

*Ewelina Świerczek\**

## **KOMERCJALIZACJA ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ASPEKcie OCHRONY OSOBY PACJENTA**

### **1. WPROWADZENIE**

Motywy podjęcia wskazania zależności pomiędzy procesem komercjalizacji a ochroną praw pacjenta stała się informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006 – 2010 z dnia 14 grudnia 2011 roku<sup>1</sup>. Dochodzi w niej do wyraźnego podkreślenia nadrzędnych tez. W szczególności bowiem zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, w przypadku części kontrolowanych jednostek, nie doprowadziła do poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Przedmiotową kontrolą objęto m.in. przebieg procesu likwidacji szpitali publicznych, sposób zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez spółki, które powstały w miejsce zlikwidowanych szpitali oraz działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w procesie przekształceń.

Wnioski oparte na działaniach Najwyższej Izby Kontroli w swym zamierzeniu prowadzą do zanegowania respektowania podstawowego katalogu uprawnień każdego pacjenta, gdyż istotą dokonywanych przemian stały się przeobrażenia organizacyjne, które w swych skutkach doprowadzają do ograniczenia dostępu do podstawowych świadczeń. Ochrona osoby chorej nie kształtuje niezbędnych elementów prawidłowo funkcjonującego systemu. Wymagające w tym miejscu omówienia słowo pacjent etymologicznie wywodzi się od łac. pojęcia *patiens*, określającego osobę cierpiącą. Według definicji słownikowej oznacza ono osobę chorą zwracającą się po poradę do lekarza<sup>2</sup>. Zgodnie z terminologią przyjętą w ustawie: „pacjentem jest osoba zwracająca

---

\* Mgr, Katedra Prawa Administracyjnego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego.

<sup>1</sup> Nr ewid.104/2011/P/10/097/KPZ, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>, 10.05.2012 r.

<sup>2</sup> E. Sobol (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1995, s. 591.

się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez uprawniony podmiot lub osobę wykonującą zawód medyczny”<sup>3</sup>.

Dla prawidłowego zrozumienia znaczenia osoby pacjenta w całym systemie konieczne jest odwołanie się do definicji świadczenia zdrowotnego, którym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania<sup>4</sup>.

Każdemu człowiekowi bez względu na jego przynależność państwową czy pozycję społeczną przysługuje ochrona jego praw podmiotowych posiadających charakter ponadpaństwowy, niezbywalny i nienaruszalny<sup>5</sup>. Ponadpaństwowość tej materii potwierdzają liczne akty prawa międzynarodowego<sup>6</sup> zawierające w swej treści zagadnienia ochrony zdrowia i praw pacjentów. Zdaniem D. Safjan: „prawa pacjenta można nazwać prawami człowieka w relacji do określonej instytucji lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych, ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe lub urzędowe”<sup>7</sup>. Od wielu lat można zaobserwować rozwój regulacji prawnych dotyczących uprawnień pacjenta. Początkowo rozpatrywano je jedynie przez pryzmat praw człowieka, jednak liczne akty o charakterze międzynarodowym spowodowały, że w centrum zainteresowania rządów, organizacji, fundacji i stowarzyszeń znalazły się prawa pacjenta *sensu stricte*. Niewątpliwą rolę odegrała tu Światowa Organizacja Zdrowia, która głosi, że rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych, częsta depersonalizacja i dehumanizacja leczenia wymagają rozpoznania i podkreślenia wagi samodecydowania każdego człowieka w sprawach własnego zdrowia<sup>8</sup>.

<sup>3</sup> Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417, ze zm.

<sup>4</sup> Zgodnie z art. 5 pkt. 40 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., tekst jedn. Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027, ze zm.

<sup>5</sup> Por. L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2004, s. 85-120; C. Mik, *Zbirowe prawa człowieka. Analiza krytyczna koncepcji*, Toruń 1992, s. 27; B. Banaszak, *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 81-100.

<sup>6</sup> Przede wszystkim Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Dz.U. 1993, Nr 61, poz. 284, ze zm.; Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169, ze zm.; Europejska Karta Społeczna, Dz.U. 1999, Nr 8, poz. 67, ze zm.

<sup>7</sup> D. Safjan, *Prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu i proponowanych metodach leczenia*, Antid. 1993, nr 1, s. 18; por. R. Michalska-Badziak, *Prawo ochrony zdrowia*, [w:] *Materialne prawo administracyjne*, M. Stahl (red.), Warszawa 2002, s. 157.

<sup>8</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 186.

