

Stwierdzenie prawa do nieodpłatnego nabycia akcji prywatyzowanych przedsiębiorstw przez rolników i rybaków

Proces prywatyzacji w Polsce wyszedł już z fazy intensywnej jednak nadal procesy prywatyzacyjne trwają i mogą wywoływać szereg problemów prawnych¹. Niniejszy artykuł dotyczy szczególnej grupy uprawnionych, mianowicie rolników i rybaków, którzy w specyficznych, przewidzianych przepisami prawa sytuacjach, mogą być beneficjentami prywatyzacji.

Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji², rolnikom lub rybakom przysługuje prawo do nieodpłatnego nabycia do 15% akcji objętych przez Skarb Państwa w dniu wpisania spółki do rejestru. Liczba akcji przypadających na jednego rolnika lub rybaka nie może przekroczyć najwyższej liczby akcji przypadających na jednego uprawnionego pracownika. Każdemu rolnikowi i rybakowi przysługuje prawo nabycia akcji w równej liczbie. Rolnicy i rybacy mają prawo do nabycia akcji nie więcej niż w dwóch spółkach. Przepis ten statuuje delegację dla ministra właściwego do spraw rolnictwa, do określenia w drodze rozporządzenia sposobu wykazania przez uprawnionych rolników i rybaków okoliczności, uprawniających ich do nabycia akcji oraz szczegółowy tryb nabywania przez nich akcji³.

-
- 1 Na temat problemów prawnych związanych z prywatyzacją por. m.in. J. Jacyszyn, Wokół ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, Rejent, 1997 nr 2; J. Jacyszyn, Wdrażanie ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, J. Kostecka, Charakter prawny komercjalizacji przedsiębiorstwa państwowe, *Studia Prawnicze* 2002, z. 2.
 - 2 Tekst jedn. Dz.U. z 2002 r., Nr 171, poz. 1397 z późn. zm.
 - 3 Na temat uprawnień do nabycia akcji patrz J. Grabowski, Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych. Komentarz, Warszawa 1998, s. 136 i n.; por. też C. Kosikowski, M. Śniegucki, Komercjalizacja i prywatyzacja przedsiębiorstw państwowych. Komentarz, Warszawa 1997.

Zgodnie z ustawą o komercjalizacji i prywatyzacji (art. 2 pkt 6) przez rolników lub rybaków rozumie się osoby fizyczne prowadzące gospodarstwo rolne lub rybackie, z którego w okresie pięciu lat przed wykreśleniem przedsiębiorstwa państwowego z rejestru przedsiębiorstw państwowych, dostarczono bezpośrednio lub pośrednio do tego przedsiębiorstwa surowce o wartości co najmniej 100 q żyta według cen przyjmowanych do obliczania podatku rolnego w ostatnim roku przed wykreśleniem przedsiębiorstwa państwowego z rejestru przedsiębiorstw państwowych.

Zgodnie z przytoczonymi powyżej regulacjami, zasadniczą kwestią dla ustalenia, jakie warunki muszą spełnić rolnicy i rybacy, by mieć prawo do nieodpłatnego nabycia akcji prywatyzowanych przedsiębiorstw, jest interpretacja regulacji zawartych w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 24 kwietnia 1997 r. w sprawie sposobu wykazania przez uprawnionych rolników i rybaków okoliczności umożliwiających im nabycie akcji spółek Skarbu Państwa oraz szczegółowego trybu nabywania przez nich akcji (powoływane dalej jako rozporządzenie)⁴.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, do pisemnego oświadczenia o zamiarze nieodpłatnego nabycia akcji należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie z urzędu gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego lub rybackiego,
- 2) dokumenty lub oświadczenie o dostarczeniu bezpośrednio lub pośrednio do przedsiębiorstwa państwowego przekształconego w spółkę surowców pochodzących z gospodarstwa rolnego lub rybackiego, o którym mowa w pkt 1, w okresie 5 lat przed wykreśleniem tego przedsiębiorstwa z rejestru przedsiębiorstw państwowych,
- 3) dokumenty lub oświadczenie, że wartość surowców, o których mowa w pkt 2, stanowiła co najmniej 100 q żyta według cen przyjmowanych do obliczania podatku rolnego w ostatnim roku przed wykreśleniem przedsiębiorstwa państwowego z rejestru przedsiębiorstw państwowych.

4 Dz.U. z 1997 r., Nr 44, poz. 280.

Dokonując zatem weryfikacji uprawnień rolników i rybaków do nieodpłatnego nabycia akcji prywatyzowanego przedsiębiorstwa, należy znaleźć odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) Czy dana osoba prowadziła gospodarstwo rolne?
- 2) Czy dostarczyła z prowadzonego przez siebie gospodarstwa surowce do prywatyzowanego przedsiębiorstwa?
- 3) Czy wartość dostarczonych przez nią surowców w ciągu ostatnich pięciu lat przed dniem wykreślenia przedsiębiorstwa z rejestru przekraczała równowartość 100 q żyta (według cen z roku poprzedzającego wykreślenie)?

