. Vertical analysis (known as vertical analysis) provides an "overview" of the structure of the balance sheet and profit and loss accounts. This makes it possible to determine the importance of each item found in the report, examples being the ratio of fixed assets to current assets, or equity to external capital[28]. Vertical analysis of the income statement allows comparison of costs and revenues that affect the final result of the company in terms of finances. Horizontal analysis (called horizontal analysis) makes it possible to determine the increment of each component of the balance sheet and loss and profit accounts compared to the previous year or a given period of time. Increments are expressed in absolute amounts and percentages. The changes over a period of n+1 or over a period of n years make it possible to assess trends (upward or downward)[29].

Asset-liability ratios express the percentage ratio of asset and liability items in the total balance sheet. They are used for comparisons over time and comparisons of individual companies. Based on these ratios, it is possible to determine the direction in which changes related to the assets of a particular company and the sources of its financing have occurred[30]. To analyze the structure of the balance sheet in dynamic terms, dynamic indicators are used that determine the direction and degree of change of individual elements compared to the initial state or compared to previous balance sheets. The purpose of such a study is to determine the direction of development of the company as well as the capitals that will finance this development[31].

Wersty B., *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Dudycz T., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Gabrusewicz W., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Gabrusewicz W. (red.), *Audyt sprawozdań finansowych. Teoria i praktyka*. PWE, Warszawa 2014.

[26] Gorczyńska M., Znaniecka K., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw.* Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Warszawa 2008, s. 77-82; Gołębiowski G., Taczała A., *Analiza ekonomiczno-finansowa w ujęciu praktycznym.* Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2005, s. 45-48. Szerzej: Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.

[27] Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*. Difin, Warszawa 2002, s. 34.

[28] Kurtys E. (red.), *Analiza finansowa przedsiębiorstwa w przykładach i zadaniach*. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2001, s. 18. Por. Janik W., Paździor A., *Zarządzanie finansowe…,* op. cit.; Janik W., Paździor A., Paździor M., *Analiza i diagnozowanie…,* op. cit.

[29] Gabrusewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa*. Sami Sobie, Poznań 1997, s. 19; Por. Siudek T., *Analiza finansowa…,* op. cit.

[30] Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*. C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 19. Patrz także: Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J. i wsp., *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.

[31] Gabrusewicz W., *Analiza finansowa…,* op. cit., s. 20; Grzenkowicz N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., *Analiza finansowo-ekonomiczna…,* op. cit.; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Dudycz T., *Analiza finansowa…,* op. cit.

8. Objectives and methods of economic and financial analysis

When considering the essence, purpose and methods of economic and financial analysis, it is first necessary to define what analysis itself is. Analysis can be defined as a scientific method that allows the dissection of the object of study in order to understand its structure, the relationships between its components and the mechanisms of their functioning. Analysis consists in dismembering the studied phenomenon into elements in such a way that by looking at each part separately it is possible to understand its functioning in the whole system or process. The procedure carried out in this way on the company's territory is referred to as economic (financial) analysis. It covers with its scope all economic phenomena and processes, regularities and cause-and-effect relationships occurring both inside the company and its external environment. The analysis includes those relationships that can affect the functioning of the company in the area of economic and financial processes[32]. The purpose of economic analysis is:

— to detect and divide economic phenomena and processes into component parts;
— to determine the internal and external relationships between the separated elements of the economic and financial structure;
— to determine (based on the information available to the enterprise) the expected results – effects;
— to derive conclusions and make operational and strategic decisions for further management of the enterprise[33].

Types, scope and methods. In connection with the use of economic and financial analysis as a tool for business management, it is closely related to the decision-making process. External analysis is closely related to the external environment, as it examines the company's position in the market and the resulting opportunities and threats, and is intended for various stakeholder groups (e.g., shareholders, investors, stockholders, banks, customers, suppliers, etc.). Internal analysis is a deepening of external analysis. It is conducted for the company's management and other managers. Its purpose is to analyze as thoroughly as possible all the strengths and weaknesses of the studied entity in all spheres of activity. Retrospective analysis (otherwise known as ex post analysis which means after the fact or follow-up analysis) refers to the past. It includes an evaluation of past economic events and their effects in past periods[34].

Operational (or current) analysis, covers the current situation of the enterprise. It

[32] Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa…,* op. cit., s. 29-30.

[33] Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa*…, op. cit. s. 30; Grzenkowicz N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., *Analiza finansowo-ekonomiczna…,* op. cit.; Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Dudycz T., *Analiza finansowa*…, op. cit.; Gabrusewicz W., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Gabrusewicz W. (red.), *Audyt sprawozdań…,* op. cit..

[34] Nowak E., *Analiza sprawozdań*…, op. cit. s. 33-34; Patrz: Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Bednarski L., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Bień W., *Zarządzanie finansami…,* op. cit.; Wypych M. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa…,* op. cit.; Gabrusewicz W., *Podstawy analizy…,* op. cit.

examines a short period of time and is aimed at an ongoing assessment of the course of action taken in order to be able to control the activities of the entity on an ongoing basis, immediately correct deviations and eliminate disruptions that are an obstacle to the implementation of the established plan. In contrast, prospective (ex ante) analysis is carried out before making specific decisions related to the company's activities (planning decisions and processes).

Functional analysis is carried out in order to assess the specific environment of the company. In contrast, the task of comprehensive analysis is to evaluate the economic and business activities of the studied entity, taking into account the cause-and-effect relationships of the studied phenomena. Decision analysis evaluates the consequences of the decisions made. The research period of this analysis begins at the moment of the first effect of a given decision and lasts until a specific moment that ends the research or until the completion of the activities caused by the decision[35].

Financial analysis deals with the balance sheet, financial performance and financial processes. The combination of the physical (technical) and financial side of the company's functioning constitutes economic and financial analysis. Its essence is to isolate and consider those economic factors (financial as well as non-financial although with financial implications) that affect the functioning of the entire enterprise. In turn, the result and primary purpose of economic and financial analysis is to obtain and provide the information necessary to make economic decisions about the company[36].

The basic methods of financial analysis include general and specific methods. The essence of general methods is the study of relationships between certain phenomena and the formulation of conclusions. Detailed methods deepen analytical research, the directions of which were determined by general methods. Thanks to them, it is possible not only to assess the level of the studied process or economic phenomenon, but also to find the relationships that led to the stated state. Due to the degree of quantification, qualitative and quantitative analysis methods are distinguished. Another criterion, divides detailed methods in terms of the depth of the research carried out, distinguishing comparative analysis and causal analysis. Comparative analysis involves determining the relationships (relationships) that affect the actual formation of the phenomenon under study, and then comparing the values obtained with the reference value. Causal analysis examines the influence of the analyzed factors on the formation of deviations found during comparative analysis. It consists in specifying the causal relationships between the studied phenomena and determining their importance in the resulting deviations[37].

[35] Bławat F., *Analiza* …, op. cit. s. 14-15.

[36] Nowak E., *Analiza sprawozdań*…, op. cit. s. 33.

[37] Szerzej: Gołębiowski G., Tłaczała A., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa…,* op. cit.; Mierzejewska-Majcherek J., *Ekonomika przedsiębiorstw*. Difin, Warszawa 2007.

9. Financial reporting legal regulations

Article 45 of the Accounting Law describes the components of the financial statements and the language and currency; electronic form of the financial statements. Paragraph 1 of Article 45 defines the date on which an entity is required to prepare financial statements and indicates the general principles of presentation of the elements contained therein. The date on which an entity is required to prepare financial statements is referred to as the "balance sheet date" (Art. 3(1)(10) of the Accounting Law). The law distinguishes one particular balance sheet day, which is the definitive termination of an entity's operations, including those caused by its sale, the completion of liquidation or bankruptcy proceedings, unless it has been discontinued (Article 12(2) of the Accounting Law). In addition, there are a number of other balance sheet dates for which an entity prepares financial statements as provided by the law. An entity, in preparing its financial statements as of a balance sheet date, should apply the principles of valuation and recognition of balance sheet components and determination of financial result set forth in Chapter 4 of the Accounting Law, and, in the case of entities using MSSF as the regulatory basis for the financial reporting system, the relevant international standards.

The balance sheet date is the moment at which an entity prepares its financial statements, which in particular requires the determination and measurement of the state of assets and liabilities, as well as the measurement of the financial result for the period between consecutive balance sheet dates. The balance sheet date, as the date of preparation of the financial statements, is not always the same as the end of the fiscal year. For interim statements, the balance sheet date falls at the end of consecutive interim periods designated within the fiscal year. The balance sheet date is most often not the same as the date of actual preparation of financial statements. An enterprise is required to actually prepare financial statements no later than three months after the balance sheet date. The balance sheet date is the criterion for dividing assets and liabilities into long-term (more than 12 months) and short-term (less than 12 months).

Pursuant to Article 45 Section 1(a) of the Law, entities that are issuers of securities admitted to public trading on a regulated capital market in any of the member states of the EEA, and entities seeking or intending to seek such admission, may prepare separate financial statements in accordance with International Financial Reporting Standards (MSSF). The decision in this regard shall be made by the entity's approval authority. Entities with their registered office or place of management in Poland, which have chosen MSSF as the basis for preparing their financial statements, apply the provisions of the Accounting Act only with regard to issues not regulated by international standards. This includes such issues as:

— bookkeeping,
— inventory,
— auditing and announcement of financial statements,
— rules for service bookkeeping (e.g., for SSC/BPO or accounting firms),
— responsibility for bookkeeping.

The provision under review is an addition to the scope of entities obligated (Article 55(5) of the Accounting Law) and authorized (cf. Article 45(1b) and (1e), Article 55(6-7) of the Accounting Law) to apply IFRS in lieu of domestic accounting regulations. Entities that have chosen IFRS as the basis for financial reporting are obliged to apply all standards without exception. An entity cannot choose to apply only some IFRS and not others. This is different from the use of KSR, which can be applied selectively (an entity can decide to apply only selected KSF). It should be noted that this provision of the Accounting Act should refer to MSSF, covering MSR and MSSF, as well as to issued interpretations, and not only to MSR. If an entity is part of a group for which the parent company prepares consolidated financial statements in accordance with MSSF, then it may adopt MSSF as the basis for preparing its own separate financial statements instead of the solutions of the Accounting Act.

If a reporting entity does not exercise its right to use MSSF as the basis for financial reporting, then - for the purposes of preparing the consolidated financial statements of the group of which it is a part - it should prepare a statement of the differences between the information generated under the Accounting Act and the information that would be generated under IFRS.

As a condition for adopting MSSF as the basis for preparing financial statements for entities that have the right, rather than the obligation, to use them, a relevant decision must be made by the entity's approval authority. The decision in question should be in writing and be applicable, starting from the first day of the new reporting period following the date of the decision.

The Law introduces the possibility of discontinuing the use of MSSF as the basis for an entity's financial reporting in favor of reapplying the regulations of the Accounting Act. The justification for discontinuing the use of MSSF is, in particular, the withdrawal of an entity's equity or debt securities from trading on the regulated capital markets of the European Union (cf. Section 45(1a) of the Act) or the discontinuation of the inclusion of an entity's financial statements in consolidation procedures within the group to which it belonged (cf. Section 45(1b) of the Act). Discontinuation of MSSF may also be related to the loss of status as a taxpayer of a national compensating tax (Article 45(1ba) of the Law).

10. Financial statements

Financial statements show the financial effects of economic events that took place in the company in the period prior to their preparation. It is the primary source of financial information for operational and strategic (investment, transaction, credit and other) decision-making by company management. The basic legal act that regulates the issues and principles related to financial reporting in Poland is the Accounting Act..... *The final stage of data processing in accounting is the preparation of financial statements and subjecting them to audit and announcement in cases provided for by*

the law (Article 4(3) of the Accounting Act). Thus, financial reporting is one of the three subsystems, and is therefore an integral part of accounting. The primary source of data for the report is the accounting records, which, when properly organized and verified, form the basis of the financial statements. Financial reporting is the most important and at the same time the final product of the "work" of the finance and accounting department for a given fiscal year. This subsystem is particularly important, because the information contained therein is relevant and expected by external audiences. Based on the figures contained in the company's financial statements, it is possible to assess the effectiveness of the company's activities to date, and whether it is capable of continuing them in the future, and with what result. Properly organized reporting and appropriate systems for its analysis can provide information that will secure not only the survival but also the growth of the company.

The objectives of the financial statements that have been adopted in the International Financial Reporting Standards are based on the International Accounting Standards Committee's Conceptual Framework, which *defines the goals, objectives and principles of financial statements. They provide a general theoretical basis for financial accounting and provide guidelines for accounting practice in this area*[38]. The objectives of financial statements in the light of the conceptual assumptions of international financial reporting standards have been defined as providing information about the financial position, its changes and the results of the entity preparing them. At the same time, it is recommended that the reports prepared and presented should be useful in assessing the management of the entity and the responsibility of management for the resources entrusted to it, enabling economic decision-making. The main purpose of the directives was *to achieve insight into the asset and financial position of companies and to achieve comparability of financial information. Their observance, on the one hand, should provide access to information to potential investors, and on the other – to safeguard the interests of other users of this information*[39]. Financial statements are an important aspect of a company's operation, both for itself and its environment. The usefulness of its information mainly depends on the provision of qualitative characteristics, and criteria for recognizing and valuing the components that make it up.

Types and qualitative characteristics of financial statements. The information included in the report can be presented in different ways, in different layouts and with varying degrees of detail. They can be grouped and classified using the basic division according to the following criteria:

— complexity of the subject / process covered,
— repetitiveness of the preparation of the report,
— length of the reporting period,
— degree of detail,

[38] Helin A. (red.), *Sprawozdanie finansowe według MSSF*. C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 72.
[39] FIQ. Źródło: http://www.e-finanse.com/artykuly_eng/54.pdf [25.03.2013].

— the method of preparation of the report,
— layout of information presentation[40].

The main and most important criterion for the division is the complexity of the reporting entity. Entities can prepare separate, combined or consolidated statements, depending on the specifics of their operations. A separate financial statement is *a statement prepared independently of the consolidated financial statements. It is not a report to which proportional consolidation or the equity method has been applied, nor is it a report of an entity that does not have a subsidiary, an affiliate or a shareholder's interest in a jointly controlled entity*[41]. If in the economic entity and more precisely in its structure there are separate organizational units, such as plants, branches, which prepare separate statements, then the entity must prepare combined financial statements. This is a combination of the entity's financial statements with the individual reports of internal units, and then make the necessary exclusions. These involve eliminating from the combined financial statements mutual receivables and payables and other similar settlements, income and expenses for operations between the entity and its branches and between individual branches.

Financial statements should provide users with reliable and therefore useful data and information. Everything, however, depends on how it is prepared and presented, as well as how accounting is carried out in a given entity. Since financial statements are the end result and final product of accounting therefore the overriding accounting principles are tantamount to financial reporting principles. These principles are universal having desirable qualitative characteristics and provide guidelines for the preparation of the report and its presentation. The concept of accounting, which is the overriding principle, was formulated years ago in the UK and adopted by other countries. It is the concept of "*true and fair view*" included in the International Financial Reporting Standards, EU company law directives, as well as in national regulations of many countries around the world. In Polish, it is most often translated as "*faithful and fair view,*" *"clear and fair view,"* but also "*faithful and true view*" or "*true and fair view*." According to this concept, *if the financial statements meet all the overriding accounting principles then they can be considered to present a clear and fair view of the entity*[42].

[40] Krzywda D., *Sprawozdanie finansowe jako produkt rachunkowości*, [w:] Micherda B. (red.), *Podstawy rachunkowości. Aspekty teoretyczne i praktyczne*. PWN, Warszawa 2005, s. 235.

[41] http://ksiegowosc.infor.pl/poradniki/313,1701,Definicje-z-zakresu-sprawozdawczosci-finansowej.html# [22.07.2025]. Szerzej: Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna…,* op. cit.; Bednarski L., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Bień W., *Zarządzanie finansami…,* op. cit.; Wypych M. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa…,* op. cit.*;* Gabrusewicz W., *Podstawy analizy…,* op. cit.; Siemińska E., *Metody pomiaru…,* op. cit.; Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa…,* op. cit.; Siudek T., *Analiza finansowa…,* op. cit.; Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa…*, op. cit.; Michalski G., *Płynność finansowa…,* op. cit.; Motylska-Kuźma A., Wieprow J., *Decyzje…,* op. cit.

[42] Sikorska M., *True and fair view – słabe strony*. Rachunkowość – wybrane aspekty, Prace Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot 2006, s. 115.

11. Conclusions

All financial statements are associated with the information function of accounting. They are numerical and descriptive statements that present the financial position of a company expressed in money. The report can be in any form and can be prepared in accordance with various rules, but in order to professionally assess the financial situation of an entity, the basic report is the one prepared in accordance with the rules and form prescribed by accounting standards – such a report is the most important report that operates in business. Financial statements are prepared in the Polish language and currency, according to strictly defined dates (as of the date of closing the books or other balance sheet date), and rules and formulas in accordance with, among other things, the Accounting Act[43].

A prerequisite for the usefulness of financial statements, which contain a range of data and information, is the ability to interpret and read them by the users for whom they are primarily prepared. User groups are divided into internal users, as the information helps in the day-to-day management of the entity. Managers of a unit need relevant information when assessing the possibility of gaining an advantage in today's as well as in the future competitive environment. They can check the degree to which tasks are being carried out and company policies adopted, as well as pick up signals in case of early warnings. For employees, the financial health of the entity and its ability to pay salaries including employment stability is important. They can predict whether there is a possible increase in wages especially for employees who earn according to the company's performance.

The financial statements are primarily addressed to external users. Current as well as potential investors are considered the main audience. They commit their capital to a given entity therefore they expect a certain rate of return from it. They bear the greatest risk associated with the operation of the company in case of bankruptcy. They are interested not only in the degree and use of their sources, but also in information regarding future possible dividends. Also, banks are an important recipient of information from the report, as they assess the solvency of the borrower based on it. They compare the current or future cash resources of the entity to estimate them with debt repayments. Other users use only information from the financial statement that is selected for them. Counterparties, in the case of suppliers, are mainly interested in the liquidity of an entity, while customers are interested in the liquidity associated with continued supply. In other words, the idea is that they need to know whether the entity will pay amounts for products or services on time and on schedule.

[43] Micherda B. (red.), *Sprawozdania finansowe i ich analiza*. Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Warszawa 2011; Gabrusiewicz W., Remlein M., *Sprawozdanie…,* op. cit.; Wędzki D., *Sprawozdanie finansowe przedsiębiorstwa według polskiego prawa bilansowego*. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014; Dziuba-Burczyk A., *Podstawy rachunkowości w świetle międzynarodowych standardów*. Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2003; Śnieżek E. (red.), *Wprowadzenie do rachunkowości. Podręcznik z przykładami, zadaniami i testami*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.

A company that prepares financial statements does not exist in isolation, so it is affected by government decisions. Reporting to them is the responsibility of every entity, because through this the government is able to determine where the entity is heading, whether its operations are efficient and whether it meets its tax obligations in a timely manner. The public itself is interested in the functioning of a given entity, even more so within the local area. The information of interest is particularly about employment opportunities, infrastructure development or cooperation with suppliers. Local government budgets are also fueled by businesses thanks to this development of the local locality in which it operates. Also, environmental degradation is an important aspect that must be disclosed in the financial statements. The information needs of users are very different and everyone has different expectations. However, the preparation of a given financial statement does not take into account the use of the information in it, as it may only satisfy basic information needs and not fully satisfy all audiences. Financial reporting is subject to uniform principles, which is intended to provide understandable, useful and comparable information to all users, both current and potential.

Bibliography

Literature

Bednarski L., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie.* PWE, Warszawa 2007.

Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J. i wsp., *Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa*. Wyd. AE, Wrocław 2003.

Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*. Wyd. AE, Wrocław 2018.

Bednarski L., Waśniewski T., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*. Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996.

Begg D., Fischer S., Dornbusch R., *Ekonomia tom 2*. PWE, Warszawa 1992.

Bek-Gaik B., Bojanowski W., Czajor A. i wsp., *Ustawa o rachunkowości. Komentarz*. Warszawa 2025.

Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*. C.H. Beck, Warszawa 2002.

Bieniok H., *Metody sprawnego zarządzania. Planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrola*. PLACET, Warszawa 2010.

Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*. Difin, Warszawa 1996.

Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*. Difin, Warszawa 2002.

Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa.* Difin, Warszawa 2011.

Brigham E., Gapenski L., *Zarządzanie finansami tom 1 i 2*. PWE, Warszawa 2000.

Brigham E. F., Houston J. F., *Podstawy zarządzania finansami*. PWE, Warszawa 2005.

Czekaj J., Dresler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, wyd. 3 uaktualnione. PWN, Warszawa 2012.

Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810-825.

Dębski W., *Teoretyczne i praktyczne aspekty zarządzania finansami przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2013.

Dobija M., *Rachunkowość finansowa, zarządcza i Controlling*. PWN, Warszawa 1997.

Dudycz T., *Analiza finansowa jako narzędzie zarządzania finansami przedsiębiorstwa.* Wydawnictwo Indygo Zahir Media, Wrocław 2011.

Dziuba-Burczyk A., *Podstawy rachunkowości w świetle międzynarodowych standardów*. Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2003.

Encyklopedia popularna. PWN, Warszawa 1982.

Gabrusewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa*. Sami Sobie, Poznań 1997.

Gabrusewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*. PWE, Warszawa 2014.

Gabrusewicz W. (red.), *Audyt sprawozdań finansowych. Teoria i praktyka*. PWE, Warszawa 2014.

Gabrusewicz W., *Podstawy analizy finansowej*. PWE, Warszawa 2007.

Gabrusewicz W., *Rozwój przedsiębiorstw przemysłowych i jego ocena w gospodarce rynkowej*. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1992.

Gabrusewicz W., Remlein M., *Sprawozdanie finansowe przedsiębiorstwa*. PWE, Warszawa 2011.

Gołębiowski G., Taczała A., *Analiza ekonomiczno-finansowa w ujęciu praktycznym.* Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2005.

Gołębiowski G., Tłoczała A., *Analiza finansowa: w teorii i w praktyce*. Difin, Warszawa 2009.

Gos W., *Nauka rachunkowości – głos w dyskusji*, [w:] Nita B. (red.), *Teoria rachunkowości, sprawozdawczość analiza finansowa*. Wyd. UE we Wrocławiu, Wrocław 2015.

Gorczyńska M., Znaniecka K., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw.* Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Warszawa 2008.

Grzenkowicz N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., *Analiza finansowo-ekonomiczna jako narzędzie oceny kondycji przedsiębiorstwa*. Wyd. WZ UW, Warszawa 2017.

Helin A. (red.), *Sprawozdanie finansowe według MSSF*. C.H. Beck, Warszawa 2006.

Jaklik A., Micherda B., *Zasady rachunkowości*. WSiP, Warszawa 1995.

Janik W., Paździor A., *Zarządzanie finansowe w przedsiębiorstwie.* Politechnika Lubelska, Lublin 2011.

Janik W., Paździor A., Paździor M., *Analiza i diagnozowanie sytuacji finansowej przedsiębiorstwa*. Politechnika Lubelska, Lublin 2014.

Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2013.

Jerzemowska M. (red.), *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2018.

Karpuś P. (red.), *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*. Wyd. UMCS, Lublin 2006.

Kortan J. (red.), *Podstawy ekonomiki i zarządzania przedsiębiorstwem*. C.H. Beck, Warszawa 1997.

Kotowska B., Uziębło A., Wyszkowska-Kaniewska O., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*. CeDeWu, Warszawa 2011.

Kreczmańska-Gigol K. (red.), *Płynność finansowa przedsiębiorstwa. Istota, pomiar, zarządzanie.* Difin, Warszawa 2015.

Krzywda D., *Sprawozdanie finansowe jako produkt rachunkowości*, [w:)]Micherda B. (red.), *Podstawy rachunkowości. Aspekty teoretyczne i praktyczne*. PWN, Warszawa 2005.

Kurtys E. (red.), *Analiza finansowa przedsiębiorstwa w przykładach i zadaniach*. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2001.

Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza działalności i rozwoju przedsiębiorstwa*. PWE, Warszawa 2008.

Leszczyński Z., Skowronek-Mielczarek A., *Analiza ekonomiczno-finansowa spółki*. PWE, Warszawa 2004.

Michalski G., *Płynność finansowa w małych i średnich przedsiębiorstwach*, wyd. 2 zmienione. PWN, Warszawa 2013.

Micherda B. (red.), *Sprawozdania finansowe i ich analiza*. Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Warszawa 2011.

Mielcarz P., Paszczyk P., *Analiza projektów inwestycyjnych w procesie tworzenia wartości przedsiębiorstwa.* PWN, Warszawa 2013.

Mierzejewska-Majcherek J., *Ekonomika przedsiębiorstw*. Difin, Warszawa 2007.

Motylska-Kuźma A., Wieprow J., *Decyzje finansowe w przedsiębiorstwie. Problemy i zadania*. Difin, Warszawa 2013.

Nowak E., *Rachunkowość w controllingu przedsiębiorstwa*. PWE, Warszawa 1996.

Nowak E., *Zaawansowana rachunkowość zarządcza*. PWE, Warszawa 2009.

Ocena stanu finansowego przedsiębiorstwa. Prawo i Finanse w Biznesie 1996; 3/4: 14.

Rutkowski A., *Zarządzenie finansami*. PWE, Warszawa 2016.

Samuelson P.A., Nordhaus W. D., *Economics*. McGraw-Hill Book Company, New York 2000.

Sasin W., *Poradnik analityka, czyli analiza ekonomiczno-finansowa w praktyce*. CDO-F, „Vector" 1992.

Siemińska E., *Metody pomiaru i oceny kondycji finansowej przedsiębiorstw*. Dom Organizatora, Toruń 2002.

Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*. PWN, Warszawa 2014.

Siudek T., *Analiza finansowa podmiotów gospodarczych*. SGGW, Warszawa 2004.

Sikorska M., *True and fair view – słabe strony*. Rachunkowość – wybrane aspekty, Prace Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot 2006.

Skoczylas W., Waśniewski T., *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie.* Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2004.

Skowronek C. (red.), *Analiza ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstwa. Zbiór przykładów i zadań*. Wyd. UMCS, Lublin 2004.

Sojak S., *Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów tom 1*. Dom Organizatora, Toruń 2015.

Śnieżek E. (red.), *Wprowadzenie do rachunkowości. Podręcznik z przykładami, zadaniami i testami*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.

Tendera P., Wlaszczuk H., *Sprawozdania finansowe oraz analiza bilansu i rachunku wyników w Państwowych i Prywatnych Jednostkach Gospodarczych*. Centrum Projektowo-Wdrożeniowe Sp. z o.o., Katowice 2002.

Walczak M. (red.), *Analiza finansowa w zarządzaniu przedsiębiorstwem.* Difin, Warszawa 2003.

Wędzki D., *Sprawozdanie finansowe przedsiębiorstwa według polskiego prawa bilansowego*. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014.

Więckowski J., *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie przemysłowym*. PWE, Warszawa 1988.

Wypych M. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy*. ABSOLWENT, Łódź 2007.

Zaleska M., *Ocena kondycji finansowej przedsiębiorstwa przez analityka bankowego*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa 2012.

Legal acts

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 1994 Nr 121 poz. 591 z późn. zm).

Online sources

Kosowski P., *Zarządzanie w przemyśle naftowym i gazowniczym. Analiza ekonomiczna. Materiały dla uczestników studium*. Source: http://evplus.nazwa.pl/pdpl/analiza-ekonomiczna.pdf [21.07.2025].

FIQ. Źródło: http://www.e-finanse.com/artykuly_eng/54.pdf [25.03.2013].

http://ksiegowosc.infor.pl/poradniki/313,1701,Definicje-z-zakresu-sprawozdawczosci-finansowej.html# [22.07.2025].

III. PRZYWÓDZTWO I ORGANIZACJA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA – INNOWACJE I ZARZĄDZANIE KAPITAŁEM LUDZKIM

*Mariusz Musiatowicz**
*Kamila Ćwik***

HB-HTA JAKO NARZĘDZIE STRATEGICZNEGO ZARZĄDZANIA INNOWACJAMI W SZPITALU – DOŚWIADCZENIA I PERSPEKTYWY ROZWOJU

HB-HTA as a strategic tool for managing innovation in hospitals – experiences and development perspectives

*Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ORCID: 0009-0002-1170-3855
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0004-4903-9878

Streszczenie

W obliczu dynamicznych zmian w systemie ochrony zdrowia oraz rosnącej presji na efektywność i racjonalizację wydatków, szpitale poszukują nowych narzędzi wspierających podejmowanie decyzji inwestycyjnych. Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA) stanowi metodę umożliwiającą systematyczną ocenę zasadności wdrażania technologii medycznych z uwzględnieniem lokalnego kontekstu organizacyjnego, klinicznego i ekonomicznego. Artykuł przedstawia genezę, strukturę i przebieg procesu tworzenia raportu HB-HTA, a także omawia korzyści, ograniczenia oraz potencjalne kierunki rozwoju tej metodyki w Polsce. Analiza doświadczeń z pilotażu projektu wskazuje na wysoki potencjał HB-HTA jako narzędzia zwiększającego przejrzystość, odpowiedzialność i skuteczność decyzji zarządczych w szpitalach[1]. Jednocześnie autor wskazuje na potrzebę dalszego upraszczania i standaryzacji podejścia, aby mogło ono zostać skutecznie wdrożone w różnych typach placówek. HB-HTA jawi się jako jeden z filarów strategicznego zarządzania innowacjami, który – przy odpowiednim wsparciu systemowym – może przyczynić się do poprawy jakości opieki i efektywności wydatkowania środków publicznych. Perspektywa jego rozwoju obejmuje stworzenie platformy wsparcia w formie centralnych zasobów wsparcia merytorycznego i uruchomienia szkoleń dla analityków i kadry zarządzającej. Artykuł wskazuje na potrzebę uproszczenia raportu HB-HTA, aby mógł stać się narzędziem powszechnym i dostępnym dla placówek

[1] Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810-825.

o różnym potencjale. Proponowane rozwiązania stanowią próbę pogodzenia rzetelności analitycznej z operacyjną wykonalnością w realiach systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: HB-HTA, szpitalna ocena technologii medycznych, zarządzanie inwestycjami, polityka zdrowotna, efektywność opieki zdrowotnej, racjonalizacja kosztów, podejmowanie decyzji, system ochrony zdrowia, innowacje medyczne, planowanie strategiczne

Abstract

In the face of dynamic changes in the healthcare system and increasing pressure for efficiency and rationalization of expenditures, hospitals are seeking new tools to support investment decision-making. Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA) is a method that enables systematic evaluation of the justification for implementing medical technologies, taking into account the local organizational, clinical, and economic context. This article presents the origins, structure, and process of preparing an HB-HTA report, and discusses the benefits, limitations, and potential directions for the development of this methodology in Poland. An analysis of the pilot project experience highlights the high potential of HB-HTA as a tool that enhances transparency, accountability, and the effectiveness of hospital management decisions. At the same time, the authors emphasize the need for further simplification and standardization of the approach so that it can be successfully implemented across various types of healthcare facilities. HB-HTA emerges as one of the pillars of strategic innovation management, which—with appropriate system-level support—can contribute to improving the quality of care and the efficient use of public resources. Its development perspective includes the creation of a support platform in the form of centralized expert resources and the launch of training for analysts and hospital management teams. The article also stresses the need to simplify the HB-HTA report to make it a widely accessible and practical tool for institutions with varying capacities. The proposed solutions aim to reconcile analytical rigor with operational feasibility in the realities of the healthcare system.

Key words: *HB-HTA, hospital-based health technology assessment, investment management, health policy, healthcare efficiency, cost rationalization, decision-making, healthcare system, medical innovation, strategic planning*

1. Wprowadzenie

W dobie szybkiego postępu technologicznego oraz rosnących oczekiwań pacjentów, szpitale muszą mierzyć się z coraz większymi wyzwaniami w zakresie zapewnienia dostępu do nowych, bezpiecznych i zarazem skutecznych technologii medycznych. Z punktu widzenia menedżerów ochrony zdrowia niezwykle istotne jest również jednoczesne ograniczanie kosztów i optymalizacja wykorzystania dostępnych

zasobów. Wyzwaniom tym towarzyszy dynamicznie rosnąca zachorowalność, szczególnie w obszarze chorób przewlekłych i onkologicznych. Z danych Global Cancer Observatory GLOBOCAN 2022 wynika, że liczba nowych przypadków nowotworów na świecie osiągnęła 20 milionów[2], a przewidywania na 2050 rok mówią o ponad 35 milionach zachorowań[3].

W odpowiedzi na te trendy i potrzeby, rośnie nacisk na wczesne wykrywanie chorób i skuteczną prewencję wtórną, co znajduje odzwierciedlenie w programach profilaktycznych realizowanych na poziomie krajowym i regionalnym. Jednocześnie, system ochrony zdrowia boryka się z niedoborami kadry medycznej, zarówno wśród lekarzy specjalistów, jak i personelu diagnostycznego. W takiej sytuacji właściwa alokacja zasobów oraz wdrażanie technologii zwiększających efektywność pracy personelu stają się kluczowe dla utrzymania ciągłości i jakości świadczeń zdrowotnych. W tym kontekście rośnie znaczenie oceny technologii medycznych (Health Technology Assessment, HTA) realizowanej na poziomie instytucji świadczeniodawcy. HB-HTA (Hospital-Based HTA) stanowi odpowiedź na potrzebę dostosowania klasycznej metodologii HTA do warunków konkretnego szpitala.

W Polsce temat HB-HTA zyskał na znaczeniu dzięki projektowi pn. „Wdrożenie systemu HB-HTA – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych", realizowanego przez Narodowy Instytut Kardiologii – Państwowy Instytut Badawczy, Narodowy Fundusz Zdrowia i Uczelnię Łazarskiego[4]. Projekt był finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych: „Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków". Głównym celem było wypracowanie i przetestowanie w warunkach rzeczywistych modelu organizacyjnego i metodycznego HB-HTA, dostosowanego do polskich realiów.

Według przyjętej misji „Budujemy wartość w zdrowiu przez wspieranie wdrażania innowacji w systemie ochrony zdrowia w oparciu o dowody naukowe", opracowano wizję „Wdrożenie HB-HTA w każdym szpitalu klinicznym w Polsce w oparciu o sieć szpitali stosujących HB-HTA ze wsparciem i koordynacją MZ"[5].

2. Znaczenie HB-HTA dla podejmowania decyzji inwestycyjnych

Współczesne szpitale działają w dynamicznym i wymagającym środowisku, w którym presja na racjonalne gospodarowanie zasobami rośnie wraz z potrzebą wdrażania

[2] *Global Cancer Observatory*. Źródło: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf [15.06.2025].

[3] *Estimated numbers from 2022 to 2050, Males and Females, age [0-85+]. All cancers.* Źródło: https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/trends?multiple_populations=1 [15.06.2025].

[4] *Projekt wdrożenia systemu szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych*. Źródło: https://hbhta.pl/ [15.06.2025].

[5] *Strategia wdrożenia HB-HTA w Polsce na lata 2022-2027, z perspektywą do 2030*. Źródło: https://hbhta.pl/wp-content/uploads/2021/12/Strategia-HB-HTA-do_MZ.pdf [15.06.2025].

innowacyjnych technologii. Decyzje inwestycyjne podejmowane w ochronie zdrowia dotyczą często kosztownych rozwiązań technologicznych, których wpływ na wyniki leczenia, organizację pracy i budżet jednostki może być zarówno pozytywny, jak i ryzykowny.

W praktyce decyzje inwestycyjne są często podejmowane w oparciu o:

— dostępność zewnętrznych źródeł finansowania (np. konkursów dotacyjnych, funduszy UE),
— presję czasu, wynikającą z harmonogramów naborów,
— oferty handlowe i sugestie dostawców sprzętu,
— oczekiwania środowisk klinicznych lub opinię liderów medycznych,
— czynniki wizerunkowe lub polityczne,
— kryterium najniższej ceny w przetargach, bez uwzględnienia kosztów cyklu życia (*total cost of ownership* – TCO).

Rzadziej natomiast opierają się na systematycznych analizach kosztów i korzyści, wpływu organizacyjnego, czy też potrzeb zdrowotnych populacji i samego bezpieczeństwa stosowania takiej technologii. Często brakuje czasu, danych oraz kompetencji analitycznych, by przeprowadzić rzetelną ocenę alternatywnych scenariuszy inwestycyjnych. W takich warunkach HB-HTA ma potencjał uporządkowania procesu decyzyjnego poprzez dostarczenie narzędzi do racjonalnego planowania rozwoju placówki. Jego wdrożenie może być odpowiedzią na potrzebę bardziej przejrzystego i odpowiedzialnego zarządzania środkami publicznymi oraz budowania zaufania w relacjach z interesariuszami.

Od 2016 roku przy planowaniu inwestycji w sektorze ochrony zdrowia obowiązuje konieczność uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji (OCI), o którą świadczeniodawcy mogą zawnioskować w systemie IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia).

Narzędzie IOWISZ przeszło aktualizację w 2021 r., jednak nadal nie stanowi pełnego wsparcia dla podejmowania decyzji strategicznych, a jego funkcjonowanie bywa krytykowane. Jak wskazuje artykuł opublikowany w serwisie Termedia (*Związane ręce przez IOWISZ*, 2020)[6], dyrektorzy szpitali często wskazują na sztywność i nieelastyczność tego narzędzia, które nie zawsze uwzględnia lokalne uwarunkowania. Artykuł pochodzi z 2020 r. jednak ciągle częściowo pozostaje aktualny. W praktyce planowania rozwoju, niektóre inwestycje mogą być blokowane mimo wyraźnych potrzeb klinicznych i demograficznych, tylko dlatego, że nie wpisują się formalnie w mapy potrzeb zdrowotnych, Wojewódzkie lub Krajowe Plany Transformacji. System obowiązkowo nakazuje, aby opisywane we wnioskach projekty inwestycyjne wpisywały się w zebrane i przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia Mapy Potrzeb Zdrowotnych[7], zarówno pod względem demografii, jak również organizacyjnym, np.: ilości dostępnych poradni, oddziałów czy nawet łóżek szpitalnych.

[6] *Związane ręce przez IOWISZ*. Źródło: https://www.termedia.pl/mz/Zwiazane-rece-przez-IOWISZ,41573.html [15.06.2025].

[7] *Mapa potrzeb na lata 2022-2026*. Źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/ [15.06.2025].

Narzędzie IOWISZ zostało zaprojektowane jako mechanizm racjonalizacji inwestycji poprzez ich powiązanie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i strategicznymi celami systemu ochrony zdrowia. Jednak w praktyce jego sztywna konstrukcja, ograniczona elastyczność oraz trudność w uwzględnianiu lokalnych uwarunkowań sprawiają, że bywa postrzegane jako bariera w planowaniu rozwoju placówek, zamiast realnego wsparcia procesu decyzyjnego. Procedury opisywania elementów inwestycji są postrzegane jako biurokratyczne, a proces oceny nie może być określony jako transparentny. Dodatkowo nie jest responsywny wobec szybkich zmian w ochronie zdrowia zarówno w zakresie technologii bezpośrednio wpływających na terapie diagnostyczno-lecznicze, jak również technologii organizacyjnych pośrednio wpływających na leczenie, często blokując lub utrudniając wdrożenie innowacji.

W takich warunkach HB-HTA może stanowić narzędzie pozwalające na lepsze uargumentowanie wniosku, ukazując nie tylko zgodność z priorytetami systemowymi, ale także lokalny kontekst i oczekiwane rezultaty zdrowotne. Podejście HB-HTA staje się potencjalnym narzędziem wsparcia zarządzania strategicznego. Pozwala systematycznie i transparentnie analizować potencjalne inwestycje – od nowych urządzeń medycznych, przez technologie informatyczne, po rozwiązania organizacyjne.

HB-HTA umożliwia podjęcie decyzji na podstawie dowodów naukowych, danych klinicznych, analiz kosztów i ocen wpływu na funkcjonowanie jednostki. Szpitalna Ocena Technologii mogłaby być zatem realnym wsparciem w procesie przygotowania i składania wniosków do systemu IOWISZ. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii prezesa AOTMiT w procedurze IOWISZ dotyczy obecnie wszystkich inwestycji zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, których budżet przekracza 2 000 000 zł. Wyjątek stanowią jednostki resortowe, jednostki SOR i jednostki PRM, które nie muszą uzyskiwać opinii o celowości inwestycji podczas planowania strategii inwestowania.

Wdrożenie HB-HTA mogłoby pomóc szpitalowi lepiej udokumentować racjonalność inwestycji, wykazać efektywność kosztową i zgodność z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi populacji. W ten sposób zwiększyłaby się szansa na uzyskanie pozytywnej oceny i możliwości pozyskania środków zewnętrznych. Zastosowanie HB-HTA wpisuje się również w szerszy kontekst reform systemowych, których celem jest poprawa przejrzystości, odpowiedzialności i efektywności wydatkowania środków publicznych. Dzięki wykorzystaniu narzędzi analitycznych opartych na dowodach, HB-HTA mogłoby ograniczyć ryzyko nietrafionych inwestycji oraz lepiej ukierunkować działania rozwojowe na realne potrzeby zdrowotne lokalnych społeczności.

Znaczenie HB-HTA wykracza poza ocenę samej technologii. Umożliwia ono:

— eliminację inwestycji nieopłacalnych lub niedostosowanych do realiów szpitala,
— identyfikację barier wdrożeniowych i potrzeb szkoleniowych,
— wspieranie transparentności i odpowiedzialności decyzyjnej kadry zarządzającej,
— poprawę relacji z interesariuszami – w tym z płatnikiem i organem tworzącym,
— integrację z długofalową strategią rozwoju placówki i planem inwestycyjnym,
— dokumentowanie ścieżki decyzyjnej, co może mieć znaczenie przy audytach lub kontroli celowości inwestycji.