Do praw podmiotowych bezpośrednio odnosi się również art. 35 Europejskiej Karty Pacjenta, która jest zbiorem praw gwarantujących *wysoki poziom ochrony ludzkiego zdrowia*<sup>9</sup>. Uprawnienia te, w liczbie czternastu, są odzwierciedleniem praw podstawowych i właśnie z tym przymiotem, muszą być uznawane i przestrzegane w każdym kraju. Są one bowiem powiązane z obowiązkiem i odpowiedzialnością, jakie spoczywają zarówno na obywatelach państw, jak i na uczestnikach systemu ochrony zdrowia w kwestii opieki zdrowotnej. Zdaniem M. Śliwki<sup>10</sup> na uznanie zasługuje wyodrębnienie z katalogu świadczeń opieki zdrowotnej grupy tzw. świadczeń gwarantowanych, czyli finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>11</sup>. Akt prawny o tej randze ma zastosowanie do pacjentów wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, bez względu na ich formę organizacyjno-prawną czy sposób finansowania. Zawiera regulacje w szczególności na temat prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, w art. 68 ust.1, zapewnia każdemu, nie tylko obywatelom, prawo do ochrony zdrowia. Ta ogólna norma zawiera w sobie również nakaz respektowania pewnego koniecznego zakresu świadczeń zdrowotnych, poniżej którego można by dostrzegać naruszenie gwarancji konstytucyjnej. Szczególna opieka zdrowotna ma być zapewniona przez władze publiczne dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Na władzach publicznych ciąży obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. W ramach działań na rzecz ochrony zdrowia władze mają też popierać rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży<sup>12</sup>. Tak sformułowane prawo obejmuje obowiązek podejmowania działań zarówno na rzecz ogółu ludności, jak i działań na rzecz indywidualnych osób. Wykonywane działania powinny uwzględniać różnorodne aspekty praw człowieka i obywatela w zakresie zapewnienia i korzystania z opieki zdrowotnej, promocji zdrowego trybu życia, a także eliminowania zagrożeń dla zdrowia<sup>13</sup>. Powszechny system ubezpieczenia w Polsce winien być w dalszym ciągu, choć w większym stopniu, konsekwentnie oparty na zasadach równego traktowania obywateli, solidarności społecznej oraz zapewnienia ubezpieczone-

<sup>9</sup> Karta z dnia 18 października 1961 r., Dz.U. 1999, Nr 8, poz. 67, ze zm.

<sup>10</sup> M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz*, M. Nesterowicz (red.), Warszawa 2009, s. 46.

<sup>11</sup> Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135, ze zm.

<sup>12</sup> K. Eckardt, *Prawo do ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane*, [w:] *Prawa człowieka*, A. Bisztyga (red.), Katowice 2006, nr 10, s.71 i n.

<sup>13</sup> M.Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia*, Warszawa-Poznań 2001, s. 10-11.

mu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Wyraźna jest tutaj korelacja konstytucyjnej zasady równego i powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych z koniecznością respektowania zasady solidaryzmu społecznego. W przypadku ochrony zdrowia jedność ta będzie się przejawiać w niwelacji wszelkich nierówności związanych ze statusem zdrowotnym obywateli, a niejednokrotnie ze stanem społecznym<sup>14</sup>. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne funkcjonuje na podstawie zasady uśrednionego ryzyka, co oznacza, że przy określaniu obowiązku ubezpieczenia oraz wysokości składki nie uwzględnia się indywidualnego niebezpieczeństwa dotyczącego ubezpieczonych<sup>15</sup>. Nie dokonuje się ich weryfikacji ze względu na kryteria stosowane przy określeniu rodzaju ryzyka w typowych umowach oferowanych przez podmioty działające na wolnym rynku, jak np. płeć, przynależność do określonej grupy wiekowej, ocena stanu zdrowia, wykonywany zawód, częstotliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Obowiązujące prawo nakłada na każdego ubezpieczonego obowiązek odprowadzania składki w takim samym wymiarze określonym procentowo. Zasada solidarności społecznej znajduje swoje potwierdzenie również w fakcie, że składka jest opłacana w ustalonej wysokości, niezależnie od częstotliwości korzystania ze świadczeń oraz ich rodzaju i jakości. W związku z tą zasadą, osoby, które korzystają z określonych usług medycznych rzadko i sporadycznie, finansują opiekę zdrowotną osób chorych i wymagających częstej pomocy lekarskiej<sup>16</sup>.