Są to również pytania o zawartość określeń użytych w rozporządzeniu i ustawie. Regulacja ustawowa, jak i treść rozporządzenia są bardzo nieprecyzyjne w tym zakresie. Żaden z wymienionych aktów prawnych nie zawiera w swojej treści ani definicji pojęć istotnych przy dokonywaniu weryfikacji omawianych uprawnień rolników lub rybaków, ani żadnych wskazań, jakimi ewentualnie definicjami można się posłużyć przy interpretacji tych pojęć. Należy więc dokonać interpretacji pojęć: gospodarstwo rolne, prowadzenie gospodarstwa rolnego, dostarczenie surowców z gospodarstwa rolnego prowadzonego przez rolnika, które są kluczowymi pojęciami w rozporządzeniu, pozwalającymi stwierdzić prawo do nieodpłatnego nabycia akcji prywatyzowanego przedsiębiorstwa.

1. Definicja gospodarstwa rolnego

Polski system prawny zna kilka definicji gospodarstwa rolnego. Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji nie definiuje pojęcia gospodarstwa rolnego, nie daje również wskazania, jaką definicją należy się posłużyć. Wobec powyższego, wchodzi w grę dwie możliwości:

- 1) Definicja z ustawy o podatku rolnym⁵. Zgodnie z art. 2 ustawy o podatku rolnym, *za gospodarstwo rolne dla celów podatku rolnego uważa się obszar gruntów sklasyfikowanych w ewidencji gruntów i budynków jako użytki rolne lub jako grunty za-*

5 Ustawa z 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym, tekst jedn. Dz.U. z 1993 r., Nr 94, poz. 431 z późn. zm.

drzewione lub zakrzewione na użytkach rolnych, z wyjątkiem gruntów zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej innej niż działalność rolnicza o łącznej powierzchni przekraczającej 1 ha lub 1 ha przeliczeniowy, stanowiących własność lub znajdujących się w posiadaniu osoby fizycznej, osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej, w tym spółki nieposiadającej osobowości prawnej.

- 2) Definicja z kodeksu cywilnego – zgodnie z art. 55³ kodeksu cywilnego, *gospodarstwo rolne to grunty rolne wraz z gruntami leśnymi, budynkami lub ich częściami, urządzeniami i inwentarzem, jeżeli stanowią lub mogą stanowić zorganizowaną całość gospodarczą oraz prawami związanymi z prowadzeniem gospodarstwa rolnego.*

Posiadanie gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy o podatku rolnym to posiadanie gruntów o powierzchni przekraczającej normatyw ustawy (1 ha gruntów rolnych lub 1 ha przeliczeniowy). Posiadanie gospodarstwa rolnego w rozumieniu kodeksu cywilnego to władztwo nad określonym zespołem praw, w tym gruntami, budynkami itd. Oprócz gruntów⁶, które uznawane są przez większość przedstawicieli doktryny, jak i przez orzecznictwo za składnik konieczny do istnienia gospodarstwa w rozumieniu tejże definicji, w skład gospodarstwa – w rozumieniu cywilnoprawnym – wchodzi również m.in. prawa obligacyjne⁷.

6 Należy przychylić się do poglądu Naczelnego Sądu Administracyjnego wyrażonego w wyroku z dnia 20 września 1991 r., iż brak którejkolwiek ze składników gospodarstwa rolnego (na przykład inwentarza żywego, narzędzi, budynków itp.), wymienionych w art. 55(3) kodeksu cywilnego, nie świadczy o tym, że pozostałe składniki (na przykład grunty) nie stanowią gospodarstwa rolnego. Teza ta znalazła potwierdzenie w innych orzeczeniach, na przykład w postanowieniu Sądu Najwyższego z 7 lipca 1997 r., którego teza w sposób wyraźny pozwala uznać za gospodarstwo rolne również grunt niezabudowany – *Najistotniejszym składnikiem gospodarstwa rolnego – w sensie przedmiotowym – jest grunt rolny. Bez niego nie może istnieć gospodarstwo rolne. Występowanie pozostałych składników tego gospodarstwa, wymienionych w art. 55(3) kc nie jest konieczne dla bytu samego gospodarstwa.*

7 Por. na przykład sytuację, w której ule pszczele nie znajdują się na gruncie będącym własnością rolnika, a pobiera on z nich pożytki na podstawie stosunku cywilnoprawnego – umowy dzierżawy, użyczenia, itd., Prawo takie wchodzi w skład gospodarstwa rolnego. W związku z tym miód uzyskany w ten sposób jest miodem uzyskanym z danego gospodarstwa rolnego. Ma to zastosowanie również w sytuacji, gdy rolnik stawia ule na

Specyficznym rodzajem działalności rolnej jest prowadzenie działów specjalnych produkcji rolnej⁸. Szereg rozwiązań prawnych włącza specjalistyczną produkcję rolną określoną jako działy specjalne w ramy produkcji rolniczej. Mieszczą się one w ramach definicji gospodarstwa rolnego według kodeksu cywilnego. Wobec braku minimum obszarowego działy specjalne, prowadzone nawet na minimalnej powierzchni, są gospodarstwami rolnymi w rozumieniu art. 55³ kc.

Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji opiera istotę uprawnień rolników i rybaków na produkcji i dostarczaniu surowców do przedsiębiorstwa. Gospodarstwo rolne ma znaczenie ekonomiczne, jest podmiotem współpracującym z przedsiębiorstwem, związanym więzami produkcyjnymi. W związku z tym należy uznać, iż ustawodawcy chodziło o funkcjonalne pojęcie gospodarstwa rolnego jako jednostki produkcyjnej, istniejącej jako całość gospodarcza, co odpowiada na gruncie prawnym definicji z kodeksu cywilnego.

2. Prowadzenie gospodarstwa rolnego

Na pojęcie *prowadzenie gospodarstwa rolnego*⁹ można również spojrzeć przez pryzmat definicji gospodarstwa rolnego, użytej w ustawie o podatku rolnym. Zgodnie z powyższym, rolnik powinien więc

gruncie do niego nienależącym, wywozi ule na pożytki itd. W przypadku działalności pszczelarskiej stosuje się nawet kilkutygodniowe wywożenie uli na pożytki, częste jest też organizowanie pasieki w różnych, oddalonych o kilka, nawet kilkadziesiąt kilometrów miejscach, z uwagi na możliwe nadmierne zagęszczenie pszczół. W takim wypadku o tym, czy jest to jedno gospodarstwo rolne, decyduje związek funkcjonalny między poszczególnymi składnikami gospodarstwa.

- 8 Por. art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz.U. z 2000 r., Nr 14 poz. 176 z późn. zm.): *Działami specjalnymi produkcji rolnej są: uprawy w szklarniach i ogrzewanych tunelach foliowych, uprawy grzybów i ich grzybnie, uprawy roślin „in vitro”, fermowa hodowla i chów drobiu rzeźnego i nieśnego, wylęgarnie drobiu, hodowla i chów zwierząt futerkowych i laboratoryjnych, hodowla dżdżownic, hodowla entomofagów, hodowla jedwabników, prowadzenie pasiek oraz hodowla i chów innych zwierząt poza gospodarstwem rolnym.* Analogiczna definicja występuje w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych.
- 9 Por. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 24 maja 1994 r. podjęty na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników – *Prowadzenie gospodarstwa rolnego to wykonywanie czynności zarządzających dla osiągnięcia określonego celu w zakresie produkcji rolniczej.* Podobnie szeroko należy pojęcie to rozumieć na gruncie ustawy o podatku rolnym.

być osobą prowadzącą gospodarstwo rolne – to jest właścicielem lub posiadaczem gruntów *sklasyfikowanych w ewidencji gruntów i budynków jako użytki rolne lub jako grunty zadrzewione lub zakrzewione na użytkach rolnych, z wyjątkiem gruntów zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej innej niż działalność rolnicza o łącznej powierzchni przekraczającej 1 ha lub 1 ha przeliczeniowy*. Jednak skutki tak rozumianego pojęcia *prowadzenie gospodarstwa rolnego* miałyby się z celem przepisu art. 37 ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji. Przyjęcie powyższej definicji wyłączałoby bowiem z kręgu potencjalnych nabywców akcji prywatyzowanego przedsiębiorstwa osoby, które faktycznie prowadziły dane gospodarstwo rolne, mimo iż nie były jego właścicielem lub posiadaczem. Na przykład syn rolnika, prowadzący gospodarstwo rolne – to jest podejmujący decyzje gospodarcze w ramach tego gospodarstwa, zarządzający nim, nie jest właścicielem ani posiadaczem tegoż gospodarstwa rolnego, zaś jak najbardziej jest osobą prowadzącą gospodarstwo rolne. W związku z powyższym, mając na uwadze cel omawianej regulacji prawnej, należy uznać, iż chodzi tu o pojęcie osoby prowadzącej gospodarstwo rolne, obejmujące również inne, niż posiadacz lub właściciel gospodarstwa, osoby. Osobą prowadzącą gospodarstwo rolne w rozumieniu ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji oraz w rozumieniu rozporządzenia będzie osoba, która decyduje (co najmniej współdecyduje) o kształcie gospodarstwa, o jego profilu produkcji. Należy więc odejść od własnościowego pojęcia osoby prowadzącej gospodarstwo rolne (właściciel lub posiadacz) na rzecz pojęcia funkcjonalnego – osoba zarządzająca gospodarstwem rolnym, rozumianym jako zespół składników majątkowych służących produkcji rolnej.