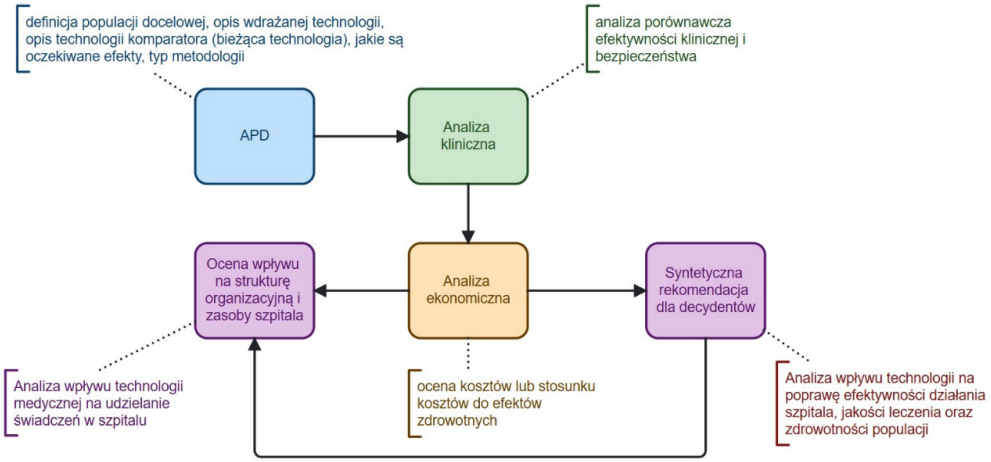
W dobie ograniczonych zasobów i rosnących oczekiwań wobec jakości zarządzania szpitalami, HB-HTA przygotowuje fundamenty odpowiedzialnego podejmowania decyzji inwestycyjnych. Upowszechnienie tej metodyki może istotnie zwiększyć efektywność systemu ochrony zdrowia, poprawiając trafność i przejrzystość wydatków publicznych.

3. Struktura i metodyka raportu HB-HTA – od analizy do wpływu na wartość w zdrowiu

Proces opracowania raportu HB-HTA oparty jest na ustrukturyzowanej metodologii, która zapewnia kompleksową ocenę technologii medycznej z uwzględnieniem lokalnych warunków funkcjonowania szpitala. Raport składa się z zestandaryzowanych komponentów, których celem jest dostarczenie dyrekcji i decydentom rzetelnych, porównywalnych i obiektywnych danych umożliwiających podjęcie świadomej decyzji inwestycyjnej.

Podstawą struktury raportu HB-HTA jest formularz APD (Analiza Problemu Decyzyjnego), w którym definiuje się cele analizy, opisuje populację, której będzie dotyczyła zmiana, a także charakteryzuje wdrażaną technologię oraz tzw. technologię komparatora, czyli rozwiązanie dotychczas stosowane. W formularzu APD określa się również oczekiwane efekty wynikające z wdrożenia nowej technologii – zarówno kliniczne, organizacyjne, jak i ekonomiczne – co pozwala ukierunkować dalsze etapy oceny. W tym etapie zespół HB-HTA identyfikuje problem zdrowotny, potrzeby organizacyjne oraz kontekst kliniczny, w którym dana technologia ma zostać wdrożona. Określana jest także populacja docelowa, możliwe alternatywy oraz zakres oceny.

Następnie przeprowadza się analizę porównawczą efektywności klinicznej i bezpieczeństwa, określaną jako analiza kliniczna. W tej części raportu zestawiane są dostępne dane naukowe (np. metaanalizy, przeglądy systematyczne, dane rejestrowe) dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa rozważanej technologii w porównaniu z alternatywami (komparatory). Analiza ta stanowi fundament do oceny, czy nowa technologia przynosi rzeczywistą wartość dodaną dla pacjenta i systemu opieki zdrowotnej.



Rysunek 1. Proces decyzyjny według HB-HTA
Źródło: opracowanie własne

Równolegle przygotowywana jest analiza organizacyjna, której celem jest ocena wpływu danej technologii na proces udzielania świadczeń w konkretnym szpitalu. Uwzględnia się m.in. zmiany w strukturze zatrudnienia, potrzebę szkoleń personelu, dostępność infrastruktury technicznej oraz wpływ na czas trwania procedur i przepustowość systemu. Analiza ta pozwala ocenić, czy wdrożenie danej technologii jest realnie wykonalne oraz jakie mogą być koszty i bariery adaptacyjne.

Kluczowym elementem raportu HB-HTA jest także analiza ekonomiczna, która może przyjmować formę analizy kosztów (*cost analysis*), analizy kosztów i efektów (*cost-effectiveness analysis*), budżetowego wpływu (*budget impact analysis*) lub analizy kosztów cyklu życia (*total cost of ownership* – TCO). Wybór metody zależy od charakteru inwestycji, dostępności danych oraz potrzeb decydenta. Celem tej części jest oszacowanie, czy dana technologia generuje oszczędności, zwiększa efektywność ekonomiczną, czy też wymaga dodatkowych nakładów finansowych.

Całość raportu wieńczy podsumowanie, czyli potencjalny wpływ wdrożenia ocenianej technologii na funkcjonowanie placówki i systemu ochrony zdrowia oraz tzw. punkty końcowe (*endpoints*), a także rekomendacje dla decydentów. Punkty końcowe obejmują mierzalne rezultaty kliniczne, organizacyjne i ekonomiczne, które umożliwiają ocenę efektywności wdrożenia technologii w praktyce. Na ich podstawie formułowana jest syntetyczna rekomendacja – czy inwestycja powinna zostać zrealizowana, w jakim zakresie i pod jakimi warunkami.

Dzięki systematycznemu podejściu, raport HB-HTA nie tylko mógłby wspierać proces decyzyjny, ale także dokumentować go w sposób przejrzysty i uzasadniony. Gdyby jego stosowanie zostało powszechnie wdrożone i uznane za standard praktyki inwestycyjnej, mógłby być formalnie wykorzystywany jako integralna część wniosku w systemie IOWISZ, stanowić wiarygodny materiał analityczny dla organu

tworzącego, a także być punktem wyjścia do długofalowego planowania strategicznego rozwoju szpitala.

4. Bariery wdrożenia i praktyczne ograniczenia stosowania HB-HTA

Pomimo wysokiej jakości metodyki oraz szeroko zdefiniowanych celów strategicznych, wdrażanie HB-HTA w polskich szpitalach napotyka poważne bariery praktyczne. Jednym z kluczowych wyzwań jest wysoka zasobożerność procesu opracowywania raportu. Przygotowanie pełnego opracowania HB-HTA wymaga zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu specjalistów: analityków zdrowotnych, ekonomistów, ekspertów klinicznych, organizacyjnych i prawnych. W wielu przypadkach tak rozbudowany zespół nie istnieje nawet w dużych jednostkach akademickich, nie wspominając o szpitalach powiatowych czy wojewódzkich.

Jak pokazał pilotaż systemu HB-HTA, realizowany w ramach projektu koordynowanego przez Uczelnię Łazarskiego, spośród 43 szpitali klinicznych tylko 7 zgłosiło chęć udziału w pilotażu projektu. Co istotne, żaden z uczestniczących w pilotażu szpitali nie utrzymał standardu HB-HTA po zakończeniu projektu w sposób ciągły i formalny. Oznacza to, że nawet w najlepiej wyposażonych organizacyjnie jednostkach poziomu akademickiego, wdrożenie tego modelu nie było wystarczająco trwałe. Doświadczenia płynące z tego procesu wskazują, że tworzenie raportu HB-HTA jest czasochłonne, wymaga dostępu do specjalistycznych źródeł danych oraz wysokich kompetencji analitycznych.

W praktyce barierą okazuje się również brak standardowych, uproszczonych narzędzi analitycznych, które umożliwiałyby wykorzystanie podejścia HB-HTA w sposób bardziej dostępny dla szpitali o mniejszych zasobach. W obecnej formie HB-HTA może być postrzegany jako narzędzie zarezerwowane dla nielicznych – przez co jego systemowe wdrożenie na poziomie krajowym pozostaje ograniczone. Zbyt wysoki próg wejścia w metodologię, skomplikowana struktura raportu oraz czasochłonność całego procesu mogą działać zniechęcająco na osoby decyzyjne w placówkach medycznych. Aby realnie zwiększyć szansę na upowszechnienie HB-HTA, niezbędne jest jego dalsze uproszczenie. Model HB-HTA powinien ewoluować w stronę narzędzia modułowego – takiego, które można skalować do potrzeb i możliwości konkretnej placówki. Oznacza to potrzebę opracowania wersji skróconej raportu, gotowych szablonów analitycznych, a także centralnych zasobów wsparcia merytorycznego (np. konsultacji ekspertów regionalnych czy platformy wymiany wiedzy).

Konieczne jest również uznanie, że nie wszystkie decyzje inwestycyjne wymagają pełnego raportu HB-HTA. W niektórych przypadkach wystarczająca może być uproszczona analiza organizacyjno-ekonomiczna, z uzupełnieniem o podstawowe dane kliniczne.

Dzięki temu szpitale mogłyby częściej i efektywniej korzystać z podejścia HB-HTA bez konieczności uruchamiania pełnoskalowych zespołów projektowych.

Podsumowując, jeśli HB-HTA ma realnie wpłynąć na jakość podejmowanych decyzji w ochronie zdrowia, jego metodyka musi zostać dostosowana do warunków codziennej praktyki szpitalnej. Tylko wtedy możliwe będzie zbudowanie trwałego systemu wspierania inwestycji, opartego nie tylko na dobrych intencjach, ale i na realnych możliwościach ich realizacji.

5. Potencjał HB-HTA jako praktycznego narzędzia wsparcia decyzji – z perspektywy korzyści i wartości

Pomimo wyzwań organizacyjnych i zasobożerności, doświadczenia płynące z pilotażu HB-HTA oraz analiza struktury jego raportów wskazują jednoznacznie na duży potencjał tej metody jako narzędzia wspierającego racjonalne decyzje inwestycyjne w ochronie zdrowia. HB-HTA wyróżnia się przede wszystkim tym, że w sposób systematyczny i ustandaryzowany pozwala szpitalom analizować zasadność wdrożenia technologii medycznych w oparciu o lokalny kontekst – kliniczny, organizacyjny i ekonomiczny.

Jedną z najważniejszych zalet HB-HTA jest jego oparcie na dowodach naukowych (*Evidence-based medicine*) oraz możliwościach szpitala. Proces wymaga identyfikacji populacji docelowej, alternatyw terapeutycznych, dostępnych zasobów i ograniczeń – dzięki czemu decyzja nie jest podejmowana w oderwaniu od realiów. Taki model działania przyczynia się do profesjonalizacji zarządzania inwestycjami zdrowotnymi i może budować trwałą kulturę racjonalizacji w szpitalach.

Kolejną korzyścią wynikającą z wdrażania HB-HTA jest zwiększenie przejrzystości i odpowiedzialności decyzyjnej. Każdy raport HB-HTA kończy się zestawem punktów końcowych i rekomendacją, co sprawia, że osoba odpowiedzialna za decyzję inwestycyjną dysponuje jasnym, spójnym i udokumentowanym uzasadnieniem. Może to mieć szczególne znaczenie przy składaniu wniosków do systemu IOWISZ, a także w relacjach z organem tworzącym, instytucjami kontrolnymi czy społeczeństwem obywatelskim. HB-HTA wzmacnia również dialog wewnętrzny w placówce – między zarządem, personelem klinicznym i działami administracyjnymi. Wspólne zaangażowanie w analizę kliniczną, organizacyjną i ekonomiczną pozwala wypracować konsensus oraz zwiększyć akceptację dla inwestycji. Może to prowadzić do efektywniejszego wdrożenia, lepszej komunikacji i redukcji ryzyka oporu wewnętrznego.

Warto także podkreślić, że HB-HTA stanowi dobre przygotowanie do uczestnictwa w procesach finansowania zewnętrznego – np. w ramach programów regionalnych, Funduszu Medycznego czy funduszy unijnych. Szpitale, które posiadają gotowe raporty HB-HTA, są lepiej przygotowane do udowodnienia zasadności i efektywności swoich inwestycji.

Z perspektywy systemowej, szersze wdrożenie HB-HTA może sprzyjać:

— podniesieniu efektywności wykorzystania środków publicznych,
— poprawie jakości świadczeń zdrowotnych,

— zwiększeniu wartości zdrowotnej dostarczanej populacji,
— stworzeniu baz danych i raportów, które mogą wspierać planowanie strategiczne na poziomie wojewódzkim i krajowym.

Raporty HB-HTA mogą także odegrać istotną rolę w budowaniu zaufania społecznego wobec szpitali i ich decyzji inwestycyjnych. Transparentność, metodologia oparta na danych i zaangażowanie interdyscyplinarne wzmacniają wizerunek instytucji jako nowoczesnej, odpowiedzialnej i działającej w interesie pacjenta.

W perspektywie najbliższych lat rozwój HB-HTA może podążać w kilku kierunkach. Będzie to w dużej mierze uzależnione od decyzji strategicznych na poziomie centralnym, które mogłyby wpłynąć na zmianę logiki polityki zdrowotnej – zarówno poprzez formalne uznanie raportu HB-HTA jako dokumentu strategicznego w procesie inwestycyjnym, jak i poprzez jego włączenie do cyklu planowania potrzeb zdrowotnych na poziomie regionalnym i krajowym. Raporty te mogą stanowić cenne źródło wiedzy nie tylko dla dyrekcji szpitali, ale również dla oddziałów NFZ, wojewodów oraz Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Z tego względu warto rozważyć utworzenie ogólnokrajowej platformy wsparcia dla szpitali wdrażających HB-HTA. Platforma taka mogłaby obejmować repozytorium raportów (w celach benchmarkingowych), zestaw gotowych szablonów i formularzy, słowniki pojęć oraz bibliotekę literatury naukowej. W połączeniu z systemem szkoleń dla analityków i kadry zarządzającej, stworzyłoby to środowisko sprzyjające szybkiemu wdrażaniu i adaptacji standardów HB-HTA w całym kraju.

Rozwój HB-HTA może również otworzyć nowe możliwości zastosowań poza klasycznymi inwestycjami infrastrukturalnymi. Metodyka ta może być wykorzystana m.in. przy wdrażaniu modeli zintegrowanej opieki zdrowotnej, centrów koordynacji opieki, rozwiązań telemedycyny, a nawet technologii wspierających zarządzanie personelem i zasobami. Elastyczność podejścia oraz modularność struktury raportu sprawiają, że HB-HTA może stać się narzędziem uniwersalnym.

Dodatkowo, integracja HB-HTA z cyfrowymi źródłami danych – takimi jak bazy rejestrów medycznych czy dane z Mapy Potrzeb Zdrowotnych – oraz automatyzacja wybranych etapów analitycznych (np. w zakresie epidemiologii lokalnej, kosztów lub częstości procedur), może znacząco przyspieszyć i uprościć przygotowanie raportów, czyniąc je dostępnymi nawet dla mniejszych zespołów.

Jeśli te kierunki rozwoju zostaną skutecznie zrealizowane, HB-HTA może w przyszłości nie tylko wspierać podejmowanie pojedynczych decyzji, ale również współtworzyć fundamenty bardziej spójnego i przewidywalnego systemu ochrony zdrowia – opartego na rzeczywistych danych i dowodach naukowych.

Podsumowując, choć HB-HTA wymaga jeszcze uproszczeń i lepszego dopasowania do zasobów poszczególnych szpitali, jego podstawowe cechy – metodologia, przejrzystość, interdyscyplinarność i lokalne osadzenie – czynią z niego rzeczywiste i obiecujące narzędzie wspierające zarządzanie w ochronie zdrowia. Dalszy rozwój tej metodyki, przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia systemowego, może doprowadzić do trwałej zmiany w podejściu do inwestowania w zdrowie jako elementu

zrównoważonego rozwoju – zarówno poprzez nowoczesną infrastrukturę, jak i innowacyjne technologie medyczne.

6. Podsumowanie i dyskusja

System ochrony zdrowia w Polsce stoi dziś przed fundamentalnymi wyzwaniami zarządczymi. Z jednej strony rośnie presja kosztowa, ograniczenia kadrowe oraz oczekiwania społeczne względem jakości i dostępności usług. Z drugiej strony – szpitale muszą podejmować coraz trudniejsze decyzje inwestycyjne w warunkach zmieniających się technologii, rosnącej złożoności opieki oraz ograniczonych budżetów. W tym kontekście konieczne staje się poszukiwanie rozwiązań, które nie tylko wspierają zarządzanie, ale również porządkują proces decyzyjny. HB-HTA, mimo wskazanych wcześniej ograniczeń, ukazuje się jako narzędzie, które – po odpowiednim dostosowaniu – może odegrać istotną rolę w transformacji systemu. Jego wartość nie leży wyłącznie w dostarczaniu raportu końcowego, ale w samym procesie – który wymaga refleksji, identyfikacji potrzeb, osadzenia decyzji w lokalnym kontekście i dialogu z różnymi grupami interesariuszy. Dzięki temu menedżerowie ochrony zdrowia mogą realnie uzyskać wpływ na:

— poprawę efektywności działania szpitala (np. skrócenie czasu hospitalizacji, zwiększenie przepustowości);
— poprawę jakości leczenia i wyników zdrowotnych pacjentów;
— poprawę zdrowotności populacji, co przekłada się na tzw. wartość w zdrowiu (*value-based healthcare*).

Taka kultura myślenia o inwestycjach to fundament dojrzałego systemu zarządzania zdrowiem. Nie ulega wątpliwości, że HB-HTA w obecnym kształcie nie jest narzędziem dla każdego szpitala – ale właśnie dlatego potrzebna jest jego dalsza adaptacja, uproszczenie i zróżnicowanie poziomów wdrożenia. Tylko wtedy może przekształcić się z wąskiej ścieżki projektowej w szeroką autostradę decyzyjną, po której będą mogły poruszać się zarówno największe szpitale kliniczne, jak i placówki powiatowe.

Dalszy rozwój HB-HTA powinien koncentrować się na budowie zasobów wspólnych (szablonów, baz danych, platform eksperckich), edukacji kadry menedżerskiej oraz formalnym powiązaniu z procesami finansowania inwestycji – w tym systemem IOWISZ. Tylko wtedy możliwe będzie przejście od incydentalnych zastosowań do trwałego zakorzenienia HB-HTA w codziennej praktyce zarządzania ochroną zdrowia.

Podsumowując, projekt HB-HTA pokazał, że możliwe jest tworzenie narzędzi opartych na dowodach, które służą zarówno do poprawy efektywności, jak i jakości opieki. Pozostaje pytanie, czy system ochrony zdrowia w Polsce zdecyduje się na ich rozwój i integrację. Jeżeli tak – HB-HTA ma szansę stać się nie tylko dobrym przykładem projektowym, ale realnym filarem nowoczesnego i odpowiedzialnego podejmowania decyzji inwestycyjnych w polskich szpitalach.

Bibliografia

Literatura

Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810-825.

Źródła internetowe

Estimated numbers from 2022 to 2050, Males and Females, age [0-85+]. All cancers. Źródło: https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/trends?multiple_populations=1 [15.06.2025].

Global Cancer Observatory. Źródło: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf [15.06.2025].

Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/ [15.06.2025].

Projekt wdrożenia systemu szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych. Źródło: https://hbhta.pl/ [15.06.2025].

Strategia wdrożenia HB-HTA w Polsce na lata 2022-2027, z perspektywą do 2030. Źródło: https://hbhta.pl/wp-content/uploads/2021/12/Strategia-HB-HTA-do_MZ.pdf [15.06.2025].

Związane ręce przez IOWISZ. Źródło: https://www.termedia.pl/mz/Zwiazane-rece-przez-IOWISZ,41573.html [15.06.2025].

*Monika Baryła-Matejczuk**
*Tomasz Gieroba***

PSYCHOLOGICZNE KORELATY EFEKTYWNOŚCI KIEROWNICZEJ W PODMIOTACH LECZNICZYCH: KOMPETENCJE PSYCHOSPOŁECZNE, STRES ZAWODOWY I ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA

Psychological correlates of managerial effectiveness in healthcare entities: psychosocial competencies, occupational stress, and mental resilience

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0003-2321-9999
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0001-3433-2981

Streszczenie

Niniejszy rozdział przedstawia analizę wybranych psychologicznych korelatów efektywności kierowniczej w podmiotach leczniczych. Na podstawie badań empirycznych i teoretycznych modeli przywództwa w ochronie zdrowia, dokonano przeglądu kluczowych kompetencji psychologicznych, mechanizmów radzenia sobie ze stresem oraz odporności psychicznej niezbędnych dla skutecznego kierowania placówkami medycznymi. Analiza uwzględnia specyfikę środowiska ochrony zdrowia, charakteryzującego się wysokim poziomem stresu, złożonością decyzji oraz koniecznością równoważenia celów medycznych, ekonomicznych i społecznych. Przedstawiono teoretyczne ramy konceptualne integrujące modele kompetencji emocjonalnych, teorię stresu zawodowego oraz mechanizmy odporności w kontekście przywództwa medycznego.

Słowa kluczowe: przywództwo w ochronie zdrowia, kompetencje kierownicze, wrażliwość, stres zawodowy, odporność psychiczna, efektywność organizacyjna

Absract

This chapter presents an analysis of selected psychological correlates of managerial effectiveness in healthcare entities. Based on empirical studies and theoretical models of leadership in healthcare, a review of key psychological competencies, stress coping mechanisms, and mental resilience necessary for effective management of medical facilities has been conducted. The analysis takes into account the specifics of the healthcare environment, characterized by a high level of stress, complexity of decisions, and the necessity to balance medical, economic, and social goals. Theoretical conceptual frameworks integrating models of emotional competencies, occupational stress theory, and resilience mechanisms in the context of medical leadership are presented.

Key words: *leadership in health care, managerial competencies, sensitivity, occupational stress, mental resilience, organizational effectiveness*

1. Wprowadzenie

Kierowanie podmiotami leczniczymi stanowi jedno z najbardziej wymagających wyzwań w obszarze zarządzania organizacjami. Łączy w sobie specyfikę środowiska medycznego z kompleksowością procesów administracyjno-ekonomicznych[1]. Współczesne podmioty lecznicze funkcjonują w środowisku charakteryzującym się presją ekonomiczną, zmieniającymi się regulacjami prawnymi oraz wzrastającymi oczekiwaniami pacjentów wobec jakości świadczonych usług medycznych[2]. W tym kontekście psychologiczne aspekty kierowania nabierają szczególnego znaczenia, nie tylko dla efektywności operacyjnej, ale również jakości opieki medycznej oraz (a być może przede wszystkim) dobrostanu personelu.

Mimo prób porządkowania zagadnień związanych z wyzwaniami zarządzania w ochronie zdrowia[3] nadal istnieje zapotrzebowanie na systematyczne ujęcie psychologicznych korelatów efektywności kierowniczej specyficznych dla sektora podmiotów leczniczych[4]. Teorie przywództwa organizacyjnego zostały szeroko zbadane, natomiast specyfika środowiska medycznego wymaga dedykowanego podejścia teoretycznego

[1] Stefl M.E., *Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model*. Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives 2008; 53(6): 360–374; Waśniewski J., Strumiłło J., *Koncepcje zarządzania podmiotami leczniczymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020.

[2] Dye C.F., Garman A.N., *Exceptional leadership: 16 critical competencies for healthcare executives*. HAP, 2015; Waśniewski J., Strumiłło J., Szawłowska R., *Projektowanie działalności podmiotów leczniczych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2022.

[3] Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., Lisiecka-Biełanowicz M., *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia: diagnoza i kierunki doskonalenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2017.

[4] Buchbinder S.B., Shanks N.H. (eds.), *Introduction to health care management*. Jones & Bartlett Learning, 2017.

i empirycznego[5], uwzględniającego unikalne stresory, dylematy etyczne oraz złożoność procesów decyzyjnych charakterystycznych dla tego sektora[6]. W związku z tym celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie analizy psychologicznych korelatów efektywności kierowniczej w podmiotach leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem trzech kluczowych obszarów: kompetencji psychologicznych, mechanizmów radzenia sobie ze stresem oraz odporności psychicznej. Analiza opiera się na aktualnych badaniach empirycznych oraz teoretycznych modelach przywództwa.

2. Teoretyczne podstawy psychologii kierowania w ochronie zdrowia

Dla lepszego zrozumienia zagadnień związanych z kierowaniem w ochronie zdrowia, warto lepiej zrozumieć samą specyfikę jego funkcjonowania. Podmioty lecznicze charakteryzują się unikalnymi cechami organizacyjnymi. Cechy te znacząco wpływają na procesy kierowania i wymagania stawiane menedżerom[7]. Podstawowe charakterystyki tego środowiska obejmują: 1) wysoką niepewność i zmienność sytuacyjną; 2) wielowymiarowość celów organizacyjnych; 3) kompleksowość struktury organizacyjnej.

Po pierwsze decyzje medyczne często podejmowane są w warunkach niepełnej informacji, pod presją czasu oraz w sytuacjach zagrożenia życia pacjentów. Kierownicy podmiotów leczniczych muszą funkcjonować w środowisku charakteryzującym się wysokim poziomem nieprzewidywalności, wymagającym ciągłej gotowości do podejmowania kluczowych decyzji[8]. Po drugie podmioty lecznicze realizują równocześnie cele medyczne (jakość opieki, bezpieczeństwo pacjentów), ekonomiczne (efektywność kosztowa, rentowność) oraz społeczne (dostępność usług, odpowiedzialność społeczna)[9]. Ta wielowymiarowość generuje potencjalne konflikty priorytetów (czasem wzajemnie sprzeczne cele), wymagając od kierowników zdolności do ich efektywnego równoważenia[10]. Po trzecie kompleksowość struktury organizacyjnej mówi o tym, że podmioty lecznicze charakteryzują się wysokim stopniem specjalizacji zawodowej, hierarchicznością struktur oraz współzależnością między różnymi jednostkami organizacyjnymi. Kierowanie takimi strukturami wymaga szczególnych kompetencji w zakresie koordynacji pomiędzy różnymi funkcjami oraz zarządzania różnorodnymi grupami profesjonalnymi[11].

[5] Waśniewski J., Strumiłło J., *Koncepcje zarządzania*..., op. cit.

[6] Waśniewski J., Strumiłło J., Szawłowska R., *Projektowanie działalności*..., op. cit.

[7] Longest B.B., Darr K., *Managing health services organizations and systems*. Health Professions Press, 2020.

[8] Guo K.L., DECIDE: *A Decision-Making Model for More Effective Decision Making by Health Care Managers*. The Health Care Manager 2020; 39(3): 133–141.

[9] Ćwik K., *Jakość w usługach medycznych. Wpływ systemów zarządzania jakością na efektywność publicznych usług szpitalnych*. Difin, Warszawa 2023.

[10] Parand A., Dopson S., Renz A., Vincent C., *The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review*. BMJ Open 2014; 4(9): e005055.

[11] Chreim S., Williams B.E. (Bernie), *Hinings C.R. (Bob), Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity*. Academy of Management Journal 2007; 50(6): 1515–1539.

Ponadto, istnieje wiele źródeł specyfiki przywództwa w systemie ochrony zdrowia[12]. Zalicza się do niech: wielkość, różnorodność, dużą dynamikę zmian w systemie, znaczenie usług medycznych dla użytkowników systemu, braki kadrowe i wysoką czasochłonność kształcenia kadr, przeregulowanie systemu, nieprzystającą do potrzeb kulturę organizacji, reaktywność systemu, branżowe uwarunkowania (takie jak dostępne technologie medyczne, metody leczenia i zapobiegania chorobom). Wylistowane powyżej są zarówno uwarunkowania przywództwa, jak i podstawowe wyzwania, przed którymi stoją obecnie liderzy ochrony zdrowia. To właśnie ich kompetencje mogą w dużym stopniu stanowić remedium na problemy systemowe[13].

Należy również zwrócić uwagę, że w kontekście zarządzania w ochronie zdrowia mówić możemy zarówno o skali makro, czyli zarządzaniu systemem ochrony zdrowia, oraz o skali mikro, czyli zarządzaniu podmiotami leczniczymi[14]. Współczesne teorie przywództwa w ochronie zdrowia ewoluowały od tradycyjnych modeli hierarchicznych w kierunku bardziej złożonych koncepcji uwzględniających specyfikę środowiska medycznego. Do kluczowych modeli zalicza się: model przywództwa transformacyjnego[15]; model przywództwa autentycznego[16]; model przywództwa adaptacyjnego[17].

Pierwsza z wymienionych koncepcji podkreśla znaczenie inspirowania, wizji, stymulowania intelektualnego oraz indywidualnego podejścia do pracowników. W kontekście ochrony zdrowia, przywództwo transformacyjne łączy się z promocją kultury jakości, bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłego doskonalenia procesów medycznych[18]. Model przywództwa autentycznego zaś akcentuje znaczenie autentyczności, integralności moralnej oraz samoświadomości jako fundamentów efektywnego przywództwa. W środowisku medycznym, gdzie decyzje mają bezpośredni wpływ na ludzkie życie i zdrowie, autentyczność i wiarygodność etyczna nabierają szczególnego znaczenia[19]. Trzecia z wymienionych koncepcji koncentruje się zaś na zdolności do radzenia sobie z wyzwaniami adaptacyjnymi, wymagającymi zmiany wartości, przekonań oraz sposobów działania organizacji. W dynamicznie zmieniającym się środowisku ochrony zdrowia, zdolności adaptacyjne stanowią kluczowy element skutecznego kierowania[20].

Ponadto, koncepcje zarządzania podmiotami leczniczymi można podzielić na te, ukierunkowane na optymalizację wykorzystania posiadanych przez podmioty

[12] Rostkowski T., Strzemiński J., *Leadership in Healthcare System*. Kwartalnik Ekonomistów i Menedżerów 2019; 51(1): 133–144.

[13] Ibidem.

[14] Waśniewski J., Strumiłło J., *Koncepcje zarządzania*..., op. cit.

[15] Bass B.M., *Does the transactional–transformational leadership paradigm transcend organizational and national boundaries?* American Psychologist 1997; 52(2): 130–139.

[16] George B., *Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value*. Jossey-Bass, 2003.

[17] Heifetz R.A., Linsky M., *Leadership on the line: staying alive through the dangers of change.* Harvard Business Review Press, 2017.

[18] Bass B.M., *Does the transactional–transformational*..., op. cit.

[19] George B., *Authentic leadership*..., op. cit.

[20] Ibidem.

lecznicze zasobów rzeczowych i niematerialnych (np. *reengineering, outsourcing, Lean Management, Time Based Management*), oraz te, oparte na zarządzaniu przez jakość. Biorąc pod uwagę, że głównymi miernikami są tu zdrowie i życie pacjenta, zagadnienie jakości wydaje się być szczególnie ważne[21].

W oparciu o specyfikę środowiska ochrony zdrowia i integrację różnych podejść, jako główne kategorie korelatów efektywności kierowniczej w kontekście podmiotu zarządzającego wyróżnić można: podstawowe kompetencje psychospołeczne, mechanizmy adaptacyjne i czynniki kontekstowe. Podstawowe kompetencje psychospołeczne (inaczej: społeczno-psychologiczne, miękkie) obejmują inteligencję emocjonalną, kompetencje komunikacyjne, zdolności analityczne oraz kompetencje etyczne. Te umiejętności stanowią podstawę dla skutecznego funkcjonowania w roli kierowniczej[22]. Mechanizmy adaptacyjne zawierają strategie radzenia sobie ze stresem, elastyczność poznawczą oraz zdolności do uczenia się organizacyjnego, zaś rozpatrywać je można w szerszym kontekście odporności psychologicznej. Mechanizmy te umożliwiają skuteczne funkcjonowanie w wymagającym środowisku organizacyjnym. Z kolei czynniki kontekstowe uwzględniają specyfikę organizacji, kulturę bezpieczeństwa, wsparcie organizacyjne oraz charakterystyki zespołu[23].

3. Podstawowe kompetencje psychospołeczne w kierowaniu podmiotami leczniczymi

3.1. Inteligencja emocjonalna

Inteligencja emocjonalna (IE) stanowi jeden z najważniejszych korelatów sukcesu kierowniczego[24]. Model Mayera i Saloveya[25] wyróżnia cztery podstawowe komponenty emocjonalnej inteligencji: (a) zdolności do rozpoznawania emocji, (b) zdolności rozumienia emocji i posiadanie wiedzy emocjonalnej, (c) zdolności emocjonalnego wspomagania myślenia oraz (d) zdolności do świadomej regulacji emocji. W kontekście kierowania podmiotami leczniczymi, każdy z tych komponentów nabiera szczególnego znaczenia. Zdolność do rozpoznawania emocji będzie umożliwiała kierownikom dokładne odczytywanie stanów emocjonalnych pacjentów, członków zespołu oraz innych interesariuszy organizacji. W środowisku medycznym, gdzie

[21] Waśniewski J., Strumiłło J., *Koncepcje zarządzania*..., op. cit.

[22] Por. Ćwik K., Zbroja A., *Kompetencje osób rozpoczynających działalność gospodarczą w województwie lubelskim na przykładzie działania 6.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*. Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Ekonomia 2013; 6(1): 125-153.

[23] Dąbrowska E., Matecka M., Sielska J., *Competences of the Healthcare Entity Manager*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu 2015; 41: 293–304.

[24] Goleman D., Boyatzis R.E., McKee A., *Primal leadership: learning to lead with emotional intelligence*. Harvard Business School Press, 2013.

[25] Mayer J.D., Salovey P., *What is emotional intelligence?* (in:) Salovey P., Sluyter D.J. (eds.), *Emotional development and emotional intelligence*. Basic Books, 1997, pp. 3–34.

emocje często są intensywne i złożone, zdolność do identyfikacji stanów emocjonalnych stanowi podstawę dla odpowiednich interwencji kierowniczych[26]. Rozumienie emocji będzie pozwalało na głębsze zrozumienie przyczyn i konsekwencji różnych stanów emocjonalnych, co jest szczególnie istotne w kontekście zarządzania sytuacjami kryzysowymi, konfliktami interpersonalnymi oraz procesami zmiany organizacyjnej. Kierownicy o wysokim poziomie rozumienia emocjonalnego lepiej przewidują reakcje zespołu na różne decyzje i strategie działania. Wykorzystywanie emocji (zdolność do wspomagania myślenia emocjami) obejmuje zdolność do konstruktywnego kierowania emocjami w celu osiągnięcia celów organizacyjnych. W podmiotach leczniczych może to oznaczać umiejętne wykorzystywanie pozytywnych emocji dla motywowania zespołu lub kanalizowanie negatywnych emocji w konstruktywne działania naprawcze. Regulacja emocjonalna stanowić może kluczową kompetencję w środowisku charakteryzującym się wysokim poziomem stresu i presji emocjonalnej[27]. Kierownicy o rozwiniętych umiejętnościach regulacji emocjonalnej lepiej radzą sobie z własnymi reakcjami emocjonalnymi oraz skuteczniej wspierają członków zespołu w zarządzaniu ich stanami emocjonalnymi. Badania empiryczne potwierdzają istotne związki między inteligencją emocjonalną kierowników a różnymi wskaźnikami efektywności organizacyjnej w podmiotach leczniczych, włączając satysfakcję pacjentów, zaangażowanie pracowników oraz wskaźniki jakości opieki medycznej[28].

3.2. Kompetencje komunikacyjne i interpersonalne

Obok inteligencji emocjonalnej, to kompetencje komunikacyjne i interpersonalne stanowią kluczowy element kierowania w środowisku zdrowotnym, gdzie jakość przekazu informacji może mieć bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjentów oraz efektywność procesów leczniczych[29]. Kluczowe kompetencje komunikacyjne obejmują: aktywne słuchanie, komunikację strategiczną, komunikację w sytuacjach kryzysowych, i komunikację interpersonalną. Aktywne słuchanie stanowi kompetencję często niedocenianą, ale ważną dla zrozumienia potrzeb i oczekiwań różnych grup interesariuszy. W środowisku medycznym, gdzie informacje mogą być złożone i wieloznaczne, zdolność do aktywnego słuchania stanowi podstawę dla trafnych decyzji kierowniczych. Komunikację strategiczną należy rozumieć jako zdolność do jasnego formułowania wizji organizacyjnej, celów strategicznych oraz oczekiwań wobec zespołu. W kontekście podmiotów leczniczych, komunikacja strategiczna

[26] Cherniss C., Goleman D., *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select For, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*. John Wiley & Sons, 2003.

[27] Ćwik K., Zbroja A., *Kompetencje osób rozpoczynających działalność gospodarczą w województwie lubelskim na przykładzie działania 6.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*. Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Ekonomia 2013; 6(1): 125-153.

[28] McLarnon M.J.W., Rothstein M.G., *Development and Initial Validation of the Workplace Resilience Inventory*. Journal of Personnel Psychology 2013; 12(2): 63–73.

[29] Leonard M., *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Quality and Safety in Health Care 2004; 13(suppl. 1): i85–i90.

powinna uwzględniać różnorodność grup odbiorców, od interesariuszy, personelu medycznego po pacjentów i ich rodziny. Komunikacja w sytuacjach kryzysowych to umiejętność przekazywania trudnych informacji, zarządzania komunikacją w sytuacjach nagłych oraz koordynowania przepływu informacji między różnymi jednostkami organizacyjnymi. Te kompetencje są szczególnie istotne w kontekście incydentów medycznych, sytuacji awaryjnych oraz procesów zarządzania kryzysowego. Z kolei komunikacja interpersonalna to zdolność do budowania i utrzymywania pozytywnych relacji z różnymi grupami interesariuszy, włączając członków zespołu, pacjentów, rodziny oraz przedstawicieli innych organizacji. Skuteczna komunikacja interpersonalna ma znaczenie dla klimatu organizacyjnego, zaangażowania pracowników oraz zadowolenia pacjentów[30].

3.3. Umiejętności analityczne i podejmowanie decyzji

Kierowanie podmiotami leczniczymi wymaga także zdolności analitycznych oraz umiejętności podejmowania decyzji w złożonych i często niejednoznacznych sytuacjach[31]. Kluczowe komponenty tych kompetencji obejmują: myślenie systemowe, analizę ryzyka, podejmowanie decyzji w warunkach niepewności, planowanie strategiczne. Od kierowników podmiotów leczniczych wymaga się zdolności do postrzegania organizacji jako złożonego systemu wzajemnie powiązanych elementów, gdzie zmiany w jednym obszarze mogą mieć nieprzewidywalne konsekwencje w innych częściach systemu. W ochronie zdrowia myślenie systemowe jest szczególnie istotne ze względu na kompleksowość procesów medycznych oraz wielość powiązań między różnymi jednostkami organizacyjnymi. Poza tym ważna jest również umiejętność identyfikowania, oceniania oraz zarządzania różnymi typami ryzyka organizacyjnego, od ryzyka klinicznego po ryzyko finansowe i reputacyjne. Skuteczna analiza ryzyka wymaga integracji danych ilościowych z oceną jakościową oraz uwzględnienia niepewności inherentnej w środowisku medycznym. Inną umiejętnością jest zdolność do formułowania racjonalnych decyzji pomimo niepełnej informacji, presji czasu oraz wysokich stawek decyzyjnych[32]. Ta kompetencja łączy elementy analizy racjonalnej z intuicją zawodową oraz doświadczeniem praktycznym. Poza tym ważne są również umiejętności formułowania długoterminowych planów organizacyjnych, uwzględniających zmieniające się warunki zewnętrzne oraz wewnętrzne możliwości organizacji. W sektorze ochrony zdrowia planowanie strategiczne musi integrować perspektywy medyczne, ekonomiczne oraz społeczne[33].

[30] Kęsy M., *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

[31] Kovner A.R., Knickman J.R. (eds.), *Healthcare delivery in the United States*. Springer Publishing Company, 2019.

[32] Por. K. Ćwik, S. Srzypek-Ahmed, W. Cwynar i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810-825.

[33] Kęsy M., *Relacje i komunikacja*..., op. cit.; Dąbrowska E., Matecka M., Sielska J., *Competences of the*..., op. cit.

3.4. Kompetencje etyczne i odpowiedzialność zawodowa

Środowisko ochrony zdrowia charakteryzuje się szczególnie wysokimi standardami etycznymi oraz złożonymi dylematami moralnymi, co czyni kompetencje etyczne równie ważnym, jak wyżej wymienione, elementem efektywnego przywództwa[34]. W związku z tym od lidera w ochronie zdrowia oczekuje się świadomości etycznej. Rozumiemy ją jako zdolność do identyfikowania i analizowania dylematów etycznych w codziennej praktyce kierowniczej. W podmiotach leczniczych dylematy etyczne mogą dotyczyć alokacji zasobów, konfliktów między różnymi grupami interesariuszy oraz napięć między celami medycznymi a ekonomicznymi. Poza tym, oczekiwania w zakresie kompetencji etycznych obejmują również rozumowanie moralne. Umiejętność systematycznej analizy problemów etycznych z wykorzystaniem różnych ram teoretycznych oraz zasad etyki medycznej zdaje się ważnym elementem pracy dnia codziennego. Skuteczne rozumowanie moralne wymaga znajomości podstawowych teorii etycznych oraz umiejętności ich aplikacji w konkretnych sytuacjach praktycznych. Dwie ostatnie ze wskazanych w niniejszym paragrafie kompetencji obejmują integralność zawodową i odpowiedzialność społeczną. Integralność zawodową rozumieć będziemy jako konsekwentne działanie zgodnie z wysokimi standardami etycznymi, nawet w sytuacjach presji zewnętrznej lub konfliktu interesów. Integralność zawodowa wpływa na wiarygodność kierownika oraz zaufanie ze strony różnych grup interesariuszy. Z kolei odpowiedzialność społeczna traktowana jest jako rozumienie i realizowanie zobowiązań organizacji wobec szerszej społeczności, włączając zapewnienie dostępu do opieki medycznej, promocję zdrowia publicznego oraz odpowiedzialne gospodarowanie zasobami publicznymi[35].

4. Stres zawodowy i jego konsekwencje w środowisku kierowniczym

Kierownicy podmiotów leczniczych narażeni są na szerokie spektrum stresorów specyficznych dla środowiska ochrony zdrowia[36]. Systematyzacja tych stresorów pozwala na lepsze zrozumienie wyzwań psychologicznych oraz projektowanie skutecznych interwencji wspierających. Do stresorów, czyli czynników, które mogą potencjalnie wywoływać stres należą m.in.: stresory organizacyjne, interpersonalne, etyczne czy czasowe. Stresory, których źródłem jest samo funkcjonowanie organizacji obejmują presję finansową, zmieniające się regulacje prawne, konieczność

[34] Emanuel E.J., *Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources*. The Hastings Center Report 2000; 30(3): 8–16.

[35] Kubka J., Vasiljeviene N., *Problemy instytucjonalizacji etyki w dziedzinie służby zdrowia*. Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym 2008; 11(2): 67–74.