Jednocześnie od spełnienia postulatu równego dostępu obywateli do opieki zdrowotnej uzależniony jest następnie jej standard. Oznacza to obowiązek i konieczność operowania jakością, która może być w danych warunkach i w danym czasie traktowana jako swoiste ultimatum. Wypracowanie takiego optimum świadczeń zdrowotnych jest obowiązkiem władzy publicznej. Obowiązujący standard nie oznacza w praktyce prawa obywateli do ochrony zdrowia na najwyższym poziomie<sup>17</sup>. W Polsce ten poziom będzie uzależniony od aktualnych warunków ekonomicznych, budżetowych i społecznych. Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli uwarunkowane jest wieloma czynnikami, z których najważniejszym jest świadomość powszechnej dostępności niezbędnych i skutecznych świadczeń zdrowotnych oraz poszanowania praw i wolności obywatelskich, czego efektem jest ochrona prawa pacjenta<sup>18</sup>. Z faktu dynamicz-

<sup>14</sup> P. Maciejko, *Pojęcie i koncepcje równości w zdrowiu*, Antidot. 1992, nr 12, s. 26-27.

<sup>15</sup> I. Rudawska, *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Wybrane aspekty*, Szczecin 2005, s. 50.

<sup>16</sup> T. Pęcherz, *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, Warszawa 2000, s. 12-13.

<sup>17</sup> M. Safjan, *Ustawa zasadnicza i standardy medyczne*, Gaz. Lek. 2001, nr 2, s. 9.

<sup>18</sup> K. Tymowska, *Ochrona zdrowia- program minimum*, Antid. 1992, nr 8, s. 16; G. Iwanowicz-Palus, *Prawa Pacjenta w Polsce*, PiM 2000, nr 8, s. 26.

nie rosnących kosztów świadczeń zdrowotnych wynika, iż dla poczucia zabezpieczenia zdrowotnego konieczna jest także świadomość bezpieczeństwa w kategoriach finansowych, co oznacza w praktyce przeświadczenie o wydolności funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, poddawanego ciągle dalszym przemianom<sup>19</sup>. Do zachodzących procesów z pewnością należy zaliczyć właśnie komercjalizację, postrzeganą jako przekształcenie przedsiębiorstwa państwowego w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z wyłącznym udziałem Skarbu Państwa<sup>20</sup>, którego zasadniczym efektem jest rzeczywista prywatyzacja przedsiębiorstwa. Uwzględnienie znaczenia powyższych definicji ma miejsce na gruncie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej<sup>21</sup>, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 roku. Uregulowanie to jest odpowiedzią na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia.

Na gruncie wprowadzonych przekształceń Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej. Może on także powstać w wyniku działań jednostki samorządu terytorialnego, z warunkiem niemożliwości stosowania, do powstałej w ten sposób spółki kapitałowej, przepisów ustawy o gospodarce komunalnej<sup>22</sup>. Dopuszczona została również możliwość tworzenia spółki kapitałowej w celu wykonywania działalności leczniczej przez uczelnię medyczną. Wtedy też wartość nominalna udziałów i akcji w takiej spółce, należących wyłącznie do uczelni medycznych, nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Udziały lub akcje w tych spółkach, poza uczelniami medycznymi, mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki Państwa.

Ukształtowanie systemu dopuszcza dalsze funkcjonowanie obecnych, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej oraz wprowadza regulacje tej formy prawnej. Dotyczy to głównie procedur ich łączenia oraz zasad gospodarki finansowej. Bardzo istotne jest wprowadzenie zapisów mających na celu

---

<sup>19</sup> Za utrzymaniem odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli wypowiada się Światowa Organizacja Zdrowia oraz Bank Światowy. Zgodnie ze stanowiskiem Banku Światowego w każdym kraju, bez względu na poziom rozwoju gospodarczego, administracja centralna, czyli Rząd, odgrywa bardzo ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Rola ta wynika przede wszystkim z faktu uznawania zdrowia przez większość państw za dobro publiczne, dobro przysługujące każdemu obywatelowi na równi z edukacją, bezpieczeństwem; por. J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, PiM 2000, nr 6-7, s. 10.

<sup>20</sup> Szerzej zob. K. Bednarzewski, *Komerccjalizacja przedsiębiorstw państwowych*, Kraków 2003.

<sup>21</sup> Dz.U. Nr 112, poz. 654, ze zm., dalej jako u.d.l.