Właściwe więc będzie przyjęcie definicji gospodarstwa rolnego z kodeksu cywilnego i szerokiego rozumienia pojęcia *prowadzenie gospodarstwa rolnego*.

3. Zaświadczenie z urzędu gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego lub rybackiego

Rozporządzenie przewiduje wydanie przez urząd gminy zaświadczenia o prowadzeniu gospodarstwa rolnego lub rybackiego. Jednak urząd gminy nie ma możliwości wydania takiego zaświadczenia, brak jest bowiem danych, na podstawie których można byłoby stwierdzić faktyczne zaangażowanie w prowadzenie gospodarstwa rolnego przez daną osobę. Wójt (burmistrz) realizując pośrednio nakaz ustawy, może wydać zaświadczenie o tym, że dana osoba jest płatnikiem podatku rolnego, może też stwierdzić, iż z danych ewidencji gruntów i budynków wynika, iż dana osoba jest właścicielem gruntów rolnych o określonej powierzchni. Przewidywana w ustawie o komercjalizacji i prywatyzacji możliwość wydawania przez gminę (miasto) zaświadczeń o prowadzeniu gospodarstwa rolnego opierać się może ewentualnie na osobistej wiedzy wójta (burmistrza) na temat działalności prowadzonej przez daną osobę. Brak jest jednak podstawy do wydawania tego rodzaju zaświadczeń.

W przypadku działów specjalnych produkcji rolnej, wskazaniem na prowadzenie gospodarstwa przez daną osobę może być opłacanie przez nią podatku dochodowego z tytułu prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej. Należy uznać, iż stosowne zaświadczenie z urzędu skarbowego, iż dana osoba jest płatnikiem podatku dochodowego w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej, świadczy o tym, iż dana osoba prowadzi gospodarstwo rolne.

4. Dostarczenie surowca z prowadzonego gospodarstwa rolnego

Do weryfikacji powyższej przesłanki służyć mogą, zgodnie z rozporządzeniem, stosowne zaświadczenia z urzędu gminy (miasta) świadczące o tym, iż dana osoba zajmuje się działalnością rolniczą. Jednak wobec braku podstaw prawnych do wydania tego rodzaju zaświadczenia przez gminę – urząd gminy ewentualnie może zaświadczyć o tym, iż dana osoba jest płatnikiem podatku rolnego. Przepisy wyraźnie wskazują, iż rolnicy winni przedstawić dokumenty lub oświadczenie w ce-

lu udokumentowania dostarczenia surowca z prowadzonego gospodarstwa rolnego. Rolnicy lub rybacy mogą zatem dostarczyć oświadczenie o dostarczeniu do przedsiębiorstwa przekształconego w spółkę surowców bez dodatkowego dokumentowania tego faktu. Oczywiście zainteresowani mogą przedstawić np. rachunki uproszczone wystawione na ich nazwisko, wskazujące, iż zakupiono od nich produkty o określonej wartości lub dowody dostawy (wz) z określeniem ilości dostarczonych produktów, wreszcie polecenia przelewu lub dowody wypłat kwot za dostarczone produkty. Ustawa nie stawia tu żadnych barier przed dokumentowaniem faktu dostarczenia surowców do przedsiębiorstwa. Jednak brak jest prawnych możliwości udokumentowania, iż dany surowiec pochodzi właśnie z określonego, prowadzonego przez rolnika gospodarstwa rolnego. Stwierdzenie tego wymagałoby prowadzenia postępowania dowodowego, np. przesłuchiwanie świadków, natomiast rozporządzenie w żaden sposób spółki nie upoważnia do tego.

5. Wartość dostarczonego surowca

Wartość dostarczonego surowca winna wynosić równowartość 100 q żyta przyjmowanej do celów podatku rolnego Równowartość 100 q żyta to odpowiednio:

ROK	Komunikat Prezesa GUS	Średnia cena skupu żyta II kwartał IV kwartał	
1989	12.01.1990 r. M.P. Nr 2, p.19		2,73 zł
1990	07.07.1990 r. M.P. Nr 27, p.219 07.01.1991 r. M.P. Nr 1, p.10	5.84 zł	5,78 zł
1991	08.07.1991 r. M.P. Nr 23, p.164 10.01.1992 r. M.P. Nr 2, p. 15	5.72 zł	4,68 zł
1992	13.07.1992 r. M.P. Nr 23, p.174 11.01.1993 r. M.P. Nr 2, p.8	6.69 zł	15,23 zł
1993	09.07.1993 r. M.P. Nr 36, p.375 10.01.1994 r. M.P. Nr 3, p.17	21.79 zł	17,18 zł
1994	11.07.1994 r. M.P. Nr 39, p.500 10.01.1995 r. M.P. Nr 2, p.34	18.42 zł	18,92 zł