[36] Montgomery A., Spânu F., Băban A., Panagopoulou E., *Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork.* Burnout Research 2015; 2(2–3): 71–79.

implementacji nowych technologii oraz zarządzanie złożonymi strukturami organizacyjnymi. W polskim systemie ochrony zdrowia szczególnym stresorem jest niepewność finansowania oraz zmiany w przepisach prawnych regulujących funkcjonowanie podmiotów leczniczych[37]. Stresory interpersonalne z kolei związane są z zarządzaniem konfliktami między różnymi grupami zawodowymi, komunikacją z rodzinami pacjentów w trudnych sytuacjach oraz budowaniem zespołów interdyscyplinarnych. Różnorodność profesji medycznych, każda z własnymi tradycjami i standardami, stwarza dodatkowe wyzwania komunikacyjne i koordynacyjne. Istnieją również stresory wynikające z konieczności podejmowania decyzji o alokacji ograniczonych zasobów, balansowania między potrzebami indywidualnych pacjentów a dobrem ogółu oraz rozwiązywania konfliktów między różnymi wartościami organizacyjnymi. Te dylematy są szczególnie intensywne w sytuacjach kryzysowych, takich jak np. pandemia COVID-19. Ostatnią wymienioną tu grupą stresorów, są tzw. stresory temporalne, które obejmują presję czasu w podejmowaniu decyzji, zarządzanie harmonogramami w środowisku działającym 24/7 oraz równoważenie pilnych potrzeb operacyjnych z długoterminowym planowaniem strategicznym.

Zrozumienie psychologicznych mechanizmów odpowiedzi na stres jest kluczowe dla projektowania skutecznych strategii wsparcia kierowników podmiotów leczniczych[38]. Model transakcyjny stresu wyróżnia dwa podstawowe procesy oceny poznawczej. Ocena pierwotna polega na określeniu, czy dana sytuacja stanowi zagrożenie, wyzwanie czy jest neutralna. W kontekście kierowania podmiotami leczniczymi, ta ocena jest szczególnie złożona ze względu na wielowymiarowość potencjalnych konsekwencji decyzji kierowniczych. Ocena wtórna dotyczy oceny własnych zasobów radzenia sobie z daną sytuacją. Kierownicy o wysokiej samoocenie kompetencji oraz dostępie do wsparcia organizacyjnego częściej postrzegają trudne sytuacje jako wyzwania niż zagrożenia. Chroniczny stres kierowniczy zaś może prowadzić do różnorodnych konsekwencji psychologicznych, fizjologicznych oraz behawioralnych. Konsekwencje psychologiczne obejmują objawy depresji, wypalenia zawodowego czy obniżenia satysfakcji z pracy. Konsekwencje kognitywne mogą manifestować się jako trudności koncentracji, obniżenie jakości podejmowanych decyzji oraz zmniejszenie kreatywności w rozwiązywaniu problemów. Z kolei konsekwencje długotrwałego stresu na poziomie fizjologicznym obejmują zaburzenia snu, problemy układu pokarmowego, nadciśnienie oraz osłabienie systemu immunologicznego. Te konsekwencje mogą znacząco wpływać na zdolność do efektywnego pełnienia funkcji kierowniczych.

Jedną z konsekwencji stresu a jednocześnie istotnym problemem w środowisku kierowniczym ochrony zdrowia jest wypalenie zawodowe. Wypalenie zawodowe charakteryzuje się trzema podstawowymi wymiarami[39]: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i obniżone poczucie osiągnięć. Zgodnie z koncepcją Maslach,

[37] Waśniewski J., Strumiłło J., Szawłowska R., *Projektowanie działalności*..., op. cit.

[38] Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company, 1984.

[39] Maslach C., Jackson S.E., *The measurement of experienced burnout*. Journal of Organizational Behavior 1981: 2(2): 99–113.

wypalenie znajduje się na biegunie tego samego kontinuum co zaangażowanie zawodowe – stanowiąc jego przeciwległy kraniec. Zdaniem autorki, wypalenie jest przeciwstawne do zachowań związanych z zaangażowaniem, czyli z zachowaniem pełnym energii, gotowości do współpracy i charakteryzującym się skutecznością działania. Cechy te wskazują na zaangażowanie danej osoby w pełnienie roli zawodowej. Zaangażowanie wyraża się więc, w przeciwieństwie do wyczerpania – posiadaniem energii, w przeciwieństwie do dystansowania się – współpracą, w przeciwieństwie do przekonania o braku osiągnięć – przekonaniem o własnej skuteczności. Wypaleniu towarzyszy wyczerpanie emocjonalne – stan chronicznie obniżonych zasobów emocjonalnych, manifestujący się uczuciem przeciążenia, frustracji oraz niemożności sprostania wymaganiom zawodowym[40]. W kontekście kierowania podmiotami leczniczymi, wyczerpanie emocjonalne może być szczególnie intensywne ze względu na wysokie oczekiwania ze strony różnych grup interesariuszy. Kolejnym komponentem wypalenia jest depersonalizacja. Polega na rozwoju cynicznych postaw wobec personelu oraz organizacji, manifestujący się jako dystans emocjonalny oraz obojętność wobec problemów innych osób[41].

U kierowników podmiotów leczniczych depersonalizacja może prowadzić do podejmowania decyzji opartych wyłącznie na kryteriach ekonomicznych[42], bez uwzględnienia aspektów humanitarnych. Ostatnim z kryteriów jest obniżone poczucie osiągnięć zawodowych. Inaczej jest to negatywna ocena własnej efektywności oraz wkładu w funkcjonowanie organizacji. Ten wymiar wypalenia może być szczególnie destrukcyjny dla kierowników, gdyż podważa ich motywację do podejmowania inicjatyw oraz angażowania się w procesy zmiany organizacyjnej. Badania wskazują na istotne związki między wypaleniem zawodowym kierowników a różnymi wskaźnikami funkcjonowania organizacyjnego, włączając rotację personelu, jakość opieki medycznej oraz wskaźniki bezpieczeństwa pacjentów[43].

5. Odporność psychiczna i mechanizmy adaptacyjne w przywództwie medycznym

Odporność psychiczna, rozumiana jako zdolność do skutecznego radzenia sobie z przeciwnościami losu oraz powrotu do funkcjonalności po doświadczeniu traumy lub stresu, może stanowić ważną kompetencję w kierowaniu podmiotami leczniczymi[44]. W kontekście przywództwa medycznego odporność psychiczna obejmuje zarówno indywidualne zdolności adaptacyjne kierowników, jak również

[40] Ibidem.

[41] Ibidem.

[42] Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models*..., op. cit.

[43] Shanafelt T.D., Gorringe G., Menaker R., Storz K.A., Reeves D., Buskirk S.J., Sloan J. A., Swensen S.J., *Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction*. Mayo Clinic Proceedings 2015; 90(4): 432–440.

[44] Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R., *Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives*. European Journal of Psychotraumatology 2014; 5.

ich umiejętność budowania odporności organizacyjnej. Indywidualna odporność psychiczna kierowników charakteryzuje się kilkoma komponentami. Elastyczność poznawcza umożliwia adaptację strategii myślenia i podejmowania decyzji do zmieniających się warunków organizacyjnych. Regulacja emocjonalna z kolei pozwala na utrzymanie równowagi emocjonalnej pomimo wysokiego poziomu stresu oraz presji zewnętrznej. Optymizm realistyczny łączy pozytywne nastawienie z obiektywną oceną sytuacji, umożliwiając konstruktywne działanie nawet w trudnych okolicznościach. Organizacyjna odporność psychiczna odnosi się do zdolności całej organizacji do adaptacji wobec wyzwań zewnętrznych oraz wewnętrznych zakłóceń. Kierownicy o wysokim poziomie odporności psychicznej aktywnie budują tę zdolność poprzez rozwijanie kultury uczenia się, wzmacnianie systemów wsparcia oraz promowanie elastyczności organizacyjnej[45].

5.1. Podatność na stres i radzenie sobie ze stresem

Jedna z koncepcji wyjaśniająca indywidualną wrażliwość na stresory zakłada, że spadek odporności i rozwój potencjalnych trudności to rezultat interakcji między podatnością jednostki (diatezą) a stresorami środowiskowymi (por. Monroe i Simons, 1991). Model diateza-stres (ang. *Diathesis-stress model*) znany również jako koncepcja podatność-stres[46], jest jedną z koncepcji powstałych na gruncie psychologii, która próbuje wyjaśnić rozwój trudności natury psychologicznej i psychiatrycznej. Podejście to miało istotne znaczenie dla zrozumienia etiologii różnych zaburzeń psychicznych i ma implikacje dla praktyki. Autorzy modeli diateza-stres[47] zwracają uwagę, że podatność i stres to odrębne konstrukty, oddzielne, ich zdolność do opisywania kluczowych aspektów psychopatologii jest ograniczona. Tak więc większość współczesnych modeli psychopatologii wyraźnie łączy podatność i stres w opisach procesów funkcjonalnych prowadzących do zaburzeń. Istotą jest bowiem interakcja podatności i stresu jako niezbędnej do zrozumienia rozwoju trudności. Samo określenie *diateza* odnosi się do predyspozycji lub podatności na rozwój określonego zaburzenia. Predyspozycje mogą mieć charakter biologiczny, psychologiczny lub społeczny[48]. Przykłady opisywane w literaturze obejmują: predyspozycje genetyczne, nieprawidłowości neurobiologiczne, podatności poznawcze i cechy osobowości. W kontekście pracowników ochrony zdrowia (także kierowników i liderów) model zakłada, że dla spadku odporności znaczenie będą miały nie tylko stresory, ale ich

[45] Ibidem.

[46] Belsky J., Pluess M., *Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences*. Psychological Bulletin 2009;135(6): 885-908; Carr M., Nielsen T., *A novel Differential Susceptibility framework for the study of nightmares: Evidence for trait sensory processing sensitivity*. Clinical Psychology Review 2017; 58: 86-96; Pluess M., *Individual differences in environmental sensitivity*. Child Development Perspectives 2015; 9(3): 138–143.

[47] Ingram R. E., Luxton D. D., Vulnerability-Stress Models, [in:] Hankin B. L., Abela J. R. Z. (eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Sage Publications, Inc., 2005, pp. 32–46.

[48] Ibidem.

interakcja z cechami osoby. Analizując kolejno komponenty składające się na ryzyko spadku odporności, podkreślić należy, że stres reprezentuje czynniki środowiskowe lub wydarzenia życiowe, które mogą wywołać pojawienie się zaburzenia u podatnych osób. Stresory mogą być ostre lub przewlekłe i różnić się nasileniem[49]. Koncepcja diateza-stres zakłada, że ani podatność, ani stres same w sobie nie są wystarczające do wywołania psychopatologii. To właśnie interakcja między tymi dwoma czynnikami prowadzi do obniżenia odporności a nawet manifestacji zaburzenia[50]. Zrozumienie diatez i ich interakcji ze stresem może pomagać w ukierunkowaniu profilaktyki dla osób z grupy wysokiego ryzyka[51].

Sytuacje stresowe prowokują do podejmowania określonych strategii, których celem jest unikanie nieprzyjemnych doznań i osiąganie skuteczności i satysfakcji. Skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem stanowią integralny element kompetencji kierowniczych w środowisku ochrony zdrowia[52].

W kontekście zarządzania podmiotami leczniczymi, gdzie kierownicy borykają się z wieloaspektowymi wyzwaniami organizacyjnymi, medycznymi i ekonomicznymi, kluczowe znaczenie mają skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem zawodowym. Literatura przedmiotu oferuje liczne teoretyczne klasyfikacje stylów radzenia sobie, których zrozumienie jest niezbędne dla rozwoju kompetencji psychospołecznych liderów ochrony zdrowia. Wśród autorów, którzy zajmowali się problematyką stylów radzenia sobie ze stresem w kontekście organizacyjnym, wyróżnić należy Carvera, Scheiera i Wentraub, Miller, oraz Endlera i Parkera. Jak zauważa Heszen-Niejodek[53], w literaturze przedmiotu dominują autorskie klasyfikacje nad porównaniami i syntezami różnych stanowisk teoretycznych.

5.2. Model dwustylowy Miller

Jedną z fundamentalnych koncepcji teoretycznych jest model dwóch stylów radzenia sobie zaproponowany przez Miller[54]. To podejście klasyfikacyjne, zainspirowane klasyczną psychoanalizą i nawiązujące do tendencji obronnych represji i sensytyzacji, ma szczególne zastosowanie w analizie zachowań kierowniczych w środowisku medycznym. Style radzenia sobie różnicuje się tutaj ze względu na

[49] Zubin J., Spring B., Vulnerability: *A new view of schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology 1977; 86(2): 103–126.

[50] Monroe S. M., Simons A. D., *Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders*. Psychological Bulletin 1991; 110(3): 406–425.

[51] Masten A. S., *Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity*, [in:] Wang M. C., Gordon E. W. (eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1994, pp. 3–25.

[52] Carver C.S., Connor-Smith J., *Personality and Coping*. Annual Review of Psychology 2010; 61(1): 679–704.

[53] Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z., *Człowiek w sytuacji stresu – problemy teoretyczne i metodologiczne*. Prace naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice 1996.

[54] Ibidem.

postawę wobec sygnałów dotyczących stresorów organizacyjnych i własnych reakcji na presję zawodową.

Pierwszy styl – monitoring – charakterystyczny może być dla kierowników zorientowanych na aktywne zarządzanie kryzysowe, polega na koncentrowaniu uwagi na stresorze i własnych reakcjach. W praktyce kierowniczej oznacza to systematyczne poszukiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie informacji dotyczących trudnych sytuacji organizacyjnych, konfliktów w zespole czy problemów operacyjnych placówki medycznej.

Drugi styl – unikowy – manifestuje się poprzez odwracanie uwagi od źródeł stresu i własnych reakcji emocjonalnych. Kierownicy wykorzystujący ten styl mogą stosować strategie pomijania, wypierania lub zaprzeczania problemowym informacjom, angażując się w alternatywne, mniej stresujące formy aktywności zawodowej.

Istotne jest, że style te nie są jednorodne i obejmują różne strategie radzenia sobie ze stresem kierowniczym. W przypadku monitoringu, uwaga może być skierowana zarówno na zewnętrzne informacje organizacyjne, jak i na wewnętrzne reakcje emocjonalne. W obrębie stylu unikowego wyróżnić można dwie kluczowe strategie: unikanie aktywne (celowe zajmowanie się alternatywnymi zadaniami) oraz unikanie przez wypieranie (zaprzeczanie nieprzyjemnym przeżyciom zawodowym przy dysocjacji procesów poznawczych i emocjonalnych). To podejście wykracza poza intrapsychiczne procesy poznawcze, obejmując również obserwowalne zachowania kierownicze, co pozwala określić je mianem poznawczo-behawioralnych[55].

5.3. Wielowymiarowy model Carvera, Scheiera i Weintrauba

Alternatywną propozycję przedstawili Carver, Scheier i Weintraub[56], formułując 13 różnych wymiarów radzenia sobie. Jako punkt wyjścia wykorzystali klasyczne rozróżnienie pomiędzy strategiami skoncentrowanymi na emocjach i na problemie. Analiza czynnikowa potwierdziła strukturę trzynastu dyspozycji radzenia sobie: aktywne radzenie sobie (podejmowanie bezpośrednich działań korygujących), planowanie strategiczne, zahamowanie aktywności konkurującej z rozwiązywaniem problemów, radzenie sobie przez powtarzanie sprawdzonych procedur, stosowanie instrumentalnego wsparcia społecznego (wykorzystanie sieci kontaktów zawodowych), stosowanie emocjonalnego wsparcia społecznego, pozytywne przewartościowanie sytuacji i rozwój kompetencji, akceptacja niezmiennych okoliczności, zwrot w kierunku duchowości, koncentracja na emocjach i ich wentylowanie, zaprzeczanie problemom, spadek zaangażowania behawioralnego oraz spadek zaangażowania umysłowego[57].

Choć tak szczegółowa klasyfikacja może wydawać się mało praktyczna w codziennej ocenie stylów kierowniczych, stała się podstawą do opracowania narzędzia diagnostycznego (kwestionariusz COPE), które umożliwia weryfikację hipotez

[55] Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z., *Człowiek w sytuacji stresu*..., op. cit.

[56] Ibidem.

[57] Ibidem.

dotyczących związku dyspozycji radzenia sobie, na przykład, z aktualnym zachowaniem zarządczym. Warto podkreślić, że z prezentowanych ujęć tylko koncepcja Carvera i współpracowników uwzględnia stosunek do wsparcia społecznego jako kluczowy wymiar stylu radzenia sobie, co ma szczególne znaczenie w środowisku pracy zespołowej, charakterystycznym dla ochrony zdrowia.

5.4. Model trójczynnikowy Endlera i Parkera

Kolejną znaczącą klasyfikację zaproponowali Endler i Parker[58], wykorzystując kryteria nawiązujące do funkcji radzenia sobie ze stresem w środowisku organizacyjnym. Autorzy uznali, że klasyczne dwie funkcje zaproponowane przez Lazarusa są niewystarczające dla pełnego opisu mechanizmów radzenia sobie. Wprowadzili trzeci wymiar – unikanie – tworząc kompleksowy model, obejmujący style: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach oraz skoncentrowany na unikaniu.

W praktyce kierowniczej styl skoncentrowany na zadaniu manifestuje się przez bezpośrednie działania zmierzające do rozwiązania problemów organizacyjnych, operacyjnych czy medycznych. Styl skoncentrowany na emocjach polega na regulacji własnych reakcji emocjonalnych oraz zarządzaniu klimatem emocjonalnym w zespole. Styl unikowy charakteryzuje się dystansowaniem od problematycznych sytuacji[59].

Autorzy[60] wprowadzili dodatkowe rozróżnienie w ramach wymiaru unikania, wyodrębniając strategie zorientowane na emocje (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zajmowanie się własnymi przeżyciami) oraz strategie zorientowane na zadanie (podejmowanie alternatywnych, mniej stresujących zadań zawodowych).

Podsumowując, strategie skoncentrowane na problemie obejmują bezpośrednie działania zmierzające do rozwiązania źródła stresu. W kontekście kierowania podmiotami leczniczymi może to oznaczać reorganizację procesów, wdrożenie nowych procedur lub pozyskanie dodatkowych zasobów. Te strategie są szczególnie skuteczne w sytuacjach, gdzie kierownik ma realną kontrolę nad czynnikami stresogennymi. Strategie skoncentrowane na emocjach mają na celu regulację emocjonalnych reakcji na stres, gdy bezpośrednia kontrola nad stresorem jest ograniczona. Obejmują one techniki relaksacyjne, przeformułowanie poznawcze (ang. *cognitive restructuring*) oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. W środowisku medycznym, gdzie wiele stresorów ma charakter systemowy i nie może być bezpośrednio kontrolowane przez indywidualnych kierowników, te strategie nabierają szczególnego znaczenia[61].

[58] Endler N.S., Parker J.D.A., *Coping Inventory for Stressful Situations*. APA PsycTests, 2011.
[59] Ibidem.
[60] Ibidem.
[61] Carver C.S., Connor-Smith J., *Personality and Coping*..., op. cit.

5.5. Wsparcie społeczne i sieci profesjonalne

Wsparcie społeczne stanowi jeden z najważniejszych czynników ochronnych wobec negatywnych skutków stresu zawodowego[62]. W kontekście kierowania podmiotami leczniczymi, wsparcie społeczne może przybierać różne formy. Pierwszą z nich jest wsparcie instrumentalne. Obejmuje ono praktyczną pomoc w rozwiązywaniu problemów zawodowych, dostęp do zasobów oraz mentoring ze strony doświadczonych kierowników. W środowisku ochrony zdrowia, tego typu wsparcie może być szczególnie istotne podczas implementacji nowych regulacji prawnych lub technologii medycznych. Drugą formą może być wsparcie emocjonalne. Ono z kolei odnosi się do zapewnienia bezpiecznej przestrzeni do wyrażania emocji, otrzymywania empatii oraz walidacji doświadczeń zawodowych. Może być realizowane poprzez formalne programy wsparcia, grupy rówieśnicze lub nieformalne sieci zawodowe. Dwie kolejne formy wsparcia obejmują wsparcie informacyjne i oceniające (ang. *appraisal*). Wsparcie informacyjne polega na dostępie do aktualnej wiedzy, najlepszych praktyk oraz doradztwa eksperckiego. W dynamicznie zmieniającym się środowisku ochrony zdrowia, tego typu wsparcie jest kluczowe dla podejmowania świadomych decyzji strategicznych. Z kolei wsparcie oceniające pomaga w obiektywnej ocenie sytuacji zawodowych, identyfikacji mocnych stron oraz obszarów wymagających rozwoju. Ten typ wsparcia może być szczególnie istotny dla kierowników, którzy często funkcjonują w izolacji decyzyjnej i mogą mieć ograniczony dostęp do obiektywnej informacji zwrotnej[63].

5.6. Rozwój kompetencji adaptacyjnych

Grupą kompetencji, które mogą mieć istotne znaczenie dla funkcjonowania i efektywności kierowników w podmiotach leczniczych, są kompetencje adaptacyjne. Stanowią one zbiór umiejętności umożliwiających skuteczne funkcjonowanie w zmieniającym się środowisku organizacyjnym[64]. W kontekście kierowania podmiotami leczniczymi istotne dla jakości funkcjonowania organizacji może być uczenie się organizacyjne. Definiowane jest ono jako zdolność do systematycznego pozyskiwania, przetwarzania oraz aplikowania nowej wiedzy na poziomie indywidualnym i organizacyjnym[65]. W środowisku medycznym, gdzie wiedza szybko się dezaktualizuje,

[62] Cohen S., Wills T.A., *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin 1985; 98(2): 310–357.

[63] Cobb S., *Social Support as a Moderator of Life Stress*. Psychosomatic Medicine 1976; 38(5): 300–314; Holahan C.J., Moos R.H., *Social support and psychological distress: A longitudinal analysis*. Journal of Abnormal Psychology 1981; 90(4): 365–370; Kacperczyk A., *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.

[64] Pulakos E.D., Arad S., Donovan M.A., Plamondon K.E., *Adaptability in the workplace: Development of a taxonomy of adaptive performance*. Journal of Applied Psychology 2000; 85(4): 612–624.

[65] Lengnick-Hall C.A., Beck T.E., *Adaptive Fit Versus Robust Transformation: How Organizations Respond to Environmental Change*. Journal of Management 2005; 31(5): 738–757.

a nowe technologie ciągle pojawiają, uczenie się organizacyjne stanowi podstawę konkurencyjności. Ponadto ważne są: umiejętność planowania, implementowania oraz monitorowania procesów zmiany organizacyjnej. Skuteczne zarządzanie zmianą wymaga integracji aspektów technicznych, organizacyjnych oraz psychologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem oporu wobec zmiany oraz strategii jego przezwyciężania[66]. Dla rozwoju organizacji ważna jest również innowacyjność kierownika. Rozumieć należy ją jako zdolność do generowania, oceniania oraz implementowania nowych rozwiązań organizacyjnych[67]. W sektorze ochrony zdrowia innowacyjność może dotyczyć procesów medycznych, systemów organizacyjnych oraz modeli opieki nad pacjentami. Ponadto ważna z perspektywy rozwoju organizacji i zapewnienia jej efektywności jest również współpraca międzyorganizacyjna. Umiejętność budowania i utrzymywania partnerstwa z innymi organizacjami, instytucjami publicznymi oraz grupami interesariuszy wydaje się być istotna dla rozwoju każdej organizacji, szczególnie tej o charakterze leczniczym. W coraz bardziej zintegrowanym systemie ochrony zdrowia ta kompetencja nabiera strategicznego znaczenia.

6. Implikacje praktyczne i rekomendacje

Analiza wybranych psychologicznych korelatów efektywności kierowniczej w podmiotach leczniczych ma istotne implikacje między innymi dla procesów selekcji oraz rozwoju kadr kierowniczych. Procesy selekcyjne powinny uwzględniać systematyczną ocenę kompetencji psychologicznych, wykorzystując standaryzowane, trafne i rzetelne samoopisowe narzędzia oceny oraz metody symulacyjne, odzwierciedlające specyfikę środowiska medycznego. Ponadto, w kontekście specyfiki samego zawodu, wysoce użyteczne i potrzebne są programy rozwojowe dla kierowników podmiotów leczniczych. Ich struktura powinna integrować komponenty poznawcze (wiedzę teoretyczną), umiejętnościowe (umiejętności praktyczne) oraz tzw. doświadczeniowe (uczenie przez doświadczanie). Szczególną uwagę należy poświęcić rozwojowi inteligencji emocjonalnej, kompetencji komunikacyjnych oraz strategii radzenia sobie ze stresem, tym samym w sposób ustrukturyzowany wspierać w budowaniu odporności psychicznej kierowników placówek medycznych. Innym rozwiązaniem, które może wspierać dobrostan pracowników ochrony zdrowia są systemy mentoringowe. Można je traktować jako istotny element wsparcia rozwojowego, umożliwiającego transfer wiedzy (szczególnie tzw. wiedzy ukrytej/milczącej – ang. *tacit knowledge*) oraz doświadczeń praktycznych między doświadczonymi a początkującymi kierownikami. Skuteczne programy mentoringu powinny uwzględniać strukturę, cele oraz mechanizmy ewaluacji.

[66] Garvin D.A., *Building a learning organization*. Harvard Business Review 1993; 71(4): 78–91.

[67] Amabile T. M., *From individual creativity to organizational innovation*, [in:] Grønhaug K., Kaufmann G. (eds.), *Innovation: A cross-disciplinary perspective*. Norwegian University Press, 1988, pp. 139–166.

Mając na myśli powyższe dane, organizacje ochrony zdrowia powinny implementować kompleksowy system wsparcia, uwzględniający specyficzne potrzeby kadr kierowniczych. Rozwiązaniem takim może być np. *Employee Assistance Programs* (EAP), który zawiera m.in. poradnictwo psychologiczne, warsztaty wspierające umiejętności zarządzania stresem czy budowania równowagi pomiędzy życiem osobistym a życiem zawodowym[68]. Kultury organizacyjne wspierające charakteryzują się otwartością na błędy, promowaniem uczenia się oraz psychologicznym bezpieczeństwem[69], umożliwiając wyrażanie wątpliwości oraz poszukiwanie pomocy. Te kultury są szczególnie istotne w środowisku medycznym, gdzie błędy mogą mieć poważne konsekwencje, a uczenie się z nich jest kluczowe dla poprawy bezpieczeństwa[70].

7. Podsumowanie i wnioski

Analiza wybranych psychologicznych korelatów efektywności kierowniczej w podmiotach leczniczych ujawnia kompleksowość wyzwań oraz możliwości w tym obszarze. Uwzględnione zostały kompetencje, które wydają się być ważne dla wspierania zdrowia psychicznego, dobrostanu i odporności. Obejmują one inteligencję emocjonalną, umiejętności komunikacyjne, analityczne, etyczne stanowią fundament dla skutecznego przywództwa w ochronie zdrowia. Odporność psychiczna, włączając efektywne radzenie sobie ze stresem i budowanie sieci wsparcia, są równie istotne dla podnoszenia efektywności kierowniczej, a także indywidualnego dobrostanu kierowników. Te mechanizmy umożliwiają nie tylko przetrwanie, ale również wzrost i rozwój w tak wymagającym środowisku pracy.

Specyfika zawodu jednoznacznie wskazuje na potrzebę kompleksowego podejścia zarówno do rekrutacji, selekcji ale także rozwoju pracownika kadr kierowniczych. Uwzględniać on winien unikalne, specyficzne środowisko ochrony zdrowia. Organizacje muszą inwestować w rozwiązania systemowe uwzględniające zarówno kompetencje indywidualne, jak również czynniki środowiskowe. Skuteczne kierowanie podmiotami leczniczymi wymaga wielu specyficznych dla zawodu kompetencji, zarówno tych związanych z zarządzaniem, jak i tych, które związane są z utrzymaniem jakości życia samych pracowników. Czynniki psychologiczne, chociaż wydawać się mogą mniej ważne niż czynniki związane z zarządzaniem finansami, są kluczowe dla podejmowania aktywności w obszarze ochrony zdrowia, zarówno w kontekście krótkoterminowych działań, jak również długoterminowych rozwiązań w organizacjach medycznych. W kontekście ciągłej oceny systemu ochrony zdrowia, inwestowanie w psychologiczne kompetencje kadr kierowniczych wpływa na jakość opieki w całym systemie. Interdyscyplinarna współpraca pomiędzy psychologią i zarządzaniem będzie kluczowa dla praktyki w tym obszarze.

[68] Attridge M., *A Global Perspective on Promoting Workplace Mental Health and the Role of Employee Assistance Programs*. American Journal of Health Promotion 2019; 33(4): 622–629.

[69] Edmondson A.C., *The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons, Inc., 2019.

[70] Herlihy P.A., Attridge M., Chapter 4: *Research on the Integration of...*, op. cit.

Bibliografia

Literatura

Amabile T. M., *From individual creativity to organizational innovation*, [in:] Grønhaug K., Kaufmann G. (eds.), *Innovation: A cross-disciplinary perspective*. Norwegian University Press, 1988, pp. 139–166.

Attridge M., *A Global Perspective on Promoting Workplace Mental Health and the Role of Employee Assistance Programs*. American Journal of Health Promotion 2019; 33(4): 622–629.

Bass B.M., *Does the transactional–transformational leadership paradigm transcend organizational and national boundaries?* American Psychologist 1997; 52(2): 130–139.

Belsky J., Pluess M., *Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences.* Psychological Bulletin 2009;135(6): 885-908.

Buchbinder S.B., Shanks N.H. (eds.), *Introduction to health care management.* Jones & Bartlett Learning, 2017.

Carr M., Nielsen T., *A novel Differential Susceptibility framework for the study of nightmares: Evidence for trait sensory processing sensitivity.* Clinical Psychology Review 2017; 58: 86-96.

Carver C.S., Connor-Smith J., *Personality and Coping.* Annual Review of Psychology 2010; 61(1): 679–704.

Cherniss C., Goleman D., *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select For, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations.* John Wiley & Sons, 2003.

Chreim S., Williams B.E. (Bernie), Hinings C.R. (Bob), *Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity.* Academy of Management Journal 2007; 50(6): 1515–1539.

Cobb S., *Social Support as a Moderator of Life Stress.* Psychosomatic Medicine 1976; 38(5): 300–314.

Cohen S., Wills T.A., *Stress, social support, and the buffering hypothesis.* Psychological Bulletin 1985; 98(2): 310–357.

Ćwik K., *Jakość w usługach medycznych. Wpływ systemów zarządzania jakością na efektywność publicznych usług szpitalnych*. Difin, Warszawa 2023.

Ćwik K., Srzypek-Ahmed S., Cwynar W. i in., *Optimisation models and the economics of managerial decision-making*. Journal of Modern Science 2023; 54(5): 810–825.

Ćwik K., Zbroja A., *Kompetencje osób rozpoczynających działalność gospodarczą w województwie lubelskim na przykładzie działania 6.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*. Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Ekonomia 2013; 6(1): 125–153.

Dąbrowska E., Matecka M., Sielska J., *Competences of the Healthcare Entity Manager.* Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu 2015; 41: 293–304.

Dye C.F., Garman A.N., *Exceptional leadership: 16 critical competencies for healthcare executives.* HAP, 2015.

Edmondson A.C., *The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth.* John Wiley & Sons, Inc., 2019.

Emanuel E.J., *Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources.* The Hastings Center Report 2000; 30(3): 8–16.

Endler N.S., Parker J.D.A., *Coping Inventory for Stressful Situations.* APA PsycTests, 2011.

Garvin D.A., *Building a learning organization.* Harvard Business Review 1993; 71(4): 78–91.

George B., *Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value.* Jossey-Bass, 2003.

Goleman D., Boyatzis R.E., McKee A., *Primal leadership: learning to lead with emotional intelligence.* Harvard Business School Press, 2013.

Guo K.L., DECIDE: *A Decision-Making Model for More Effective Decision Making by Health Care Managers.* The Health Care Manager 2020; 39(3): 133–141.

Heifetz R.A., Linsky M., *Leadership on the line: staying alive through the dangers of change.* Harvard Business Review Press, 2017.

Herlihy P.A., Attridge M., *Chapter 4: Research on the Integration of Employee Assistance, Work-Life and Wellness Services: Past, Present and Future.* Journal of Workplace Behavioral Health 2005; 20(1–2): 67–93.

Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z., *Człowiek w sytuacji stresu – problemy teoretyczne i metodologiczne.* Prace naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice 1996.

Holahan C.J., Moos R.H., *Social support and psychological distress: A longitudinal analysis.* Journal of Abnormal Psychology 1981; 90(4): 365–370.

Ingram R. E., Luxton D. D., *Vulnerability-Stress Models,* [in:] Hankin B. L., Abela J. R. Z. (eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective.* Sage Publications, Inc., 2005, pp. 32–46.

Kacperczyk A., *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej.* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.

Kęsy M., *Relacje i komunikacja w świecie medycznym.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

Kovner A.R., Knickman J.R. (eds.), *Healthcare delivery in the United States.* Springer Publishing Company, 2019.

Kubka J., Vasiljeviene N., *Problemy instytucjonalizacji etyki w dziedzinie służby zdrowia. Annales.* Etyka w Życiu Gospodarczym 2008; 11(2): 67–74.

Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, appraisal, and coping.* Springer Publishing Company, 1984.

Lengnick-Hall C.A., Beck T.E., *Adaptive Fit Versus Robust Transformation: How Organizations Respond to Environmental Change*. Journal of Management 2005; 31(5): 738–757.

Leonard M., *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Quality and Safety in Health Care 2004; 13 (suppl. 1): i85–i90.

Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., Lisiecka-Biełanowicz M., *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia: diagnoza i kierunki doskonalenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2017.

Longest B.B., Darr K., *Managing health services organizations and systems*. Health Professions Press, 2020.

Maslach C., Jackson S.E., *The measurement of experienced burnout*. Journal of Organizational Behavior 1981: 2(2): 99–113.

Masten A. S., *Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity*, [in:] Wang M. C., Gordon E. W. (eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects.* Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1994, pp. 3–25.

Mayer J.D., Salovey P., *What is emotional intelligence?* [in:] Salovey P., Sluyter D.J. (eds.), *Emotional development and emotional intelligence*. Basic Books, 1997, pp. 3–34.

McLarnon M.J.W., Rothstein M.G., *Development and Initial Validation of the Workplace Resilience Inventory*. Journal of Personnel Psychology 2013; 12(2): 63–73.

Monroe S. M., Simons A. D., *Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders.* Psychological Bulletin 1991; 110(3): 406–425.

Montgomery A., Spânu F., Băban A., *Panagopoulou E., Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork.* Burnout Research 2015; 2(2–3): 71–79.

Parand A., Dopson S., Renz A., Vincent C., *The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review.* BMJ Open 2014; 4(9): e005055.

Pluess M., *Individual differences in environmental sensitivity.* Child Development Perspectives 2015; 9(3): 138–143.

Pulakos E.D., Arad S., Donovan M.A., Plamondon K.E., *Adaptability in the workplace: Development of a taxonomy of adaptive performance*. Journal of Applied Psychology 2000; 85(4): 612–624.

Rostkowski T., Strzemiński J., *Leadership in Healthcare System*. Kwartalnik Ekonomistów i Menedżerów 2019; 51(1): 133–144.

Shanafelt T.D., Gorringe G., Menaker R., Storz K.A., Reeves D., Buskirk S.J., Sloan J.A., Swensen S.J., *Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction.* Mayo Clinic Proceedings 2015; 90(4): 432–440.

Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R., *Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives*. European Journal of Psychotraumatology 2014; 5.

Stefl M.E., *Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model.* Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives 2008; 53(6): 360–374.

Waśniewski J., Strumiłło J., *Koncepcje zarządzania podmiotami leczniczymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020.

Waśniewski J., Strumiłło J., Szawłowska R., *Projektowanie działalności podmiotów leczniczych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2022.

Zubin J., Spring B., Vulnerability: *A new view of schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology 1977; 86(2): 103–126.

*Michał Kapala**
*Tomasz Wołowiec***
*Krzysztof Dyrek****
*Adam Halemba*****
*Brijeshkumar Bhavsar******

PERSONNEL MARKETING AND HUMAN RESOURCE MANAGEMENT

Marketing personalny a zarządzanie zasobami ludzkimi

*Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University w Nowym Sączu, ORCID: 0009-0001-5125-5869
**Lubelska Akademia WSEI w Lublinie, ORCID: 0000-0002-7688-4231
***Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University w Nowym Sączu, ORCID: 0009-0002-3108-4369
****Akademia Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie, ORCID:0000-0003-2916-3834
*****Akademia Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie, ORCID: 0009-0009-4651-8431

Abstract

The concept of marketing originally encompassed human market activities, involving the exchange of tangible and intangible goods, while representing different values for specific market participants. The concept was most often applied to activities aimed at providing the customer with a product. In the developed market economy, it became apparent that the success of a company depended on its customers. Marketing, therefore, began to play an integrating role for all activities aimed at acquiring and maintaining such a market for sales, which would be adequate to the needs and development opportunities of a particular enterprise. The classical conception of marketing takes as its starting point the effective determination of the needs of the recipient of a good or service, so as to adapt to them the appropriate mechanisms of promotion. Personal marketing, on the other hand, is a system of ways in which a company deals with the requirements of employees and the market. It is about the comprehensive management of the potential of an enterprise according to its size, structure or capabilities.

Key words: human resource management, personnel marketing, personnel function, organizational effectiveness

Streszczenie

Pojęcie marketingu początkowo obejmowało działalność rynkową człowieka, polegającą na wymianie dóbr materialnych i niematerialnych, stanowiących przy tym różną wartość dla konkretnych uczestników rynku. Pojęcie to stosowane było najczęściej do działań ukierunkowanych na dostarczenie klientowi produktu. W rozwiniętej gospodarce rynkowej okazało się, że sukces firmy jest uzależniony od jej klientów. Marketing zaczął zatem odgrywać rolę integrującą wszystkie działania nastawione na zdobycie i utrzymanie takiego rynku zbytu, który byłby adekwatny do potrzeb i możliwości rozwoju danego przedsiębiorstwa. Klasyczna koncepcja dotycząca marketingu za punkt wyjścia uznaje skuteczne określenie potrzeb odbiorcy towaru lub usługi, tak by dostosować do nich odpowiednie mechanizmy promocji. Natomiast marketing personalny to system sposobów postępowania firmy wobec wymagań pracowników oraz rynku. Chodzi o kompleksowe zarządzanie potencjałem przedsiębiorstwa w zależności od jego wielkości, struktury czy możliwości.

Słowa kluczowe: *zarządzanie zasobami ludzkimi, marketing personalny, funkcja personalna, efektywność organizacji*

1. Introduction

The concept of marketing originally encompassed human market activities, involving the exchange of tangible and intangible goods, while representing different values for specific market participants. The concept was most often applied to activities aimed at providing the customer with a product. In the developed market economy, it became apparent that the success of a company depended on its customers. Marketing, therefore, began to play an integrating role for all activities aimed at acquiring and maintaining such a market for sales, which would be adequate to the needs and development opportunities of a particular enterprise. The classical conception of marketing takes as its starting point the effective determination of the needs of the recipient of a good or service, so as to adapt to them the appropriate mechanisms of promotion. Personal marketing, on the other hand, is a system of ways in which a company deals with the requirements of employees and the market. It is about the comprehensive management of the potential of an enterprise according to its size, structure or capabilities[1].

Personnel marketing has emerged through the operation of certain trends concerning the law and the work ethos. There is talk of the phenomenon of little practical and fragmented knowledge acquired at school, the consequences of which are wrong decisions regarding the choice of studies and profession. This consequently leads to

[1] Pocztowski A., Potoczek N., *Marketingowa orientacja w zarządzaniu zasobami ludzkimi*. Prace z zakresu zarządzania personelem, Zeszyty Naukowe 2002; 607: 5.

a shortage of good specialists and managers in the labor market. The value system held by employees has also changed, as well as their needs for safety and quality of work. Demographic factors have also played a major role in the emergence of personnel marketing. The occurrence of the above-mentioned phenomena is forcing companies to change their existing HR policies. Human resources, characterized as extremely dynamic, flexible, conflict-causing, success-expecting, constantly developing, require the formulation of a new company concept and practical actions.

Marketing related to the human resources aspect provides an opportunity to intervene during the various changes that the enterprise and its environment are undergoing. This concept helps open up new perspectives for making the personnel system more flexible and modernized, significantly improving the competitiveness of the enterprise and effectively attracting new employees. Personnel marketing also has a broad ethical dimension, since the employee becomes the center of the business in this concept.

By implementing the concept of human resource (personnel) marketing, the company treats and views employed and potential employees as so-called internal customers. The employee becomes an essential element of the company and a strategic element of marketing. Studies show that these types of strategies help build lasting relationships between employers and employees. This increases the loyalty and productivity of the employed[2].

In the scholarly literature on personnel marketing, some researchers view the concept as the result of the evolution of various approaches to personnel-oriented marketing, while other researchers treat it as relatively identical to the currents of partnership or internal marketing. The keynote of these considerations is the strong focus of the organization's management on the formation and consolidation of a positive image of the company as an employer, which in the long run translates into positive perceptions of the institution by various stakeholder groups. Baruk defines personnel marketing as a system of ways of conduct and behavior of an enterprise oriented to the interests and expectations of potential and employed employees. The purpose of this concept is to shape the right image of the company in terms of caring for the human factor and relations between employees, and to strongly stimulate commitment to the work performed[3].

Personnel marketing activities constitute a comprehensive and coherent system and should not be considered at random. The personnel marketing system consists of two subsystems: internal personnel marketing (e.g., communication system, motivation system, training system) and external personnel marketing (external communication system, external recruitment system). The concept of personnel marketing

[2] Baruk A. I., *Postmodernistyczne koncepcje marketingowe a marketing klasyczny*. TNOiK, Toruń 2008; Cornel F. G., *Socially Perspective Administration*. The Phi Delta Kappan 1955; 36(6); Denison D., *What is the Difference Between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars*. Academy of Management Review 1996; 21(3): 619–654.

