

Piotr Zamelski

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ KOMERCYJNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH ZA DOBRO WSPÓLNE**

Przedmiotem opracowania jest problem odpowiedzialności za dobro wspólne podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, czyli działających na zasadach *stricte* komercyjnych. W toku rozważań podjęto zagadnienia aksjologiczne, w szczególności dotyczące znaczenia i treści dobra wspólnego, zagadnienia prawno-organizacyjne związane z formą prawną i obowiązkami komercyjnych podmiotów leczniczych oraz zasadniczy dla rozważań problem charakteru odpowiedzialności komercyjnego podmiotu leczniczego za dobro wspólne.

Opracowanie uwzględnia stan prawny na dzień 31 października 2017 r.

### **1. Zagadnienia aksjologiczne**

Przez pojęcie dobra wspólnego rozumie się ogół warunków materialnych, duchowych i społecznych służących zaspokojeniu uzasadnionych potrzeb osób i wspólnot ludzkich oraz ich integralnemu rozwojowi<sup>1</sup>. Jakość uwarunkowań składających się na dobro wspólne cechuje się ich daleko idącą współzależnością, która stanowi odbicie integralności ludzkiej natury. W pojęciu dobra wspólnego mieści się również zdrowie publiczne ze wszystkimi urządzeniami społecznymi służącymi jego ochronie (personelem medycznym, wiedzą medyczną, infrastrukturą, jakością i dostępnością świadczeń, mechanizmami prawnymi itd.). Do-

---

Dr PIOTR ZAMELSKI, adiunkt w Katedrze Nauk Humanistycznych i Prawnych, Wydział Ekonomii i Zarządzania, Politechnika Opolska, ul. Luboszycka 7, 45-036 Opole, Polska, e-mail: p.zamelski@po.opole.pl

<sup>1</sup> Por. J. Krucina, *Dobro wspólne. Teoria i jej zastosowanie*, Wrocław: Wroclawska Księgarnia Archidiecezjalna, 1972, s. 70.

bro wspólne zawsze rozwija się wokół wspólnoty ludzkiej, która stanowi naturalne i jedyne środowisko życia człowieka. W zależności od rozmiarów wspólnoty można wyróżnić dobro wspólne rodziny, społeczności lokalnej, państwowej lub międzynarodowej, wreszcie całej rodziny ludzkiej. Zasięg działalności podmiotu leczniczego jest wyznaczony jego prestiżem oraz miejscem zamieszkania pacjentów i pracowników z reguły, więc zawęża się do obszaru jednej lub kilku jednostek samorządu terytorialnego, jedynie w przypadku jednostek wysoko specjalistycznych obejmuje kilka województw lub całe państwo. Jest to istotne dla określenia rodzaju wspólnot, których dobru wspólnemu ma służyć podmiot leczniczy.

Pojęcie dobra wspólnego jest nieostre, nie sposób bowiem apriorycznie ustalić zamknięty katalog relacji, okoliczności i rzeczy potrzebnych do integralnego rozwoju osób i wspólnot. Rozpoznanie składników dobra wspólnego jest możliwe najpierw przez poznawanie natury ludzkiej i wynikających z niej potrzeb, po wtóre przez diagnozę niedostatków życia społecznego, jako konkretnych braków dobra wspólnego<sup>2</sup>. Za niedostatek dobra wspólnego należy uznać także obojętność lub niechęć wobec niego uczestników życia społecznego, bowiem wówczas dobro wspólne nie oddziałuje skutecznie na życie ludzi, a przy tym samo ulega niszczeniu ze szkodą dla obecnych i przyszłych pokoleń. Jako kategoria aksjologiczna dobro wspólne jest determinowane antropologicznie i konkretyzowane przez normy społeczne, w szczególności przez normy moralne i prawne.