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r., Dz.U. Nr 45, poz. 236, ze zm.

wzmocnienie nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za ich sytuację finansową. Podmiot jest zobowiązany do podejmowania konkretnych działań w przypadku ujemnego wyniku finansowego zakładu. W terminie 3 miesięcy może on pokryć ujemny wynik finansowy za dany rok obrotowy. W przypadku nie pokrycia ujemnego bilansu podmiot tworzący, w terminie 12 miesięcy, podejmuje decyzję o zmianie formy organizacyjno – prawnej, czyli przekształca samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego lub jednostkę budżetową albo decyduje się na likwidację<sup>23</sup>. Przyjęte rozwiązanie dotyczące pokrycia ujemnego wyniku finansowego powiększonego o koszty amortyzacji, który nadal jest wynikiem ujemnym, ma na celu wyeliminowanie takich sytuacji dotyczących tych zakładów, które prężnie działają, dysponują nowym majątkiem i w związku z tym generują wysokie koszty amortyzacji.

Nowelizacja u.d.l. zakłada fakultatywność przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pozostawiając decyzję podmiotowi tworzącemu, równocześnie wzmacniając nadzór i odpowiedzialność za prowadzone jednostki ochrony zdrowia. Projektowane przekształcenie w spółkę kapitałową pozwala na zmianę formy prawnej bez konieczności przeprowadzenia procedury likwidacyjnej zakładu. Spółka, która powstaje w drodze przekształcenia staje się następcą prawnym zakładu, wstępując w jego prawa i obowiązki.

Istotnym elementem zachodzącego przeobrażenia jest ustalenie wskaźnika zadłużenia. Czynnikiem ten jest rozumiany jako relacja sumy zobowiązań długookrotkowych, pomniejszonej o inwestycje krótkoterminowe, do sumy przychodów samodzielnego, publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Od wartości tego wskaźnika zależy wartość zobowiązań zakładu, jakie w związku z przekształceniem przejmuje lub może przejąć podmiot tworzący. Regulacja ta jest podyktowana zapewnieniem takich warunków powstającej spółce, aby mogła efektywnie i skutecznie podjąć działalność leczniczą. Szczególnie ważne jest to w przypadku zadłużonych zakładów, których przekształcenie prowadziło do powstania spółki obciążonej długiem.

W u.d.l. znalazły się także zapisy umożliwiające przekształcenie kilku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jedną spółkę kapitałową, pod warunkiem, że wszystkie zakłady mają ten sam organ tworzący. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego, które mogą zawrzeć porozumienie o przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w jedną spółkę. Przyjęte założenia wiążą się zarazem z wprowadzeniem obowiązku dokonania jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w posiadaniu

---

<sup>23</sup> Szerzej zob. M. Dercz, T. Rek; *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2011.

samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na dzień poprzedzający datę przekształcenia. Oszacowania takiego dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach określonych w ustawie o gospodarce nieruchomościami<sup>24</sup>. Rozwiązanie to ma na celu określenie rzeczywistej wartości majątku samodzielnego, publicznego zakładu opieki zdrowotnej, co służy ustaleniu realnej wartości kapitału w nowej spółce. Komentowana ustawa uwzględnia także zapisy dotyczące finansowego wsparcia zakładów, które będą przekształcały się w spółki. Wsparcie to adresowane jest do podmiotów tworzących, które dokonają przekształcenia na zasadach określonych w ustawie do dnia 31 grudnia 2013 roku. Analizując skutki wprowadzonych uregulowań, można podnieść kilka znaczących uwag. Najważniejsza wydaje się kwestia możliwości przedłużenia okresu wymaganego dla otrzymania wsparcia. Miałoby to niewątpliwie wpływ na liczbę dokonanych procesów komercjalizacyjnych. Analogicznie przedstawia się aspekt określania wskaźnika zadłużenia. Właściwsze bowiem byłoby jego wskazanie na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, gdyż dotychczasowe określenie dnia przekształcenia może powodować trudności z uwagi na fakt, iż w praktyce trudne jest precyzyjne ustalenie czasu, w którym sąd dokona wpisu. Wskazane rozwiązania zostały ujęte w Projekcie Założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej<sup>25</sup>, skonstruowanym przez Naczelną Radę Lekarską w marcu 2012 roku.