[3] Baruk A.I., *Postmodernistyczne…*, op. cit., s. 9.

is a relatively young current of consideration. Few Polish and foreign publications have considered this phenomenon comprehensively. According to the author, most researchers focus more on activities characteristic of general human resource management, and the very concept of personnel marketing is treated rather superficially and in an exaggerated way, without clear reference to the basic assumptions of marketing (e.g., identifying professional and personal needs of employees and their classification and segmentation[4]. Recalling a number of realized studies in the field of personnel marketing, it is possible to present the basic factors determining the internal image of the company (the climate prevailing in the company, the degree of fairness of rewards and promotions, the feeling of development or lack thereof, the surveys conducted in the field of job satisfaction, the extent of influence on the fate of the company, the degree of identification with the company's goals, the type of needs of employees satisfied by the employer) and proposed the following indicators for analyzing the perception of the company by employees: co-determination, identification with goals, development, stability, fairness of rewards, evaluation of the company climate, recommendation of the organization as a place to work, loyalty, willingness to leave the company.

2. Research methodology

The following research methods were used in conducting the study: analysis of source documentation, participant observation, interviews, questionnaires and questionnaires constructed by the author for managers and executive staff. Induction was used as the main research method. It involves drawing general conclusions or establishing regularities on the basis of analysis of empirically established phenomena and processes. It is a type of inference based on details about the general properties of a phenomenon or object. The use of this method requires the assumption that only facts can form the basis of scientific inference.

3. The concept of human resource management

Human resource management is a very broad concept that can be defined in several ways. The main idea of this field is to strive for the effective use of human and material resources to achieve the set goals. Human resource management assumes

[4] Różański A., *Rozwój zasobów ludzkich w organizacji*. Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2014; Rudawska E., *Koncepcja wartości w relacjach pracownik – organizacja.* Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 2015; 39(2); Rudawska E., *Lojalność klientów.* PWE, Warszawa 2005; Rudawska E., *Znaczenie relacji z klientami w procesie kształtowania wartości przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008; Rudnicka A., *CSR – doskonalenie relacji społecznych w firmie*. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

that the most valuable asset of a company is its employees. Good selection of employees, their qualifications and commitment, and the use of various cultural, personnel and structural methods is key to gaining a competitive advantage. Employment planning, recruitment and selection, assimilation of new hires, observation of the work of employees as well as managers, motivation, training, development and even building proper interpersonal relations within the company are the most common issues that human resource management covers.

Returning to the issue of human resources itself and the previously used term personnel management, it should be noted that there is a certain discrepancy between the two names. Personnel management itself deals with the handling of an organization's employees, while human resource management is closely related to the human side of a company and the relationship between the working people and the company itself. Thus, it can be said that personnel management is only a part of the broader human resource management. In addition, the approach to the employee from the early days of personnel management to the present has been constantly changing, which ultimately influenced the formation of human resource management. We can divide the process of change into stages-operational, tactical (managerial) and also strategic and quasi-linear.

Human resource management can be defined as an organization's activities related to acquiring, developing and maintaining a workforce that operates effectively. The term is a kind of shorthand that sometimes causes confusion – it is not the people who are the resource, but they have the resources: knowledge, abilities, etc. However, it is important to remember that when we sign a contract we are hiring the whole person, not just the resources they have. The emphasis in HRM is not only on carrying out the tasks assigned to employees, but also on communicating with employees, their identification with the organization, attracting and motivating people. Some authors extend human resource management to the organization's stakeholders. Human resources are seen as an asset of the company[5].

Using the human resource management approach, we assume that it is not possible to develop a universal model that would work in every organization – we are talking about a set of concepts, methods and techniques from which a specific set can be selected and tested under specific conditions. This approach is an extension of an earlier concept – personnel management. While in the area of personnel management the orientation was about orderliness, consistency, implementation of separate functions, in human resource management we have customer orientation, cooperation in supervisor-employee relations, integrated control of functions.

[5] Juchnowicz M., *Elastyczne zarządzanie kapitałem ludzkim z perspektywy interesariuszy*. PWE, Warszawa 2016; Król H., Ludwiczyński A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*. PWN, Warszawa 2006; Armstrong M., Taylor S., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Wolter Kluwer, Warszawa 2016; Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.

Two approaches to the employee are intertwined in human resource management. The first is economic, calculative and quantitative in nature - here the employee is treated as a typical material resource that should produce results that are correspondingly higher than inputs. The second, on the other hand, pays attention to the human being and focuses on communication, motivation and leadership looking for methods to increase employee involvement. The first approach is called hard, the second soft.

The hard-headed approach, has been around since entrepreneurs hired employees. It is necessary for the organization to achieve the desired results. The origin of the soft approach was research belonging to the humanistic management stream, and it is still evolving today. Some textbook authors take the hard approach so for granted that it doesn't need to be written. By doing so, they inadvertently set a trap for management adepts, who, by focusing exclusively on soft methods, can get their companies into serious financial trouble.

Personnel management and later human resource management have undergone a major evolution, from dealing strictly with employee issues to influencing the smooth operation and success of a company. Employees are the most valuable driving wheel of any company. They are not a resource, but have resources that significantly affect the efficiency of achieving the company's goals, while the employees themselves allow them to perform all sorts of functions and roles in the company. These include skills, abilities, knowledge, values or motivation. However, it is important to be aware that an employee decides whether to use a given resource in the course of work[6].

We can put human resource management as a broad view of the issue of management and development of human resources in the structure of an organization, where each shot of this process is an important part of the management of the enterprise as a single organism. In fact, it can be said that human resource management is, so to speak, an ideology based on the assertion that organizations, companies, enterprises, etc. exist to meet the needs of customers and provide them with certain goods. The employee is seen as a source of potential profit and is counted as a fixed asset of the organization rather than a variable cost. Therefore, the employee should continuously and successively develop his or her skills, while it remains for management to provide such opportunities and also to support in the development of the[7].

The management and shaping of human resources is the responsibility of the orgnization's management, which is tasked with directing the organization's development and applying procedures that integrate value systems that serve customers, the organization and employees. An essential element of effective human resource management is the ability to properly delegate tasks to employees. Delegation is the transfer of authority to another person, at a lower level of management part of the

[6] Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy-metody*. PWE, Warszawa 2008, s. 33–34.

[7] Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategia i działanie*. Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996, s. 9.

formal authority and responsibility for performing the relevant tasks. Delegation is based on the effective transfer of information and the assignment of tasks, so it is important that there are relationships between certain structures that allow the flow of information.

The most important actors in human capital management are:
— employees and other actors implementing the so-called "labor service";
— HR department – executives, personnel manager;
— manager, operational manager;
— management of the organization/enterprise;
— personnel consultants or other external entities performing similar functions[8].

The most general goal of human resource management is to contribute to a specific organization's competitive advantage, and success is made possible by the employees it employs. The specific objectives that make up the main goal of human resource management can be classified as follows:
— efficiency goals, including obtaining by the company the desired position in the market, industry, production volume, profit, increasing the value of the company, while by the employee – new skills, higher labor productivity, mental agility;
— humanistic/social goals directly related to the subjective approach to employees – such an approach is conditioned by creating opportunities and circumstances for professional and personal development, building an atmosphere and the right social climate in the workplace, conducive to interaction and also the achievement of new goals;
— organizational and individual;
— intermediate and final[9].

Human resource management is a challenge for employers mainly due to the fact that human labor, unlike other "resources" included in a specific organization, is a very specific resource distinguished by the following characteristics:
— uniqueness of mental and physical characteristics;
— variability of characteristics over time, which occur under the influence of various factors such as psychological, physical development, changing environmental conditions and environment;
— the impossibility of storing human labor, which results in the fact that there is an irretrievable loss of the effects of work performed with the incomplete use of certain qualifications of a given employee – this also applies to availability and loss of time;
— limited mental and physical capabilities of a particular employee to act.

[8] Buchelt B., *Znaczenie kierowników liniowych w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie wybranych procesów realizowanych przez współczesne organizacje*. Problemy zarządzania: menedżer i praca kierownicza 2008; 4(22): 60.

[9] Listwan T., *Zarządzanie kadrami*. C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 2–3.

In human resource management, three basic dimensions are mentioned:
— Functional – which focuses on a sequence of functions or activities that are perceived as necessary for the realization of HRM goals;
— Institutional – refers to the entities with the authority to make decisions (e.g., board of directors, directors, managers) regarding personnel and also the interrelationships and relationships between them;
— Instrumental – is intended to describe the techniques and tools used to carry out specific HRM functions[10].

4. The importance of human resource management in the operational and strategic activities of the organization

The overriding function of human resource management is to contribute to the growth of employees' skills, level of commitment, appropriate discretionary behavior and efficiency, in order to ultimately achieve the organization's goals discussed above. In this process, it is necessary to integrate the interests of the company and the employee. In order for human capital management to effectively fulfill its functions based on the expectations of the organization, it should be based on several principles[11]:
— employees and managers should be treated as the most important resource and capital of the company, as the level of competitiveness of the company largely depends on their expertise and commitment;
— the ground for human resource management should be the organizational culture and also a respected system of values and norms that shape the identity of the company as an organization and the attitudes and behavior of the workforce;
— the condition for the appropriate use of human resources is to combine the goals of the employer with the interests of employees, so their cooperation should be based on cooperation and professional liberation of commitment, not coercive measures;
— top management, personnel managers and each manager should guarantee adequate organizational, financial, personnel capabilities of adequate organizational, financial, personnel capabilities for the preparation and implementation of a proper personnel strategy and operationalization of the resulting goals and objectives;
— HR solutions and tools should be structured as simply as possible so that they can be easily applied. They should also be tailored to the specifics of the company and

[10] Strużyna J., *Rozwój zarządzania zasobami ludzkimi*. Wydawnictwo IPiSS, Katowice 2008, s. 46.

[11] *Vademecum z zakresu zarządzania zasobami ludzkim*. PARP, Warszawa 2010; Juchnowicz M., *Elastyczne zarządzanie…*, op. cit.; Król H., Ludwiczyński A., *Zarządzanie zasobami…*, op. cit.; Armstrong M., Taylor S., *Zarządzanie zasobami…*, op. cit.; Armstrong M., *Zarządzanie zasobami…*, op. cit.; Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami w praktyce*. PWE, Warszawa 2004; Jurkowski R., *Zarządzanie personelem. Proces kadrowy i jego prawne aspekty*. ABC, Łódź 2004.

the actual needs of managers. These solutions should be modified and updated in accordance with the company's changing business goals and objectives and the resulting management priorities[12].

Taking the levels of the management hierarchy, strategic, tactical and operational management are distinguished. Strategic management is the overriding element in the hierarchical system. It focuses on the problems of choosing the desired path of development of the enterprise, while providing guidance for operational management, which in turn is an executive tool for the adopted strategic assumptions. Operational management, therefore, includes activities related to determining the current goals of the enterprise, the ways to achieve them and the necessary resources. This management is concerned with single tasks and aims to bring about their execution, moreover, it is associated with a short time horizon.

Every manager should develop his own model of personnel management. Several generally accepted models of human resource management can be distinguished, these include the Harvard model, the Michigan model or the Schuler model. The Harvard model is developed on the four most important levels of operation such as employee participation, employee activity compensation and work system. The main idea is that the human factor that is put first influences the results of the previously implemented strategy by including the employee in the decision-making process, motivating and creating a community at work[13].

HR strategy in an organization. Creating an effective team is not a simple and easy thing. The sum of outstanding individuals does not automatically become an outstanding group. People face many barriers to mutual cooperation, and the first and most trivial is that the ability to work as a team is not what is developed during standard education. No importance is attached to it, and it is only professional life and the need to compete with companies with an organizational culture that emphasizes the importance of cooperation that is changing this erroneous attitude in an increasing number of companies. People find it difficult to cooperate with each other because they don't see the barriers and distractions in communicating with others, can't understand their point of view or empathize with someone else's situation. In effective team building, the ability to communicate with others plays a key role. It is extremely important in motivating individual and team activities, as well as in group problem-solving during meetings, deliberations, meetings or otherwise called forms of group discussion. Group discussion is not a panacea for all problems, it has its advantages as well as its limitations, as do individual team members. Learning about strengths and weaknesses at the group and individual level will allow costly and time-consuming group methods to be used where it is really necessary and economically justified while optimally utilizing the potential of all participants. A common obstacle to mutual cooperation is various types of conflicts between team members. They arise from a variety of causes,

[12] Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami…*, op. cit., s. 52–53.

[13] Ibidem, s. 304–306.

a fairly common one being unequal treatment of team members by the supervisor, which, while motivating some, demotivates others. Becoming aware of one's style of leading the team and the influence one has on others will allow one to choose the most appropriate approach to individual members of the group[14].

Personnel strategy, is a kind of template that sets the directions and ways of making personnel decisions in the company. It is created as a long-term concept concerning employee resources, aiming at their proper formation and involvement. Its goal is to support the organization in achieving success. It is said that there are two main principles that should be followed in creating an effective HR strategy. First it derives from the company's overall business strategy, and second: it reinforces the interests of both the employer and the employed employees. In the literaturę of the subject you can find many classifications of personnel strategies, but not they will be presented in this article. It is worth mentioning that each company has its own peculiarities, and therefore it is impossible to present one proven personnel strategy. However, using the available models of operation and properly adjusting them to specific needs, conditions and circumstances can bring very good results[15].

What kind of strategic activities does the personnel strategy include? First of all, t should be mentioned here:

— planning – how many and what kind of employees we will need, which employees should be laid off, which should be transferred to another department;
— recruitment and selection – how employees will be obtained, from what sources;
— development and improvement of employees – what is the career in the company, what are the opportunities for promotion, what is the training strategy;
— study of employee resources – what is the level of certain competencies among the staff, whether the measures taken have had the desired effect;
— motivation and remuneration of employees – how the remuneration system is shaped in the company, what measures will be based on the company's motivation system;
— evaluation system – how employees will be evaluated, by whom, according to what criteria;
— the method of dismissing employees – how the dismissal of personnel should be handled.

According to the above principles of personnel strategy, each of the above activities should be closely linked to the company's overall functional strategy. When creating a personnel strategy, you should have in your mind its main goal – better use of human resources. The link to the company's overall functional strategy should also not be forgotten. Realizing and understanding the latter is extremely important, as it allows you to define the key driving forces of a given business.

[14] *Vademecum z zakresu…,* op. cit.; Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*. PWN, Warszawa 2005; Juchnowicz M., *Elastyczne zarządzanie…,* op. cit.; Król H., Ludwiczyński A., *Zarządzanie zasobami…,* op. cit.

[15] Król H., Ludwicźski A., *Zarządzanie zasobami*…, op. cit.

HR strategy, therefore, should include the following elements:

1. An external analysis of the organization, which should address all areas outside the direct influence of the organization regarding personnel issues, but which have an impact on its functioning. In the case of personnel strategy, the external analysis may concern, among other things, the labor market; the functioning of local institutions; the functioning of other companies in the market; the possibility of external cooperation with consulting, training or other types of service organizations; the legal conditions of the company, etc.
2. Internal analysis of the organization, which should include all the most relevant elements to assess the human resources of the enterprise and the efficiency of its use. The selection of factors to be taken into account in making the above analysis (as in the case of other components of personnel strategy, depends on the specific needs of a particular organization). Elements that can become the subject of internal analysis are: organizational structure; the human potential possessed by the organization (in this case, it is very important to select the appropriate metrics necessary to analyze the potential of employees - it is suggested to rely on the measurement of competence); the cost of human resources; the level of employee satisfaction and their needs, etc.
3. Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) analysis – this is a part of the strategy that is a summary of external and internal analyses, indicating the most significant opportunities and strengths of the organization. It allows you to identify the elements of personnel strategy on which you can build a competitive advantage, as well as the threats and weaknesses that prevent you from achieving the goals facing the organization.
4. Development of action objectives – this stage of strategy construction requires special cooperation with representatives of other functions in the organization than HR. HR strategy must be correlated with the goals of the organization. In the development of action objectives in terms of ensuring that there are enough employees properly prepared for the tasks in addition to the HR department, those departments that are best able to determine the needs of the organization's customers should be involved. Objectives should be formulated in accordance with the SMART principle, and should not only be precisely formulated, measurable and time-bound, but also realistic and agreed upon.

Development of performance measures for the human resource management function - the establishment of performance measures for activities is directly related to the goal-setting process. The HR strategy should define clear and visible business benefits for the organization resulting from the implementation of the HRM strategy, so the adopted metrics must be precise, unambiguous and "hard" formulated. Examples of business metrics for evaluating activities resulting from the implementation of the HRM strategy:

1. Increase market share (measured by sales value or number of products sold)
   — increased customer loyalty (measured, for example, by the number of repeat purchases or expansion of cooperation into other areas - purchase of new products or services by the same customers);

- increased customer satisfaction (measured e.g. by cyclically conducted surveys) as manifested by a decrease in overdue payments (in % or amount), cost reduction (in % or amount), improved quality of products and services;
- reducing the cost of company operations to x% of the revenue level;
- making labor costs more flexible.

2. Develop a common vision for the development of the HRM function and functional action programs – this element of the strategy is designed to identify and provide the organization with consistent HRM tools and programs that affect the achievement of the organization's goals. This is an element of HR strategy that should look at existing HRM functions, identify those that should be modified, formulate new functions and tools.
3. Implementation of the strategy – the key to implementing the strategy is its proper communication. This element of the strategy should determine – how in the organization the implementation of the various elements of the HR strategy will be communicated and how the implementation of the HR strategy translates into the achievement of the organization's business objectives.
4. Control and implementation of strategic changes – in this part of the strategy, it is necessary to specify how the analysis of the implementation of the HRM strategy will be carried out, at what times it will take place, how modifications to the strategy will be made, and what events will affect the changes in the assumptions of the strategy.

When developing and implementing a personnel strategy, you can use the following guidelines formulated by Michael Armstrong – a long-time practitioner and consultant in the field of human resource management[16]:

- clearly articulate what we want to achieve and for what reasons;
- make sure that what we want to do is consistent with the organization's business strategy, culture and situation;
- strive for evolution, not revolution, and "do our own thing" without looking at what's trendy;
- keep in mind simplicity, because too much complexity is a common reason for failure;
- without haste;
- with careful estimation of resources and costs;
- with involving people in the process;
- with clear communication, to employees;
- providing a development process for employees.

It happens that an organization achieves success in the HR area having only a partial strategy written down and acting on the basis of intuition and experience of management bringing together motivated and right people. The investment in building an HR strategy is worthwhile. The very process of developing a strategy is

[16] Armstrong M., Taylor S., *Zarządzanie zasobami…*, op. cit.

developmental and helps to see the factors that favor and hinder the achievement of goals. In addition, it brilliantly facilitates focusing employees on key areas and allows you to verify measures of success[17].

Labor resource planning is an integral part of planning the organization's development strategy, resulting from the adopted mission of the activity. Resource planning in the organization is a necessary component of the complete instrumentarium of human resource management. Employment planning serves to:

— determining the optimal size and structure of employment;
— establishing an economically justified quantitative relationship between employment in the internal labor market (the core of employment) and peripheral (buffer) employment;
— optimal use of employee competencies through the creation of transparent succession plans;
— proper allocation of human resources between different organizational units of the company.

A special role in the formation of human capital is played by the internal employment market, which is characterized by the phenomenon of segmentation, i.e. division into:

— primary (primary) labor market,
— secondary (secondary) labor market.

An enterprise need to recognize its key potential that sets it apart from many others. This potential becomes a strategic resource for achieving strategic direction. The prerequisite for success is to focus all resources and means on the desired outcome and to free oneself from the unproductive past. Peter F. Drucker described this as a systematic policy of deleveraging, which boils down to diagnosing a company's strengths, defining opportunities and possibilities, and searching for what is of value to the customer. The only rule for deploying the most valuable capital – people – is to maximize resources.

5. Practical conclusions

There is no single recipe for creating a proper and effective HR strategy. However, in developing such a pattern of activities, it is worth answering the following questions first:

— where are we now?
— where do we want to be in two or four years?
— how do we want to achieve this? what methods and resources will we use to achieve this?

[17] Armstrong M., *Zarządzanie zasobami…*, op. cit.; Borkowska S., *Wynagrodzenia – rozwiązywanie problemów w praktyce*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004; Filipkowska A., Jurek P., Molenda N., *Pakiet kompetencyjny. Metodologia i narzędzia*. ProFirma, Gdańsk 2004; Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami w praktyce*. PWE, Warszawa 2004; Jurkowski R., *Zarządzanie personelem…*, op. cit.; Kaplan R.S., Norton D.P., *Strategiczna karta wyników*. PWN, Warszawa 2004.

Answering these questions requires the entrepreneur to:
— identify the strengths and weaknesses of the organization's personnel resources;
— determine what is the participation of employees in the decision-making process at different levels of management;
— to define the system of selection and application of motivational incentives in the process of personnel management;
— determine what the remuneration policy is;
— develop a system for improving employee qualifications;
— create a system for recruiting and evaluating employees.

When creating a personnel strategy, one should keep in mind its main goal – better utilization of human resources. The link to the company's overall functional strategy should also not be forgotten. Realizing and understanding the latter is extremely important, as it allows you to define the key driving forces of a given business. This also makes it possible to determine how much employees contribute to the success of the business (and this is essential for building an effective HR strategy). It may be a good idea to conduct a so-called SWOT analysis of the company. Based on this, it will be possible to define the critical points in human resources management and propose solutions, which will then be implemented. It should be remembered that building and implementing an efficient HR strategy in a company is a long-term, but very profitable process. Even at the very stage of developing a behavioral pattern, you can develop your knowledge of the company and perceive the factors that favor or hinder the implementation of the goals.

6. Modern management based on the CEOS model

The real meaning of human resource management involves establishing a hierarchy of values and then consistently implementing them in daily operations and ensuring that employees do what they believe in and believe in what they do. Thus, it involves uniting people around shared values and common goals, so that they will, of their own accord, do well all that their legal and moral duty entails and make their company competitive.

Such management today should be based on four pillars referred to as CEOS, where:
— C – customers – the company should care about customers and ensure the high quality of products and services provided to them;
— E – employees – the company should care about its employees, create an atmosphere in which employees understand that it is in their vital interest to pursue the company's goals;
— O – owners (shareholders of the company) – the company should be concerned with fairness in the earning of profit and how it is divided between management and owners;
— S – significant others – the company can include lenders, suppliers, customers, distributors, the local community and even respected competitors[18].

[18] Kowalczewski W., *Zarządzanie organizacjami w teorii i praktyce*. Difin, Warszawa 2008, s. 35–36.

In the practice of effective and modern HRM, it is important for managers, entrepreneurs and heads of public institutions to demonstrate both responsibility – for employees, customers and all stakeholders who build the value chain that enables the company to operate, and empathy – empathizing, remembering others in need, and courage – because courage is required to consciously give up goals, to accept possible cuts, to take risks and not easy decisions. In doing so, it is worth remembering that a person's strongest motivator is the need for dignity, not financial issues. Peter Drucker expressed this truth many years ago, saying that the most efficient work is that of a volunteer, and the least efficient work is that of a slave[19].

Companies that behave ethically toward their stakeholders and meet the need for dignity of their employees create a work ethos. In this way, companies and institutions build their brand, the opinion about them influences the quality of the product and reduces costs – they build responsible relations with the organization's stakeholders. Companies that act unethically destroy this ethos and make employees feel exempt from the moral imperative to treat their duties fairly. If there is a company's acquiescence to unfair treatment of competitors (by dumping, stealing ideas, sub-purchasing employees) or the practice of cheating (e.g., contractors, employees or the state), this is socially and economically damaging. It can also mean damage to the – dishonest – company itself. Ill-treated employees mistreat customers and contractors, and sometimes the employer itself[20].

A different kind of resilience is needed for unstructured uncertainty. This kind of resilience comes from the ability to shift actively, offensively, rather than passively, defensively. It is derived from the internal governance of the company and its relationships with various partners (stakeholders). It is intended to ensure that the company is able to take advantage of a special resource - the soft skills associated with the company's intellectual and social capital. And this must be formed carefully and over the long term.

We were already living in a world before the pandemic: VUCA (volatility – volatility, uncertainty – uncertainty, complexity – complexity and ambiguity – ambiguityy). The scheme originated for the US military, but was quickly adapted for business. The pandemic caused the volatility of the business environment (business environment), uncertainty and misunderstanding of new problems, complexity (including chaos and confusion, information overload) and the need to separate information noise from relevant facts to become our new business environment. Bob Johansen in Leaders Make the Future: Ten New Leadership Skills for an Uncertain World suggested changing the words behind the acronym VUCA to:

[19] Drucker P., *Zarządzanie XXI wieku. Wyzwania*. MT Biznes, Warszawa 2016, za: Blikle A., *Doktryna jakości*. PWE, Warszawa 2018.

[20] A 2018 global survey by consulting firm Deloitte Crisis Management Survey found that 86 percent of organizations believe they are sufficiently or very well prepared for a crisis, but most have not had the opportunity to test this belief.

— V – vision – mission of operation (necessary to survive turbulence);
— U – understanding – understanding business areas and processes;
— C – clarity – the need to distinguish important from unimportant information (voice versus signal, i.e., sifting information noise from important signals);
— A – agility – or the ability to adapt quickly. So it is worth considering what procedures, standards and attitudes can be introduced in companies or institutions. How should the HR department support the organization in times of VUCA?
— First – by simplifying processes so that they can be quickly adapted to changing circumstances;
— Second – by looking for employees from different fields, with broader interests (and multiple talents) to diversify the team (the less frequent the recruitment, the more you need to support the development of employees with potential);
— Third – providing the comfort of remote work, helping to build virtual teams (currently only one-third of employees do not complain about the inconvenience of home office);
— Fourth – by promoting contracting: a flexible form of external employment of specialists with the desired range of competencies by specialized companies, which ensures the implementation of projects without increasing full-time employment;
— Fifth – using outsourcing of areas that do not add strategic value to the organization – reducing back office costs associated with employment (accounting, HR, IT);
— Sixth – by creating "innovation architectures," encourage both product and process optimizations – this will best motivate valuable employees.

Digitization area: companies are struggling with securing confidential information and using electronic signatures. To use remote work, two conditions must be met: first, documents must function in digital form, and second, employees must have an electronic signature to give legal force to digital documents. An efficient connection at the employee's home also becomes an employer's concern. Efficient, that is, fast enough, stable enough, providing the ability to activate tunnel/encrypted connections. Companies and institutions should make a kind of audit of the transfer of processes to the virtual world. Some of the activities previously performed in desktop mode will no longer return (in whole or in part) to the offline dimension. The role of digital solutions in employee training or recruitment processes has increased dramatically[21].

Digitization poses the threat of developing the need to be online non-stop and FOMO (Fear Of Missing Out, or fear of missing out on some important information). This can amplify anxiety, fatigue or fatigue, so it translates into comfort in personal and business life. This shows what responsibility business has. The concept of Corporate Digital Responsibility (CDR) is growing. It means extending a company's

[21] CSO (preliminary information), *Information Society in Poland in 2020*. Source: https://stat. gov.pl/obszare-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2020-roku,2,10.http [23.07.2025].

value order to all activities related to its digitization – to the design, creation and use of digital technologies, as well as the impact and consequences it may cause. It is imperative that a company's ethical standards be adapted to its digital formula, taking into account the social dimension of the process – its consequences for employees, suppliers, customers, society and the environment – in addition to the market aspects.

Currently, the main thing that matters in managing an organization about HRM is:

— the ability to think critically; this is a competence that combines elements of analysis, synthesis and asking basic questions: to what end? for what reason?;
— the ability to make decisions with limited data and taking into account elements of risk; it is a competence that allows one to break patterns and try untrodden paths, stemming from ambition, causal energy and a strong sense of purpose;
— the competence to build relationality, make colleagues feel secure and satisfy the need to be useful and noticed;
— the ability to motivate self-development and be open to change;
— the ability to see issues in a broad perspective. Employers expect from a graduate both specialized and general knowledge, interdisciplinary and interpersonal skills, openness to new knowledge and general understanding of the field, as well as proficient handling of information – its search, selection and processing.

The most relevant competencies that are important and valued by employers, and thus important for the effectiveness of managing an organization and shaping its competitiveness, are:

— Sense-making: the ability to discover, but also give deeper meaning to what we want to express.
— Social intelligence: social intelligence, i.e., the ability to communicate simply and directly, and to enter into interpersonal relationships.
— Novel and Adaptive thinking: adaptive thinking, proficiency in solving problems, coming up with solutions and answers that go outside the box.
— Cross-cultural competency: cross-cultural competence, or the ability to operate in a diverse cultural environment.
— Computational thinking: the ability to process large amounts of information and reason based on data (especially drawing conclusions from so-called Big Data).
— New-media literacy: the ability to use new media, i.e., not just publishing Facebook posts at the most appropriate time. It's also the ability to critically evaluate and elaborate on content published in new media and use it in effective communication.
— Transdisciplinarity: interdisciplinarity understood as the ability to read and understand concepts in multiple disciplines.
— Design mindset: multifaceted thinking (convergent and lateral).
— Cognitive load management: the ability to maximize cognitive functioning and assimilate multiple stimuli using a variety of tools and technic.

Restructuring processes of HR departments in organizations. In the near future, globalization as we know it, the so-called "container" globalization, associated with the elaborate supply chain of large corporations that, in search of lower labor and production costs, "jump" from country to country, continent to continent, importing resources and spare parts in large containers over great distances, will give way to another form of globalization – network globalization. Network globalization or data globalization is based on big digital platforms and the flow of data, which, along with the free movement of people, capital, products and services, is becoming an important resource and value for business and the economy. This can lead to the reindustrialization of many areas, including Europe. In the new model of globalization, only radical digitization of business will ensure growth and secure jobs, although these will be based on new competencies.

7. Own research methodology

Personnel marketing can be the basis for building the competitive advantage of enterprises in the labor market, including enterprises engaged in the sale of medical services. So far, few literature items have been published in Poland, in which the issues of personnel marketing have been presented. In order to find out the degree of familiarity with the concept of personnel marketing, it became necessary to conduct primary research to analyze, on the one hand, the status of the use of personnel marketing in commercial activities, and, on the other hand, to indicate the possibility of introducing its principles into human resource management. It was deemed necessary to conduct two types of primary research. The first covered people in managerial positions at Omega sp. z o.o. who make decisions on personnel management. On the other hand, the second type of study included employees of a selected medical wholesaler who were tasked with evaluating the effects of applying personnel marketing. It was assumed that the first type of study would analyze retail companies located in the Malopolska province.

The study was aimed at analyzing the instruments of personnel policy with a particular focus on personnel marketing, and identifying the directions of change in this area. It was decided to conduct a survey of managers, managers and directors managing the personnel department, as well as business owners. The selection of companies for the survey was purposive. The size of employment was used as a criterion for selection, recognizing that it is closely related to the scope of application, importance and requirements for personnel marketing. Thus, it was determined that the study would cover trading companies with more than 100 employees. The survey covered Omega trading company Ltd. with more than 120 employees, The survey was conducted from October to December 2024. The survey was sent to respondents via email. In order to grade the application of personnel marketing as an option for human resource management, it is not enough just to know the opinions of managers involved in personnel policy, but it is necessary to conduct a survey among employees targeted by personnel marketing.

It was decided, therefore, to conduct a second type of study - a survey of employees of the trading company Omega Ltd. The selection of the company for the survey was purposeful, as the company in question has a network of stores and wholesalers throughout the country. It was agreed that all retail employees and store managers employed within the above-mentioned company would be surveyed. For the purpose of the analysis, management styles were grouped according to three aspects:

— The way in which goals and tasks to be accomplished are set (Alone by the manager; Team – manager together with employees; Individually by employees);
— The form of communication used by the manager (Two-way communication – consultation, open discussions; Two-way communication, but formalized and quite limited; One-way communication (top-down);
— Persons who are responsible and decisive in the area of work carried out (Manager together with employees; Mainly the manager, but some authority is delegated; Manager only).

Correlation, also called co-occurrence, is a term describing the interdependence between variables. According to the definition, the concept of correlation can be used to describe any interdependence, but it is usually associated with statistical phenomena. One of the statistical methods is precisely correlation analysis, which allows to grade the degree of dependence between two or more variables. The most commonly used, and considered basic, is Pearson's correlation analysis, which allows testing the strength of a rectilinear relationship. The result of such an analysis is Pearson's linear correlation coefficient (r), taking values from -1 to 1. A value equal to 0 means there is no relationship between the variables. If the value of the coefficient is positive, it means positive correlation, i.e. a joint increase in the variables, while if negative – negative correlation, i.e. a decrease in one variable, due to an increase in the other. Pearson's correlation coefficient is calculated using the formula:

$$r = \frac{cov_{xy}}{\sigma_x \sigma_y}$$

Where:

— cov_{xy} – covariance of xy,
— σ_x,σ_y – standard deviation of compared variables x, y.

Covariance is a measure of the linear relationship between two variables, in the form of the arithmetic mean of the product of the deviations of the individual variables from their arithmetic means. It can be written using the formula:

$$cov_{xy} = \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^{n} (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Where:
— n – number of points in the data set,
— $\bar{x}$, $\bar{y}$ – mean values of x, y,
— x_i, y_i – values of the variables x, y.

The standard deviation is a measure of the dispersion of the results relative to the level of the arithmetic mean and has the form of the square root of the variance, that is, from the arithmetic mean of the squares of the deviations between the individual values and the expected value – the mean. The standard deviation can be written using the formula:

$$\sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

$$\sigma_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n}(y_i - \bar{y})^2}{n}}$$

After substituting the covariance and standard deviation formulas, the formula for calculating Pearson's correlation coefficient is as follows:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^{n}(y_i - \bar{y})^2}}$$

Based on the calculated value of the r coefficient, the significance of the correlation can be determined:
— $0 < |r| < 0.3$ – weak correlation,
— $0.3 \leq |r| < 0.5$ – moderate correlation,
— $0.5 \leq |r| < 0.7$ – strong correlation,
— $0.7 \leq |r| \leq 1$ – very strong correlation.

Based on the survey, correlation coefficients were calculated between work efficiency (according to the subjective grade of respondents) and factors related to the perception of daily duties, such as:
— motivation to work – r=0.69,
— trust in the supervisor – r=0.52,
— trust of the supervisor in the respondent – r=0.66,
— job satisfaction – r=0.62,
— creativity at work – r=0.60,
— atmosphere of solidarity in the team – r=0.59,
— willingness to establish relationships in the team – r=0.51.

As can be seen from the data presented, each aspect shows a significant degree of correlation, but the strongest correlation is between efficiency and work motivation.

In both the first and second types of survey, the following issues were included in the questionnaire:

1. the level of familiarity with personnel marketing concepts,
2. the extent of application of personnel marketing theory,
3. the scope of activities identified with the concept of personnel marketing,
4. the grade of the policies of the surveyed companies,
5. the goals and tasks implemented within personnel departments,
6. planned changes in personnel policies in the future,
7. the scope and results of the use of formal employee grades,
8. responsibility for the cost of training provided,
9. instruments that affect employee satisfaction and increase the attractiveness of the employer.

8. Conclusions

The most important issue in times of crisis for any organization is to be proactive and anticipatory. Every decision should be made with deep thought – observing and drawing the right conclusions and taking adequate countermeasures is the key to success. Making wrong decisions will result in ineffective operations. Lack of flexibility – the inability to adapt to a new situation. In times of constant uncertainty and crisis situations, the concept of VUCA is increasingly popular in strategic management. It stands for:

— Volatility (volatility);
— Ucertainty (uncertainty);
— Complexity (complexity);
— Ambiguity (ambiguity).

This acronym describes four characteristics, or in fact four dimensions of complex reality, which on the one hand are a threat and on the other can be an opportunity if we respond to them appropriately. In order for this to happen, the company must take specific actions at the strategic level in the area of HR operations. These actions are:

— Vision;
— Understanding;
— Clarity (transparency);
— Adaptability/Agility (flexibility, agility).

A vision is the starting point for creating a strategy – to know what to do, we need to know what our goals are and what we want to achieve. A vision without understanding is an absurd vision, so it is necessary to analyze on an ongoing basis what makes sense and what does not. Our actions must be transparent – the team must

know exactly what matters and what our goals are. Flexibility, on the other hand, allows us to respond to a very rapidly changing reality.

In difficult times, customers are forced to re-grade past choices. We can't count on them to continue buying from us in the new market reality because of past loyalty. It's worthwhile to segment our customers in terms of their vulnerability to the crisis and, based on this, make the necessary changes to our offer – how much are we able to retain these customers and at what cost? In B2C business, discounts and rebates are the most popular solution. The situation becomes a bit more complicated for brands aspiring to the premium segment. Overpricing may negatively affect the brand's image in the eyes of customers (its positioning), hence it may be better to maintain the existing price and offer something extra in it – it may be an extended warranty, an additional service or an additional product.

In the case of b2b business, let's segment customers in terms of our sensitivity to them – how transactions with them might affect our operations. In HR, important implications for management processes include:

— Mobilization of HR departments to take a long-term, strategic perspective in workforce planning and operational policies in managing people;
— The need to rebuild employee morale and commitment;
— The building of strong leadership competencies, for it is the leaders of the organization who are in a position to permanently change the attitudes of employees and make their commitment increase;
— The need to review the portfolio of HR tools, which must respond to the real needs of the business and perform well in both prosperous and crisis conditions;
— The need for intergenerational management that will enable the long-term building of competitive advantage based on an understanding of the differences in the areas of individual values, work style and preferred leadership style between representatives of generations X and Y.

Proper management of the enterprise and implementation of the strategy requires appropriate selection of resources, including human resources. It is of particular importance in retail enterprises, as properly motivated employees in direct contact with customers can effectively achieve the company's goals and thus affect the company's profit in the long term. Every commercial enterprise should invest in the development of its employees, since their knowledge and appropriate action guarantee the company's development and success in a given market environment, and the human capital built distinguishes the company from its competitors. Thus, the concept of human resource management is related, to the company's efforts to achieve market success through appropriate influence on the people employed in it. They are identified with the valuable assets of the organization, which, through their professional activity, contribute to the achievement of the company's goals. Accordingly, activities resulting from personnel marketing should be aimed at properly motivating employees to work and using their potential to better the company's performance in the market.

An analysis of the literature has shown that the concept of personnel marketing has direct reference to human resource management, internal marketing and partner marketing. At the same time, the closest to personnel marketing in its assumptions is internal marketing. Companies have various instruments at their disposal for personnel marketing, and thus for motivating employees to work better to achieve the company's goals. Some employees are more motivated by remuneration adequate to their duties, others by opportunities for development, and still others by the image of the employer. Therefore, the proper use of appropriate instruments by personnel managers can serve to make job offers more attractive and thus encourage potential candidates to apply and employees to stay with the company.

Personnel marketing is becoming an important way of building a competitive advantage for companies in the labor market, including retail companies. In Poland, so far, few literature items have been published in which the topic of personnel marketing has been addressed. In addition, it can be noted the lack of knowledge of the essence and principles of personnel marketing in Polish enterprises, and even more so the possibility of using its instruments in current operations.

Bibliography

Literature

Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.

Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategia i działanie*. Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996.

Armstrong M., Taylor S., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Wolter Kluwer, Warszawa 2016.

Baruk A. I., *Postmodernistyczne koncepcje marketingowe a marketing klasyczny*. TNOiK, Toruń 2008.

Borkowska S., *Wynagrodzenia – rozwiązywanie problemów w praktyce*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.

Buchelt B., *Znaczenie kierowników liniowych w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie wybranych procesów realizowanych przez współczesne organizacje*. Problemy zarządzania: menedżer i praca kierownicza 2008; 4(22): 60.

Cornel F. G., *Socially Perspective Administration*. The Phi Delta Kappan 1955; 36(6).

Denison D., *What is the Difference Between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars*. Academy of Management Review 1996; 21(3): 619–654.

Drucker P., *Zarządzanie XXI wieku. Wyzwania*. MT Biznes, Warszawa 2016.

Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami w praktyce.* PWE, Warszawa 2004.

Filipkowska A., Jurek P., Molenda N., *Pakiet kompetencyjny. Metodologia i narzędzia*. ProFirma, Gdańsk 2004.

Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*. PWN, Warszawa 2005.

Juchnowicz M., *Elastyczne zarządzanie kapitałem ludzkim z perspektywy interesariuszy*. PWE, Warszawa 2016.

Jurkowski R., *Zarządzanie personelem. Proces kadrowy i jego prawne aspekty*. ABC, Łódź 2004.

Kaplan R.S., Norton D.P., *Strategiczna karta wyników*. PWN, Warszawa 2004.

Kowalczewski W., *Zarządzanie organizacjami w teorii i praktyce*. Difin, Warszawa 2008.

Król H., Ludwiczyński A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*. PWN, Warszawa 2006.

Listwan T., *Zarządzanie kadrami*. C.H. Beck, Warszawa 2006.

Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy-metody*. PWE, Warszawa 2008.

Pocztowski A., Potoczek N., *Marketingowa orientacja w zarządzaniu zasobami ludzkimi*. Prace z zakresu zarządzania personelem, Zeszyty Naukowe 2002; 607: 5.

Rudawska E., *Koncepcja wartości w relacjach pracownik – organizacja.* Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 2015; 39(2).

Rudawska E., *Lojalność klientów.* PWE, Warszawa 2005.

Rudawska E., *Znaczenie relacji z klientami w procesie kształtowania wartości przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008.

Rudnicka A., *CSR – doskonalenie relacji społecznych w firmie*. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Różański A., *Rozwój zasobów ludzkich w organizacji*. Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2014.

Strużyna J., *Rozwój zarządzania zasobami ludzkimi*. Wydawnictwo IPiSS, Katowice 2008.

Vademecum z zakresu zarządzania zasobami ludzkim. PARP, Warszawa 2010.

Internet sources

CSO (preliminary information), Information Society in Poland in 2020. Source: https://stat.gov.pl/obszare-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2020-roku,2,10.http [23.07.2025].

IV. LECZNICTWO UZDROWISKOWE I PROFILAKTYKA ZDROWOTNA – ASPEKTY PRAWNE, ORGANIZACYJNE I EKONOMICZNE

*Tomasz Wołowiec**
*Mariusz Paździor***
*Kamila Ćwik****

LEGAL AND ORGANIZATIONAL CONDITIONS OF SPA TREATMENT IN POLAND

Uwarunkowania prawne i organizacyjne lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-7688-4231
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0003-3873-3667
***Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0004-4903-9878

Abstract

Spa treatment in Poland is regulated by the Act of July 28, 2005 on spa treatment, spas and areas of spa protection and on spa communes. This act defines the principles of spa treatment, the status of spas, areas of spa protection and spa communes. In addition, the provisions of the Act on Curative Activities of April 15, 2011 apply to matters not regulated by the Spa Act. Spa treatment is a continuation of inpatient or outpatient treatment to help the patient recover from illness or accident. It takes advantage of the therapeutic properties of: natural medicinal resources, climate and microclimate. The treatment is also accompanied by physiotherapy treatments. A patient who undergoes spa treatment is free to use diagnostic tests, drugs and medical devices that are necessary for this treatment.