Doniosłość dobra wspólnego oraz potrzeba jego urzeczywistnienia wypływają z osobowo-społecznej natury ludzkiej, która w swoim trwaniu i rozwoju nie obejdzie się bez korzystania z wysiłków i osiągnięć

---

<sup>2</sup> Za M. Piechowiakiem można odwołać się w tym względzie do koncepcji procesu rewindykacyjnego (*Filozofia praw człowieka. Prawa człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 1999, s. 60).

innych<sup>3</sup>. Potrzeba korzystania z dobra wspólnego oraz odpowiedzialność za nie jest zatem immanentnym elementem życia każdego człowieka i każdej społeczności. Dobro wspólne jest wartością prawnonaturalną, dlatego należy uznać je za niezmiennie, co do istoty zarazem jednak postrzeganie jego treści pozostaje otwarte na rozwój nauki i techniki. Dla przykładu, obecnie wśród elementów dobra wspólnego przywołuje się dostęp do metod diagnostyczno-terapeutycznych, które dawniej uważane były za nieosiągalne, a jeszcze wcześniej nie były nawet znane (np. transplantologia). Rozwiązaniom tym organy władzy publicznej nadają status publicznych praw podmiotowych, tym samym czyniąc państwo odpowiedzialnym za ich dostępność dla obywateli za ich materialne zabezpieczenie. Jednocześnie rezygnuje się z niektórych rozwiązań dawniej uważanych za osiągnięcia służące rozwojowi społecznemu, które w świetle obecnej wiedzy uznaje się za nieskuteczne lub szkodliwe<sup>4</sup>. Trzeba podkreślić, że w takiej sytuacji nie ulega zmianie treść dobra wspólnego, do którego należą dostępne społeczeństwu środki służące ochronie zdrowia, lecz ocena przydatności konkretnych środków do skutecznego urzeczywistniania dobra wspólnego.

Równoległe dobro wspólne pozostaje narażone na relatywizację analogiczną do tej, która ma miejsce w dziedzinie praw i obowiązków człowieka. Konsekwencją owej relatywizacji jest coraz powszechniejsze podnoszenie postulatów zmian w prawie, które bezpodstawnie odwołują się do wartości godności osoby ludzkiej i dobra wspólnego. Tymczasem niezmiennosc prawa naturalnego, uwzględniająca wszakże możliwość stałego doskonalenia jego znajomości, wyklucza możliwość redefiniowania pojęć o ustalonej tradycji filozoficznej<sup>5</sup>. Nie inaczej wygląda

---

<sup>3</sup> C.S. Bartnik, *Personalizm*, Lublin: Czas, 1995, s. 191.

<sup>4</sup> Zob. m.in. E.D. Peselow, K. Malavade, R.S. Lowe, I. Glick, *Historyczne oraz alternatywne metody leczenia w psychiatrii*, „Psychiatria po Dyplomie” 6 (2009), nr 3, s. 78-85.

<sup>5</sup> Zob. P. Zamelski, *Równowaga praw i obowiązków implikacją zasady dobra wspólnego*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 2014, s. 92; A. Elliott, *Współczesna teoria społeczna*, tłum. P. Tomanek, Warszawa: PWN, 2011, s. 75-86.

problem działalności podmiotów leczniczych, do których adresowane bywają sprzeczne z obiektywnym porządkiem moralnym postulaty inspirowane względami politycznymi, gospodarczymi lub społecznymi. Z tego powodu osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie komercyjnych podmiotów leczniczych, korzystając ze znacznie większej swobody kształtowania profilu działalności w porównaniu z podmiotami publicznymi, często muszą dokonywać wyborów o znacznym ciężarze moralnym lub aksjologicznym, które nie pozostają obojętne dla urzeczywistnienia dobra wspólnego.

## 2. Zagadnienia prawno-organizacyjne

Przez tysiąclecia medycyna była uprawiana na zasadach komercyjnych, względnie charytatywnych, z czasem znajdując wsparcie w oferowanych ubezpieczeniach prywatnych. Powszechne prawo do świadczeń opieki zdrowotnej pojawiło się wraz z rozwojem systemów zabezpieczenia społecznego w XX w.. Istniejący w Polsce ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej funkcjonuje od 1999 r., od tego czasu przeszedł ponadto kilka istotnych zmian organizacyjnych zmierzających w kierunku urynkowienia ochrony zdrowia i optymalizacji wydatków publicznych na jej funkcjonowanie<sup>6</sup>.