## 2. ZAKOŃCZENIE

Oceniając zachodzące przemiany w kontekście ochrony osoby pacjenta, należy wskazać, że w ostatnich kilkunastu latach nastąpiły zasadnicze zmiany w rajowym ustawodawstwie w zakresie ochrony zdrowia. Zastąpiło ono dawne przestarzałe przepisy, wypełniło luki oraz w większości zostało dostosowane do prawa wspólnotowego i międzynarodowego. Obecnie poglądy przedstawicieli środowisk medycznych przechodzą w tej mierze swoistą ewolucję, a władza ustawodawcza, oceniając sporne stany faktyczne, proponuje kolejne rozwiązania. Niektóre z nich stanowią wyraz nowych kierunków interpretacji, jakie można zaobserwować także w innych systemach europejskich. Na niewystarczające osiągnięcie oczekiwanych rezultatów przeprowadzonych dotąd komercjalizacji wpływ miały zarówno czynniki wewnętrzne, a w szczególności brak konsekwentnych działań restrukturyzacyjnych, jak i uwarunkowania zewnętrz-

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r., Dz.U. Nr 115, poz. 741, ze zm.

<sup>25</sup> [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/45843/projek\\_zal\\_dzial\\_13032012.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0006/45843/projek_zal_dzial_13032012.pdf), 10.05.2012 r.

ne, wynikające z ograniczonej wysokości kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. To właśnie te elementy, rozumiane w powyższym kontekście, w głównej mierze kształtują ochronę praw pacjenta. Wyłącznie prawidłowe, stałe weryfikowanie przyjętych założeń doprowadzi do zapewnienia odpowiedniego nadzoru nad dokonywanymi przeobrażeniami oraz zapobiegnię ograniczeniu zakresu udzielanych przez uprawnione jednostki świadczeń zdrowotnych. W ten sposób zaś zostanie zagwarantowane właściwe funkcjonowanie całego mechanizmu systemu ochrony zdrowia, z głównym jego celem, jakim jest i powinna być ochrona osoby pacjenta.

## BIBLIOGRAFIA

### LITERATURA:

- Banaszak B., *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002.
- Bednarzewski K., *Komercjalizacja przedsiębiorstw państwowych*, Kraków 2003.
- Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia*, Warszawa-Poznań 2001.
- Dercz M., Rek T.; *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Eckardt K., *Prawo do ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane*, [w:] *Prawa człowieka*, Bisztyga A. (red.), Katowice 2006, nr 10.
- Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2004.
- Iwanowicz-Palus G., *Prawa Pacjenta w Polsce*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 8.
- Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 6-7.
- Maciejko P., *Pojęcie i koncepcje równości w zdrowiu*, *Antidotum* 1992, nr 12.
- Michalska-Badziak R., *Prawo ochrony zdrowia*, [w:] *Materiałne prawo administracyjne*, Stahl M. (red.), Warszawa 2002.
- Mik C., *Zbiorowe prawa człowieka. Analiza krytyczna koncepcji*, Toruń 1992.
- Pęcherz T., *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, Warszawa 2000.
- Rudawska I., *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Wybrane aspekty*, Szczecin 2005.
- Safjan D., *Prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu i proponowanych metodach leczenia*, *Antidotum* 1993, nr 1.
- Safjan M., *Ustawa zasadnicza i standardy medyczne*, *Gazeta Lekarska* 2001, nr 2.
- Sobol E. (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1995.
- Śliwka M., *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz*, Nesterowicz M. (red.), Warszawa 2009.
- Tymowska K., *Ochrona zdrowia- program minimum*, *Antidotum* 1992, nr 8.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009.

### AKTY PRAWNE:

- Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961 r., Dz.U. 1999, Nr 8, poz. 67, ze zm.
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r., o gospodarce komunalnej, Dz.U.1997, Nr 45, poz. 236, ze zm.
- Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r., o gospodarce nieruchomościami, Dz.U. 2010, Nr 115, poz. 741, ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135, ze zm.



Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417, ze zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., *o działalności leczniczej*, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654, ze zm.

**INNE:**

Nr ewid.104/2011/P/10/097/KPZ, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>, 10.05.2012 r.

[http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/45843/projek\\_zal\\_dzial\\_13032012.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/45843/projek_zal_dzial_13032012.pdf),  
10.05.2012 r.

*Ewelina Świerczek*

**COMMERCIALIZATION OF HEALTH CARE IN LIGHT OF INDIVIDUAL PATIENT**

This article was presented in terms of the commercialization process of patient rights. By referring to both the concept of directory permissions sick person as well as the definition of the transformation taking place showed a relationship between them. The publication also includes an assessment of existing legislation in this context. In the conclusion, while there is both to identify proposals for improving the system and emphasize the importance of respecting the rights of the patient.