Key words: spa treatment, spa municipality, spa law, therapeutic activities

Streszczenie

Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce regulowane jest przez ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Ustawa ta określa zasady prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, status uzdrowisk, obszarów ochrony uzdrowiskowej oraz gmin uzdrowiskowych. Dodatkowo, przepisy ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. znajdują zastosowanie w sprawach nieuregulowanych w ustawie

uzdrowiskowej. Lecznictwo uzdrowiskowe to kontynuacja leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, które ma pomóc pacjentowi odzyskać sprawność po chorobie lub wypadku. Wykorzystuje lecznicze właściwości: naturalnych surowców leczniczych, klimatu oraz mikroklimatu. Leczeniu towarzyszą także zabiegi fizjoterapeutyczne. Pacjent, który przebywa na leczeniu uzdrowiskowym, może bezpłatnie korzystać z badań diagnostycznych, leków i wyrobów medycznych, które są konieczne do tego leczenia.

Słowa kluczowe: *lecznictwo uzdrowiskowe, gmina uzdrowiskowa, prawo uzdrowiskowe, działalność lecznicza*

1. Introduction

During the coronavirus pandemic, changes in societal needs and preferences are becoming apparent, including ways of spending time in spas. In line with European trends, passive consumption is being replaced by offerings that suggest physical and mental activity. Nowadays, it is becoming indispensable to combine complementary functions: tourist and therapeutic within the framework of broadly understood spa tourism. Following the trends in Western countries, the right direction for Polish spas is to improve the therapeutic profile and expand it in their activities with a leisure and prophylactic profile, creating a complementary spa tourism product. Thus, the perspective for many Polish spas is, in addition to the introduction of modern spa treatment methods, unconventional and innovative solutions, also to diversify the offer with products related to a modern lifestyle oriented to the preservation of high physical fitness, beauty, mental well-being combined with active and specialized tourist recreation (qualified tourism) and other types of tourism (medical, wellness, spa)[1].

This will lead to a situation where spas can no longer limit themselves to receiving patients and be monofunctional. Especially since there are more and more people who, as a preventive measure, wish to regain their full physical and mental strength in a shorter period of time, boost their immune system round ergo specialized treatments that promote well-being. This is also confirmed by a recent survey of Poles. The LB Medical Institute, in cooperation with the SW Research Agency, conducted a survey in 2021 entitled. "Tourist destinations during the pandemic. Where do Poles spend their vacations?"[2]. They show that one in three Poles vacationed at a spa this year. Also evident is a growing trend among an increasingly younger age group, which is choosing places not only dedicated to recreation, but also to spa and spa treatments.

According to the European Spas Association (ESPA), the coronavirus pandemic was a historic time of revival and recognition of the importance of spas and the use

[1] Smith M., *Baltic health tourism: Uniqueness and commonalities.* Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism 2015; 15(4): 357–379.

[2] *Nowe, turystyczne destynacje Polaków. Czy turyści kochają uzdrowiska?* Source: https://www.ppr.pl/wiadomosci/nowe-turystyczne-destynacje-polakow-czy-turysci-kochaja-uzdrowiska) [08.07.2025].

of balneology in disease prevention[3]. That "prevention is better than cure" has been bluntly argued since ancient times by the father of medicine Hippocrates. For years there has been a fierce dispute over the concept of the functioning of spas between supporters of preserving or returning to conservative solutions and supporters of modern solutions who demand a change in the function and role of spas. Simplifying, proponents of conservative solutions would like to see patients in the spas. No restaurants and discos. In a word, the spa as one big hospital, and in extreme cases simply an open-air museum of patients. On the other hand, proponents of modern solutions argue that the approach to the role and function of the spa should be changed and care should be taken not only for the sick, but also for the healthy, who with their money want to prevent disease, improve their condition and achieve harmony between body, soul and mind. And these people will certainly not come to a place that smells only of a hospital and has no entertainment.

Health resorts have a long and rich tradition in Poland because they date back to the 12th century. Queen Jadwiga was treated in Busko, Marysieńka Sobieska in Cieplice, and King Jan Kazimierz in Duszniki. Today, Polish spas aspire to become multifunctional destinations. Polish spas have a huge therapeutic potential in the form of natural values and therapeutic infrastructure (e.g. sanatoriums, pump rooms, graduation towers, promenades) and tourist potential. Various forms of health (medical, wellness, spa), qualified and other forms of tourism can be practiced in spa towns. According to the Ministry of Health in 2024, there are 45 statutory spas located in 43 spa towns and municipalities, as the spa in Czerniawa-Zdrój is part of the town and spa of Świeradów-Zdrój, and Żegiestów-Zdrój is located in the municipality and spa of Muszyna. They are located in the area of 13 provinces with the exception of Opolskie, Lubuskie and Wielkopolskie[4].

Statutory spas are found in all geographic regions of the country, but their distribution is quite unevenly spread over the country's space due to its geological structure. Hence, the distribution of natural therapeutic resources such as medicinal waters and medicinal gases in Poland results in a preference for the southern areas, where the largest number of spas are located (26), where treatments using medicinal waterier among the primary ones in the therapeutic activities of the locality. Northeastern Poland, on the other hand, due to the peat deposits found there, has the largest number of spas where treatments using peat are among the basic in therapeutic activities. Most of the statutory spas in question (32) are located within the administrative boundaries of cities, mostly small ones. 3 spas have a special character: Konstancin-Jeziorna, Sopot and Swoszowice, located within large urban agglomerations: Warsaw, Tricity, Krakow. The most dense network is made up of mountain spas (from 500 m

[3] ESPA, *The corona virus pandemic is the historical time for revival and recognition of the Balneology*. Source: https://www.europeanspas.eu/en/medicine [08.07.2025].

[4] Ćwik K., Wołowiec T., Grzesiak A., Hernas A., Orzeł Z., *Legal analysis of the functioning, organization and management of modern health resorts and medical spa care*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 217–240.

to 700 m above sea level) and sub-mountain spas (from 300 m to 500 m above sea level) with a total of 22, which are located in the following provinces of southern Poland: Lower Silesia, Silesia, Lesser Poland, Subcarpathia. More dispersed are lowland spas in the number of 23. In the provinces of northern Poland, there are only 6 spas in the coastal belt, and in the rest of the country 16 lowland spas distributed in 11 provinces[5].

2. Research methodology

The research methods used in the legal sciences are related to their problematics and the functions performed. In the literature of legal theory, it is indicated that within the legal sciences we distinguish dogmatic, socio-technical and theoretical problematics. Dogmatic problematic concerns the identification of legal norms belonging to a given system of law. Sociotechnical problematics in the legal sciences is related to the impact of lawmaking and the corresponding application of the law on certain social effects. The theoretical problematics of legal science concerns the formulation of claims about the applicable law. From this scope arises the methodological problematic of legal science, dealing with the description of methods, ways of solving particular problems or formulating directives on how to solve these problems. The object of study – law – can be understood as a material object and its various formal objects – law as the text of the law, law as behavior due to rules, law as the implementation of certain values, law and various argumentative strategies.

In view of this multidimensional treatment of the law, the following methods of studying the law were used in this study:

— logic-linguistic methods, developed in the form of formal-logical and linguistic analysis (comparison of legal regulations taking into account formal logic and legal methodology);
— argumentative and hermeneutic methods;
— axiological methods;
— historical methods;
— comparative methods.

Legal sciences use the typical methods found in the social sciences and humanities, i.e.: the study of documents (legal acts and judgments of administrative courts), comparative methods (expert opinions, legal opinions, analyses derived from linguistic, grammatical and historical interpretation) and case studies.

The result of cognitive research is new claims or theories. On the other hand, the result of research for the purpose of business practice is to determine whether, and to what extent, the existing theorems and theories on the functioning, development

[5] Dryglas D., *Designing a health tourism product structure in the process of marketing management*. PWN, Warszawa 2018.

and management of the resort and spa municipality of taxation of mine workings are useful for solving specific legal, orgznaizyayj and management problems related to the functioning and development of the resort municipality in the Polish pranic environment. In other words, they serve the purpose of clarification and piecemeal verification of existing assertions and theories. Induction was used as the main research method. It involves drawing general conclusions or establishing regularities on the basis of analysis of empirically established phenomena and processes. It is a type of inference based on details about the general properties of a phenomenon or object. The use of this method requires the assumption that only facts can form the basis of scientific inference. These facts are real-life situations (economic and legal). Inductive methods include various types of legal acts, analyses, expert reports and scientific documents used in social research.

3. Spa treatment – the potential of Polish spass

In the literature on the subject, both Polish and international authors draw attention to the key role of determinants of the development of spas in the process of their management, especially in terms of building their long-term strategy. Knowledge of the factors that determine the development of spas requires constant updating and verification, because it determines the making of accurate decisions by the entities managing them regarding the possibility of taking advantage of the existing opportunities and avoiding threats[6]. Monitoring the determinants of resort development cannot be stochastic, and should be organized and carried out due to specific criteria. In the literature in this area, the most common among the conditions of local and regional development of localities are international and national factors[7].

The legal concept of "health resort" in European countries, is quite different from that presented in Polish journalistic and scientific literature. This is due to the fact that each European country usually regulates spa treatment completely or partially differently than it does in Poland. The social and health care systems that deal with the financing of spa treatment are also structured differently. Some countries emphasize the use of natural resources in the process of spa treatment in the form of thermal waters, while others use peloids. Still others enrich the spa treatment process with treatments from natural raw materials, which in Poland are called paramedical. In the medical environment in Poland, spas are still conceived of as typical treatment centers, where the basis of treatment is medicinal waters used exclusively for drinking cures, baths or inhalations, and peloids, rather than as centers that are supposed

[6] Krupa J., Wołowiec T., *Uzdrowiska Polski Wschodniej wobec wyzwań rozwojowych – turystyka zrównoważona,* [w:] Krupa J., Hermaniuk J. (red.), *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering.* Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2010, s. 7–12.

[7] Wołowiec T., *Wpływ ograniczeń administracyjno-prawnych na rozwój polskich gmin uzdrowiskowych*. Samorząd Terytorialny 2007; 1–2: 75–78.

to improve human psychophysical well-being and the renewal of psychophysical forces. Therefore, for some researchers, the Polish, German, Austrian or Swiss model of spa treatment called classic spa treatment, based on natural therapeutic raw materials found in the form of therapeutic waters, therapeutic gases or peloids, is not credible for counting a locality as a health resort, while for others, a model in which the basis of spa treatment is thermal waters or peloid sun known in Polish, German or Austrian spas is not credible[8]. Thus, until recently, the Polish scientific literature on spas did not even allow the thought of including Hungarian, Italian, Spanish or French resorts as spas, if the basis of treatment in these spas was not treatment based on therapeutic water, or more precisely treatment based on drinking or bathing cures. There is no one universal definition of a spa in Europe, as spas have different roles to fulfill in each country. In some, the focus of the spa area is primarily on spa treatment based on natural therapeutic raw materials, while in others the main concern is to restore the patient's psychophysical condition, based on therapeutic treatments based on natural raw materials, but also spa and wellness treatments. Thus, for example, Italian Law No. 323 of October 24, 2000 on the reorganization of the spa sector specifies in Article 1 that this normative act "regulates the provision of spa services aimed at ensuring the preservation and restoration of a state of psycho-physical well-being (wellness) and defines regulations in the field of promoting and enhancing the value of hydrothermal goods". The Italian law, however, does not define the term spa, but defines spa products, which obviously does not facilitate the adoption of a single universal definition for European spas[9].

European spas have different levels of economic development, different social policies, the standard of living of their residents, and different health policies in each country. In the case of European spas, an extremely important issue for their operation is the location of spa treatment in the overall healthcare system and the related choice of financing system. In this regard, various models of financing spa treatment have emerged in Europe, which reflect the overall policy of the state, with regard to the health of its citizens[10]. In general, it can be said that funds for spa treatment come either from government sources (state budget, region, public coffers or funds) or from insurance sources (public and/or private insurance). A narrow group of funding sources also includes association funds and state subsidies. A common feature found in all European countries is the gradual shift away from full financing of spa

[8] Reśko D., Wołowiec T., *Strategia rozwoju jako narzędzie zarządzania zmianą gospodarczą*, [w:] Stefański M. (red.), *Narzędzia sterowania rozwojem regionu.* Innovatio Press, Lublin 2012, s. 61–70.

[9] Wołowiec T., Reśko D., *Opłata miejscowa i uzdrowiskowa. Aspekty teoretyczne i praktyczne*. Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University & Instytut Badań i Analiz Finansowych Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie, Krynica Zdrój – Rzeszów 2011.

[10] Wołowiec T., *Instruments of stimulating entrepreneurship by local government units.* Actual Problems of Economics 2012; 12: 311–321; Golba J., *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce.* C.H. Beck, Warszawa 2020; Golba J., *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach UE – wyzwania, jakie stoją przed rządem i środowiskiem uzdrowiskowym.* Biuletyn Informacyjny SGU RP „Jedziemy do wód…"; 2/3: 13–24.

treatment by the state budget sphere, as well as by other entities hitherto involved in financing spa treatment. Currently, apart from Poland, there is no longer a country in Europe where the financing of spa treatment is 100% secured by the state[11].

It should be noted that the classic definition of spa treatment or spa services operating in Poland, is found only in post-transition countries and some states in Germany, Switzerland, Austria and partially in France. Increasingly, the classic concept of spa treatment is giving way in European spas (including Germany, Austria, the Czech Republic, Slovakia and Hungary) to so-called health services called wellness, spa, fitness or beauty, which retreated as comprehensive relaxation, wellness, recreation and sports activities within the framework of so-called health tourism. However, in the context of the current crisis caused by the coronavirus pandemic, it is more important to uphold the balneological tradition and return to the roots of the competence of spa medicine, not only for the sake of achieving the intended therapeutic effect, but also for the economic effect of the[12].

Every spa in Europe is created on the basis of certain country-specific laws. These regulations are of varying rank and importance, but usually come from central or regional authorities or state administrations. These issues are usually determined by the adopted organizational and legal model of state functioning, that is, whether it is a unitary or federal state. There are also cases of regulation of organizational-legal issues of spas by regional legal norms and even regulations of non-governmental organizations, e.g. Quality standards and definitions for the classification of resorts, resorts and medicinal springs[13].

As a consequence of international cooperation, the beneficiaries have a greater ability to compete in the national and European spa market through greater efficiency of operation, use of competencies and skills in a more effective way, innovative approach to problems and challenges, even distribution of tasks, risks and responsibilities, and rapid flow of information. The development of international cooperation of Polish spas is, on the one hand, a sign of the development of the integration process of European spas, and on the other hand, the result of a natural need to interact with the international environment. The affiliation of Polish spas to international

[11] Raport Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego z dnia 11 grudnia 2017 r. powołanego przez Ministra Zdrowia zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. MZ, poz.125).

[12] Martyniuk W., Antonov L., Jakimiec D., Grzesiak A., *Market Responses of Consumers and Organizations to Taxation in the Context of Managerial Decision-Making Process.* TEKA Commission of Legal Sciences – Polish Academy of Sciences / Branch in Lublin 2024; XVII(1): 137–150; Antonov L., *Value Added Tax on Financial Services in the EU: The Complete Story.* Review of European and Comparative Law 2024; 58(3): 53–71.

[13] Kulesza M., *Obszar specjalny jako prawny instrument ochrony i kształtowania środowiska naturalnego*. Studia Iuridica 1974; 2; Kurowska T., *Koncepcja obszaru specjalnego a ochrona środowiska naturalnego*. Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego 1981; 495; Radecki W., *Ochrona walorów turystycznych w prawie polskim*. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2011; Solan M., *Ramy prawne oraz zakres działalności uzdrowiskowej w świetle ustawy uzdrowiskowej.* Inżynieria Ekologiczna 2012; 30.

cooperation networks is a consequence of the dynamic changes in spa policy that have been taking place for many years as regional integration, interdependence and globalization of spa services deepen[14].

Strengths of spa treatment:

— brand of Polish spas: 45 spa towns, regional diversity;
— centuries-old tradition of Polish spa treatment;
— experience of Polish spa medicine (balneology and physical medicine);
— use of natural treatments in the treatment process;
— diversity of natural therapeutic raw materials (waters, gases, peloids);
— diversity of treatment profiles (17 directions);
— huge treatment potential (37 million treatments per year), high standard and variety of treatment procedures;
— qualified and experienced medical staff;
— large bed potential (44 thousand beds, 24-hour medical care provided);
— rich tourist, recreational, sports and cultural offer;
— diversified hotel base;
— satisfactorily developed ecological and municipal infrastructure;
— clear central system for registering referrals and maintaining waiting lists for the provision of only one type of service (PESEL).

Weaknesses of spa treatment:

— lack of precise definition of the role of spa treatment in the Polish rehabilitation care system;
— lack of coherence and clarity of the rehabilitation care system in Poland: different services provided under the NFZ (curative rehabilitation and spa treatment), Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), and PEFRON;
— multi profile nature of health resorts, lack of specialization of spa treatment facilities;
— lack of standardization of services (different potential in individual spa treatment facilities, different quality of services);
— lack of AOTM recommendations for spa treatment services;
— slow pace of obtaining national and international certificates of quality systems, accreditation, ISO and HACCP;
— high operating costs, underfunding, low profitability of the main sources of income of spa treatment facilities (NFZ/ZUS): lack of funds for development, modernization, standardization;
— incomplete adaptation of spa and tourism infrastructure to the needs of disabled and dependent people;
— insufficient activity of local and regional authorities in some regions of the country in the sphere of activities supporting spas and resort tourism;

[14] Skrzypek-Ahmed S., Antonov L., Maciaszczyk M., Kmiotek K., *Economic Conditions of International Entrepreneurship-Globalization and Global Business.* Journal of Modern Science 2023; 5(54): 656–676.

— insufficient activity in obtaining funds from various European funds for improving transportation and environmental infrastructure;
— insufficient marketing of localities and products;
— seasonally and regionally varying popularity of spas (lack of mechanisms to "discipline" patients to realize the benefit: problem of under-arrival, under-utilization of potential);
— overly restrictive selected legal regulations for spa treatment facilities (infrastructural and requirements for realization of guaranteed benefits) and for spa municipalities;
— a system of referral for treatment that is not very clear for doctors and patients (8 types of benefits, indications for treatment according to selected ICD-10, the possibility of issuing a referral only after logging in to the NFZ portal).

Opportunities and threats for spa treatment:

— precise definition of the role of spa treatment in the Polish system of rehabilitation care, comprehensive patientcare, senior and demographic policy (health needs maps);
— demographic trends (increase in life expectancy: need to build geriatric facilities and meet the needs of dependent and disabled persons, increasing demand for rehabilitation services: need for comprehensive;
— solving health problems of children and adolescents);
— creation of specialized spa treatment facilities (specialization in selected treatment directions);
— introduction of standardization of services;
— obtaining funds from external funds for development of spa infrastructure;
— raising the standard of spa facilities, increasing the quality of services offered, increasing the variety of services offered, introducing innovative methods of therapy;
— cross-border care (Directive 2011/24/EU): spas as a Polish medical brand product (use of rich medical resources to develop modern health and recreational tourism products, creating a Polish spa brand);
— development of geothermal spas;
— promotion of pro-healthy lifestyles, support of initiatives related to physical activity of seniors;
— development and support of promotional activities of spas;
— questioning of effectiveness, advisability of use and legitimacy of financing of natural therapeutic methods;
— underfunding (reduction of outlays for spa treatment, discontinuation of financing of services);
— staff shortages (specialist doctors, nurses, physiotherapists questioning of the quality of bioclimatic values of spas (air quality);
— increased competition of European spas (cross-border care);
— competition of commercial facilities providing substitute services ("SPA & Wellness" centers, "rehabilitation" centers)not subject to identical restrictions and legal regulations.

4. Current legal status of spa treatment

The basic legal act regulating spas and spa treatment is the Constitution of the Republic of Poland of April 2, 1997 (Journal of Laws 1997 No. 78, item 483). Article 68 of the Constitution states that everyone has the right to healthcare. Citizens, regardless of their financial situation, shall be provided by public authorities with equal access to publicly funded healthcare services. Public authorities are obliged to provide special healthcare to children, persons with disabilities and the elderly.

The second piece of legislation is the Law of April 15, 2011 on medical activity (consolidated text, Dz. U. of 2016, item 1638, as amended). In Article 9(1)(3), the Act indicates that in patient and round-the-clock non-hospital health services may consist, in particular, in: providing health services consisting of improvement activities aimed at preserving and restoring and improving health. The Act of July 28, 2005 on spa treatment, spas and areas of spa protection and spa communities (consolidated text Dz.U.2017 pos.1056), which specifies:

— principles and conditions for conducting and financing spa treatment;
— the therapeutic directions of health resorts;
— principles of supervision of spa treatment;
— the rules for granting the area the status of a health resort or the status of a health protection area;
— principles of depriving the area of the status of a health resort or the status of a health protection area;
— the tasks of spa communities.

Art. 2 item 1 and item 1a of the same law stipulates that spa treatment – organized activity consisting in the provision of healthcare services in the field of spa treatment or spa rehabilitation, carried out in the spa by spa treatment facilities or outside the spa in hospitals and sanatoriums located in arranged underground mine workings, using natural conditions, such as:

a. the properties of natural therapeutic raw materials,
b. the curative properties of the climate, including thalassotherapy and subterraneotherapy, and the curative properties of the microclimate - as well as accompanying physiotherapy treatments;

1a) Spa rehabilitation – organized activities carried out in the spa by spa treatment facilities, aimed at restoring the patient's health or the motor and social independence achievable for the condition, using natural therapeutic raw materials.

Article 4 (1) of the Act states that spa treatment is an integral part of the healthcare system. In Article 16 (1) of the Act, we have a provision that recipients within the meaning of the provisions of the Act of August 27, 2004 on healthcare services financed from public funds shall benefit from spa treatment under the rules set forth in the provisions on healthcare services financed from public funds. Another legal act is the Act of August 27, 2004 on health care benefits financed from public funds (consolidated text Dz.U.2016 poz.1793). The law indicates(Article 15 paragraph 1 and

paragraph 2 item 8) that: beneficiaries shall have, under the terms of the Act, the right to healthcare services aimed at preservation of health, prevention of diseases and injuries, early detection of diseases, treatment, nursing, and prevention and limitation of disability. Recipients are entitled to guaranteed benefits for: (...) spa treatment.

In addition, we have regulation sat the level of ordinances. The Regulation of the Minister of Health of January 5, 2012 on the referral and qualification of patients to spa treatment facilities (Journal of Laws 2012, item 14), which specifies the basis for qualifying patients for spa treatment by a health insurance physician, according to the disease unit that is an indication or contraindication for treatment within a spa hospital, spa sanatorium or spa rehabilitation. This was followed by the Regulation of the Minister of Health of July 7, 2011 on referral for spa treatment or spa rehabilitation (Journal of Laws 2011. 142 item 835), which specifies the manner of issuing a referral for spa treatment or spa rehabilitation by a health insurance physician and the procedure for confirming the referral by a specialist in balneology or physical medicine. In addition, the Regulation of the Minister of Health of July 23, 2013 on guaranteed spa treatment services (consolidated text, Journal of Laws 2015, item 2027, as amended) specifies the list and conditions for the implementation of guaranteed spa treatment services, as well as the level and method of financing guaranteed services.

Ordinance of the Minister of Health of April 2, 2012 on defining the requirements to be met by spa treatment establishments and facilities (Journal of Laws 2012, item 452, as amended), which specifies the requirements to be met by spa treatment establishments and the operational, functional and technical requirements to be met by spa treatment facilities. Ordinance of the Minister of Health of April 13, 2006 on the scope of tests necessary to determine the therapeutic properties of natural medicinal raw materials and the therapeutic properties of the climate, the criteria for their evaluation, and the model certificate confirming these properties (Journal of Laws 2006 No. 80 item 565 as amended). The regulation defines the scope of tests necessary to determine the medicinal properties of natural medicinal raw materials and the medicinal properties of the climate, the criteria for their evaluation, and the model certificate confirming these properties.

Ordinance of the Minister of Health of July 29, 2011 on the chief physician of a health resort (Journal of Laws 2011 No. 161 item 976), which specifies the detailed scope of duties and powers regarding the supervision of health resort treatment by the chief physician of a health resort; the detailed tasks of the chief physician of a health resort; and the scope of cooperation between the chief physician of a health resort and the creating entities within the meaning of the Medical Activities Act of April 15, 2011. Ordinance of the Minister of Health of March 10, 2006 on the detailed manner and procedure of conducting inspections in health resort facilities (Journal of Laws 2006 No. 47 item 346 as amended), which describes the detailed manner and procedure of conducting inspections in health resort facilities.

5. Legal regulation of the rules of use of spa hospital services

Admittance to use the services of a resort hospital must first require a ruling from the provincial commission for resort treatment, which, from the point of view of the legal forms of administrative action, should most properly be considered an administrative decision. In the second stage, in turn, admission to use the services of a resort hospital is based on a referral from the provincial commission for resort treatment. This referral sonly a confirmation of the received authorization to use the services of a resort hospital, being among the forms of administrative action undoubtedly a material-technical act, due to its similar role most resembling a certificate[15]. While doubts may still arise as to the legal form of admission to a resort hospital, they should not arise when discharging from a resort hospital. This is because everything supports treating this discharge as an administrative decision, issued under the Administrative Procedure Code and subject to judicial and administrative review.

The decision of the Supreme Administrative Court of May 21, 1993, I SA 997/93, touches on an extremely important issue of a more general nature: the question of admittance to the services of an administrative establishment under the entirely new conditions of a democratic state of law. At issue here is such admittance, which takes place in an administrative-legal form, when legal regulation does not create an entitlement guaranteeing services or a legal obligation to use the services of an administrative establishment. It attempts to determine, once again, what an admission to the use of the services of an administrative establishment is, especially from the point of view of the legal forms of administrative action, the mode of administrative procedure and the scope of judicial review of administrative action. This takes place in a state of incomplete legal regulation of the actions of the administration, or rather, of entities performing administrative functions, actions that are necessarily under taken under the general formula "on the basis and within the limits of the law." This applies primarily to the Ordinance of the Minister of Health and Social Welfare of October 11, 1991, on eligibility for spa treatment facilities and the rules for using the services of such facilities (M. P. 1991, No. 37, item 269).

Admission to use the services of a resort hospital is always based on an application for the advisability of resort treatment, issued by a physician, depending on the charge in two legal forms: administrative and civil (§ 5 of the Ordinance). Free use of the services of a health resort hospital for adults takes the administrative-legal form of a referral, issued in accordance with the ruling of the provincial health resort treatment commission, appointed by the governor to perform typical administrative functions (§7(1)(2), §1 of Appendix 3 to the Ordinance). Undoubtedly, such a ruling must include a positive or negative disposition of the spa treatment, a justification, a referral specifying the conditions of payment and the spa hospital, the designation

[15] Niczyporuk J., Szreniawski J., *Glosa do postanowienia NSA z dnia 21 maja 1993 r., I SA 997/93.* OSP 1994; 11: 202.

of the addressee according to the conclusion on the advisability of the spa treatment, and finally the designation of the commission itself with the signatures of those authorized to represent it (Appendix 1, § 3(1)(4) of Appendix 3 to the Ordinance).

Between the spa hospital represented by the manager and the person receiving spa treatment, referred to as the bather, an administrative-legal relationship of company authority is established on the basis of this referral (§ 2 (2) and (3), § 12 (1) of the Ordinance). The head of the spa hospital discharges a patient who does not comply with the recommendations included in the spa treatment program, or who persistently or maliciously violates the rules and regulations in a manner detrimental to health or a nuisance to the environment, resulting in the termination of the administrative-legal relationship of facility authority (§ 2 (3) of the Ordinance).In the existing state of legal regulation, the ruling of the provincial health resort commission is certainly a legal act (administrative act), and not a factual act (material-technical, social-organizational, operative). This is supported by its inherent characteristic of the application of the law, expressed by the resolution of an administrative matter regarding an entitlement that, in order to be realized, first had to be concretized.

Obviously, the state of legal regulation points to a referral as, on the one hand, a necessary element of the ruling of the provincial commission for spa treatment, and, on the other hand, a necessary basis for the use of the services of a spa hospital. In view of this, the conclusion irresistibly arises that admission to the use of the services of a resort hospital must first require a ruling of the provincial commission for resort treatment, which, from the point of view of the legal forms of administrative action, should be considered most correctly as an administrative decision. In the second stage, in turn, admission to use the services of a resort hospital is based on a referral from the provincial commission for resort treatment.

This referral sonly a confirmation of the received authorization to use the services of a resort hospital, being among the forms of administrative action undoubtedly a material-technical act, due to its similar role most resembling a certificate. While doubts may still arise as to the legal form of admission to use the services of a health resort hospital, they should not arise in the case of discharge from a health resort hospital. Indeed, everything favors treating this discharge as an administrative decision, issued under the Administrative Procedure Code and subject to judicial and administrative review. Since the legislation does not clearly define the legal form of action of the head of the health resort hospital performing administrative functions, it is necessary to apply the relevant interpretive rules to the directive signifier "discharges" used. In particular, this concerns the interpretive rule of the general presumption of action in the form of an administrative decision, since this increases the sphere of legal protection granted to citizens.

Proceedings related to the discharge of a person using the services of a health resort hospital are governed in their entirety by the Code of Administrative Procedure, in the absence of its regulation by other provisions of generally applicable administrative law. Of course, in its entirety, if it does not follow from the essence of these

proceedings that the application of certain provisions of the Code of Administrative Procedure will be excluded. This is because the Code of Administrative Procedure applies in the proceedings before the head of the resort hospital as an authority of a state organizational unit, as he is authorized to settle an individual case decided by an administrative decision. In this case, the decision to discharge a person using the services of a resort hospital, issued by the head of the resort hospital, can be appealed to the administrative court. Undoubtedly, under the conditions of a democratic state of law, there is a marked – even increasingly pronounced - tendency not to exclude from the Code of Administrative Procedure, and consequently from administrative court review, all external administrative acts issued in the common law system by the bodies of state administrative units, among others, such as administrative establishments.

6. The role of spa treatment in the healthcare system – proposals for change

Changes in spa treatment depend on changes in inpatient rehabilitation – in an effort to optimize rehabilitation care in Poland, changes in spa treatment and inpatient rehabilitation should be implemented in parallel to achieve continuity in the patient's treatment process and clarity and transparency in the way therapy is planned and the patient is referred to appropriate treatment. The key premise of the system changes: to make available – in the model of comprehensive healthcare – the resource of inpatient beds of inpatient rehabilitation units for early and urgent rehabilitation, while using the resource of spa beds: inpatient and sanatorium beds and spa treatment potential for inpatient and outpatient spa treatment and spa rehabilitation for chronic and stable conditions and for preventive purposes[16].

Key objectives of system changes in spa treatment and inpatient rehabilitation:

— to ensure comprehensiveness and continuity of treatment by enabling continuation of rehabilitation in spa conditions (early phase II rehabilitation) after early hospital rehabilitation and by enabling rehabilitation and convalescence in spa conditions after certain hospitalizations, surgeries, injuries;
— optimization of capacity utilization by making available the resource of hospital beds of inpatient rehabilitation units for early and urgent rehabilitation;
— adaptation of rehabilitation care services to health needs and demographic trends;
— consistency, clarity and financial rationality of the rehabilitation care system in Poland.

[16] Reśko D., Wołowiec T., *Wybrane problemy rozwoju i funkcjonowania uzdrowisk w Polsce w kontekście realizacji Konwencji Karpackiej*, [w:] Szpara K., Zawilińska B., Wilikońska A. (red.), *Lokalny potencjał a zrównoważony rozwój turystyki w Karpatach*. Centrum UNEP/GRID-Warszawa, Zakład Narodowej Fundacji Ochrony Środowiska, Warszawa–Rzeszów 2015, s. 196–207.

Spa treatment is an integral part of the medical care system in Poland. In the course of most chronic diseases and after treatment of the acute phase of a large group of diseases, spa treatment is indicated (to date, detailed indications and contraindications have been defined by the Regulation of the Minister of Health of January 5, 2012 on the referral and qualification of patients to spa treatment facilities (Journal of Laws U. 2012 item 14). At the same time, spa treatment belongs to the group of the cheapest therapeutic and preventive services with proven effectiveness. Most of the health priorities resulting from the long-term health programs adopted by Poland (defined in the Regulation of the Minister of Health of August 21, 2009 on health priorities, Journal of Laws of 2009 No. 137 item 1126), which should be taken into account when planning health care policy, relate directly or indirectly to activities implemented as part of spa treatment services.

In particular, these are:

— reducing morbidity and premature mortality from: vascular and cardiac diseases, including heart attacks and strokes, malignant neoplasms, chronic respiratory diseases;
— reducing the effects of injuries resulting from accidents, particularly through effective rehabilitation of the injured;
— reducing premature morbidity and limiting the negative effects of chronic osteoarticular diseases;
— development of long-term care, with particular emphasis on compensating for lost mobility;
— to improve the quality and efficiency of geriatric care for the elderly patient;
— counteracting the incidence of obesity and diabetes;
— reducing health effects caused by harmful factors in the work and residential environment.

The availability of rehabilitation, care and preventive services continues to increase out of all proportion to the high demand for these services, resulting in particular from the steadily increasing life expectancy in Poland and the growing incidence of civilization diseases. Demographic analyses show a trend of a steady increase in the size of the post-working age population. An increase in the incidence of vascular, cardiovascular, neurological, metabolic or pulmonary diseases, an increase in accidents and injuries while improving the efficiency of emergency medicine, improvements in the effectiveness of perinatal care and the demographic trends described result in a growing percentage of chronically ill, disable do rat risk of disability. The bed forecast presented in the aforementioned "Health Needs Map" assumes an increase in demand by 2029 for inpatient services in internal medicine, cardiology and neurology – particularly in the 85+ age group, which will translate into an increase in demand for beds in the aforementioned departments and geriatric wards and the need to build geriatric security in Poland, in addition, an increase in demand for hospital services in general surgery, neurosurgery, orthopedic and traumatic diseases, rheumatology, vascular diseases, lung diseases and nephrology and urology has been

assumed. This will therefore increase the real need for continuity and comprehensiveness of treatment in the aforementioned groups.

7. Conclusions

Health resorts, due to their specific nature of operation (spa treatment) and the natural healing resources they possess, on the basis of which spa treatment is carried out, are subject to far-reaching restrictions on their development. These restrictions are put in place so that the endogenous medicinal resources of the spa are not destroyed, reduced or degraded. Hence, spas are subject to a specific public-legal regime and bans on certain activities in individual spa protection zones. These restrictions redesigned to protect valuable therapeutic resources and ensure optimal environmental conditions for spa treatment. While until recently, i.e. until the enactment of the Law on Health Resort Treatment, the status of a health resort did not bring specific benefits to the municipality, today it can be said that its possession is associated not only with inconvenience in conducting economic activities in the municipality and limiting the economic activity of residents, but also brings specific material and non-material benefits to the municipality. It is precisely because of the benefits that the status of a health resort is increasingly becoming a status desired by many municipalities with potential spa qualities.

Health resorts, being a Polish national asset, can – and should – be a national resource for chronic rehabilitation as well as therapy and prevention of civilization diseases, and in view of demographic challenges, a resource for active, healthy and dignified aging of Polish society and proper development of children and young people. Demographic forecasts pose challenges to optimize (infrastructural, financial and organizational) the way to use the entire potential of rehabilitation care, taking into account inpatient rehabilitation, spa treatment, rehabilitation within the framework of ZUS and KRUS prevention and within the framework of PFRON rehabilitation turnouts, including consideration of introduction of a consolidated system of rehabilitation care (within the framework of consolidated funds, the administrators of which recurrently: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).

The development of a comprehensive care model that ensures continuity of both inpatient rehabilitation and spa treatment services should be supported, including by combining the financial resources of the NFZ, ZUS, KRUS, PFRON dedicated to rehabilitation and prevention under a mandated joint rehabilitation program implemented by a coordinating single payer. Changes in spa treatment are dependent on changes in inpatient rehabilitation – in an effort to optimize rehabilitation care in Poland, changes in spa treatment and inpatient rehabilitation should be implemented in parallel to achieve continuity in the patient's treatment process and clarity and transparency in the way therapy is planned and patients are referred to appropriate treatment.

Bibliography

Literature

Antonov L., *Value Added Tax on Financial Services in the EU: The Complete Story*. Review of European and Comparative Law 2024; 58(3).

Ćwik K., Wołowiec T., Grzesiak A., Hernas A., Orzeł Z., *Legal analysis of the functioning, organization and management of modern health resorts and medical spa care*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 217–240.

Dryglas D., *Designing a health tourism product structure in the process of marketing management*. PWN, Warszawa 2018.

Golba J., *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce*. C.H. Beck, Warszawa 2020.

Golba J., *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach UE – wyzwania, jakie stoją przed rządem i środowiskiem uzdrowiskowym*. Biuletyn Informacyjny SGU RP „Jedziemy do wód…" 2003; 2/3.

Kulesza M., *Obszar specjalny jako prawny instrument ochrony i kształtowania środowiska naturalnego*. Studia Iuridica 1974; 2.

Kurowska T., *Koncepcja obszaru specjalnego a ochrona środowiska naturalnego.* Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego 1981; 495.

Krupa J., Wołowie T., *Uzdrowiska Polski Wschodniej wobec wyzwań rozwojowych – turystyka zrównoważona*, [w:] Krupa J., Hermaniuk J. (red.), *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering*. Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2010.

Martyniuk W., Antonov L., Jakimiec D., Grzesiak A., *Market Responses of Consumers and Organizations to Taxation in the Context of Managerial Decision-Making Process*. TEKA Commission of Legal Sciences – Polish Academy of Sciences / Branch in Lublin 2024; XVII(1).

Niczyporuk J., Szreniawski J., *Glosa do postanowienia NSA z dnia 21 maja 1993 r., I SA 997/93.* OSP 1994; 11.

Radecki W., *Ochrona walorów turystycznych w prawie polskim*. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2011.

Reśko D., Wołowiec T., *Strategia rozwoju jako narzędzie zarządzania zmianą gospodarczą*, [w:] Stefański M. (red.), *Narzędzia sterowania rozwojem regionu.* Innovatio Press, Lublin 2012.

Reśko D., Wołowiec T., *Wybrane problemy rozwoju i funkcjonowania uzdrowisk w Polsce w kontekście realizacji Konwencji Karpackiej*, [w:] Szpara K., Zawilińska B., Wilikońska A. (red.), *Lokalny potencjał a zrównoważony rozwój turystyki w Karpatach*. Centrum UNEP/GRID-Warszawa, Zakład Narodowej Fundacji Ochrony Środowiska, Warszawa–Rzeszów 2015.

Skrzypek-Ahmed S., Antonov L., Maciaszczyk M., Kmiotek K., *Economic Conditions of International Entrepreneurship-Globalization and Global Business.* Journal of Modern Science 2023; 5(54).

Smith M., *Baltic health tourism: Uniqueness and commonalities.* Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism 2015; 15(4).

Solan M., *Ramy prawne oraz zakres działalności uzdrowiskowej w świetle ustawy uzdrowiskowej.* Inżynieria Ekologiczna 2012; 30.

Wołowiec T., *Wpływ ograniczeń administracyjno-prawnych na rozwój polskich gmin uzdrowiskowych*. Samorząd Terytorialny 2007; 1–2.

Wołowiec T., Reśko D., *Opłata miejscowa i uzdrowiskowa. Aspekty teoretyczne i praktyczne*. Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University & Instytut Badań i Analiz Finansowych Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie, Krynica Zdrój–Rzeszów 2011.

Wołowiec T., *Instruments of stimulating entrepreneurship by local government units*. Actual Problems of Economics 2012; 12.

Legal acts

Raport Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego z dnia 11 grudnia 2017 r. powołanego przez Ministra Zdrowia zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. MZ, poz. 125).

Rozporządzenie Ministra Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa z dnia 25 sierpnia 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu uznawania lasów za ochronne oraz szczegółowych zasad prowadzenia w nich gospodarki leśnej (Dz.U.67.337).

Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 30 października 2003 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku oraz sposobów sprawdzania dotrzymania tych poziomów (Dz.U.2003.192.1883).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2006 r. w sprawie złóż wód podziemnych zaliczonych do solanek, wód leczniczych i termalnych oraz złóż innych kopalin leczniczych, a także zaliczenia kopalin pospolitych z określonych złóż lub jednostek geologicznych do kopalin podstawowych (Dz.U.2006.32.220).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 czerwca 2006 r. w sprawie trybu i terminów ustalenia oraz przekazania dotacji z budżetu państwa gminie uzdrowiskowej (Dz.U.2006.103.705).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2006 r. w sprawie trybu przeprowadzania kontroli jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U.2006.178.1321).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2006 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakie powinna spełniać jednostka uprawniona do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości lecznicze klimatu (Dz.U.2006.236.1708).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz.U.2018.605 t.j.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U.2006.47.346 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku (Dz.U.2014.112 t.j.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska (Dz.U.2011.161.976).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U.2012.14).

Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz.U.2021.845 t.j.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U.2020.1838 t.j.).

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.2021.1372 t.j.).

Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o lasach (Dz.U.2021.1275 t.j.).

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U.2021.1915 t.j.).

Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz.U.2019.1170 t.j.).

Ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz.U.2021.888 t.j.).

Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz.U.2021.710 t.j.).

Ustawa z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U.2021.1672 t.j.)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 t.j.).

Internet sources

Nowe, turystyczne destynacje Polaków. Czy turyści kochają uzdrowiska? Source: https://www.ppr.pl/wiadomosci/nowe-turystyczne-destynacje-polakow-czy-turysci-kochaja-uzdrowiska) [08.07.2025].