Na mocy art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*<sup>7</sup> status podmiotu leczniczego, który wykonuje działalność leczniczą, mogą posiadać m.in. przedsiębiorcy niezależnie od formy prawnej. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1 u.d.l.), czyli podejmowaniu działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, względnie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub z odrębnych przepisów (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.). Analogicznie do podmio-

---

<sup>6</sup> Zob. szerzej: E. Rabiej, *Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne*, „Przedsiębiorstwo i Region” 5 (2013), s. 100-108.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm. [dalej: u.d.l.].

tu leczniczego ustawodawca traktuje lekarza lub pielęgniarkę, którzy prowadzą praktykę zawodową w formie jednoosobowej działalności gospodarczej albo jako wspólnicy spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej (art. 2 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 5 u.d.l.). W praktyce zatem przedsiębiorcy wykonujący działalność leczniczą mogą działać jako osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną (art. 4 ust. 1 ustawy *o swobodzie działalności gospodarczej*<sup>8</sup>). Osoby zamierzające utworzyć podmiot leczniczy mogą przyjąć formę prawną odpowiednią dla istniejącej struktury osobowej i kapitałowej oraz zakładanych celów, w szczególności spółki prawa handlowego lub spółdzielni. Wśród komercyjnych zakładów opieki zdrowotnej powstałych w latach 1999-2010 na bazie majątku zakładów samorządowych 73% stanowiły spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, 16% spółki cywilne, 5% spółki partnerskie, 3% spółki jawne a 2,6% spółki akcyjne<sup>9</sup>. Należy dodać, że w spółce cywilnej status przedsiębiorców przysługuje wspólnikom, natomiast sama spółka nie posiada takiego statusu z powodu ustawowego braku zdolności prawnej<sup>10</sup>.

Świadczenia zdrowotne udzielane przez podmioty lecznicze prowadzące działalność gospodarczą są finansowane na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub bezpośrednio ze

---

<sup>8</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 z późn. zm. [dalej: u.s.d.g.].

<sup>9</sup> Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999 – 2010 (wrzesień)*, [w:] [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/przekoszt\\_szpitala\\_02122010.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/przekoszt_szpitala_02122010.pdf), s. 7 [dostęp: 9.10.2017].

<sup>10</sup> Art. 4 ust. 2 u.s.d.g.; P. Zamelski, *Wolność działalności gospodarczej w prawie gospodarczym publicznym i prawie handlowym*, „Opolskie Studia Administracyjno-Prawne” 12 (3) 2014, s. 163-164.

świadczeniobiorcą<sup>11</sup>. Kluczową kwestią w przypadku przedsiębiorców jest osiągnięcie zysków, a przynajmniej uniknięcie zadłużenia, które narażałoby sam byt takiego podmiotu. Co więcej, pomimo społecznej doniosłości działalności leczniczej możliwości spełnienia przez Skarb Państwa lub jednostkę samorządu terytorialnego zobowiązań przedsiębiorcy pozostają ograniczone m.in. ze względu na uwarunkowania prawne dotyczące pomocy publicznej<sup>12</sup>. Znacznie szersze możliwości pomocy publicznej zostały przewidziane dla podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej<sup>13</sup>, który na gruncie art. 52 i art. 55 u.d.l. również posiada niektóre cechy przedsiębiorcy.