1995	10.07.1995 r. M.P. Nr 32, p.426 09.01.1996 r. M.P. Nr 3, p.37	23,79 zł	23,86 zł
1996	09.07.1996 r. M.P. Nr 43, p.424	38,17 zł	
1996	16.10.1996 r. M.P. Nr 64, p.595	34,88 zł	
1997	15.10.1997 r. M.P. Nr 79, p.774	37,65 zł	
1998	14.10.1998 r. M.P. Nr 36, p. 512	33,14 zł	
1999	20.10.1999 r. M.P. Nr 34, p. 530	29,11 zł	
2000	20.10.2000 r. M.P. Nr 34, p. 708	35,82 zł	
2001	12.10.2001 r. M.P. Nr 53, p. 573	37,19 zł	
2002	30.10.2002 r. M.P. Nr 51, p. 733	33,45 zł	
2003	17.10.2003 r. M. P. Nr 49, p. 771	34,57 zł	
2004	15.10.2004 r. M.P. Nr 43, p. 765	37,67 zł	
2005	17.10.2005 r. M.P. Nr 62, p. 867	27,88 zł	

Od roku 1996 średnia cena skupu żyta określana jest za okres pierwszych trzech kwartałów danego roku.

Zauważyć należy, iż ustawodawca nie wymaga dostarczania surowca w jakikolwiek usystematyzowany sposób, wystarczy jednorazowa dostawa surowca o wartości przekraczającej kwotę wymienioną powyżej.

6. Tryb postępowania przy badaniu dokumentacji

Uznać należy, iż na podstawie powyższego rozporządzenia spółka ma obowiązek badać, czy określone w § 1 rozporządzenia dokumenty zostały dostarczone. Spółka winna ograniczyć się do badania, czy dokumenty te odpowiadają wymogom określonym w rozporządzeniu. Zgodnie z § 2 rozporządzenia, *na podstawie oświadczeń i dokumentów, o których mowa w § 1 oraz dokumentów będących w posiadaniu spółki, spółka w terminie trzech miesięcy od dnia upływu terminu do składania pisemnych oświadczeń o zamiarze nabycia akcji sporządza listę uprawnionych rolników lub rybaków, zwaną dalej „listą”*. Podkreślić należy, iż rozporządzenie nie przewiduje żadnego postępowania

nia dowodowego, żadnego trybu weryfikacji dokumentów przedstawionych przez rolników. Spółka może stwierdzić, czy odpowiadają one dyspozycji § 1 rozporządzenia, czy nie. Jeżeli tak, to spółka ma obowiązek umieścić daną osobę na liście. Spółka ma obowiązek użyć również dokumentów będących w jej posiadaniu, a świadczących o zasadności lub niezasadności roszczeń rolnika i rybaka.

Należy uznać, iż w przypadku sfałszowania dokumentów lub oświadczenia nieprawdy, możemy mieć do czynienia z próbą wyłudzenia majątku Skarbu Państwa. W takim wypadku dopuścić należy odpowiedzialność karną.

W przypadku dostarczenia dokumentów sfałszowanych lub świadczących o tym, iż rolnik nie spełnia kryteriów określonych w ustawie (np. dostarczenie zbyt małej ilości surowca), a także w przypadku gdy dokumentacja nie odpowiada wymogom przewidzianym w rozporządzeniu (np. niepodpisane oświadczenie), spółka ma prawo nie wpisać danej osoby na listę. Zadaniem spółki jest sporządzenie listy na zasadach określonych w rozporządzeniu, jednak zakres badania dokumentów przez spółkę jest znacznie ograniczony.

W przypadku nieumieszczenia danych osób na liście mają one możliwość składania reklamacji. Zgodnie z rozporządzeniem (§ 4) reklamację rozpatruje powołana przez spółkę komisja, w skład której wchodzi: przedstawiciel spółki, członek rady nadzorczej spółki wybrany przez rolników lub rybaków oraz przedstawiciel terenowo właściwej izby rolniczej.

Tryb reklamacyjny może być okazją do żądania przez spółkę dodatkowych wyjaśnień, dokumentów, jednocześnie rolnicy mogą uzupełniać przedstawioną dokumentację. Jednak komisja w toku postępowania reklamacyjnego nie ma prawa do żądania dodatkowych dokumentów, innych niż wymienione w rozporządzeniu.