*Katarzyna Popik-Konarzewska**
*Tomasz Wołowiec***
*Kamila Ćwik****

ADMINISTRATIVE PROCEDURE FOR OBTAINING AND LOSING THE STATUS OF A HEALTH RESORT IN POLAND (SELECTED ISSUES)

Procedura administracyjna uzyskania i utraty statusu uzdrowiska w Polsce (wybrane problemy)

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-7040-2596
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-7688-4231
***Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0009-0004-4903-9878

Abstract

In order to obtain the status of a health resort, a municipality must meet a number of conditions, including documenting the therapeutic properties of natural resources and climate, having adequate infrastructure and health resort facilities. The process involves submitting an application to the Minister of Health, drawing up a spa operation, and obtaining a decision to confirm the possibility of conducting spa treatment. The rules for granting the status of a health resort are governed by the Act of July 28, 2005 on health resort treatment, health resorts and areas of health resort protection, and on health resort communes. In this law, the same rules apply not only to the status of a health resort, but also to the status of health resort protection.

Key words: spa law, administrative procedures, spa statutes, spa treatment, spa protection area

Streszczenie

Aby uzyskać status uzdrowiska, gmina musi spełnić szereg warunków, w tym udokumentować lecznicze właściwości naturalnych surowców i klimatu, posiadać odpowiednią infrastrukturę oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Proces ten obejmuje złożenie wniosku do ministra zdrowia, sporządzenie operatu uzdrowiskowego, oraz uzyskanie decyzji o potwierdzeniu możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego. Zasady nadawania statusu uzdrowiska reguluje ustawa z 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. W ustawie tej takie same zasady dotyczą nie tylko statusu uzdrowiska, ale też statusu ochrony uzdrowiskowej.

Słowa kluczowe: *prawo uzdrowiskowe, procedury administracyjne, status uzdrowiska, lecznictwo uzdrowiskowe, obszar ochrony uzdrowiskowej*

1. Introduction

The status of a health resort can be granted to such an area that meets a total of five conditions (Article 34 of the SPA law): it has deposits of natural therapeutic raw materials with confirmed therapeutic qualities under the principles set forth in the law, it has a climate with therapeutic qualities confirmed under the principles set forth in the law, in its area there are health resort facilities and health resort facilities prepared to conduct health resort treatment, it meets the requirements set forth in the environmental protection regulations in relation to the environment and it has technical infrastructure in the field of water and sewage management, energy management, in the field of mass transport, as well as waste management. The municipality that applies for the status of a health resort for an area is obliged to obtain confirmation of the therapeutic properties of the natural medicinal raw materials and the therapeutic properties of the climate. The confirmation takes the form of a certificate documenting the recognition of these properties. It is issued by a unit authorized by the Minister of Health (Article 35 (1) of the SPA law)[1]. The spa municipality – in addition to the tasks provided for in the March 8, 1990 Law on Municipal Self-Government – performs its own tasks related to the preservation of the resort's therapeutic functions (Article 46 SPA law). In particular, the spa municipality performs tasks in the following areas:

— land management, taking into account the needs of spa treatment, protection of natural deposits of medicinal raw materials and construction or other activities prohibited in the individual zones of spa protection;
— protection of the natural conditions of the resort and meeting the requirements

[1] Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U.2025.1135 t.j.).

for permissible standards: air pollution, noise intensity, discharge of sewage into waters or into the ground, waste management, emission of electromagnetic fields, as referred to in separate regulations;
— creation of conditions for the operation of spa treatment facilities and equipment and development of municipal infrastructure to meet the needs of persons staying in the municipality for spa treatment;
— creation and improvement of municipal and technical infrastructure intended for spas, related to meeting the conditions referred to in Article 34 (1) (5) of the SPA law, i.e., having technical infrastructure in the field of water and sewage management, in the field of energy, in the field of public transportation, and in the field of waste management.

The spa municipality is entitled to a subsidy. It follows from Article 49 of the PA law that such a municipality, performing these tasks, receives a subsidy from the state budget in an amount equal to the proceeds of the resort fee collected in the resort in the year preceding the base year, within the meaning of the November 13, 2003 Law on Income of Local Government Units[2].

The spa municipality performs tasks related to the operation of the resort (as a municipality) and the entire infrastructure on a general basis from its own revenues, but it is also entitled to collect a resort fee for their implementation and receive a resort subsidy under Article 49 of the Resort Law, in an amount equal to the revenues from the resort fee collected at the resort in the year preceding the base year, as defined in the Law on Revenues of Local Government Units. This fee is important in the financial system of resort municipalities because of both the amount of the resort subsidy received, which depends on it, and the need to carry out other (additional) tasks specified in the resort law. Thus, the issues of effective collection of this fee and sealing the local tax system are of vital interest to resort municipalities. The purpose of the article is to present the specifics and the role and importance of the resort fee in the system of revenues of resort municipalities, with particular emphasis on issues related to the collection of this fee by collectors. The separate constitutional position of the health resort municipality in relation to other municipalities is primarily determined by the special nature of the public tasks that such a municipality performs, and by certain distinctiveness in the sphere of financing public tasks. This is particularly true of the financing of the tasks assigned to the municipality by the Spa Law 7 and the granting to it of the right to increased participation in state budget revenues through a spa subsidy. Also, granting the resort municipality, on the basis of Article 48 of the SPA Act, the right to collect a resort fee for the realization of its own tasks related to the preservation of the resort's therapeutic functions is a solution that deserves attention, in the context of filling the financial gap that is associated with the

[2] Wołowiec T., Kaganek K., *Administracyjno-prawne uwarunkowania funkcjonowania gmin uzdrowiskowych w Polsce i reaktywowania koncepcji uzdrowisk*. Folia Turistica 2007; 18: 109-120; Wołowiec T., *Wpływ ograniczeń administracyjno-prawnych na rozwój polskich gmin uzdrowiskowych*. Samorząd Terytorialny 2007; 1–2: 75–84.

performance of additional tasks by the municipality 8. It should be stressed, however, that a similar right is available to municipalities with tourist values with regard to the local fee, which, however, does not perform such a function as the resort fee, because it is not intended to finance additional tasks. Spa municipalities, despite many years of efforts, have not lived to see such solutions in the Spa Act that would create for them separate financial regulations intended for the realization of additional tasks, despite the fact that such solutions were already known in the past[3].

2. Research methodology

Induction was used as the main research method. It involves drawing general conclusions or establishing regularities on the basis of analysis of empirically established phenomena and processes. It is a type of inference based on details about the general properties of a phenomenon or object. The use of this method requires the assumption that only facts can form the basis of scientific inference.

Subject of research administration – can be understood as a material subject and its various formal subjects – law as a text of an act, law as behavior in accordance with rules, law as the implementation of specific values, law and various argumentation strategies. In connection with this multidimensional treatment of law, the following methods of legal research were used in the article:

— logical-linguistic methods, developed in the form of formal-logical and linguistic analysis (comparison of legal regulations taking into account formal logic and legal methodology);
— argumentative and hermeneutic methods;
— axiological methods;
— historical methods;
— comparative methods.

3. Status of a health resort LGU or a health protection area

The granting of the status of a health resort or a health protection area is applied for by the municipality. Confirmation of the curative properties of raw materials and climate. The municipality must confirm the curative properties of natural raw materials and climate. The municipality shall apply for the relevant certificate to a body authorized by the Minister of Health. The medicinal properties must be confirmed by documented studies that exclude egative effects on human health in the process. Second step – spa operation administrative act. The municipality must then prepare

[3] Wołowiec T., *Odpowiedzialność inkasentów opłaty uzdrowiskowej*. Samorząd Terytorialny 2022; 1-2: 146–156.

a spa operative, which determines the possibility of conducting spa treatment in the area[4]. The spa operative is divided into: a descriptive part, which specifies, among other things, a description of the curative properties of the natural medicinal resources and the curative properties of the climate; a graphic part, which shows the planned spa protection zones. It must not be smaller than: 1:5000 for the planned "A" zone of spa protection, 1:10,000 jointly for zones "A" and "B", 1:25,000 jointly for zones "A", "B" and "C". The municipality agrees the operative with the spa commission of the municipal council. The operat must also be signed by the president, mayor or alderman. The municipality sends the spa operat to the Minister of Health to confirm the possibility of spa treatment[5].

If the conditions set forth in the law are met, the minister issues a decision on the possibility of conducting spa treatment. The Minister determines the therapeutic directions for a particular health resort on the basis of:

— a certificate that confirms the therapeutic properties of the natural resources and climate;
— an opinion of the national consultant for balneology and physical medicine;
— an information about: the qualifications of the employees providing health services and the types of spa treatment facilities in a particular health resort.

If the Minister finds that the area in question meets the necessary conditions, he applies to the Council of Ministers for the status of a health resort or an area of health resort protection.

After receiving a positive decision from the Minister – the municipality must, at least once every 10 years, submit a spa operation to the Minister of Health, which will confirm that the area meets the requirements set forth in the law. If, based on the submitted spa operative, the Minister of Health finds irregularities, he will set a time limit for their removal (maximum 5 years). If the municipality does not remove the irregularities, the minister will apply to the Council of Ministers to deprive the area in question of its status as a health resort or spa protection area. The municipality, which obtains permission to conduct spa treatment, prepares and adopts a local zoning plan for zone "A" of the spa protection. The municipality has two years to do so after receiving the decision from the Minister of Health[6].

The minister in charge of health, after confirming, in accordance with Article 36 (2), that the area meets the conditions necessary to obtain the status of a health resort or the status of a health protection area, shall apply to the Council of Ministers for granting the area in question the status of a health resort or the status of a health

[4] Sikora K., *Szczególny status gmin uzdrowiskowych w Polsce*. Studia Iuridica Lubliniense 2014; 23: 107-124.

[5] Art. 34 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych; Potycz D., *Gmina uzdrowiskowa jako przykład gminy o specjalnym statusie*. Przegląd Prawa Publicznego 2019; 11: 69–81.

[6] Lizak A., *Operat uzdrowiskowy. Analiza z perspektywy administracyjnoprawnej*. Samorząd Terytorialny 2021; 6: 61–72.

protection area. If the area of spa protection fulfills the requirement referred to in Article 34, paragraph 1, point 3, and the municipality submits the completed spa operative referred to in Article 40, the minister in charge of health applies to the Council of Ministers for granting the area of spa protection the status of a health resort.

The next activity is the drawing up of a resort operative by the municipality in order to confirm the fulfillment of the criteria necessary for granting the status of a health resort or an area of health resort protection. Article 2(5) of the SPA act defines the term "spa operative" as a document containing a characterization of a separate area in terms of the possibility of its recognition as a health resort or an area of spa protection, with particular consideration of the natural medicinal resources and climate available in the area. The operative report must be prepared in written form, which consists of a descriptive and graphic part. The descriptive part concerns, in particular, the determination of the area that will be covered by the application for the granting of the status of a health resort or the status of a health protection area, together with its spatial development and future plans in this matter, and also includes information on the planned spa zones. It is also necessary description of the therapeutic properties of natural medicinal and climatic resources, together with certificates confirming them in the area applying for the status of a health resort or the status of a health protection area. In addition, information is required on meeting the standards of separate regulations, such as the state of air cleanliness and noise intensity[7].

The area of the spa or spa protection area belongs to a zone at on the basis of criteria specific to each zone. Area "A" is characterized by percentage share of green areas of not less than 65%, covering the area of existing or planned spa treatment facilities along with other facilities associated with the operation of spa treatment. For area "B", adjacent to and surrounding zone "A", the percentage share of green areas must be no less than 50%. Facilities may be located therein that do not adversely affect the healing properties of the spa and are non-obtrusive to the functioning of both the spa itself and its patients. In addition, it may be covered by the boundaries of national park or nature reserve, or is a forest, sea or lake. The zone "C" surrounding the zone "B" should be characterized by its impact on the preservation of landscape and climatic values, as well as the protection of natural deposits of medicinal raw materials in the

[7] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2007.12.65); Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2008.1.4); Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2009 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2009.6.35); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz.U. 2006.80.565).

entire area of the resort, while the percentage of green areas must not be less than 45%. The above division is also associated with restrictions aimed at preservation in an unaltered state of the properties of natural medicinal raw materials and medicinal properties of the climate and microclimate. The restrictions are most stringent in zone "A", covering numerous prohibitions on construction investments and the provision of services and agricultural activities. They also apply to any activity that could disrupt the functioning of the health resort or affect its therapeutic properties. The regulations concerning zones "B" and "C" are less stringent, but are intended to limit the impact of factors that are unfavourable from the point of view of therapeutic activities, both in these zones and in zone "A".

4. Procedure for granting the status of a health resort municipality

According to the SPA Laws, a health resort municipality is a municipality whose area or part thereof has been granted health resort status in accordance with the procedure indicated in the law. Having the status of a health resort is the basic element that distinguishes so-called ordinary municipalities from health resort municipalities. The rules for granting such status are set forth in Chapter 5 of the Law on Health Resorts. According to Article 34 of the Act, the status of a health resort may be granted to an area that meets all of the following conditions: it has deposits of natural medicinal raw materials with confirmed medicinal properties under the principles set forth in the Act; it has a climate with medicinal properties confirmed under the principles set forth in the Act; in its area there are health resort facilities and health resort facilities prepared to provide health resort treatment; it meets the requirements set forth in the environmental protection regulations in relation to the environment and has a technical infrastructure in the field of water and sewage management, energy management, in the field of mass transportation, as well as waste management.

The law in Article 2 para. 3 defined, a health resort as an area where spa treatment is carried out, set aside for the use and protection of the natural medicinal resources located in its area, meeting the conditions referred to in Article 34 (1), which has been granted the status of a health resort. Analyzing the content of this provision, it should be noted that the legislator in the Law on Health Resort specifies that it is an area in the territory of which spa treatment is carried out, separated for the purpose of utilizing and protecting the therapeutic raw materials located in its area". The legislator does not say that a health resort is an area in the territory of which spa treatment can be, or will be, carried out, but says expresis verbis that it is an area set aside for a specific purpose (the use and protection of therapeutic raw materials), and treatment in its area is carried out. Thus, an area, on the one hand, can be considered a health resort if spa treatment is already being carried out in its area and the area meets the statutory conditions, as well as when it is demarcated within certain

boundaries and meets the statutory conditions so that spa treatment can be carried out in its area[8].

The legislator, in formulating such a definition of a health resort, refers it both to the already existing health resorts and to those areas that may be health resorts and, in the verification procedure, will meet the statutory conditions. Regarding the first issue, it should be stated that health resorts that existed prior to the entry into force of the Health Resorts Act, in accordance with Article 59 (1) of the SPA act, become health resorts ex lege (by operation of law), upon fulfillment of the conditions set forth in Article 59 (2) and (3). And although it would seem that there are no requirements for existing health resorts to maintain (confirm) their health resort status, the definition of a health resort contained in Article 2 pt. 3 implies that an area pretending to be granted (maintained) the status of a health resort must meet the requirements set forth in Article 34 of the Act. This is to be served by the obligation to prepare and submit a health resort operative contained in Article 59 Section 2 of the Act, which confirms whether the conditions for maintaining or granting health resort status to the area in question have been met[9].

The minister responsible for health, after confirming that the conditions necessary to obtain the status of a health resort or the status of a health resort protection area have been met, submits a request to the Council of Ministers to grant the area the status of a health resort or the status of a health resort protection area. The Council of Ministers, by way of a regulation, taking into account the therapeutic properties of natural medicinal resources found in the area and the therapeutic properties of the climate, grants the area the status of a health resort or a health resort protection area. It also determines the name of the health resort or health resort protection area, together with its boundaries. The name of the locality within whose administrative boundaries the health resort area is located may be supplemented with the word "zdrój" (spring) if the basis for health resort treatment is medicinal waters, or the word "cieplice" (hot springs) or "uzdrowisko termalne" (thermal health resort) if the basis for health resort treatment is thermal waters.

5. Legal controversy

The conditions set forth in Article 34 of the SPA law are clearly conditions that constitute a closed catalog, beyond which absolutely should not and cannot go, or be multiplied by any new ones. It is impossible to expand this catalog, because the legislator has clearly defined these conditions and stated that they must be met together. The legislator does not use phrases like "in particular", "among others", etc.

[8] Golba J., *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce*. C.H. Beck, Warszawa 2020.

[9] Por. Ćwik K., Wołowiec T., Grzesiak A., Hernas A., Orzeł Z., *Legal analysis of the functioning, organization and management of modern health resorts and medical spa care*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 217–240.

Instead, it uses the phrase: "which meets the following conditions together". The use of the phrase "the following" clearly means that this is a closed catalog of conditions. A completely separate issue is the question of the precision of the standard that defines these conditions. For while Article 34 (1) para. 1, 2 and 3 of the Law is unlikely to raise much doubt as to its content – because confirmation of the fulfillment of these conditions is carried out in accordance with the rules set forth in the implementing regulations of the Law – cannot be said of the conditions set forth in Article 34. of the SPA law, which deal with requirements in relation to the environment and technical infrastructure in the field of water and sewage management, energy, public transportation and waste management. As will be discussed later in this article, such a vague definition of the conditions that an area must meet in order to be recognized or be able to maintain its status as a health resort raises serious legal, economic and economic consequences, both for the municipality and business entities operating in the health resort area[10].

Undoubtedly, a health resort is created in order to utilize and protect the natural therapeutic resources located in its area. Already from the definition of a health resort contained in Article 2 pt. 3 of the Law makes it clear explicitly that "a health resort is an area, set aside for the purpose of utilizing and protecting the natural medicinal resources located in its area. So, if an area does not have its own natural medicinal resources, then no health resort can be established in its area. However, it is one thing to meet the conditions for the establishment of a health resort, and another to use natural medicinal resources. It should be noted that the definition of the term health resort contained in Art. 2 pt. 3 of the Act, follows primarily from Article 34 of the SPA act, which specifies the conditions under which a health resort may be established.

An analysis of the article shows that the condition regarding the "use" of the company's own natural resources medicinal does not have to be fulfilled immediately. The wording of Article 34, paragraph 1, items. 1, 2 and 3 of the law does not indicate that the status of a health resort can be granted to an area that "uses" deposits of natural medicinal raw materials, but indicates that it can be granted to an area that "owns" these deposits. In a similar way, the legislation also refers to climate, stating, , that the status of a health resort can be granted to an area that "possesses" a climate with medicinal properties. And consequently, the legislator applies the same solution to

[10] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2007.12.65); Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2008.1.4); Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2009 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2009.6.35); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz.U. 2006.80.565).

spa facilities, stating that the status of a health resort can be granted to an area in the area of which there are "located" spa facilities.

The legislator does not require that these facilities at the time of the establishment of the resort be active (functioning), but that they be "located" in the area subject to the granting of resort status. An analysis of the content of these provisions clearly indicates that in order to obtain the status of a health resort, it is necessary to "have" natural therapeutic resources and climate, as well as spa treatment facilities with the prospect of putting them into operation. Such treatment of the status of a health resort by the legislator is by all means justified and appropriate, since from the status of possession of natural medicinal resources and climate, only the possibility of their use in the treatment process results. In contrast, the lack of them does not allow for the status of a health resort. You can't use something if you don't have it. Therefore, the question arises – whether a health resort, having its own resources of natural therapeutic raw materials, can use raw materials from outside the health resort area. The answer to this question under current law must be positive. In Poland, this situation applies only to spas using only peloids in the spa treatment process, but the law does not exclude the use of natural therapeutic raw materials in the spa treatment process also from other places, if such raw materials in the treatment process could be used.

Pursuant to Article 2(3) of the SPA act, a health resort is an area where spa treatment is provided, designated for the use and protection of natural medicinal resources located within its territory, meeting the conditions specified by law, and which has been granted the status of a health resort. The legislator has provided a legal definition of a health resort municipality, which, according to Article 2(2) of the Act, means a municipality whose area or part thereof has been granted the status of a health resort in accordance with the procedure specified in the Act. This municipality is therefore a local government municipality, which, in the light of the provisions of the Constitution the Republic of Poland, the basic unit of local government and, at the same time, in accordance with ordinary legislation, a municipality with special status. A health resort is therefore a limited area of the municipality's territory, conducting specific activities, namely health resort treatment, which, according to Article 4 of the Act, constitutes an integral part of the health care system.

Pursuant to Article 36(6) of the Act, the Minister of Health drew up a list of entities authorized to confirm the therapeutic properties of the climate. He also specified in an executive act the procedure for inspecting authorized entities, taking into account, in particular, the manner of performing inspection activities, their scope, and the documentation of the inspection process, bearing in mind the need to ensure its efficient conduct. In this regard, the Regulation of the Minister of Health of September 13, 2006, on the procedure for conducting inspections of entities authorized to confirm the therapeutic properties of natural medicinal raw materials and the therapeutic properties of the climate applies. Pursuant to Article 37(5)-(6) of the Act, the Minister of Health revokes the right to issue certificates if the authorized entity: 1) no longer meets the conditions required to obtain this right; 2) prevents the

performance of inspections necessary to determine whether it meets the conditions required to obtain this right. In matters not regulated in relation to entities applying for the right to issue certificates, as well as the ranting, refusal, and revocation of this right, the provisions of the Act of June 14, 1960, Code of Administrative Procedure shall apply. The decision to revoke the right to issue certificates shall be immediately enforceable. For the spa treatment process, it is important to examine whether the climate at the spa has a negative impact on the patient. The geographical location of a health resort in a specific zone or climatic area has less of an impact on its therapeutic properties, but undoubtedly has a clear influence on its so-called added value, i.e. its aesthetic, landscape, natural and bioclimatic qualities26. However, the legislator adopted a different structure in the SPA act and, pursuant to Article 36(5) of the Act, authorized the Minister of Health, in consultation with the Minister of the Environment and the Minister of Climate, to determine by way of a regulation the scope of research necessary to establish the therapeutic properties of the climate, the criteria for assessing of these properties, and the template for the certificate, guided by the need to ensure the best possible conditions for spa treatment, the recommendations of science and practice, and the need to take into account the scope of data necessary for the proper identification of the authorized entity[11].

6. Loss of spa municipality status

Loss of the status of a health resort in Poland can occur when an area ceases to meet the criteria required for the status of a health resort or spa protection area. The Minister of Health may initiate the process of deprivation of status if he finds that these conditions are no longer met and the municipality fails to take corrective action. The issue of losing the status of a health resort is regulated by the SPA Law in Articles 43 and 44 SPA law providing for two situations in which an area may be deprived of its status as a health resort. Article 43 provides for the so-called verification of resort values, which takes place not less frequently than once every 10 years. In the process of this verification, the health resort municipality submits to the Minister of Health a health resort operative based on which it can be determined whether the municipality – in the area of which the health resort is located – meets all the conditions set forth in Article 34 of the Act for maintaining the status of a health resort. If the municipality does not meet these conditions, the Minister of Health,

[11] Kozłowska-Szczęsna T., *Stan badań klimatu i bioklimatu uzdrowisk polskich*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego PAN, Warszawa 2000; Kozłowska-Szczęsna T., Błażejczyk K., Krawczyk B., Limanówka D., B*ioklimat uzdrowisk polskich i możliwości jego wykorzystania w lecznictwie*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego PAN, Warszawa 2002; Kuchcik M., Błażejczyk K., Szmyd J., Milewski P., Błażejczyk A., Baranowski J., *Potencjał leczniczy klimatu Polski*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego PAN, Warszawa 2013.

in accordance with Article 43(2), sets an adjustment period of no more than 5 years for removal of irregularities. If the municipality does not remove the irregularities within this period, the Minister of Health, pursuant to Article 43 (3), applies to the Council of Ministers to strip the area of its spa status. The second situation in which an area may be deprived of the status of a health resort is provided for by the legislator in Article 44 (1) of the Health Resort Law. Based on this provision , the Minister of Health may initiate a procedure aimed at depriving the area of its health resort status at any time, if the conditions justifying the granting of health resort status to the area have ceased.

The Minister of Health in accordance with Article 19, paragraph 1, item. 3 of the Act has the right to monitor the preservation of therapeutic and environmental conditions in the health resort that condition the granting and maintenance of health resort status. If, in the course of the verification process, the Minister finds that the conditions justifying the granting of resort status to an area have ceased, then pursuant to Article 44 (1) of the SPA act, requests the municipality to take the necessary measures to restoration of these conditions. If the municipality fails to restore these conditions, then in accordance with Article 44 (2) of the Act, the Council of Ministers, on the proposal of the Minister of Health, deprives the area in question of its status as a health resort. While the procedure for depriving an area of the status of a health resort has been clearly defined in the health resort law, against the background of the health resort area's (future or existing) fulfillment of the condition related to meeting the requirements in relation to the environment, a host of doubts arise.

First of all, a basic question arises about issues related to the assessment of exceedances of the established protective standards, i.e., exceeding which standards causes one to conclude that the area in question does not meet the condition specified in Article 34 paragraph 1 pt. 4 of the Spa act and the process of deprivation of spa status can be initiated. The resort law absolutely does not give direct answers to these questions. Nor does the separate legislation, which deals with environmental issues, provide this answer. If the municipality has obtained a certificate, confirming the curative properties of the climate in the area of the resort, it means that according to the current regulations meets all environmental requirements, because in the process of obtaining this document, all standards related to environmental pollution and noise are checked.

The process of verification of certificates confirming the therapeutic properties of the climate, including also the state of the environment, takes place once every 10 years. In this situation, the verification process (as referred to in Article 19, paragraph 1, item 3) of the conditions will only allow the implementation of the remedial process, but will not be the basis for the loss of spa status. Such a basis will only be the assessment that will be made in the process of obtaining a certificate confirming the therapeutic properties of the climate and waters. The provisions of Article 44(1) of the SPA law cannot be applied in this case, because exceeding noise standards or certain air protection standards does not determine that the area does not meet the conditions referred to in Article 34 of the SPA law. However, if in the verification process

the municipality does not obtain a certificate confirming the therapeutic properties of the waters and climate, then the Minister of Health may initiate a procedure to deprive the area of its spa status.

7. Conclusions

The municipality is the only public entity that can apply for the granting or maintenance of health resort status. Regardless of how the municipality acquires health resort status, i.e. basic or "simplified", the condition of having a climate with healing properties, confirmed in accordance with the rules set out in the SPA act. The municipality is also responsible for preparing a health resort report, an integral part of which is the research conducted by authorized entities necessary to determine the healing properties of the climate, which involves the costs of its preparation. A significant drawback concerning the therapeutic potential of the climate of a given locality is the lack of clear, measurable, and objective evaluation criteria. The analyses carried out prove that it is advisable to maintain the status of a spa municipality or to apply for it. Its legal position is distinguished by specific characteristics and differences aimed at creating and ensuring conditions conducive to the development of the therapeutic function in the spa area. The special nature of spa municipalities stems from the obligation to provide spa treatment in the spa. On the one hand, it is a municipality where people live, and on the other hand, it is the climate and health benefits that determine the condition, success, and specificity of these municipalities.

A health resort is an area that has been granted health resort status, meeting a total of five conditions, including, among others, having deposits of natural resources and a climate with proven healing properties. The essence of health resort treatment and rehabilitation is to influence the patient's health, primarily through the use of healing resources and climate. Supervision of spa treatment is exercised by the Minister of Health and provincial governors. In Poland, 45 localities have the status of a health resort. Due to their geographical location, they are divided into lowland, seaside, foothill, and mountain health resorts. On the other hand, due to the natural medicinal resources found in the spa area, there are spring spas (spas with medicinal waters), mud spas (based on mud treatment) and mixed spas (with medicinal waters and mud).

A municipality applying for the maintenance or granting of health resort status to a given area is required to obtain (in the form of a certificate) confirmation of the therapeutic properties of natural resources and climate. It then prepares a health resort report (at least once every 10 years) to determine the possibility of conducting health resort treatment in that area. The spa report is sent to the Minister of Health, who, after confirming that the conditions necessary to obtain the status of a health resort have been met, submits a request to the Council of Ministers to grant the area the status of a health resort. Three protection zones ("A", "B", "C") are designated within the health resort. A new local spatial development plan is drawn up and adopted for zone "A" of the health resort. Obtaining health resort

status entails restrictions related, among other things, to conducting business activities. The Act on Health Resort Treatment prohibits the location and construction of certain facilities, installations, and equipment in relation to specific zones (including commercial facilities with a usable area of more than 400 m^2 and mobile phone stations). The infrastructure of the health resort should be adapted to the needs of patient treatment.

Pursuant to Article 46 of the SPA act, a spa municipality and a municipality with the status of a spa protection area – in addition to the tasks provided for in the Act of March 8, 1990, on municipal self-government – perform their own tasks related to maintaining the therapeutic functions of the health resort, in particular in the following areas:

1. land management, taking into account the needs of spa treatment, protection of natural therapeutic resources and construction or other activities prohibited in individual spa protection zones;
2. protecting the natural conditions of the health resort or health resort protection area and meeting the requirements for permissible standards of air pollution, noise levels, discharge of sewage into water or soil, waste management, and electromagnetic field emissions, as referred to in separate regulations;
3. creating conditions for the functioning of spa treatment facilities and equipment and the development of municipal infrastructure in order to meet the needs of persons staying in the municipality for spa treatment;
4. creating and improving municipal and technical infrastructure intended for spas or spa protection areas.

Supervision over spa treatment is exercised by the minister responsible for health and the provincial governor, and in relation to spa treatment provided in spa treatment facilities established by the Minister of National Defense and the minister responsible for internal affairs, by those ministers in consultation with the minister responsible for health. 56 As follows from the content of Article 20 of the Act, the list of supervisory powers of the minister responsible for health and the provincial governor is not exhaustive. In particular, they are authorized to:

1. assess the compliance of spa treatment with treatment guidelines (only the minister responsible for health has this power);
2. request access to documents related to the activities of spa treatment facilities and review their content;
3. request the provision of all information and explanations concerning the activities of spa treatment facilities;
4. carry out inspections on the premises of spa treatment facilities and request explanations necessary to assess their activities and the quality of healthcare services and the functioning of spa treatment facilities.

The provincial governor supervises spa treatment provided by spa treatment facilities in the province with the assistance of the chief spa main doctor. The provincial governor appoints and dismisses the chief spa doctor. It is possible to appoint a chief spa doctor for more than one spa in a given province. The provincial governor

informs the minister responsible for health about the appointment or dismissal of the chief spa doctor, who supervises the quality of healthcare services provided by spa treatment facilities. As part of their supervisory duties, the chief physician of a health resort is entitled in particular to: 1) request access to documents related to the activities of health resort treatment facilities and familiarize themselves with their content; 2) request any information and explanations concerning the activities of health resort treatment facilities; 3) carry out inspections on the premises of health resort treatment facilities and request explanations necessary to assess their activities and the quality of the health services they provide, as well as the functioning of these facilities.62 Every 12 months, the chief physician of the health resort submits information on his activities to the minister responsible for health through the provincial governor. Spa municipalities are indeed a special type of local government in Poland, distinguished not only by their spa and climatic qualities, but also by a wider range of public tasks than ordinary municipalities, as well as the possibility of additional sources of financing through the collection of local and spa fees.

Bibliography

Literature

Ćwik K., Wołowiec T., Grzesiak A., Hernas A., Orzeł Z., *Legal analysis of the functioning, organization and management of modern health resorts and medical spa care.* Journal of Modern Science 2024; 57(3): 217–240.

Golba J., *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce*. C.H. Beck, Warszawa 2020.

Kozłowska-Szczęsna T., *Stan badań klimatu i bioklimatu uzdrowisk polskich*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego PAN, Warszawa 2000.

Kozłowska-Szczęsna T., Błażejczyk K., Krawczyk B., Limanówka D., B*ioklimat uzdrowisk polskich i możliwości jego wykorzystania w lecznictwie*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego PAN, Warszawa 2002.

Kuchcik M., Błażejczyk K., Szmyd J., Milewski P., Błażejczyk A., Baranowski J., *Potencjał leczniczy klimatu Polski*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego PAN, Warszawa 2013.

Lizak A., *Operat uzdrowiskowy. Analiza z perspektywy administracyjnoprawnej*. Samorząd Terytorialny 2021; 6: 61–72.

Potycz D., *Gmina uzdrowiskowa jako przykład gminy o specjalnym statusie*. Przegląd Prawa Publicznego 2019; 11: 69–81.

Sikora K., *Szczególny status gmin uzdrowiskowych w Polsce*. Studia Iuridica Lubliniense 2014; 23: 107–124.

Wołowiec T., *Odpowiedzialność inkasentów opłaty uzdrowiskowej*. Samorząd Terytorialny 2022; 1-2: 146–156.

Wołowiec T., *Wpływ ograniczeń administracyjno-prawnych na rozwój polskich gmin uzdrowiskowych*. Samorząd Terytorialny 2007; 1–2: 75–84.

Wołowiec T., Kaganek K., *Administracyjno-prawne uwarunkowania funkcjonowania gmin uzdrowiskowych w Polsce i reaktywowania koncepcji uzdrowisk*. Folia Turistica 2007; 18: 109–120.

Legal acts

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2007.12.65).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2008.1.4).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2009 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz.U. MZ.2009.6.35).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz.U. 2006.80.565).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz.U. z 2018 r. poz. 605).

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U.2025.1135 t.j.).

*Tomasz Wołowiec**
*Anna Paździor***
*Urszula Anisiewicz****
*Krzysztof Dyrek*****

SPA FEE AS A SPECIFIC PUBLIC TRIBUTE RELATED TO THE NATURAL RESOURCES OF SPA COMMUNITIES

Opłata uzdrowiskowa jako specyficzna danina publiczna związana z zasobami przyrodniczymi gmin uzdrowiskowych

*Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-7688-4231
**Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-4049-9008
***Akademia Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie, ORCID: 0000-0003-1816-8410
****Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University w Nowym Sączu, ORCID: 0009-0002-3108-4369

Abstract

With the date of liquidation of the Polish local government and the reform of the state budget system, financial supply system of parishes is based on completely different assumptions and the principle of legal and organic unity of the system of public revenues. The different types of income which influence the budgets of national councils and their design are determined uniformly for the whole country by the supreme bodies of state power. Under this system, introduced among other taxes collected for the central budget, and so central taxes and taxes levied for local budgets, which are spontaneous taxes terrain.

Key words: spa, spa fee, spa municipality, levy, income

Streszczenie

Z chwilą likwidacji w Polsce związków samorządu terytorialnego oraz reformy państwowego systemu budżetowego, system zasilania finansowego gmin (rad narodowych) oparto na całkowicie odmiennych przesłankach prawnoustrojowych oraz zasadzie

organicznej jedności systemu dochodów publicznych. Poszczególne rodzaje dochodów stanowiących wpływy budżetów rad narodowych, jak i ich konstrukcja określane były jednolicie dla całego państwa przez naczelne organy władzy państwowej. W ramach tego systemu wprowadzono między innymi podatki pobierane na rzecz budżetu centralnego, a więc podatki centralne oraz podatki pobierane na rzecz budżetów terenowych, będące samoistnymi podatkami terenowymi.

Słowa kluczowe: *uzdrowisko, opłata uzdrowiskowa, gmina uzdrowiskowa, danina, dochód*

1. Introduction

Local taxes and fees only took their current name in a statutory provision in 1985. Previously, they were referred to as area taxes and fees, introduced into the legal system in 1951. Field taxes and fees were either obligatory (e.g., property tax, premises tax, market tax) or optional (city tax – levied in the form of a supplement to the premises tax, housing disposition tax – on premises deemed unnecessary due to, for example, a small number of residents, dog ownership tax, hunting and fishing tax, also administrative and market fee). A major change in area taxes and fees was introduced in 1975. The law issued that year covered such revenues of the budgets of the national councils of the primary level as property tax, premises tax, dog possession tax, market fee, transportation fee, climate fee, and administrative fee for official activities not subject to stamp duty. In real estate and premises taxes, the construction of these taxes and the rules of assessment have been significantly changed. The area of the building or premises was taken as the tax base[1].

The term "local government taxes" is used in the literature to include all tax benefits, which are characterized by the fact that they constitute revenue for the municipal budget and can be shaped to a certain extent by the municipal council or the mayor or president. They include, in addition to "local taxes and fees" regulated in the Law on Local Taxes and Fees, agricultural tax, forestry tax, income tax paid in the form of a tax card, tax on inheritances and donations, tax on civil law transactions and stamp duty. At the same time, it is possible to include in the "local tax system" the mining fee, adiacenckie fees, planning annuities (fees), etc. This is a quasi-tax system, as it does not meet the basic criteria of a tax system.

Nowadays, any tax system should take into account a number of tax principles with economic and legal dimensions. Due to the dependence of tax systems on specific socio-economic conditions and the lack of a universal system, tax principles are historical in nature.

[1] Zob. Wołowiec T., Reśko D., *Opłata miejscowa i uzdrowiskowa. Aspekty teoretyczne i praktyczne*. Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University, Nowy Sącz 2011, s. 5–7.

Among the legal issues that should be taken into account in the creation of a stable and economically rational local tax system can be included, first of all, the problem of the scope of tax authority of local government units. One of the basic conditions for ensuring the actual independence of local bodies is to grant them their own revenues, the amount of which they can influence. The granting of such powers to local government is a manifestation of the state's acquiescence to the participation of local government in the actual exercise of public authority. In addition, it should be borne in mind that the problem of the scale and scope of the authority of local tax authorities to create tax (local) law.

From the point of view of the tax system, the local and resort fee is entirely the municipalities' own income. The principle of indicating the entities authorized to collect fees is interesting – it is a list drawn up by the locally appropriate provincial governor in consultation with the Minister of the Environment. In the systematics of public taxes and fees, the place of the said fees is also unique. The structure itself refers to a lump-sum tax on individuals of a consumption nature, collected from personal income at the stage of its expenditure. The method of collection indicates the indirect nature of such a tribute and a kind of similarity with the group of so-called tourist taxes, especially "hotel", 'restaurant', "room", etc. Finally, referring directly to the provisions of the Law on Local Taxes and Fees, the local fee can be seen as – in a sense – a concession tribute imposed on the use of environmental resources (treated as a special case of fees for granting rights)[2].

2. Purpose of article, criteria of analysis and research methodology

Legal sciences use typical methods encountered in social sciences and humanities, i.e.: examination of documents (legal acts and administrative court decisions), comparative methods (expert opinions, legal opinions, analyses resulting from linguistic, grammatical and historical interpretation) and case studies. The results of cognitive research are new theorems or theories. On the other hand, the result of research for the needs of law and economic practice is to determine how to evaluate the current construction of tourist local fees from the perspective of fiscal efficiency and the role in the system of local taxes and fees. The main objective of the article is to analyze the legal regulations that normalize the principles of collection and payment of tourism fees and their importance in the revenues of spa municipalities. Induction was used as the main research method. It consists in drawing general conclusions or establishing regularities on the basis of analysis of empirically stated phenomena and processes. It is a type of inference based on details about the general properties of a phenomenon or object. The use of this method requires the assumption that only

[2] Wołowiec T., *Podatkowoprawne kwestie odpowiedzialności inkasentów opłaty uzdrowiskowej*. Kwartalnik Prawa Podatkowego 2021; 2: 47–58.

facts can form the basis of scientific inference. These facts are real existing situations (economic and legal). Inductive methods include various types of legal acts, analyses, expert reports and scientific documents used in social research.

3. Spa fee and importance for health spa communities

The unique constitutional position of the health resort municipality in relation to other municipalities is primarily determined by the special nature of the public tasks that such a municipality performs and by certain distinctness in the sphere of financing public tasks. This is particularly true of the financing of tasks assigned to the municipality by the Health Resort Law and the granting to it of the right to increased participation in state budget revenues through a health resort subsidy. Also, granting the spa municipality, on the basis of Article 48 of the Act on spa treatment, spas and areas of spa protection and on spa municipalities[3] the right to collect a resort fee for the realization of own tasks related to the preservation of the spa's therapeutic functions is a solution that deserves attention, in the context of filling the financial gap that is associated with the performance of additional tasks by the municipality. It should be stressed, however, that a similar right is available to municipalities with tourist values with regard to the local fee, which, however, does not play such a role as the resort fee, because it is not intended to finance additional tasks. Spa municipalities, despite many years of efforts, have not lived to see such solutions in the Spa Act that would create separate financial regulations for these municipalities for the realization of additional tasks, despite the fact that such solutions were already known in the past. One can point out, for example, the solutions contained in the 1922 Law on Spas, or the entitlements to additional income assigned to mining municipalities by the Law on the Adjustment of the Coal Mining Industry to Function under Market Economy Conditions and the Special Powers and Tasks of Mining Municipalities[4].

Currently in Europe, tourist destinations very often use their powers with regard to the collection of a local tax, which is based on tourist or resort values and sometimes even environmental values. This tax functions under different names and is collected for different reasons. For example, the Swiss, Germans, Austrians in the spas collect the so-called "kurtax" or tourist tax that takes names: *Ortstaxe, Gästetaxe*, *Aufenthaltsabgabe, Beherbergungstaxe, Nächtigungtaxe,*

[3] Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2021, poz. 1301). See more: Golba J., *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce*. C.H. Beck, Warszawa 2020; Golba J., *Administracyjnoprawny status uzdrowiska*. Rozprawa doktorska. Praca niepublikowana. Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2013.

[4] Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o dostosowaniu górnictwa węgla kamiennego do funkcjonowania w warunkach gospodarki rynkowej oraz szczególnych uprawnieniach i zadaniach gmin górniczych (Dz.U. Nr 162, poz. 1112 ze zm.).

Kurabgabe lub *Kurbeitrag)*[5]. The French have what is known as a residence tax called a *taxe de sejour*, Italians collect a tax called *tassa di soggiorno*[6], Spain collects a tourist tax under the name habitatge d'us turistic, and other countries – Hungary, Slovakia, the Czech Republic, Portugal – collect either a locality fee or a tourist tax[7].

Among the tasks carried out that are paid for by tourism taxes are the maintenance of parks, public green spaces, boardwalks, promenades, beaches, graduation towers, recreational areas, fountains, free recreational and sports facilities, gazebos, ponds, historic buildings and many others. Funds raised from tourism taxes are also used to organize free concerts, sports and recreational events, maintain orchestras or musical ensembles that give free concerts or shows. The amount of tourist tax in Europe varies between 0.5-8 euros in different countries. Most often the amount of the tax depends on the standard of the hotel facility, and less often it is determined on the basis of other attributes. In many places in Europe, proof of payment of the tax or tourist fee entitles one to free services and even discounts on purchases. In any case, the tourist tax is common in Europe and, as is the case with any tax, is usually subject to criticism rather than approval.