### **3. Zakres odpowiedzialności komercyjnego podmiotu leczniczego za dobro wspólne**

Odpowiedzialność jest pojęciem dotyczącym filozofii osoby i jej relacji do rzeczywistości, a więc prawdy o skutkach czynów dokonanych lub niedokonanych wobec samego siebie i swojego otoczenia. Nie można zatem mówić o odpowiedzialności człowieka w sytuacji, gdy niedobór wolności lub rozumu odbiera zachowaniu ludzkiemu charakter czynu<sup>14</sup>. Z kolei świadoma negacja rzeczywistości, tak popularna w do-

---

<sup>11</sup> Art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm. [dalej: u.ś.o.z.].

<sup>12</sup> Art. 107 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz. Urz. C 326 z dnia 26 października 2012 r., s. 1-390.

<sup>13</sup> B. Leszczyńska-Konczanin, *Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej (szpitale) prowadzona w latach 1991-2013, przyczyny i skutki*, „Studia Oeconomica Posnaniensa” 2 (4), 2016, s. 230-244; B. Zaleska, *Formy pomocy państwa w oddłużaniu szpitali w Polsce w latach 1994-2012*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych” 16 (2012), s. 133-145.

<sup>14</sup> K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, [w:] K. Wojtyła, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 2000, s. 76.

bie postmodernizmu<sup>15</sup>, nie zwalnia z odpowiedzialności za czyn, lecz poszerza jej zakres o przedmiotową decyzję i wywołane przez nią skutki. Szczegółowy problem odpowiedzialności za dobro wspólne musi uwzględniać odpowiedzialność człowieka za kondycję moralną i materialną członków własnej społeczności, nie wyłączając siebie samego. Wieloaspektowość ludzkiej egzystencji pozwala rozróżnić odpowiedzialność moralną (rozpatrywaną na gruncie norm moralnych i religijnych), społeczną (opartą na sankcji rozproszonej) i prawną (opartą na sankcji skupionej). Nie inaczej rzecz ma się z osobami odpowiedzialnymi za działalność leczniczą. Dodajmy, że rozważanie odpowiedzialności podmiotów leczniczych dotyczy zarówno osób fizycznych, jak i prawnych, ponieważ działalność każdej osoby prawnej stanowi emanację decyzji podejmowanych przez tworzących ją ludzi, którzy ostatecznie ponoszą za nie odpowiedzialność.

Najważniejszym obszarem odpowiedzialności podmiotu leczniczego za dobro wspólne społeczności jest dostępność pomocy medycznej. Działalność gospodarcza z istoty swojej wyklucza nieregulamentowany dostęp do usług świadczonych przez przedsiębiorcę, są jednak sytuacje życiowe wymagające od osób zarządzających podmiotem leczniczym odejścia od reguł zysku na rzecz imperatywu miłości i solidarności i społecznej. W niektórych sytuacjach jest to obowiązek potwierdzony prawnie (np. udzielenie pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego<sup>16</sup>), zazwyczaj jednak opiera się na normach moralnych i ludzkiej wrażliwości. Liczne są zresztą przykłady osób wykonujących zawody medyczne lub zarządzających podmiotami leczniczymi, które prowadząc działalność gospodarczą decydują się udzielać świadczeń nieod-

---

<sup>15</sup> Zob. m.in.: S. Śpiewak, T. Grzyb, D. Doliński, *Współczesne trendy w badaniach nad wpływem społecznym: perspektywa empiryczna*, „Psychologia Społeczna” 12 (40) 2017, s. 9-13.

<sup>16</sup> Art. 19 i 60 u.ś.o.z. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. z 2016 r., poz. 1863 z późn. zm.

płatnie (a ściślej mówiąc na własny koszt), jeżeli wymaga tego dobro pacjenta.

O dostępności odpłatnego świadczenia medycznego decyduje przede wszystkim jego cena, ponadto w wysoko specjalistycznych procedurach często dochodzi czynnik odległości, za który podmiot medyczny nie odpowiada. Problem wyceny świadczeń medycznych jest złożonym zagadnieniem, który musi uwzględniać rozmaite koszty osobowe, rzeczowe, koszty ubezpieczenia i wreszcie marżę<sup>17</sup>. Jest rzeczą oczywistą, że żadna procedura medyczna nie może być realizowana poniżej kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy<sup>18</sup>, jednak zawyżanie marży przez komercyjny podmiot leczniczy nie służy budowaniu i utrwalaniu dobra wspólnego, a jedynie własnej pozycji ekonomicznej.