Zgodnie z § 5 rozporządzenia, po rozpatrzeniu reklamacji spółka przekazuje listę Ministrowi Skarbu Państwa. Minister Skarbu Państwa zawiera w imieniu Skarbu Państwa z uprawnionym rolnikiem umowę nieodpłatnego zbycia akcji. Wobec powyższego uznać należy, iż Minister Skarbu Państwa ma prawo do weryfikacji uprawnień rybaków i rolników do nieodpłatnego nabycia akcji. Skarb Państwa (*stacio fisci*

Minister Skarbu Państwa) jest również stroną w ewentualnym postępowaniu sądowym dotyczącym nieujęcia rolnika na liście uprawnionych, postępowania o zawarcie umowy nieodpłatnego nabycia akcji¹⁰. Umowa o nieodpłatne nabycie akcji ma charakter cywilnoprawny, dlatego też Skarb Państwa w chwili jej zawierania ma uprawnienia do badania przesłanek, na podstawie których umowa taka jest zawierana. Ma więc uprawnienia do weryfikacji dokumentacji, na podstawie której sporządzono listę osób uprawnionych do nieodpłatnego otrzymania akcji. Ma również prawo do żądania dodatkowych dokumentów, uzasadniających fakt spełniania przesłanek ustawowych do nieodpłatnego otrzymania akcji.

7. Podsumowanie

Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji w sposób nieprecyzyjny określa procedurę weryfikacji uprawnień do nieodpłatnego uzyskania akcji przez rolników lub rybaków. Przewiduje szereg rozwiązań takich jak zaświadczenie z urzędu gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego, niemających żadnego oparcia w obowiązującym prawie. Nie definiuje też w sposób precyzyjny używanych pojęć – np. pojęcia gospodarstwa rolnego. Z nieodpłatnych akcji mieli w założeniach skorzystać rolnicy i rybacy, trwale związani z przedsiębiorstwem. Określenie wysokości wartości dostarczanych surowców na niskim poziomie oraz rozwiązanie pozwalające na wyczerpanie limitu na skutek jednorazowej, incydentalnej dostawy, jeżeli tylko miała ona miejsce w okresie 5 lat przed wykreśleniem przedsiębiorstwa z rejestru, zbyt szeroko określiło krąg osób uprawnionych. Procedura weryfikacji dokumentacji przez spółkę jest procedurą formalną, która winna ograniczać się do weryfikacji faktu przedstawienia określonych w rozporządzeniu dokumentów i oświadczeń. Nieumieszczenie na liście osób uprawnionych

10 Por. wyrok SN z dn. 24 czerwca 1998 r., I PKN 198/98 i glosa J. Broła, OSP 2000, nr 1, poz. 13. Na temat sądowego dochodzenia roszczeń por. W. Sanetra, Prawo pracy wobec komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, Prawo Pracy 1997, nr 2; M. Rościszewski, Dochodzenie roszczeń z tytułu prawa do nieodpłatnego nabycia akcji prywatyzowanej spółki Skarbu Państwa, Prawo Spółek, 1999 nr 7–8; Z. Niedbala, Sytuacja prawna pracowników komercjalizowanych i prywatyzowanych przedsiębiorstw państwowych, RPEiS 1996, z. 4.

do nieodpłatnego otrzymania akcji danej osoby daje jej prawo do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. W przypadku wątpliwości co do prawdziwości oświadczeń, weryfikacja uprawnień winna być dokonywana przez Ministra Skarbu Państwa przed podpisaniem umowy o nieodpłatne nabycie akcji.

Tworzenie, przekształcenie oraz likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Wejście w życie dnia 1 stycznia 1999 roku nowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych wiąże się ze zmianą statusu prawnego zakładów opieki zdrowotnej, albowiem zgodnie z treścią przepisu art. 166 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹, do dnia 1 stycznia 1999 roku organy, które utworzyły i utrzymywały publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przekształciły je w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (spzoz) w drodze zarządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego oraz rejestracji sądowej. Zakłady opieki zdrowotnej uzyskały osobowość prawną i zdolność do tego, aby stać się samodzielnym podmiotem praw i obowiązków majątkowych. Ustawodawca w tym samym czasie zmienił ich organizacyjne usytuowanie, bowiem w myśl przepisu art. 47 ust. 1 ustawy², od 1 stycznia 1999 roku jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył zakład. Natomiast od 2001 roku publiczne uczelnie medyczne lub publiczne uczelnie, prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, stały się organami założycielskimi dla zakładów klinicznych, dotychczas prowadzonych przez ministra zdrowia³. Reasumując, założycielami publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być ściśle określony krąg podmiotów, do których zgodnie z art. 8 pkt 1–3b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁴ (dalej nazywa-

-
- 1 Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. Nr 28, poz. 483.
 - 2 Ustawa z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, Dz.U. z 1998 r., Nr 133, poz. 872.
 - 3 Dz.U. z 2001 r., Nr 111, poz. 1193.
 - 4 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 9, poz. 408 ze zm.

ną ustawą o zoz) zaliczamy ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego oraz publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

1. Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Utworzenie osoby prawnej, także w przypadku spzoz, wymaga ciągu działań prawnych, to jest czynności prawnych i faktycznych o znaczeniu prawnym, prowadzących do utworzenia organizacji oraz uznania jej podmiotowości przez system prawny⁵. W procesie tym możemy wskazać dwa etapy: administracyjnoprawny i sądowy. Pierwszy z nich poprzedzony jest działaniami organizatorskimi, po których następuje wydanie aktu prawnego o utworzeniu zakładu połączone z wydzieleniem środków osobowych i rzeczowych na jego rzecz oraz powołaniem jego organów. Uwieńczeniem tego procesu jest wpis w rejestrze prowadzonym przez wojewodę bądź ministra zdrowia w zależności od tego, jaki podmiot administracji publicznej tworzy spzoz. Drugi etap związany jest z nabyciem osobowości prawnej wskutek wpisu w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W ramach uprawnień organizatorskich podmioty administracji publicznej dokonują oceny potrzeb społeczeństwa. Etap ten ma na celu przede wszystkim prawidłowe opisanie stosunków społecznych w dziedzinie wymagającej interwencji. Organy administracji publicznej powinny zasięgnąć opinii zainteresowanych podmiotów ewentualnym utworzeniem zakładu publicznego oraz zbadać oczekiwania społeczne w zakresie ochrony zdrowia w taki sposób, aby uruchomić wszelkie działania w sensie organizacyjnym i normatywnym. Według J. Zieleniewskiego⁶, cel powinien być możliwie ściśle określony przed jego realizacją, tak by można było z kolei sposób działania przystosować do niego i do przewidywanych warunków.

5 W. Wąsowicz, *Powstawanie osoby prawnej. Praktyka uzyskiwania osobowości prawnej*, Warszawa 2002, s. 73.

6 J. Zieleniewski, *Organizacja i zarządzanie*, Warszawa 1981, s. 207.

Zgodnie z przepisem art. 36 ustawy o zoz – tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia właściwego organu administracji rządowej⁷ albo uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego lub w przypadku zakładów klinicznych – uchwały senatu właściwej publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych (art. 36a ust. 1 ustawy o zoz). Są to akty normatywne o charakterze jednostronnym, które nie wskazują konkretnego kręgu osób, których przedmiotowy akt dotyczy. Powinny odpowiadać zasadom techniki prawodawczej⁸, mają bowiem charakter aktów stanowiących, konstytutywnych⁹.

Minister lub centralny organ administracji rządowej tworzy spzoz w drodze rozporządzenia, które podlega publikacji w „Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”¹⁰. Zgodnie z przepisem art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy o zoz, jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć zakłady opieki zdrowotnej na podstawie uchwał¹¹. Zasady i tryb ich uchwalenia określają poszczególne ustawy samorządowe¹². Są one

-
- 7 Zarządzenie jako akt tworzenia, przekształcania i likwidacji zakładów opieki zdrowotnej stanowiło wyjątek od reguły dotyczący zakładów opieki zdrowotnej nadzorowanych przez ministra spraw wewnętrznych i administracji oraz ministra sprawiedliwości.
 - 8 Dział 5 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz.U. Nr 100, poz. 908). Elementami formalnie istotnymi rozporządzenia, oprócz wskazania organu wydającego, jest jego oznaczenie, data, określenie przedmiotu oraz podanie podstawy prawnej aktu.
 - 9 Wyrok NSA z dnia 3 listopada 1999 r. II SA/ Łd 1115/99, OSS 2000, nr 2, poz. 51.
 - 10 Art. 9 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz.U. Nr 62, poz. 718).
 - 11 A. Szewc T. Szewc, *op. cit.*, s. 67. Akt ten powinien zawierać tytuł (z oznaczeniem daty i ogólnym określeniem przedmiotu aktu), przepisy merytoryczne określające zakres przedmiotowy i podmiotowy stosunków regulowanych uchwałą oraz przepisy o wejściu uchwały w życie. Powinna ona być podpisana przez przewodniczącego (rady, sejmiku). Organ stanowiący administracji samorządowej podejmuje uchwałę, która jest formą oświadczenia woli dostępną jedynie dla organu kolegiального.
 - 12 Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz.U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1591 ze zm.); ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz.U. 2001 r., Nr 142, poz. 1592); ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jedn. Dz.U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1592). Uregulowania dotyczące tej sfery zawarte są w art. 85–102 ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, w art. 76–90 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, w art. 78–88 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

aktami prawa miejscowego, a warunkiem wejścia ich w życie jest ogłoszenie dokonane zgodnie z przepisem art. 13 ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych¹³. Działalność uchwałodawcza organów samorządu terytorialnego podlega nadzorowi właściwych organów administracji publicznej w ramach nadzoru nad działalnością samorządu.