In Poland, a tourism tax does not formally exist, which does not mean that some types of taxes or fees do not have such a character. It should be noted that the colloquial designation of some local taxes (climate tax, air tax, breathing tax) causes the idea of introducing and the essence of such a tax to be completely lost. The institution of a resort fee has been known in Poland and in European spas for a long time. For example, in Baden-Baden such a tax has been in effect since 1507. In Austria, in the spa town of Bad Ischl, it was introduced in 1842. In France, the tax was first introduced in 1910. The prototype of the spa fee levied in Polish spas was the spa tax established under the so-called Galician Spa Act of November 4, 1891.As sources indicate, such a fee was levied primarily for the purpose of maintaining the spa[8]. The solutions of the Galician Spa Act were used in the construction of the 1922 Spa Act, where the provisions of Article 40 of the Act introduced a so-called "cure fund" in public utility spas, which consisted of, among other things, cure tax and other fees set by the spa commission. The right to temporarily create a curaçao fund and collect fees was later extended to spas that had the conditions for obtaining the status of a public utility spa and "received summer visitors for treatment and recreation." The fee was used to maintain public utility spa facilities such as pump rooms, parks, boardwalks, health paths, fountains, park gazebos, park ponds, and lighting. But the following were also paid for with these funds: the spa orchestra, sports and recreational events, public games, non-ticketed artistic performances, etc. In 1951, the

[5] Hammerl R., *Systematik der österreichischen Tourismusabgaben und ihre finanz-verfassungsrechtlichen Grundlagen*. Master's thesis, WU Vienna, Vienna 2012, s. 25–26.

[6] Golba J., *Historyczne i prawne…,* op. cit.

[7] Golba J., *Charakter prawny i istota opłaty miejscowej. Wybrane zagadnienia*. LEX/el, 2016.

[8] Lewy R., *La taxe de séjour*. Paris 2019. Source: https://www.paris.fr/pages/taxe-de-sejour-modalites-pour-declarer-en-ligne-7210 [06.01.2022].

Law of February 261951 on Area Taxes came into effect. This tax law not only did not change the legal basis for the collection of the curaçao tax, but omitted this fee from the listed types of local taxes and fees. At the time, it was recognized that the right to collect it operated under the 1922 Law on Spas, and municipal councils were authorized to enact its amount and collection rules. However, as early as 1955, this law was repealed by the May 20, 1955 decree on certain taxes and field fees[9], which introduced a new nomenclature for the local tax levied at spas. The decree included the resort fee among other taxes and fees collected for the budgets of area councils in Article 1(1), establishing in Article 1(3) the right to collect it only in spas. Article 33 of the decree specified the fiscal purpose of collecting the resort fee. The provision stated that the resort fee was collected for purposes related to the needs of the spas for "off-site investments and ongoing maintenance.

Article 34 of the decree stipulated that the payers of the resort fee would be persons coming to the resort for leisure and recreation, and persons performing goods or services in the resorts, who are required to pay sales tax, in accordance with the regulations on the unsocialized economy. The authority to determine the amount of the resort fee was granted, under Article 36 of the decree, to the competent national council. However, the council could not enact higher rates than the upper limits specified in Article 35 of the decree. The amount of the upper rates of the resort fee was differentiated with regard to those using employee vacations, schoolchildren and children up to the age of 14[10].

By the Law of December 21, 1962, amending the Decree on Certain Area Taxes and Fees[11] an amendment was made to the provisions of the decree extending the right to collect the resort fee to climate stations, thermal baths and sea baths. The resort fee was also mentioned in Article 13 of the Law on Spas, in the context of the tasks that can be carried out in spas from the fee. The provision of Article 13 stipulated that proceeds from the resort fee are intended to shape environmental factors that have a favorable effect on the results of preventive and curative services, and in particular to ensure order, hygiene, aesthetics and other conditions necessary to satisfy cultural needs.

By the Law of December 19, 1975 on Certain Taxes and Territorial Fees[12] the 1955 decree was repealed.This law fundamentally changed the legal construction of

[9] Dekret z dnia 20 maja 1955 r. o niektórych podatkach i opłatach terenowych (t.j. Dz.U. z 1963 r. Nr 16, poz. 87 ze zm.).

[10] Sikora K., *Szczególny status gmin uzdrowiskowych w Polsce*. Studia Iuridica Lublinensia 2014; 23: 107–124; Koniuszewska E. (red.), *Szczególny status gminy uzdrowiskowej – z perspektywy 10 lat obowiązywania ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*. Uniwersytet Szczeciński. Wydział Prawa i Administracji, Szczecin 2016; Golba J., *Uwarunkowania prawne*, [w:] Dryglas D., Golba J. (red.), *Determinanty funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk w Europie. Studium przypadku Polski*. PWN, Warszawa 2017.

[11] Ustawa z dnia 21 grudnia 1962 r. o zmianie dekretu o niektórych podatkach i opłatach terenowych (Dz.U. Nr 66, poz. 326).

[12] Ustawa z dnia 19 grudnia 1975 r. o niektórych podatkach i opłatach terenowych (Dz.U. Nr 45, poz. 229 ze zm.).

the resort fee with regard to its name, the purpose of the stay, the localities authorized to collect the fee, statutory exemptions from the fee, the manner of determining the localities in which the fee is collected, and the powers of the basic level national councils in shaping the amount of the fee and introducing exemptions from the fee. With the provision of Article 30, the legislator changed the name of the resort fee to a climate fee.

Legal regulations relating to the climate fee survived until 1985, when the existing law was repealed by the provisions of the Law of March 14, 1985 on local taxes and fees. The new legal regulation on local taxes and fees renamed the climate fee, defining it in Article 15 as a local fee. Compared to the previous climate fee regulation, in the wording of Article 15 of the Law, with regard to localities authorized to charge a local fee, "health resort" no longer appears, but a locality with "favorable climatic characteristics, scenic qualities and conditions that make it possible to stay" for leisure, health or tourist purposes.

Another amendment to the provisions of the Law on Local Taxes and Fees came in 1991 as a result of the enactment of the new Law of January 12, 1991 on Local Taxes and Fees[13]. Among the local fees, Article 17 of the Law on Local Taxes and Fees lists a local fee, specifying that it is levied on "natural persons temporarily residing for recreational, health or tourist purposes in localities with favorable climatic characteristics, scenic qualities and conditions allowing people to stay for such purposes (...)." Compared to the previous solutions, the provisions of the new law in Article 17(2)(5) expand the catalog of statutory exemptions from the fee to organized groups of children and schoolchildren staying in a locality authorized to charge the fee, as well as to persons staying in spas and resorts.

4. Fiscal significance of the spa fee

The resort fee, although a small percentage of the total revenue of local government budgets, is controversial. It is collected in localities with the status of a health resort or, in the case of the local fee, those included in the corresponding list. In recent years there have been loud protests against the collection of the fee in localities characterized by exceeding air pollution standards. Evidently, these disputes reflect the clash of two ways of thinking about the meaning of these fees. In one (stemming from the wording of the regulations in force in Poland), the fee is associated with some unique qualities of the place where the visitor to the municipality stays. But another approach is also possible, found, by the way, in similar solutions used in local government financing systems of many other European countries. In this case, we are talking about a type of tourist tax, levied, among other things, because

[13] Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1170 ze zm.).

incoming visitors generate not only potential development impulses for the municipality, but also real costs related to municipal services provided in tourist destinations (waste management, street maintenance, etc.). "Tourist tax" is therefore a form of fee involving additional costs borne by the local government With this reasoning, limiting the possibility of collecting the fee to only certain localities (and, in particular, linking it to the state of environmental protection) is not justified.

It seems that the following direction of transformation of the fee would be desirable: it would be possible to introduce it (although not mandatory, there is no reason to limit the autonomy of local authorities in this regard) in every municipality, and not only in localities on the special list. Opponents of such reasoning point out that tourists or visitors coming to the municipality have a positive impact on the development of the local economy anyway, and this translates indirectly into an increase in budget revenues. This is not necessarily a convincing argument. The directness of the levies imposed has numerous advantages, but a broader discussion of this issue is beyond the scope of this brief commentary on the ranking. The second issue worth discussing when talking about the local and resort fee is the collectability of the fee. It doesn't take great accounting skills to see that receipts in some tourist municipalities are nowhere near the estimated number of visitors. Bukowina Tatrzanska is a case in point, with receipts of PLN 20 per capita and accounting for less than 1 percent of the local government's own income. But many other tourist municipalities could be included in its place. While large hotel facilities keep an accurate registration of guests and should be believed to pay appropriately calculated amounts to the municipal budget, in smaller guesthouses the accuracy of registration varies, and in private agritourism facilities the collection of the fee is sometimes very low (the collection of the fee affects the competitiveness of the facilities). Thus, ways to improve collectability are worth discussing not only because of the state of municipal budgets, but also because of the desire to ensure a level playing field for individual players in the tourism services market. There is no rational reason why an entity that does not legally collect all the tributes due should be in a more favorable position. Related to the issue of competition in the tourism market is another, deviating from the problem of the local and resort fees discussed here, but thematically related[14].

5. Legal regulations of the spa fee

In classical terms, a public charge should be considered a monetary benefit collected by a public entity for the benefit of the budget economy in connection with its reciprocal benefit (counter benefit). The public levy is a pecuniary and individualized benefit, which means that the entity paying the levy may, on this account, claim

[14] Swianiewicz P., Łukomska, J., *Wpływy z opłaty miejscowej i uzdrowiskowej, „Wspólnota", Ranking 2018*. Source: www.wspolnota.org.pl [22.07.2025].

a reciprocal benefit from the state to itself[15]. The fee is equivalent in nature, i.e. the consideration received by the fee payer is worth as much as the fee. If the equivalence of benefit and fee understood in this way does not occur, the fee paid takes on the characteristics of a tax. Thus, a fee, unlike a tax, which is a gratuitous benefit, gives a right, or gives rise to a claim, to a specific benefit to its payer. In the case of the resort fee, there is no reciprocal benefit. Despite its misleading name, the resort fee is in fact a tax, because it meets all the criteria for inclusion in the category of a local tax having the nature of a public tribute, the determination, calculation and collection of which is the responsibility of the municipal authorities[16].

By the Act on spa treatment, spas and areas of spa protection, as well as spa municipalities, and the Act amending certain acts in connection with changes in the division of tasks and competencies of local administration, changes were introduced in the construction of fees collected in localities with favorable climatic, health and landscape conditions. The local fee, since the beginning of 2006, has been collected from individuals staying for more than 24 hours for leisure, training or tourist purposes, for each day of stay in localities with favorable climatic characteristics, scenic qualities and conditions allowing people to stay for these purposes, as well as in localities located in areas which have been granted the status of a spa protection area under the rules set forth in the Act on spa treatment, spas and spa protection areas and spa municipalities.

As of January 1, 2006, as a result of an amendment to Article 17(1) of the Local Taxes and Fees Act, "health purposes" was deleted as the purpose of individuals staying in localities authorized to collect the local fee. This is a narrowing of the circle of entities obliged to pay the fee. If a person stays longer than 24 hours in a locality only for health purposes, there are no grounds for charging him a local fee.

In localities with favorable climatic conditions, scenic qualities and conditions that allow the stay of individuals for recreational, training or tourist purposes, in order for the local fee to be collected, the minimum conditions specified in a regulation of the Council of Ministers issued pursuant to Article 17(3) and (4) of the Local Fee Act should be met. Such a decree was issued by the Council of Ministers only on December 18, 2007. The municipal council, wishing to introduce a locality fee, must relate the conditions arising from the Council of Ministers' regulation to specific localities located in its territory in order to determine where the locality fee may be charged. The municipal council should then, by resolution, establish a list of localities where these conditions are met[17].

[15] Gliniecka J., *Opłaty publiczne w Polsce. Analiza prawna i funkcjonalna*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Gdańsk 2007.

[16] Wołowiec T., *Zakres i specyfika odpowiedzialności inkasenta opłaty miejscowej i uzdrowiskowej*. Procedury Administracyjne i Prawne 2018; 1: 25–29.

[17] Szerzej: Dudar G., *Komentarz do art. 17 ustawy o podatkach i opłatach lokalnych*. Source: http://lexonline-02.lex.pl [22.07.2025]; Etel L., Presnarowicz G., Dudar G., *Podatki i opłaty lokalne. Podatek rolny. Podatek leśny. Komentarz*. ABC, Warszawa 2008.

The spa fee is charged to individuals staying for more than 24 hours for health, tourism, recreation or training purposes in localities located in areas that have been granted the status of a health resort, for each day of stay in such localities. The rules for granting the status of a health resort to certain localities are regulated in the aforementioned Law on Health Resort Treatment, Health Resorts and Areas of Health Resort Protection and Health Resort Communes. A health resort is an area where spa treatment is carried out, set aside for the purpose of utilizing and protecting the natural therapeutic resources located in its area, which has been granted the status of a health resort. Such an area should have deposits of natural therapeutic raw materials and a climate with proven therapeutic properties, appropriate spa treatment facilities and equipment, meet the requirements set forth in the environmental protection regulations, and have technical infrastructure in the field of water and sewage management, energy management, in the field of mass transportation, and conduct waste management. The difference between an area recognized as a health resort (the right to collect a health resort fee) and a health resort protection area (the right to collect a local fee) is the presence of health resort treatment facilities and equipment in the former.

The procedure for a municipality to obtain spa status is lengthy and complicated. The municipality, in order to obtain the status of a health resort for the relevant area, must obtain a certificate confirming the healing properties of natural medicinal raw materials and the healing properties of the climate. A prerequisite for obtaining such a certificate is that such an entity must conduct scientific studies of the therapeutic raw materials and climate in the area of the specific municipality, which entails financial costs as well as a considerable amount of time. After obtaining the certificate, the Minister of Health applies to the Council of Ministers to grant the area the status of a health resort. Subsequently, the Council of Ministers, by decree, grants the area the status of a health resort, specifying its name, area, boundaries, as well as the treatment directions and possible contraindications to treatment in a given health resort. In addition, the municipality that intends to apply for health resort status for a given area is obliged to prepare a health resort operative and send it to the Minister of Health in order to confirm that the conditions necessary for granting health resort status to a specific area are met. On the basis of the submitted operative, the Minister of Health issues a decision to confirm the possibility of providing spa treatment in the specified area.

Such a decision is the basis for the municipal council's adoption of a spa statute, defining the rules of its operation. It follows from the above regulations that it is not only time-consuming but also costly for a municipality to obtain the status of a health resort in the current legal state. Since January 1, 2006, health resorts have been areas recognized as such only on the basis of the previous regulations, so only in the "old" health resorts is it possible, in the near future, to charge a resort fee, as only these areas meet the conditions for recognition as health resorts under the new law[18].

[18] Wołowiec T., Podolchak N., *Spa and local tourist fees as a tributes of a consumption nature*. Teka Komisji Prawniczej PAN Oddział w Lublinie 2022; XV(1): 371–390.

The spa fee shall not be charged to members of diplomatic representations, consular offices and other persons equal to them on the basis of laws, agreements or international customs. The rationale for applying the exemption to the aforementioned persons is the principle of reciprocity allowing members of Polish diplomatic representations and consular offices to enjoy analogous exemptions in similar fees outside Poland. On the basis of this provision, the exemption does not apply if the persons listed here are Polish citizens and have permanent residence in the territory of the Republic of Poland. The presented fees are also not charged to persons staying in hospitals. The resort fee is also not charged to blind persons and their guides. It should be assumed that every blind person is a disabled person, and therefore should have an appropriate certificate of disability[19].

Property taxpayers are also exempt from the resort fee for owning vacation homes located in a locality where the resort fee is levied. The legislator assumed that since certain persons pay property tax on vacation homes located in localities where the resort fee is levied, it is unreasonable, so to speak, to tax these persons again with additional fees. The municipality receives much more revenue from property tax on summer cottages than it would receive from the resort fee on the owners of such buildings. The local and resort fee is not levied on organized groups of children and schoolchildren. It should be assumed that the above exemption will primarily benefit elementary, middle and high school students. The concept of schoolchildren certainly does not include students and university students.

It should be remembered that the resort fee is not levied on those from whom the resort fee is collected. Thus, the legislator indicated that in the case of overlapping of the subject scope of the resolutions on the resort fee and the local fee, the resort fee takes precedence - probably due to the amount of the rate. This is because there is no doubt that an area that is a health resort has at the same time favorable climatic characteristics, scenic qualities and conditions that allow people to stay there. However, an individual cannot be charged both fees at the same time, the resort fee will always take precedence.

6. The spa fee and the emanation of the guarantee of financial independence of the municipality and the principle of adequacy set forth in Article 9 of the European Charter of Local Self-Government

Determining the constitutive features of the European standards, securing the financial independence of the municipality, is possible only by interpreting the provisions arising primarily from Article 9 of the European Charter of Local Self-Government[20], which was dedicated to the financial resources of local communities.

[19] Wołowiec T., Ivashko O., Wojciechowski Ł., *Health resort block subsidy as a source of economic revenue for spa LGU's*. Teka Komisji Prawniczej PAN Oddział W Lublinie 2022; 15(2): 419–434.

[20] Europejska Karta Samorządu Terytorialnego, sporządzona w Strasburgu z dnia 15 października 1985 r. (Dz.U. 1994 nr 124, poz. 607).

With regard to the issue of local finance, the ECLG essentially contains eight principles, formulated in the aforementioned Article 9. They form the legal framework for national financial legislation. These principles emphasize the self-reliance of local government, expressed in the right to have the necessary – adapted to statutory tasks and competencies – financial resources, the allocation of which local communities should decide for themselves. The system of local finance should be sufficiently flexible and diversified so that there is the possibility of adjusting it to the implementation of tasks and costs[21].

The first of these principles states that local communities have the right, within the framework of national economic policy, to have their own sufficient financial resources, which they can freely dispose of in the exercise of their powers. Municipalities should therefore be equipped with their own financial resources. Own revenues are best suited to the nature of a local government unit. Indeed, an essential feature of local self-government is self-governance, which consists, according to the Charter, in allowing local communities full freedom of action in any matter that has not been excluded from their competence. In turn, the basic feature of the sources of own revenues is the freedom to dispose of the funds flowing from them. Among own revenues, therefore, should be income from taxes and fees, the amount of which is determined, to the extent specified by law, by local communities. It should be emphasized that own financial resources is not only the issue of own income. It is undoubtedly also a question of financial resources to guarantee the implementation of expenditures made by municipalities. Thus, it follows from this first principle that municipalities have a claim to be endowed with their own financial resources, which constitute both their revenues and expenditures.

Second, these community's own financial resources must be sufficient. Here, too, the criteria for determining the ceiling of "adequate, sufficient" municipal endowment have not been specified. It should only be presumed that each state should be able to measure and determine both the revenue strength of the municipality, as measured by its income raised from specific sources, and the amount of financial need, by establishing criteria to calculate the cost of tasks carried out by municipalities. It seems that this basic criterion, which should be taken into account, is (as is the case under the provisions of the Constitution cited above) the scope of tasks performed by the local government. Thus, it can be assumed that the financial resources that local communities should have should be sufficient to finance all their tasks. It is therefore reasonable to formulate, on the basis of this rule, a claim to be equipped with financial resources to carry out tasks.

Third, local communities are free to dispose of these resources in the exercise of their powers. However, the freedom to dispose of resources is not absolute. It is explicitly limited by the law, which determines the scope of authority. Thus, it should be

[21] Tegler E., *Podstawy prawne finansów komunalnych – ewolucja rozwiązań i kierunki rozwoju,* [w:] *Problemy finansów samorządu terytorialnego, Materiały ogólnopolskiej konferencji Toruń 20–21 maja 1996*. Krajowy Sejmik Samorządu Terytorialnego, Toruń 1997, s. 16.

assumed that the free (independent) disposition of financial resources will always be determined by law, in all aspects of this independence, that is, as to revenues, expenditures, and the conduct of fiscal management.

The European Charter of Local Self-Government recognizes the aforementioned principles as a basic European standard for local self-government, stating that the amount of financial resources of local communities should be adapted to the extent of the powers granted to them by the Constitution or by law. The Charter's statements on the need for local governments to have sufficient financial resources and to shape them in such a way that they are sufficiently diversified and flexible (paragraphs 1-3 of Article 9 of the Charter) develop and detail the principle of adequacy of resources to tasks.

This principle with regard to local government units, which are endowed with powers to carry out statutorily assigned tasks, is formulated in Article 167 of the Constitution (especially paragraphs 1 and 4, as well as in Article 15(1) and (2) and Article 16(2)). It also follows from the legal acts cited above that the financial system on which the budgetary resources of local government units are based should be sufficiently diversified and flexible, i.e., adapted to changes in the level of costs of the public tasks performed (Article 9(4) of the Charter), and providing revenues adequate to the public tasks delegated (Article 9(2) of the Charter and Article 167(1) and (4) of the Constitution). The principle of adequacy, determined by the regulations contained in the European Charter of Local Self-Government and the Constitution, is interpreted as the need to have such funds as are sufficient to carry out the tasks of the municipality. In the absence of clearly defined evaluation criteria and general only standards established in the ECST and the Constitution, as well as a large area of freedom of the legislator as to the choice of the power model, the Constitutional Court's rulings therefore have a special value for determining the essence of local self-government and the means of implementing the processes of decentralization of public finances.

The lack of sufficiently clearly defined criteria for the implementation of the principle of adequacy to tasks and competencies means that the jurisprudence of the Constitutional Court must fill an important legal gap, replacing the legislator in defining the rules for the allocation of funds between different public budgets and determining, in cases of dispute, the amounts of necessary funds that local governments should receive in accordance with the principle of adequacy of funds to tasks[22].

[22] See more: Paczuski R., *Zagadnienia odrębności prawnoustrojowej samorządów zarządzających sprawami uzdrowisk*. RPEiS 1991; 2: 85–95; Bojar-Fijałkowski T., *Prawo uzdrowiskowe w Polsce – stan i perspektywy*, [w:] Boruszczak M. (red.), *Turystyka zdrowotna i uzdrowiskowa*. WSTiH, Gdańsk 2011; Prętki K., *Podstawy prawne funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1918–2005*, [w:] Płonka-Syroka B., Syroka A. (red.), *Historia polskiej kultury uzdrowiskowej*, Wrocław 2012; Golba J., *Administracyjnoprawny status…*, op. cit.; Sikora K., *Szczególny status gmin…*, op. cit.; Koniuszewska E. (red.), *Szczególny status…*, op. cit.; Golba J., *Uwarunkowania prawne*…, op. cit.

7. Elements of taxation techniques in relation to the spa fee

According to Article 17 (1a) of the Local Taxes and Fees Act, the obligation to pay the resort fee is imposed on individuals staying for more than 24 hours for health, tourist, recreational or training purposes in localities located in areas which have been granted the status of a health resort under the terms of the Spa Act. The Spa Act in Article 2 (3) specifies that a health resort is an area where spa treatment is carried out, set aside for the use and protection of the natural medicinal resources located in its area, meeting the conditions referred to in Article 34 (1), which has been granted the status of a health resort. According to Article 34 (1) of the Health Resort Law, the status of a health resort may be granted to an area that meets all of the following conditions[23]:

1. owns deposits of natural medicinal resources with proven medicinal properties under the rules set forth in the Law;
2. it has a climate with therapeutic properties confirmed under the principles set forth in the Law;
3. it has spa treatment facilities and spa treatment facilities prepared to provide spa treatment in its area;
4. meets the requirements for the environment specified in the environmental protection regulations;
5. has technical infrastructure in the field of water and sewage management, energy management, in the field of mass transportation, and also conducts waste management.

The spat fee may be collected only in a locality that has the status of a health resort obtained in accordance with the provisions of the Health Resorts Act. The fee is charged for each started day of stay. However, it should be remembered that not every stay in a health resort entails payment of the resort fee. The law limits the above obligation to stays for health, tourist, recreational or training purposes. The law's dependence of the right to collect the resort fee on the purpose of the stay is rather clear and legible, but in practice it may raise a number of doubts about the authority to collect the resort fee. The problem does not exist if the obligee himself determines the purpose of his stay, which coincides with the purposes specified in Article 17(1a) of the Law on Local Taxes and Fees. The problem begins, however, when the obligated person does not want to or does not specify the purpose of his stay, or indicates a purpose other than the one that gives rise to the fee. Powstaje w związku z tym pytanie o postępowanie dowodowe w takiej sprawie i jego skuteczność[24].

[23] Ćwik K., Wołowiec T., Grzesiak A., Hernas A., Orzeł Z., *Legal analysis of the functioning, organisation and management of modern health resorts and medical spa care*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 217–220.

[24] Paździor M., Wołowiec T., Paździor A., Bojaruniec M., *Development of the system of public duties. A legal and fiscal study*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 76–79; Golba J., *Charakter prawny…*, op. cit.

The condition for levying a spa fee is that an individual stays for health, tourism, recreation or training purposes in a locality located in an area that has been granted resort status. However, if someone arrives in such a locality for other purposes (e.g., for work, commerce, business, etc.), this may not trigger an obligation to pay the resort fee (judgment of the Voivodship Administrative Court of Szczecin dated 6.10.2005.)[25], in which it was accepted that an analysis of the provision of Article 17 of the Law of January 12, 1991 on local taxes and fees justifies the assumption that the local fee, known as the climate fee, is collected from persons temporarily residing in a locality that meets the criteria set forth in the said provision and for a specific purpose, and not, for example, from persons who undergo training and at the same time provide work in such a locality.

Making the possibility of collecting the spa fee contingent on the purpose listed in the law must also raise other questions, relating specifically to the meaning of the terms used. The Act does not define any of the purposes listed in the Local Taxes and Fees Act, which obviously does not make the task easier, as the terms used have a very broad and capacious meaning. This includes health purposes, as well as tourist or leisure purposes. Attempts to define these terms are extremely complicated, as there are many differing definitions in the doctrine. This is especially true of the definition of health. The problem of defining health and the knowledge of health were clearly formed in two time periods.

The very strict dependence of the possibility of collecting the fee on specifying the purposes of the stay can and does raise a number of interpretive doubts. It is also worth noting that the obligation to pay may arise from two different titles: the existence of a tourist purpose and a training purpose. The fee will also be charged when one of the purposes of the stay specified in the law (e.g., tourist) is fulfilled, although it will go hand in hand with a purpose not specified in the law (e.g., commercial, business, etc.). In formulating de lege ferenda conclusions, it is worth considering whether defining the purpose of the stay when collecting the resort fee makes any sense, in a situation where the very broad meaning of these concepts[26].

Among all exemptions from the spa fee, the issue of applying the exemption to persons staying in hospitals currently causes the most interpretation problems in practice and in doctrine. This is primarily due to owing to the fact that, in practice as well as in theory, there is still a problem with determining the actual intention of the legislator regarding the unambiguous interpretation of the term 'hospital'. Despite the establishment of an almost uniform line of jurisprudence with regard to this concept, there are still discrepancies in doctrine in this area, and tax authorities continue to interpret this concept differently[27].

[25] Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 6 października 2005 r., sygn. akt. I SA/Sz 362/05.

[26] Wołowiec T., *Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym a obowiązek poboru opłaty uzdrowiskowej*. Przegląd Prawa Publicznego 2016; 1: 64–73.

[27] Cienkowski M., Wołowiec T., *Opłata uzdrowiskowa w systemie danin publicznych w Polsce*. Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2015.

There has even been an allegation that courts, when issuing rulings on this concept rather thoughtlessly, i.e. without deeper legal analysis, cite justifications used in other judgments. This was undoubtedly contributed to by the amendment to Article 17(2)(2) of the Act on Local Taxes and Fees, made by the provisions of the Act of 30 November 2002 amending the Act on Local Taxes and Fees, where the previous wording of this provision on the exemption from local fees for persons staying in hospitals or health resorts was replaced by a new provision stating that the exemption applies to persons staying in hospitals or health resorts for a period not exceeding 30 days. 2002 amending the Act on Local Taxes and Fees, where the previous wording of this provision on the exemption from local fees for persons staying in hospitals or health resorts and sanatoriums was limited to persons staying 'in hospitals'[28].

It should be emphasised that until the amendment to the Act on Local Taxes and Fees came into force on 1 January 2003, Article 17(2)(2) clearly divided the categories of persons exempt from the fee into persons staying in hospitals and persons staying in health resorts and sanatoriums. It is not without significance that this provision was introduced during the period of validity of the Act on Health Resorts and Health Resort Treatment of 1966, where health resorts were defined as medical facilities whose primary task was to provide preventive and therapeutic services using natural conditions and environmental factors. In accordance with the provision contained in Article 6(3) on spa treatment, the minister responsible for health was to specify, by way of a regulation, the typical types of spa treatment establishments and facilities. In accordance with the statutory delegation, the Minister of Health and Social Welfare, by order of 31 August 1967 on typical types of health resort treatment facilities and equipment, specified in § 1(1) that health resort treatment facilities are: health resort clinics, spa natural medicine establishments, spa preventoria, spa sanatoriums and spa hospitals[29].Between 2003 and the introduction of another amendment to the Act on Local Taxes and Fees in 2005, related to the entry into force of the provisions of the Spa Act in 2005, which introduced in Article 48 a spa fee as a new category of local tax, there was essentially no dispute regarding the coverage of local fees for persons staying in spa hospitals. It is true that administrative courts had already ruled in the early 1990s on the exemption from local fees for persons staying in hospitals, sanatoriums or health resorts, but the rulings did not concern the interpretation of the term 'hospital'[30].

The courts issued their rulings with regard to the legal status of the Act on Local Taxes and Fees of 1991, where statutory exemptions clearly applied to persons staying in hospitals, health resorts and sanatoriums. The first administrative court rulings

[28] Wołowiec T., *Kwestie formalno-prawne poboru opłaty uzdrowiskowej w szpitalach uzdrowiskowych,* [w:] Ramus I. (red.), *Obrót powszechny i gospodarczy-problemy publicznoprawne i ekonomiczne*. Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach, Kielce 2014, s. 213–220.

[29] Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 sierpnia 1967 r. w sprawie typowych rodzajów zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego. Monitor Polski 1967; 55: poz. 272.

[30] Wyrok NSA w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 1994 r., sygn. akt. SA/Gd 858/94.

on the application of the term 'hospital' within the meaning of Article 17(2)(2) of the Local Taxes and Fees Act appeared in 2009, when the Provincial Administrative Court in Wrocław, in its ruling of 24 November 2009[31] addressed the issue of differentiation between patients of a health resort hospital depending on whether they receive treatment under the rules laid down in the provisions on publicly funded healthcare services or as patients who have not obtained a referral under those provisions (for a fee).

However, in its judgment of 15 December 2009, the Provincial Administrative Court in Krakow ruled that the Act of 30 August 1991 on healthcare institutions does not define the term "hospital", but uses a broader term, namely "healthcare institution"[32]. In the grounds for its judgment, the court stated that "within the meaning of this Act, healthcare institutions are the organisational units listed in Article 2(1)(1)-(12) of this Act, including: hospitals, nursing and treatment facilities, nursing and care facilities, sanatoriums, preventative care facilities, hospices, inpatient facilities, other facilities not mentioned by name, intended for persons whose health condition requires round-the-clock or all-day health services in a suitably equipped, permanent facility (point 1). As can be seen from the above, the Act on Healthcare Facilities treats a 'hospital' as one of the entities forming the statutory category of healthcare facilities. However, when using the term 'hospital', similarly to the tax law in Article 17(2)(2), it does not differentiate between hospitals in any way, e.g. based on the type of health services provided or the place where they are provided.

When analysing the content of the justifications for court rulings regarding the exemption from the spa fee for persons staying in hospitals, it can be noted that the position of the Ministry of Finance of 3 October 2014 undoubtedly had an impact on the establishment of the administrative courts' line of jurisprudence with regard to the concept of 'hospital'[33]. The legal basis for this position is Article 14a § 1 points 1 and 2 of the Act of 29 August 1997. – Tax Ordinance, according to which the minister responsible for public finance shall strive to ensure uniform application of tax law by tax authorities and tax inspection authorities, in particular by interpreting it, ex officio or upon request, taking into account the case law of the courts and the Constitutional Tribunal or the Court of Justice of the European Union[34].

[31] Wyrok WSA we Wrocławiu z dnia 24 listopada 2009 r., sygn. akt I SA/Wr 1439/09.

[32] Wyrok WSA w Krakowie z dnia 15 grudnia 2009 r., sygn. akt I SA/Kr 1349/09.

[33] Interpretacja ogólna Nr PL/LS/838/9/SIA/14/RD-88286 Ministra Finansów z dnia 7 października 2014 r. w sprawie niepobierania opłaty uzdrowiskowej od osób przebywających w szpitalach uzdrowiskowych (Dz.U. MF poz. 38).

[34] Cienkowski M., Wołowiec T., *Opłaty miejscowa i uzdrowiskowa jako daniny publiczne pobierane w miejscowościach turystycznych i uzdrowiskowych*. Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie 2014; 3(45): 229–249; Antonov L., *Applicability of the Right to a Fair Trial under Article 6 of the European Convention on Human Rights to Tax Proceedings*. e-Journal VFU 2022; 18: 1466–1475; Antonov L., *Taxpayers' Right to Legal Assistance under the Case-Law of the ECtHR and the CJEU*. e-Journal VFU 2023; 19: 241-248.

The Minister of Finance, referring to the reasons justifying the issuance of a general interpretation, indicated that, after analysing the concept of 'hospital' on the basis of the provisions of Articles 6 and 8 of the Health Resort Act, he concluded that, in accordance with the indicated provisions, a health resort hospital provides medical services in the form of inpatient and 24-hour hospital care, and thus a health resort hospital is one of the types of hospitals within the meaning of Article 2(1)(9) of the Medical Activity Act of 2011. At the same time, it clearly indicated that Article 17(2)(2) of the Local Taxes and Fees Act, which defines the scope of the exemption from the obligation to pay the health resort fee, does not include an exception for persons staying in health resort hospitals. He also emphasised that the legislator did not distinguish between persons staying in spa hospitals and other hospitals for the purpose of benefiting from the exemption from this fee. In the final part of the general interpretation, the Minister of Finance concluded: in summary, it should be stated that, pursuant to Article 17(2)(2) of the Act on Local Taxes and Fees, persons staying in spa hospitals are not subject to the spa fee.

Despite the Minister of Finance issuing a general interpretation of tax law with regard to the content of Article 17(2)(2) of the Act on Local Taxes and Fees and the generally uniform line of administrative court rulings concerning the lack of grounds for levying a spa fee in spa hospitals, tax authorities still apply the above-mentioned provisions inconsistently. This is mainly due to the overly laconic and not entirely precise analysis of the concept of 'hospital' carried out by the Minister of Finance and the unclear positions of administrative courts regarding the criteria for classifying a spa hospital as a hospital within the meaning of Article 2(1)(9) and (11) of the Act on Medical Activity. To confirm this, two extensive excerpts from the justification of the Supreme Administrative Court's judgment of 25 February 2016 should be quoted.

The fact is that in Article 2(1)(9) of the Act on Medical Activity, the term 'hospital' is assigned to a medical entity in which that entity performs medical activities of the type 'hospital services', i.e. services defined in point 11 of the same paragraph, which are clearly distinguished by the regulation contained in point 12 of that paragraph from 'inpatient and 24-hour health services other than hospital services' defined as 'care, nursing, palliative, hospice, long-term care, medical rehabilitation, addiction treatment, psychiatric health care and spa treatment services provided to patients whose health condition requires round-the-clock or all-day health services in appropriately equipped, permanent premises'. Further on in the justification for the judgment, the Supreme Administrative Court stated: "It should be noted that despite the introduction of the definition of the term "hospital" in the Act on Medical Activity, this name has been retained in the legal system in relation to entities that may not correspond to the definition contained in Article 2(9) in conjunction with Article 11 of the Act on Medical Activity. An example of this is not only an entity called a 'spa hospital'[35]. Despite these and other doubts presented in the doctrine, it

[35] Cienkowski M., Wołowiec T., *Wybrane problemy praktyczne funkcjonowania opłaty uzdrowiskowej i miejscowej*. Biuletyn Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP 2014; 2: 39–41.

should be noted that the uniform line of administrative court rulings leaves no doubt that persons staying in health resorts are also exempt from the spa fee[36].

8. Selected issues of collecting the spa fee

The role of the collector is to facilitate taxpayers in fulfilling their tax obligations. Current tax laws provide for the possibility of using collectors to collect taxes constituting the income of local government units, with the decision to order tax collection by means of collection, the appointment of collectors and the amount of remuneration for collection being entrusted to municipal councils by means of local legislation (resolutions). Entities on which municipal councils impose the obligation to collect tax by way of collection are obliged to perform this task. Importantly, the establishment of the collection of the spa fee by way of collection is a power of the Municipal Council, resulting directly from Article 19(2) of the Act on Local Taxes and Fees. The collection order facilitates the collection of the spa tax, but does not exclude the taxpayer's right to pay it in another manner provided for in the Tax Ordinance Act, i.e. in cash or non-cash form[37]. It should be emphasised that failure to pay the local tax to the collector does not result in any negative consequences for the person obliged to pay it. The person obliged to pay the spa fee may refuse to pay it to the collector, who should notify the local tax authority of this fact, which may initiate tax proceedings against such a person. It should be remembered that the rights of a given person with regard to the obligation to pay the spa fee and the determination of the amount of this fee are protected by the provisions of the Tax Ordinance and the Local Tax Ordinance. The taxpayer has the right to question the obligation to pay the spa fee in terms of the basis for imposing this obligation and the amount of the fee. In this case, their rights are protected by ensuring their participation in tax proceedings concerning this fee before the tax authority, as well as the possibility of appealing against the decision determining this fee. The definition of 'collector' implies that it is the provisions of tax law that determine whether a given natural person, legal person or organisational unit without legal personality will have the status of 'collector' and, therefore, perform the duties of a collector, with these provisions indicating (specifying) the duties imposed on the collector[38].

[36] Zobacz różne interpretacje: Wantoch-Rekowski J., *Zwolnienie z opłaty uzdrowiskowej a pobyt w szpitalu uzdrowiskowym*. Przegląd Podatków Lokalnych i Finansów Samorządowych 2013; 7: 6–9; Wołowiec T., *Glosa do wyroku WSA w Szczecinie z dnia 14 marca 2013 r. (II SA/Sz 921/12).* Glosa 2013; 4: 29–35; Wołowiec T., *Glosa do wyroku WSA w Szczecinie z dnia 15 maja 2014 r. (I SA/Sz 1512/13)*. Przegląd Orzecznictwa Podatkowego 2014; 6: 514–520; Wołowiec T., *Pobyt w szpitalu…,* op. cit.; Wołowiec T., Reśko D., *Pobór opłaty uzdrowiskowej w szpitalach uzdrowiskowych*. Finanse Komunalne 2013; 10: 70–73.

[37] Wołowiec T., Florek I., Paździor M., Czarnecki P., Rak N., Sitek J. M., *Tax-legal and economic-management determinants of the liability of the health resort fee collector*. Journal of Modern Science 2024; 55(1): 329–341.

[38] Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 18 października 2017 r., sygn. akt. I SA/Sz 754/17.

Therefore, the collector is not liable for the taxpayer's obligation, and his liability is limited solely to liability for his own actions or omissions resulting from legal provisions. On the other hand, failure by the collector to fulfil their obligation does not exempt the taxpayer from their tax obligation. If, despite the collector's liability, the taxpayer has settled the tax liabilities incumbent on them, the tax obligation has expired. In such a case, the tax creditor will not be able to claim payment of the same benefit from the collector under the law.

In practice, tax authorities in spa municipalities face difficulties in enforcing the obligation of collectors to collect spa fees. This problem stems from the fact that collectors are not held accountable for failing to collect the fee. As a result, many collectors deliberately and consciously fail to collect the fee owed to the municipality. Furthermore, it should be noted that spa fee collectors are not obliged to keep records of the registration of persons using accommodation services, which would significantly improve the organisation of the tax authorities' work in terms of checking and controlling the correctness of fee collection, as well as providing a comprehensive source of statistical information on the number of tourists visiting health resorts, which could be included in promotional material for the area[39]. The provisions of the Tax Ordinance do not impose an obligation on the collector to calculate the amount of tax. Furthermore, unlike the payer, the collector has no economic control over the taxable payment and therefore cannot reduce the payment made by the amount of tax collected. As a consequence of the above, the collector is not liable for failure to collect tax. However, if the collector collects the tax and fails to pay it to the account of the competent tax authority, the collector is liable as determined by the tax authority pursuant to Article 30 § 2 and 4 of the Tax Ordinance. The collector is also liable to criminal fiscal penalties for failing to pay the collected tax to the tax authority on time, pursuant to Article 77 of the Criminal Fiscal Code.

The payer has the right to collect tax regardless of the taxpayer's will. The collector does not have this right. The collector can only fulfil the obligation to collect tax if the taxpayer is willing to pay it. It would therefore be unreasonable to hold the collector responsible for unpaid taxes. However, any difficulties in enforcing the obligation to collect local fees from collectors could be resolved through the proper organisation of collection within the municipality (selection of appropriate entities as collectors, determination of appropriate remuneration for collection)[40]. In spa local government units, the failure of collectors to fulfil their collection obligations is a major problem, especially with regard to spa fees. The collectors of the fee are usually the owners of guesthouses, holiday homes, hotels, hostels, etc., who understandably do not want to collect it from their guests. The only solution to the collectors' inactivity is to deprive them of this function by amending the council's resolution and appointing new collectors. In some cases, civil law contracts concerning the performance of

[39] Wołowiec T., *Sposób wyznaczania inkasentów opłaty miejscowej*. Orzecznictwo w Sprawach Samorządowych 2021; 1: 121–129.

[40] Wołowiec T., *Zakres i specyfika odpowiedzialności…,* op. cit.

additional duties not directly related to tax collection (keeping records, settling proof of payment, etc., providing information on the amounts collected) are also effective, where contractual penalties are provided for failure to perform these activities[41].

9. Conclusions

There is no doubt that spa municipalities perform many public tasks unknown to other municipalities, related to the maintenance of the spa and the creation of conditions for the operation of spa treatment facilities. What's more, these are extremely costly tasks, requiring huge financial outlays. They concern the implementation of spa, tourist, recreational and municipal infrastructure serving spas, which must meet not only increased quality standards, but also stricter ecological and environmental standards. Spa municipalities, as required by the provisions of the Spa Law, must have and maintain large areas of greenery in the spa protection zones, arrange and maintain spa parks, flower gardens, promenades, boulevards and walking promenades, publicly accessible pump rooms and intakes of therapeutic and mineral waters, health paths, graduation towers, recreational facilities and objects of small architecture (ponds, gazebos, fountains, etc.). They must also arrange and maintain extensive areas of public space and take care of its aesthetics.