Niemniej istotne dla urzeczywistniania dobra wspólnego jest zapewnienie wysokiej jakości świadczeń, w szczególności ich poprawne i terminowe wykonywanie, a w razie potrzeby korzystanie z pomocy innych specjalistów i podmiotów leczniczych. Również w tym względzie zarobkowy cel działalności gospodarczej winien ustępować dobru pacjenta, co przyczynia się do budowania dobra wspólnego całego społeczeństwa. Nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego najczęściej polegają na popełnieniu błędu medycznego, który może skutkować odpowiedzialnością cywilną lub karną<sup>19</sup>, lub na naruszeniu usta-

---

<sup>17</sup> Zob. szerzej: S. Morris, N.J. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, tłum. E. Nojszewska, M. Próchniak, P. Ciżkowicz, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer business, 2001.

<sup>18</sup> Wyjątkiem w tym względzie mogą być podmioty lecznicze działające w formie jednostek budżetowych (art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. z 2016 r. poz. 1870 z późn. zm.). Jednostki budżetowe nie prowadzą działalności gospodarczej, dlatego nie dotyczą ich prowadzone rozważania.

<sup>19</sup> Zob. szerzej: art. 415 i 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*, Dz. U. z 2017 r., poz. 459 z późn. zm.; art. 160 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późn. zm. Zob. także: P. Zamelski, *Odszkodowania i zadośćuczynienia za błędy medyczne. Analiza orzecznictwa sądów po-*



wowo gwarantowanych praw pacjenta<sup>20</sup>. Poza wymienionymi sytuacjami można wskazać problemy komunikacyjne pomiędzy przedstawicielami podmiotu leczniczego a pacjentem lub jego rodziną, które mogą prowadzić do rozmaitych nieporozumień. W wypadku komercyjnych podmiotów leczniczych funkcjonuje mechanizm weryfikacji rynkowej, który jednak pozostaje rozwiązaniem bardzo niedoskonałym w odniesieniu do niezwykle delikatnej dziedziny, jaką jest działalność lecznicza. Ochrona dobra wspólnego domaga się samokontroli po stronie podmiotów leczniczych oraz formalnej i nieformalnej kontroli społecznej. Poważną redukcją etosu zawodów medycznych i społecznej odpowiedzialności podmiotów leczniczych byłoby jednak oparcie jakości leczenia wyłącznie na obawie przed konsekwencjami prawnymi lub wizerunkowymi. Niezastąpione w tym względzie jest świadomość odpowiedzialności, która kształtuje się w szeroko rozumianym procesie wychowania<sup>21</sup>.

Słusznie zauważył T. Jasudowicz, że ochrona praw człowieka w administracji publicznej dotyczy nie tylko klientów urzędów, ale również ich pracowników<sup>22</sup>. Analogicznie rzecz ma się z pacjentami i pracownikami podmiotu leczniczego, którzy w odmienny sposób uczestniczą w jego funkcjonowaniu, ale każdy z nich zasługuje na traktowanie właściwe dla jego osobowej godności. Upowszechnienie relacji opartych na wzajemnym szacunku, życzliwości i wymaganiach uwzględniających sytuację człowieka przyczynia się do urzeczywistniania dobra wspólnego a odpowiedzialność w tym względzie spoczywa między innymi na

---

wszechnych z lat 1989-2015, „Biuletyn Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół Wydziału Prawa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego” 14 (1), 2017, s. 103-124.

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.

<sup>21</sup> S.L. Stadniczeńko, P. Zamelski, *Pedagogika prawa. Vade mecum! Pójdź ze mną*, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, 2016, s. 96-110.

<sup>22</sup> T. Jasudowicz, [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak i in., *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń: Dom Organizatora, 2005, s. 473-476.

podmiotach leczniczych. Niestety liczne są przykłady traktowania personelu medycznego w sposób dalece niewłaściwy, w szczególności w zakresie wynagrodzeń, czasu pracy, obciążeń dodatkowymi obowiązkami itp.<sup>23</sup>

Na koniec warto zastanowić się nad relacją pacjentów do podmiotów leczniczych i personelu medycznego. Do istoty urynkowienia należy możliwość wyboru świadczeniodawcy i oczekiwanie wysokiej jakości usług, niestety niejednokrotnie pacjenci prezentują postawy roszczeniowe i pretensjonalne<sup>24</sup>. Identyczne problemy istnieją w placówkach oświaty, szkolnictwa wyższego, pomocy społecznej itd. Rysuje się zatem problem równoważenia słuszych interesów pacjenta i podmiotu leczniczego. Problem ten wymyka się bezpośredniej regulacji prawnej, stanowi jednak interesujące zagadnienie socjologii prawa w kwestii kształtowania postaw w społeczeństwie i roli prawa w tym procesie. Trzeba bowiem jasno powiedzieć, że szacunek i zaufanie pacjenta do personelu medycznego przekłada się na warunki pracy personelu medycznego, która istotnie wpływa na jakość opieki zdrowotnej i współtworzy dobro wspólne społeczeństwa. Odpowiedzialność komercyjnego podmiotu leczniczego za dobro wspólne wymaga zatem zapracowania na zaufanie i szacunek dzięki wysokiej jakości usług i relacji międzyludzkich, a w razie potrzeby również żądaniu należnego szacunku wobec podmiotu leczniczego i jego pracowników. Także w tym zakresie dochód nie powinien stanowić podstawowej motywacji.

---

<sup>23</sup> Zob. m.in.: L. Sadowska, S. Kańczuła, *Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (Aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne)*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 3 (2010), s. 364-376.

<sup>24</sup> Zob. B. Małecka, J.T. Marcinkiewicz, *Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 1 (88) 2007, s. 17-19; K. Wroński, R. Bocian, A. Depta, J. Cywiński, A. Dziki, *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 4 (59) 2009, s. 266.

## Wnioski

Ukierunkowanie działalności gospodarczej na cele zarobkowe (art. 2 u.s.d.g.) nie może zwalniać jakiegokolwiek przedsiębiorcy z moralnego i konstytucyjnego obowiązku troski o dobro wspólne<sup>25</sup>. Przedmiot działalności podmiotów leczniczych wiąże się z ochroną dóbr o szczególnej wartości dla dobra wspólnego, jakimi są życie, zdrowie fizyczne i psychiczne, zdolność do prawidłowego funkcjonowania itp. Z tego powodu ciąży na nich odpowiedzialność za losy poszczególnych osób i rodzin, która co do zasady mieści się w zakresie świadczonych usług medycznych, a wyjątkowo wymaga udzielenia pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jako przejawy troski o dobro wspólne w przypadku komercyjnej działalności leczniczej można wskazać m.in. rzetelność prowadzonych działań leczniczych, kompleksowość opieki (w razie potrzeby we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi), racjonalną politykę cenową w przypadku świadczeń nierfundowanych, a także utrwalanie szacunku wobec innych przedstawicieli środowiska medycznego<sup>26</sup>. Wreszcie, formalny zakres obowiązku nie powinien odwozić kogokolwiek od bezinteresownej pomocy w sytuacji, gdy pacjent potrzebuje pomocy nie mając innej możliwości jej uzyskania.

Należy również zauważyć, że samo istnienie podmiotu leczniczego przyczynia się (choćby potencjalnie) do rozwoju dobra wspólnego. Z tego powodu potrzeba urzeczywistniania i ochrony dobra wspólnego uzasadnia wprowadzenie do polskiego systemu prawnego specjalnej formy organizacyjnej dla podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, która uwzględniałaby potrzebę zapewnienia ciągłości i stabi-

---

<sup>25</sup> Art. 82 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.