In addition, spa municipalities, in carrying out the tasks specified in Article 46 of the Spa Law, must provide an adequate range of cultural (concerts, maintenance of spa orchestras, libraries, reading rooms, organization of exhibitions, etc.), recreational, sports services. The implementation of spa tasks is carried out mainly on the basis of financial resources secured annually in the municipal budget. Meanwhile, the budget of resort municipalities consists of a catalog of the same revenues as in other municipalities, and is distinguished from the budget of other municipalities in terms of revenue only by the resort fee and the resort subsidy. Unfortunately, according to information provided by the resort municipalities, the funds raised from the resort fee and the resort subsidy are in no way sufficient to carry out the separate tasks assigned to the resort municipalities in Article 46 of the Resort Law.

In the case of the spat fee, there is no reciprocal benefit. Despite the misleading name, the resort fee is in fact a tax, because it meets all the criteria to be included in the category of a local tax having the nature of a public tribute, the determination, calculation and collection of which is the responsibility of the municipal authorities. From the structure of the Law on Local Taxes and Fees, it follows that the legislator placed the resort fee in the group of local fees, which also includes a market fee, a local fee, a dog fee and an advertising fee. The placement of the resort fee in this category of fees may erroneously indicate that with regard to the resort fee we are actually

[41] Wołowiec T., *Odpowiedzialność inkasenta w świetle przepisów Ordynacji podatkowej*. Prawo Finansów Publicznych 2016; 1: 21–22.

dealing with a fee and not a tax. With regard to the resort fee, this benefit shows the characteristics of a typical tax, although there are also opinions in this regard , that it is a non-tax benefit showing the characteristics of a fee. However, it should be noted that the spa fee is not collected in connection with specific activities of local government bodies or for specific services. An analysis of the features of the resort fee shows that it is undoubtedly a compulsory, non-refundable, gratuitous, monetary benefit and is of a public law nature. It is also not a payment for an individualized service, and those paying do not receive any individual benefit. The resort fee is undoubtedly a forced benefit, but not an equivalent one.

Bibliography

Literature

Antonov L., *Applicability of the Right to a Fair Trial under Article 6 of the European Convention on Human Rights to Tax Proceedings*. e-Journal VFU 2022; 18: 1466–1475.

Antonov L., *Taxpayers' Right to Legal Assistance under the Case-Law of the ECtHR and the CJEU*. e-Journal VFU 2023; 19: 241–248.

Bojar-Fijałkowski T., *Prawo uzdrowiskowe w Polsce – stan i perspektywy*, [w:] Boruszczak M. (red.), *Turystyka zdrowotna i uzdrowiskowa*. WSTiH, Gdańsk 2011.

Cienkowski M., Wołowiec T., *Opłaty miejscowa i uzdrowiskowa jako daniny publiczne pobierane w miejscowościach turystycznych i uzdrowiskowych*. Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie 2014; 3(45): 229–249.

Cienkowski M., Wołowiec T., *Opłata uzdrowiskowa w systemie danin publicznych w Polsce.* Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2015.

Cienkowski M., Wołowiec T., *Wybrane problemy praktyczne funkcjonowania opłaty uzdrowiskowej i miejscowej*. Biuletyn Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP 2014; 2: 39–41.

Ćwik K., Wołowiec T., Grzesiak A., Hernas A., Orzeł Z., *Legal analysis of the functioning, organisation and management of modern health resorts and medical spa care*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 217–220.

Etel L., Presnarowicz G., Dudar G., *Podatki i opłaty lokalne. Podatek rolny. Podatek leśny. Komentarz*. ABC, Warszawa 2008.

Gliniecka J., *Opłaty publiczne w Polsce. Analiza prawna i funkcjonalna*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Gdańsk 2007.

Golba J., *Administracyjnoprawny status uzdrowiska*. Rozprawa doktorska. Praca niepublikowana. Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2013.

Golba J., *Charakter prawny i istota opłaty miejscowej. Wybrane zagadnienia*. LEX/el, 2016.

Golba J., *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce*. C.H. Beck, Warszawa 2020.

Golba J., *Uwarunkowania prawne*, [w:] Dryglas D., Golba J. (red.), *Determinanty funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk w Europie. Studium przypadku Polski*. PWN, Warszawa 2017.

Hammerl R., *Systematik der österreichischen Tourismusabgaben und ihre finanz-verfassungsrechtlichen Grundlagen*. Master's thesis, WU Vienna, Vienna 2012.

Koniuszewska E. (red.), *Szczególny status gminy uzdrowiskowej – z perspektywy 10 lat obowiązywania ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*. Uniwersytet Szczeciński. Wydział Prawa i Administracji, Szczecin 2016.

Paczuski R., *Zagadnienia odrębności prawnoustrojowej samorządów zarządzających sprawami uzdrowisk*. RPEiS 1991; 2: 85–95.

Paździor M., Wołowiec T., Paździor A., Bojaruniec M., *Development of the system of public duties. A legal and fiscal study*. Journal of Modern Science 2024; 57(3): 76–79.

Prętki K., *Podstawy prawne funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1918–2005*, [w:] Płonka-Syroka B., Syroka A. (red.), *Historia polskiej kultury uzdrowiskowej*, Wrocław 2012.

Sikora K., *Szczególny status gmin uzdrowiskowych w Polsce*. Studia Iuridica Lublinensia 2014; 23: 107–124.

Tegler E., *Podstawy prawne finansów komunalnych – ewolucja rozwiązań i kierunki rozwoju,* [w:] *Problemy finansów samorządu terytorialnego, Materiały ogólnopolskiej konferencji Toruń 20-21 maja 1996*. Krajowy Sejmik Samorządu Terytorialnego, Toruń 1997.

Wantoch-Rekowski J., *Zwolnienie z opłaty uzdrowiskowej a pobyt w szpitalu uzdrowiskowym*. Przegląd Podatków Lokalnych i Finansów Samorządowych 2013; 7: 6–9.

Wołowiec T., *Glosa do wyroku WSA w Szczecinie z dnia 14 marca 2013 r. (II SA/Sz 921/12)*. Glosa 2013; 4: 29–35.

Wołowiec T., *Glosa do wyroku WSA w Szczecinie z dnia 15 maja 2014 r. (I SA/Sz 1512/13)*. Przegląd Orzecznictwa Podatkowego 2014; 6: 514–520.

Wołowiec T., *Kwestie formalno-prawne poboru opłaty uzdrowiskowej w szpitalach uzdrowiskowych,* [w:] Ramus I. (red.), *Obrót powszechny i gospodarczy-problemy publicznoprawne i ekonomiczne*. Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach, Kielce 2014, s. 213–220.

Wołowiec T., *Odpowiedzialność inkasenta w świetle przepisów Ordynacji podatkowej*. Prawo Finansów Publicznych 2016; 1: 21–22.

Wołowiec T., *Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym a obowiązek poboru opłaty uzdrowiskowej*. Przegląd Prawa Publicznego 2016; 1: 64–73.

Wołowiec T., *Podatkowoprawne kwestie odpowiedzialności inkasentów opłaty uzdrowiskowej*. Kwartalnik Prawa Podatkowego 2021; 2: 47–58.

Wołowiec T., *Sposób wyznaczania inkasentów opłaty miejscowej*. Orzecznictwo w Sprawach Samorządowych 2021; 1: 121–129.

Wołowiec T., *Zakres i specyfika odpowiedzialności inkasenta opłaty miejscowej i uzdrowiskowej*. Procedury Administracyjne i Prawne 2018; 1: 25–29.

Wołowiec T., Florek I., Paździor M., Czarnecki P., Rak N., Sitek J. M., *Tax-legal and economic-management determinants of the liability of the health resort fee collector*. Journal of Modern Science 2024; 55(1): 329–341.

Wołowiec T., Ivashko O., Wojciechowski Ł., *Health resort block subsidy as a source of economic revenue for spa LGU's*. Teka Komisji Prawniczej PAN Oddział W Lublinie 2022; 15(2): 419–434.

Wołowiec T., Podolchak N., *Spa and local tourist fees as a tributes of a consumption nature*. Teka Komisji Prawniczej PAN Oddział w Lublinie 2022; XV(1): 371–390.

Wołowiec T., Reśko D., *Opłata miejscowa i uzdrowiskowa. Aspekty teoretyczne i praktyczne*. Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University, Nowy Sącz 2011.

Wołowiec T., Reśko D., *Pobór opłaty uzdrowiskowej w szpitalach uzdrowiskowych*. Finanse Komunalne 2013; 10: 70–73.

Legal acts

Dekret z dnia 20 maja 1955 r. o niektórych podatkach i opłatach terenowych (t.j. Dz.U. z 1963 r. Nr 16, poz. 87 ze zm.).

Europejska Karta Samorządu Terytorialnego, sporządzona w Strasburgu z dnia 15 października 1985 r. (Dz.U. 1994 nr 124 poz. 607).

Interpretacja ogólna Nr PL/LS/838/9/SIA/14/RD-88286 Ministra Finansów z dnia 7 października 2014 r. w sprawie niepobierania opłaty uzdrowiskowej od osób przebywających w szpitalach uzdrowiskowych (Dz.U. MF poz. 38).

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2021, poz. 1301).

Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o dostosowaniu górnictwa węgla kamiennego do funkcjonowania w warunkach gospodarki rynkowej oraz szczególnych uprawnieniach i zadaniach gmin górniczych (Dz.U. Nr 162, poz. 1112 ze zm.).

Ustawa z dnia 21 grudnia 1962 r. o zmianie dekretu o niektórych podatkach i opłatach terenowych (Dz.U. Nr 66, poz. 326).

Ustawa z dnia 19 grudnia 1975 r. o niektórych podatkach i opłatach terenowych (Dz.U. Nr 45, poz. 229 ze zm.).

Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1170 ze zm.).

Wyrok NSA w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 1994 r., sygn. akt. SA/Gd 858/94.

Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 18 października 2017 r., sygn. akt. I SA/Sz 754/17.

Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 6 października 2005 r., sygn. akt. I SA/Sz 362/05.

Wyrok WSA we Wrocławiu z dnia 24 listopada 2009 r., sygn. akt I SA/Wr 1439/09.

Wyrok WSA w Krakowie z dnia 15 grudnia 2009 r., sygn. akt I SA/Kr 1349/09.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 sierpnia 1967 r. w sprawie typowych rodzajów zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego. Monitor Polski 1967; 55: poz. 272.

Internet sources

Dudar G., *Komentarz do art. 17 ustawy o podatkach i opłatach lokalnych*. Source: http://lexonline-02.lex.pl [22.07.2025].

Lewy R., *La taxe de séjour*. Paris 2019. Source: https://www.paris.fr/pages/taxe-de-sejour-modalites-pour-declarer-en-ligne-7210 [06.01.2022].

Swianiewicz P., Łukomska, J., *Wpływy z opłaty miejscowej i uzdrowiskowej, „Wspólnota", Ranking 2018*. Source: www.wspolnota.org.pl [22.07.2025].

Wińczysław Jastrzębski[*]

TURNUSY LECZNICZO-PROFILAKTYCZNE W WOJSKOWYCH SZPITALACH UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNYCH – UWAGI *DE LEGE LATA* I *DE LEGE FERENDA*

Therapeutic and preventive stays in health resort and rehabilitation hospitals - de lege lata and de lege ferenda remarks

[*]Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-1236-7470

Streszczenie

Każdy żołnierz zawodowy, pracownik zatrudniony w jednostce wojskowej lub funkcjonariusz Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego po powrocie ze służby poza granicami państwa ma możliwość skorzystania z turnusu leczniczo-profilaktycznego z „treningiem antystresowym" w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych. Celem pracy jest przedstawienie i analiza obowiązujących przepisów prawnych w tym zakresie, z uwzględnieniem aspektów praktycznych. Na tej podstawie udzielona została odpowiedź na pytanie stanowiące problem badawczy: czy obowiązujące przepisy stanowią adekwatną odpowiedź na potrzeby zdrowotne osób wracających z misji zagranicznych?

Słowa kluczowe: żołnierz zawodowy, turnus leczniczo-profilaktyczny, trening antystresowy, ustawa o obronie Ojczyzny

Abstract

Every professional soldier, military unit employee, or officer of the Military Counterintelligence Service or Military Intelligence Service, upon returning from service abroad, has the opportunity to participate in a therapeutic and preventative stay with "anti-stress training" at military health and rehabilitation hospitals. The aim of this paper is to present and analyze the applicable legal provisions in this area, taking into

account practical aspects. This provides an answer to the research question: do the applicable regulations adequately address the health needs of individuals returning from foreign missions?

***Key words**: professional soldier, therapeutic and preventive stay, anti-stress training, Homeland Defense Act*

„W armii zwycięstwo zależy od doboru żołnierzy, (...) siła
– od dawania ludziom odpoczynku"[1]
Sun Pin

1. Wprowadzenie

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2003 r.[2] dodany został do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 grudnia 2000 r. w sprawie pełnienia służby wojskowej przez żołnierzy zawodowych poza granicami państwa[3] zapis uprawniający żołnierzy zawodowych pełniących służbę poza granicami państwa[4] do skierowania na bezpłatny turnus leczniczo-profilaktyczny. Odbywał się on ówcześnie w ramach urlopu zdrowotnego przysługującego po powrocie do kraju, po zakończeniu pełnienia służby poza granicami państwa[5]. Zasady korzystania z uprawnienia uczestnictwa w turnusie leczniczo-profilaktycznym były w kolejnych latach nowelizowane. Zostały one jednak utrzymane, jak wiele innych uprawnień i obowiązków żołnierzy zawodowych[6], w ustawie z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny[7].

[1] Sun Pin, *Metody wojskowe,* [w:] Sun Tzu, Sun Pin, *Sztuka wojny*, tłum. D. Bakałarz, Gliwice 2014, s. 134.

[2] § 1 pkt 2 lit. b) Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2003 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie pełnienia służby wojskowej przez żołnierzy zawodowych poza granicami państwa (Dz.U. 2003 r. nr 223, poz. 2222).

[3] Dodany został § 8 pkt 7 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 grudnia 2000 r. w sprawie pełnienia służby wojskowej przez żołnierzy zawodowych poza granicami państwa (Dz.U. 2000 r. nr 115, poz. 1197).

[4] W przypadkach określonych w art. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz.U. z 1998 r. nr 16, poz. 1117).

[5] § 8 pkt 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 grudnia 2000 r. w sprawie pełnienia służby wojskowej przez żołnierzy zawodowych poza granicami państwa (Dz.U. z 2000 r. nr 115, poz. 1197 ze zm.).

[6] Rządowy projekt ustawy o obronie Ojczyzny, Druk nr 2052, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, IX kadencja, s. 31.

[7] Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 825 ze zm.), dalej jako ustawa o obronie Ojczyzny.

2. Turnusy leczniczo-profilaktyczne dla żołnierzy, pracowników i funkcjonariuszy

Zgodnie z art. 288 ust. 14 ustawy o obronie Ojczyzny w przypadku odniesienia ran, kontuzji, urazu psychicznego lub schorzenia przez żołnierza zawodowego wyznaczonego lub skierowanego do pełnienia służby wojskowej poza granicami państwa, lub ze względu na jego stan psychofizyczny zgodnie ze wskazaniami lekarza żołnierz zawodowy może być skierowany na bezpłatny turnus leczniczo-profilaktyczny[8] wraz z pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny[9].

W odniesieniu do pracowników zatrudnionych w jednostkach wojskowych wykonujących zadania poza granicami państwa[10] zastosowanie w tym przedmiocie ma ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa[11]. Zgodnie z treścią art. 9b ust. 1 wskazanego aktu prawnego po powrocie do kraju stosuje się wobec nich analogiczne zasady, jak w przypadku żołnierzy zawodowych.

O możliwości kierowania na turnusy leczniczo-profilaktyczne stanowi również art. 4a ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego[12]. Przesłanki warunkujące udział w nich funkcjonariuszy wskazanych w treści tytułu ustawy wojskowych służb specjalnych[13] są również tożsame z przyjętymi przez ustawodawcę w omawianej materii w stosunku do żołnierzy zawodowych.

Turnus leczniczo-profilaktyczny trwa 14 dni kalendarzowych i obejmuje działania leczniczo-rehabilitacyjne oraz profilaktykę zdrowotną, w tym profilaktykę psychologiczną[14]. Możliwy jest kolejny pobyt żołnierza zawodowego, pracownika lub funkcjonariusza na turnusie leczniczo-profilaktycznym po tym samym pełnieniu służby wojskowej poza granicami państwa. Warunkiem jest poddanie się leczeniu specjalistycznemu, ambulatoryjnemu lub stacjonarnemu albo konsultacji specjalistycznej

[8] Dalej jako turnus.

[9] W rozumieniu art. 4 pkt 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2112), najbliższy członek rodziny oznacza małżonka, wstępnych, zstępnych, rodzeństwo, osobę pozostającą w stosunku przysposobienia oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z weteranem lub weteranem poszkodowanym.

[10] Dalej jako pracownicy.

[11] Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 755), dalej jako ustawa o zasadach użycia lub pobytu SZRP poza granicami państwa.

[12] Ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 694 ze zm.), dalej jako ustawa o służbie funkcjonariuszy SKW oraz SWW.

[13] Dalej jako funkcjonariuszy.

[14] Art. 288 ust. 15 ustawy o obronie Ojczyzny, art. 9b ust. 2 ustawy o zasadach użycia lub pobytu SZRP poza granicami państwa i art. 4a ust. 3 ustawy o służbie funkcjonariuszy SKW oraz SWW.

zakończonej wskazaniem uczestnictwa w turnusie leczniczo-profilaktycznym jako niezbędnego do kontynuacji leczenia[15].

Pełnoletni najbliższy członek rodziny skierowany wraz z żołnierzem zawodowym, pracownikiem lub funkcjonariuszem na turnus leczniczo-profilaktyczny może skorzystać z prawa do tego turnusu odpowiednio w trakcie pełnienia służby przez żołnierza zawodowego, pozostawania w stosunku pracy przez pracownika w jednostkach organizacyjnych podległych ministrowi obrony narodowej lub przez niego nadzorowanych lub w trakcie pełnienia służby przez funkcjonariusza[16].

Pełne koszty uczestnictwa w turnusie leczniczo-profilaktycznym żołnierza zawodowego, pracownika lub funkcjonariusza oraz 50% kosztów uczestnictwa pełnoletniego najbliższego członka rodziny pokrywane są z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra obrony narodowej[17].

Aktami wykonawczymi obowiązującymi w niniejszym zakresie są: Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym[18], Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie turnusów leczniczo-profilaktycznych dla pracowników wykonujących zadania poza granicami państwa[19] oraz Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 marca 2020 r. w sprawie badań oraz turnusów dla funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego po zakończeniu służby poza granicami państwa[20].

Turnusy leczniczo-profilaktyczne dla żołnierzy zawodowych po pełnieniu służby wojskowej poza granicami państwa realizowane są w czterech wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych[21].

Z uwagi na ograniczenia edycyjne publikacji w dalszej części pracy zostaną przedstawione i przeanalizowane w szczególności przepisy odnoszące się do uczestnictwa

[15] Art. 288 ust. 16 ustawy o obronie Ojczyzny, art. 9b ust. 3 ustawy o zasadach użycia lub pobytu SZRP poza granicami państwa i art. 4a ust. 4 ustawy o służbie funkcjonariuszy SKW oraz SWW.

[16] Art. 288 ust. 17 ustawy o obronie Ojczyzny, art. 9b ust. 4 ustawy o zasadach użycia lub pobytu SZRP poza granicami państwa i art. 4a ust. 5 ustawy o służbie funkcjonariuszy SKW oraz SWW.

[17] Art. 288 ust. 18 ustawy o obronie Ojczyzny, art. 9b ust. 5 ustawy o zasadach użycia lub pobytu SZRP poza granicami państwa, art. 4a ust. 6 ustawy o służbie funkcjonariuszy SKW; Krempeć E., *Komentarz do art. 288*, [w:] Królikowski H. (red.), *Obrona Ojczyzny. Komentarz*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2024.

[18] Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[19] Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie turnusów leczniczo-profilaktycznych dla pracowników wykonujących zadania poza granicami państwa (Dz.U. z 2020 r., poz. 1122).

[20] Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 marca 2020 r. w sprawie badań oraz turnusów dla funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego po zakończeniu służby poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1216).

[21] § 12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531), dalej jako szpitale.

w turnusach leczniczo-profilaktycznym żołnierzy zawodowych[22]. Wymaga jednak podkreślenia, że normy prawne regulujące wskazaną kwestię w odniesieniu do pracowników i funkcjonariuszy są skonstruowane w analogiczny sposób.

3. Oferta turnusów leczniczo-profilaktycznych

Turnusy leczniczo-profilaktyczne dla żołnierzy zawodowych po pełnieniu służby wojskowej poza granicami państwa realizowane są w czterech wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych:

— 20. Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krynicy Zdroju (20. WSzUR),
— 21. Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Busku Zdroju (21. WSzUR),
— 22. Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciechocinku (22. WSzUR),
— 23. Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lądku Zdroju (23. WSzUR)[23].

Bezpłatna oferta turnusów leczniczo-profilaktycznych dla żołnierza zawiera 14-dniowy trening antystresowy, zakwaterowanie oraz całodzienne wyżywienie, a także dodatkowe propozycje organizatora (wycieczki, zajęcia kulturalno-oświatowe)[24]. Żołnierz zawodowy kierowany jest na turnus przez dowódcę jednostki wojskowej, w której pełni on służbę. Odbywa się to na wniosek lekarza tej jednostki wojskowej albo lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad żołnierzami zawodowymi tej jednostki[25]. Żołnierz przebywa więc na turnusie leczniczo-profilaktycznym w ramach podróży służbowej, czyli obecnie czas pobytu nie jest włączany np. do urlopu wypoczynkowego czy zdrowotnego[26].

Wspólnie z żołnierzem i najbliższym pełnoletnim członkiem rodziny, którego pobyt poza opieką pielęgniarsko-lekarską i zabiegami rehabilitacyjnymi finansowany jest przez Ministerstwo Obrony Narodowej w 50%, w turnusie mogą uczestniczyć inne osoby towarzyszące, np. dzieci. Ich pobyt jest odpłatny, a koszt jest odmienny w każdym ze szpitali.

W przypadku dzieci koszt pobytu w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych w 2025 r. został określony następująco:

[22] Dalej jako żołnierzy.

[23] Wojskowe Szpitale Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjne. Źródło: https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/wojskowe-szpitale-uzdrowiskowo-rehabilitacyjne [19.08.2025].

[24] Turnusy leczniczo-profilaktyczne. Źródło: https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/turnusy-leczniczo-profilaktyczne [19.08.2025].

[25] § 12 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[26] Turnusy leczniczo-profilaktyczne. Źródło: https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/turnusy-leczniczo-profilaktyczne [19.08.2025].

20. WSzUR w Krynicy Zdroju:
    — dzieci do 3. roku życia – nocleg (spanie z rodzicem) bez wyżywienia: bez opłaty,
    — dzieci od 3. roku życia do 5. roku życia – nocleg z całodziennym wyżywieniem: 60,00 zł/dobę,
    — dzieci od 5. roku życia do 12. roku życia – nocleg z całodziennym wyżywieniem: 110,00 zł/dobę;
21. WSzUR w Busku Zdroju:
    — 30,00 zł/dobę za media oraz 45,00 zł w przypadku korzystania z dodatkowego łóżka i pościeli. Opłata nie obejmuje wyżywienia dziecka;
22. WSzUR w Ciechocinku:
    — dzieci do 3. roku życia – nocleg (spanie z rodzicem) bez wyżywienia: 30,00 zł/dobę,
    — dzieci od 3. roku życia do 12. roku życia – nocleg z całodziennym wyżywieniem (1/2 stawki wyżywienia): 100,00 zł/dobę,
    — dzieci od 12. roku życia do 18. roku życia – nocleg z całodziennym wyżywieniem: 145,00 zł/dobę;
23. WSzUR w Lądku Zdroju:
    — dzieci do 3. roku życia – nocleg (spanie z rodzicem) bez wyżywienia: 12,00 zł/dobę,
    — dzieci od 3. roku życia do 12. roku życia – nocleg z całodziennym wyżywieniem (1/2 stawki wyżywienia): 115,00 zł/dobę,
    — dzieci od 12. roku życia do 18. roku życia – nocleg z całodziennym wyżywieniem: 163,00 zł/dobę.

Koszt pobytu najbliższego pełnoletniego członka rodziny finansowany przez MON w 50% również jest odmienny w każdym ze szpitali i wynosi w 2025 roku za 14 dni pobytu od 1934,00 zł w 23. WSzUR w Lądku Zdroju do 3250 zł w 21. WSzUR w Busku Zdroju. Nadmienić należy jednak, że w przypadku każdego ze szpitali oferta pobytu dla osób towarzyszących jest odmienna – dostosowana m.in. do możliwości bazy zabiegowej i rekreacyjnej. W szczególności odnosi się to do liczby i rodzaju zapewnianych przez szpital zabiegów rehabilitacyjnych[27].

4. Trening antystresowy

Turnusy leczniczo-profilaktyczne prowadzi się zgodnie z programem profilaktyki psychologicznej pod tytułem: „Trening antystresowy". Trening antystresowy trwa 14 dni nieprzerwanie (wlicza się dzień przyjazdu i wyjazdu uczestników) i obejmuje

[27] Zob.: 20 WSzUR: Cennik za pobyt hotelowy oraz za pobyt na turnusie leczniczo-profilaktycznym (TLP). Źródło: https://20wszur.pl/pl/9671/0/cennik-za-pobyt-hotelowy-oraz-za-pobyt-na-turnusie-leczniczo-profilaktycznym-tlp-.html [13.09.2025]; 21 WSzUR: Turnusy dla żołnierzy powracających z misji,. Źródło: https://www.szpitalwojskowy.pl/oferta/turnusy-dla-zolnierzy-powracajacych-z-misji [13.09.2025]; 22 WSzUR: Oferta osób towarzyszących. Źródło: https://22wszur.pl/pobyt/pobyt-dla-zolnierzy/oferta-osob-towarzyszacych- [13.09.2025]. 23 WSzUR: Pobyt dla żołnierzy. Źródło: https://www.23wszur.pl/p,88,pobyt-dla-zolnierzy – [21.08.2025].

zarówno oddziaływanie psychologiczne, jak i zabiegi rehabilitacyjne, z uwzględnieniem potrzeb żołnierzy zawodowych oraz pełnoletnich najbliższych członków rodziny wynikających z ich aktualnego stanu zdrowia[28].

Turnus leczniczo-profilaktyczny każdorazowo rozpoczyna się przyjazdem w niedzielę, a kończy wyjazdem w sobotę. Po przyjeździe do szpitala każdy żołnierz zawodowy oraz pełnoletni najbliższy członek rodziny otrzymuje ramowy program „Treningu antystresowego". Drugiego dnia turnusu, czyli w poniedziałek, do południa powinny odbyć się konsultacje i badania lekarskie oraz zapisy na zabiegi rehabilitacyjne[29].

Zgodnie z zakresem określonym w rozporządzeniu przez ministra obrony narodowej „Trening antystresowy" składa się z następujących części:
— sesje relaksacyjne,
— sesje zajęć grupowych (np. zajęcia psychoedukacyjne, warsztatowe, grupa wsparcia),
— sesje indywidualne z psychologiem i/lub lekarzem psychiatrą,
— zabiegi rehabilitacyjne,
— fakultatywne zajęcia wieczorne[30].

Każdy uczestnik turnusu „Trening antystresowy" powinien dwukrotnie wziąć udział w indywidualnej konsultacji z psychologiem, tj. na początku i pod koniec turnusu, a przez cały czas trwania turnusu mieć możliwość umówienia się na taką konsultację[31]. Ponadto w czasie trwania turnusu określane są godziny przyjęć psychologa oraz lekarza psychiatry i powinien zostać zapewniony całodobowy kontakt telefoniczny z nimi – w formie dyżuru[32].

Trening antystresowy prowadzą wykwalifikowani psycholodzy kliniczni lub psychoterapeuci i specjaliści leczenia uzdrowiskowego. Zajęcia „Treningu antystresowego" o charakterze psychologicznym powinny rozpocząć się w poniedziałek po południu od sesji zajęć grupowych i skończyć sesją zajęć grupowych w przedostatni dzień pobytu, w piątek przed południem. Po zakończeniu treningu antystresowego żołnierz otrzymuje epikryzę wypisową ze szpitala przygotowaną przez specjalistę prowadzącego trening antystresowy[33].

Pełnoletni najbliższy członek rodziny może brać udział w sesjach zajęć grupowych żołnierzy zawodowych, za ich zgodą, i w fakultatywnych zajęciach

[28] I. Część ogólna, Załącznik nr 15 „Ramowy program turnusu leczniczo-profilaktycznego" Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[29] Tamże.

[30] Tamże.

[31] II. Ramowy plan „Treningu antystresowego", Załącznik nr 15 „Ramowy program turnusu leczniczo-profilaktycznego" Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[32] I. Część ogólna, Załącznik nr 15 „Ramowy program turnusu leczniczo-profilaktycznego" Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[33] Tamże.

wieczornych. W wytycznych ministra obrony narodowej sugeruje się jednak organizację osobnych zajęć grupowych dla pełnoletnich najbliższych członków rodziny[34].

W czasie dnia żołnierze uczestniczą w zabiegach relaksacyjno-rehabilitacyjnych zgodnych z dostępnym dla szpitala zapleczem i zaleceniami medycznymi. Zalecane jest, by była zorganizowana także wieczorna część turnusu. Odpowiedzialni za to instruktorzy kulturalno-oświatowi powinni umożliwić uczestnikom turnusu uczestnictwo np. w spotkaniach zapoznawczych, tanecznych, zawodach, meczach, wycieczkach, projekcjach filmów, wyjściu do kina lub do teatru czy w ognisku. Propozycje te są fakultatywne, ale powinny być wcześniej zorganizowane i zaplanowane, tak by zostały przedstawione pierwszego dnia w postaci harmonogramu pobytu[35].

Szczególną rolę w ramach treningu antystresowego zajmują zajęcia z psychologiem. W czasie trwania turnusu odbywa się 5 sesji psychologicznych zajęć grupowych, które powinien prowadzić ten sam psycholog. Każda sesja powinna trwać co najmniej 3 godziny i odbywać się w jednym przeznaczonym do tego pomieszczeniu. Zajęcia na pierwszej sesji zajęć grupowych rozpoczynają się ustaleniem przez psychologa i uczestników zasad pracy grupy oraz określeniem jej głównego charakteru. Sesje mają charakter zajęć psychoedukacyjnych, warsztatów psychologicznych lub grupy wsparcia[36].

Kolejnymi zajęciami z psychologiem są sesje relaksacyjne. Powinnije prowadzić psychologowie specjalizujący się w pracy z ciałem lub hipnoterapii. W czasie turnusu odbywa się 10 sesji relaksacyjnych, które winny trwać 1,5 godziny wraz z przygotowaniem grupy i omówieniem sesji. W ich ramach mogą zostać wykorzystane wszelkie psychologiczne oddziaływania dotyczące redukcji napięcia mięśniowego i pracy z ciałem: nauka oddychania przeponowego, trening autogenny, wizualizacja, biofeedback, hipnoza psychoterapeutyczna i muzykoterapia. Sesje relaksacyjne mogą być realizowane wymiennie, z zaleceniem co najmniej dwóch różnych rodzajów zajęć prowadzonych przez dwie różne osoby. Możliwe jest jednocześnie dwukrotne zastąpienie sesji relaksacyjnych albo połączenie ich z wycieczkami krajoznawczymi lub inną zorganizowaną aktywnością fizyczną, jak też połączenie tych sesji z tego rodzaju aktywnością. W takim przypadku sesje prowadzone są we współpracy z instruktorem kulturalno-oświatowym[37].

[34] Tamże.

[35] II. Ramowy plan „Treningu antystresowego", Załącznik nr 15 „Ramowy program turnusu leczniczo-profilaktycznego" Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[36] III. Ogólna charakterystyka sesji psychologicznych zajęć grupowych, Załącznik nr 15 „Ramowy program turnusu leczniczo-profilaktycznego" Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

[37] IV. Ogólna charakterystyka sesji relaksacyjnych, Załącznik nr 15 „Ramowy program turnusu leczniczo-profilaktycznego" Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

5. Uwagi praktyka[38]

W 2003 roku rozpoczął się wieloletni proces udziału polskich żołnierzy w misjach stwarzających realne zagrożenie dla ich zdrowia i życia, w szczególności w Iraku i Afganistanie. Były to misje w strefach działań wojennych[39]. Ich uczestnicy narażeni byli na długotrwały stres, drastyczne przeżycia oraz funkcjonowanie w skrajnych i wyczerpujących psychicznie i fizycznie warunkach. Poznali oni, co to znaczy realne wielomiesięczne zagrożenie w trakcie patroli narażonych na ostrzał i wybuchy improwizowanych ładunków wybuchowych (IED – ang. *Improvised Explosive Device*), jak też w wyniku ostrzału baz wojskowych, w których stacjonowali. Żołnierze w strefach działań wojennych zetknęli się z koniecznością walki z użyciem broni palnej – strzelano do nich i oni sami strzelali do przeciwników. Brali odpowiedzialność za życie i śmierć innych, widzieli martwe ciała lub ich części oraz rannych.

Udział w misjach poza granicami państwa oznaczał wielomiesięczne oderwanie żołnierzy od pełnego uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym w kraju. W praktyce często po powrocie mówią, że w czasie misji mieli złudne poczucie, że w czasie misji „świat w kraju się zatrzymał". Podobnie złudne jest poczucie pozostawionych w domu bliskich, że wróci do nich ten sam ojciec, mąż lub syn czy matka, żona lub córka. Misja poza granicami państwa każdego uczestnika bardziej lub mniej zmienia.

Żołnierze wypełniają w czasie misji poza granicami państwa powierzone im zadania i wracają do kraju. Nie mogą jednak liczyć na pełne zrozumienie swoich przeżyć psychicznych w rodzinie, a tym bardziej w społeczeństwie. Nie wynika to z braku dobrej woli, lecz z braku właściwego punktu odniesienia w postaci doświadczeń życiowych. Zasadniczo bardzo pozytywną informacją jest to, że obywatele naszej Ojczyzny w zdecydowanej większości nie znają uczucia realnego, długotrwałego zagrożenia dla życia, a tym bardziej konieczności fizycznej walki o nie. Przejawem braku zrozumienia, czego doświadczają żołnierze na misji jest wielekroć powtarzane pytanie: „Czy kogoś zabiłeś?". Osoba potrafiąca wyobrazić sobie realnie skutki twierdzącej na nie odpowiedzi zapewne by go nie zadała.

Udział w turnusach leczniczo-profilaktycznych daje możliwość spotkania z żołnierzami mającymi podobne doświadczenia. Dochodzi do niego na neutralnym gruncie, poza jednostkami wojskowymi, bez epatowania stopniami wojskowymi oraz w oderwaniu od zależności służbowych. Uczestnictwo w turnusach umożliwia „poukładanie" w psychologicznym aspekcie swoich przeżyć z udziałem przygotowanych do tego merytorycznie psychologów w ramach zajęć indywidualnych i grupowych.

[38] Autor w latach 2011–2012 pełnił obowiązki komendanta Centrum Szkolenia policji afgańskiej w Ghazni w Islamskiej Republice Afganistanu w ramach X zmiany Polskiego Kontyngentu Wojskowego (operacja ISAF).

[39] Strefy działań wojennych oraz dzień rozpoczęcia i zakończenia w nich działań wojennych ogłasza minister właściwy do spraw zagranicznych, w drodze obwieszczenia. Art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 755).

Daje szansę poznania lub doskonalenia technik relaksacyjnych, które można stosować także po powrocie do domu. Szczególnie wartościowe jest to w przypadku występowania u żołnierza zespołu stresu pourazowego (PTSD, ang. *post-traumatic stress disorder*), zaburzenia psychicznego, które może wystąpić po przeżyciu traumatycznego wydarzenia[40].

Docenianym przez uczestniczących w turnusach żołnierzy aspektem jest możliwość spędzenia tego czasu z rodziną. Udział w turnusach osób najbliższych pomaga odbudować więź po wielomiesięcznej rozłące i daje okazję do lepszego zrozumienia problemów z jakimi spotykają się „misjonarze".

W ocenie Autora należy patrzeć na turnusy leczniczo-profilaktyczne nie z perspektywy kosztów, ale inwestycji. Inwestycji w zdrowie psychiczne, ale również fizyczne żołnierzy, które są narażone w trakcie służby poza granicami państwa w sposób szczególny.

6. Podsumowanie

W stosunku do żołnierzy zawodowych, pracowników zatrudnionych w jednostce wojskowej oraz funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego funkcjonują przepisy prawne dające możliwość skorzystania z turnusu leczniczo-profilaktycznego z „treningiem antystresowym" w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych. Stanowią one adekwatną odpowiedź na potrzeby zdrowia fizycznego i psychicznego po powrocie ze służby poza granicami państwa. W szczególności dotyczy to osób uczestniczących w misjach w strefach działań wojennych.

Do postulatów *de lege ferenda* można zaliczyć rozważenie zmian w aspekcie możliwości ograniczenia kolejnych pobytów żołnierza zawodowego, pracownika oraz funkcjonariusza SKW lub SWW na turnusie leczniczo-profilaktycznym po tym samym pełnieniu służby wojskowej poza granicami państwa – w przypadku misji innych niż w strefach działań wojennych.

Wydaje się ponadto zasadne dążenie do ujednolicenia kosztów pobytu dzieci w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych, w szczególności tych najmłodszych.

[40] Zob. więcej: Ogińska-Bulik N., *Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych – rola zasobów osobistych*. Psychiatria 2016; 13(3): 123–132.

Bibliografia

Literatura

Krempeć E., *Komentarz do art. 288*, [w:] Królikowski H. (red.), *Obrona Ojczyzny. Komentarz.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2024.

Ogińska-Bulik N., *Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych – rola zasobów osobistych.* Psychiatria 2016; 13(3): 123–132.

Sun Pin, *Metody wojskowe*, [w:] Sun Tzu, Sun Pin, *Sztuka wojny*, tłum. D. Bakałarz, Gliwice 2014.

Akty prawne

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz.U. z 1998 r. nr 16, poz. 1117).

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 755).

Ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 694 ze zm.).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2112).

Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 825 ze zm.).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 grudnia 2000 r. w sprawie pełnienia służby wojskowej przez żołnierzy zawodowych poza granicami państwa (Dz.U. 2000 r., nr 115, poz. 1197).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2003 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie pełnienia służby wojskowej przez żołnierzy zawodowych poza granicami państwa (Dz.U. 2003 r., nr 223, poz. 2222).

Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 marca 2020 r. w sprawie badań oraz turnusów dla funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego po zakończeniu służby poza granicami państwa (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1216).

Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie turnusów leczniczo-profilaktycznych dla pracowników wykonujących zadania poza granicami państwa (Dz.U. z 2020 r., poz. 1122).

Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2022 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1531).

Rządowy projekt ustawy o obronie Ojczyzny, Druk nr 2052, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, IX kadencja.

Źródła internetowe

Cennik za pobyt hotelowy oraz za pobyt na turnusie leczniczo-profilaktycznym (TLP). Źródło: https://20wszur.pl/pl/9671/0/cennik-za-pobyt-hotelowy-oraz-za-pobyt--na-turnusie-leczniczo-profilaktycznym-tlp-.html, [21.08.2025].

Oferta osób towarzyszących. Źródło: https://22wszur.pl/pobyt/pobyt-dla-zolnierzy/oferta-osob-towarzyszacych-, [21.08.2025].

Pobyt dla żołnierzy. Źródło: https://www.23wszur.pl/p,88,pobyt-dla-zolnierzy, [21.08.2025].

Turnusy dla żołnierzy powracających z misji. Źródło: https://www.szpitalwojskowy.pl/oferta/turnusy-dla-zolnierzy-powracajacych-z-misji, [21.08.2025].

Turnusy leczniczo-profilaktyczne. Źródło: https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/turnusy-leczniczo-profilaktyczne, [19.08.2025].

Wojskowe Szpitale Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjne. Źródło: https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/wojskowe-szpitale-uzdrowiskowo-rehabilitacyjne, [19.08.2025].

Z RECENZJI:

Czy system ochrony zdrowia jest precyzyjną maszyną, czy raczej skomplikowaną grą, w której każdy ruch niesie konsekwencje? Ta książka zaprasza do odkrywania kulis tej gry – pełnej napięć między prawem a praktyką, wartościami a interesami, odpowiedzialnością a bezsilnością. Odsłania mechanizmy decydujące o zdrowiu obywateli i jednocześnie stawia pytania o granice prawa, etyki i organizacji. Elegancka, inspirująca i niepokojąco aktualna.

prof. dr hab. Paweł Czubik

To przenikliwa i wszechstronna analiza współczesnego systemu ochrony zdrowia w Polsce, ukazująca go jako arenę złożonej gry interesów, wartości i rozproszonej odpowiedzialności. Monografia w mistrzowski sposób demaskuje paradoksy i systemowe napięcia, w jakich funkcjonują menedżerowie placówek medycznych. Jest to lektura fundamentalna dla wszystkich, którzy chcą nie tylko zrozumieć, ale i racjonalnie kształtować przyszłość polskiej medycyny.

prof. dr hab. Michał Latalski

Więcej niż podręcznik, mniej niż traktat, a bliżej… mapy. Mapy, która prowadzi przez labirynt polskiej ochrony zdrowia, oświetlając każdy zakamarek – od prawnych niuansów, przez ekonomiczne dylematy, aż po ludzką stronę zarządzania. Publikacja w unikatowy sposób dekonstruuje mechanizmy zarządzania podmiotami leczniczymi, analizując interdyscyplinarną odpowiedzialność menedżerów na styku prawa i ekonomii. To esencja wiedzy, która uczy strategicznej gry, by w chaosie codziennych wyzwań odnaleźć cel i nie stać się pionkiem, lecz strategicznym graczem. Pozycja obowiązkowa, która intryguje i zmienia perspektywę.

dr hab. Olena Pavlova, prof. AGH w Krakowie

LUBELSKA AKADEMIA WSEI
20-209 LUBLIN, UL. PROJEKTOWA 4
TEL.: +48 81 749 17 77
WWW.WSEI.PL

ISBN E-BOOK: 978-83-67550-32-1

AKADEMIA WSEI
WYDAWNICTWO NAUKOWE
INNOVATIO PRESS