<sup>26</sup> Postulaty te mieszczą się w dyspozycji art. 20 i art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. III ust. 3 i art. IV ust. 2 i 4 Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

zacji ich działania. Omówienie rozwiązań *de lege ferenda* w zakresie sposobów ich finansowania i odpowiedzialności za zobowiązania przekroczyłyby jednak ramy omawianego zagadnienia.

## Bibliografia

### Źródła prawa

- Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy w dniu 14 grudnia 1991 z późn. zm.
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie *obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, Dz. U. Nr 293, poz. 1729.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz. Urz. C 326 z dnia 26 października 2012 r., 1-390.
- Ustawa z dnia 1 marca 1996 r. *o zmianie Kodeksu postępowania cywilnego, rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej – Prawo upadłościowe i Prawo o postępowaniu układowym, Kodeksu postępowania administracyjnego, ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz niektórych innych ustaw*, Dz. U. Nr 43, poz. 189.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. *o swobodzie działalności gospodarczej*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8 grudnia 1998 r. *o zmianie ustawy Prawo o ustroju sądów powszechnych*, Dz. U. Nr 160, poz. 1064.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1863 z późn. zm.

- Ustawa z dnia 13 lipca 1990 r. *o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego*, Dz. U. Nr 55, poz. 318.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 16 grudnia 1992 r. *o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego*, Dz. U. z 1993 r., Nr 12, poz. 53.
- Ustawa z dnia 16 listopada 2006 r. *o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego oraz innych ustaw*, Dz. U. Nr 235, poz. 1699.
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1822 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 18 kwietnia 1985 r. *o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego*, Dz. U. Nr 20, poz. 86.
- Ustawa z dnia 20 lipca 2000 r. *o kosztach sądowych w sprawach cywilnych*, Dz. U. z 2016 r., poz. 623 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*, Dz. U. z 2016 r., poz. 380 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*, Dz. U. z 2016 r. poz. 1870 z późn. zm.

### **Literatura**

- Bartnik, Czesław Stanisław. 1995. *Personalizm*. Lublin: Czas.
- Anthony, Elliott. 2011. *Współczesna teoria społeczna*, tłum. Paweł Tomanek. Warszawa: PWN.
- Gronowska, Bożena, Tadeusz Jasudowicz, Michał Balcerzak [i in.]. 2005. *Prawa człowieka i ich ochrona*. Toruń: TNOiK Dom Organizatora.
- Korytkowska, Daria. 2012. „Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego.” *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica* 274:61-70.
- Krucina, Jan. 1972. *Dobro wspólne. Teoria i jej zastosowanie*, Wrocław: Wrocławska Księgarnia Archidiecezjalna.

- Leszczyńska-Konczanin, Bogumiła 2016. „Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej (szpitale) prowadzona w latach 1991-2013, przyczyny i skutki.” *Studia Oeconomica Posnaniensa* 2, vol. 4:230-244.
- Małecka, Beata. Marcinkiewicz, J.T. 2007. „Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych.” *Problemy Higieny i Epidemiologii* 1(88):17-19.
- Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia. *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010* (wrzesień).
- Morris, Stephen, J.Nancy Devlin, David Parkin. 2001. *Ekonomia w ochronie zdrowia*, tłum. Ewelina Nojszewska, Mariusz Próchniak, i Piotr Ciżkowicz. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Najwyższa Izba Kontroli. 2015. *Informacja o wynikach kontroli. Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*. KZD-4101-004/2014. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. 2015. *Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Oniszczyk, Jerzy. 2008. *Filozofia i teoria prawa*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Peselow, Eric D. Kishor Malavade, R. Sandlin Lowe, i Ira Glick. 2009. „Historyczne oraz alternatywne metody leczenia w psychiatrii.” *Psychiatria po Dyplomie* 3, tom 6:78-85.
- Piechowiak, Marek. 1999. *Filozofia praw człowieka. Prawa człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Rabiej, Ewelina. 2013. „Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne.” *Przedsiębiorstwo i Region* 5:100-108.
- Sadowska, Ludwika, i Sławomir Kańczuła. 2010. „Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (Aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne).” *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 3:364-376.

- Serwach, Małgorzata. 2011. „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.” *Prawo Asekuracyjne* 4 (69):29-41.
- Stadniczeńko, Stanisław Leszek. 2000. *Urzeczywistnianie prawa w zatrudnianiu młodocianych w okresie transformacji*. Opole: Uniwersytet Opolski.
- Stadniczeńko, Stanisław Leszek, i Piotr Zamelski. 2016. *Pedagogika prawa. Vade mecum! Pójdź ze mną*, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania.
- Śpiewak, Sławomir, Tomasz Grzyb, i Dariusz Doliński. 2017. „Współczesne trendy w badaniach nad wpływem społecznym: perspektywa empiryczna.” *Psychologia Społeczna* XII (40):9-13.
- Wnęk, Aldona, i Katarzyna Policha. 2011. „Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.” *Rozprawy Ubezpieczeniowe* 2 (11):106-123.
- Wojtyła, Karol. 2000. *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Wroński, Konrad, Roman Bocian, Adam Depta, Jarosław Cywiński, i Adam Dziki. 2009. „Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej.” *Nowotwory. Journal of Oncology* 4 (59):266-273.
- Zaleska, Beata. 2012. „Formy pomocy państwa w oddłużaniu szpitali w Polsce w latach 1994-2012.” *Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych* 16:133-145.
- Zamelski, Piotr. 2014. *Równowaga praw i obowiązków implikacją zasady dobra wspólnego*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Zamelski, Piotr. 2014. „Wolność działalności gospodarczej w prawie gospodarczym publicznym i prawie handlowym.” *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne* XII/3:151-177.
- Zamelski, Piotr. 2017. „Odszkodowania i zadośćuczynienia za błędy medyczne. Analiza orzecznictwa sądów powszechnych z lat 1989-2015.” *Biuletyn Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół Wydziału Prawa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego* 14 (1):103-124.

## **Odpowiedzialność komercyjna podmiotów leczniczych za dobro wspólne**

### Streszczenie

Opracowanie „Odpowiedzialność komercyjnych podmiotów leczniczych za dobro wspólne” podejmuje problem celów i zasad działania podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami w kontekście urzeczywistniania dobra wspólnego. Specyfika działania komercyjnych podmiotów leczniczych wiąże się z jednej strony z etosem zawodów medycznych, z drugiej z koniecznością utrzymania przez nie płynności finansowej. W rozważaniach odniesiono się do zagadnień znaczenia i treści dobra wspólnego, formy organizacyjno-prawnej komercyjnych podmiotów leczniczych oraz charakteru i zakresu ich odpowiedzialności za dobro wspólne.

**Słowa kluczowe:** dobro wspólne, odpowiedzialność, podmiot leczniczy, działalność lecznicza, przedsiębiorca

## **The Responsibility of Commercial Healthcare Entities for the Common Good**

### Summary

The paper entitled “The Responsibility of Commercial Healthcare Entities for the Common Good” raises the issue of the goals and operative principles of healthcare entities. These are enterprises that run their activities in the context of building the common good. The specific nature of commercial healthcare entities’ activities, on the one hand, invokes the ethos held by the medical professions, and, on the other, the need to ensure financial liquidity. The paper refers to the issues of the meaning and content of the common good, the organizational and legal framework of commercial healthcare entities, as well as the nature and scope of their responsibility for the common good.

**Key words:** common good, responsibility, healthcare entities, healthcare activity, entrepreneur

**Information about Author:** PIOTR ZAMELSKI, Ph.D., adjunct in the Department of Humanities and Legal Sciences, Faculty of Economics and Management, Opole University of Technology, ul. Luboszycka 7, 45-036 Opole, Poland, e-mail: p.zamelski@po.opole.pl