Przepis art. 38 ust. 1 ustawy o zoz określa niezbędne wymogi formalne co do treści aktu normatywnego o utworzeniu zakładu opieki zdrowotnej, do których zaliczyć należy: nazwę zakładu, siedzibę, formę prowadzenia gospodarki finansowej, podstawowe kierunki działalności, obszar działania, określenie organu sprawującego nadzór nad zakładem. Zgodnie z przepisem art. 2 ust. 4 ustawy o zoz, nazwa zakładu powinna odpowiadać zakresowi świadczeń udzielanych przez ten zakład. Rozdział drugi oraz trzeci ustawy o zoz przybliża normatywnie treść nazw, które powinien wykorzystać założyciel, wskazując, że szpital jest przeznaczony dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, natomiast przychodnia, ośrodek zdrowia i poradnia, które udzielają świadczeń zdrowotnych obejmujących swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń. Innym rodzajem zakładu opieki zdrowotnej jest pogotowie ratunkowe, które udziela pomocy w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia. Ustawodawca wyróżnia również pracownice: diagnostyczną oraz protetyki stomatologicznej i ortodoncji. Pierwsza z nich udziela świadczeń zdrowotnych objętych zakresem badań diagnostycznych, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego, natomiast druga wykonuje i naprawia protezy i inne przedmioty protetyczne oraz ortodontyczne. Wśród zakładów opiekuńczych ustawodawca wskazuje na ich dwa rodzaje: zakład opiekuńczo–leczniczy, który udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych obejmujących swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, zapewnia-

13 Ustawa z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, Dz.U. Nr 62, poz. 718.

jący im środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno–rekreacyjnych oraz zakład pielęgnacyjno–opiekuńczy, który udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych obejmujących swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji. Zapewnia on również kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin. Samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej może być również zakład rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na interdyscyplinarnych, kompleksowych działaniach usprawniających, służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia czy też hospicjum przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń w odpowiednim, stałym pomieszczeniu. Myślę, że zasadnym byłoby przyjmowanie w pełnej nazwie spzoz nazewnictwa wskazanego powyżej, ponieważ przybliży ono potencjalnemu pacjentowi rodzaj placówki, w której chce uzyskać świadczenie zdrowotne.

Następnym etapem w procesie tworzenia spzoz jest powołanie organów, bez których niemożliwe jest przeprowadzenie jego rejestracji, a co za tym idzie, prowadzenia działalności przez zakład publiczny. Podkreślić należy, że zarówno kierownik zakładu, jak i rada społeczna odgrywają konstruktywną rolę w procesie tworzenia prawa ustrojowego spzoz. Błędnie przyjmują niektórzy w doktrynie, iż statut każdego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest nadawany przez założyciela¹⁴. Przeczy to treści przepisu art. 11 ust. 3 ustawy o zoz, który należy czytać łącznie z przepisem art. 39 ust. 2, zgodnie z którym rada społeczna uchwała statut i przedkłada go do zatwierdzenia orga-

14 Por. J.P. Naworski pisząc, iż powstawanie spzoz jest – tak jak i innych osób prawnych [...] – złożonym procesem, który kończy się konstytutywnym wpisem do rejestru sądowego. Proces ten rozpoczyna utworzenie publicznego zoz. przez organy wymienione w art. 8 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o zoz, które nadają mu statut określający ustrój oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, nieuregulowane w ustawie, zob. *Wpis do rejestru sądowego jako przesłanka nabycia osobowości prawnej*, Glosa 2000 nr 5; tak też U. Drodzowska, *Status prawny samodzielných publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, PiM 2002, nr 11, s. 113.

nowi, który utworzył zakład. Jedynie w przypadku spoz tworzonych przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, statut nadawany jest przez założyciela. Organ założycielski zatwierdza statut i wszelkie zmiany w nim dokonane za pośrednictwem swoich organów. Ani praktyka, ani też orzecznictwo nie wskazują rozbieżności, iż jest to w przypadku gminy i powiatu rada. Natomiast kontrowersje co do zakresu kompetencji w tej materii budzi samorząd województwa. Praktyka dowodzi, iż w wielu województwach samorządowych to sejmik zatwierdza statut i wszelkie jego zmiany. Linia orzecznicza w tym zakresie jest odmienna i moim zdaniem, słuszna¹⁵. Zgodnie z orzeczeniem NSA z dnia 3 listopada 1999 roku II SA/Łd 1115/9¹⁶ „prezypis art. 41 ustawy o samorządzie województwa, odmiennie niż ustawa o samorządzie gminnym i ustawa o samorządzie powiatowym, generalną klauzulę właściwości rady gminy z art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym i brak takiej w ustawie o samorządzie powiatowym, zastąpił klauzulą odnoszącą się do zarządu województwa, wprowadzającą domniemanie właściwości zarządu województwa we wszystkich sprawach należących do samorządu województwa, niezastrzeżonych na rzecz sejmiku województwa i wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych”.

Wśród niezbędnych dokumentów, które winny być przedłożone do rejestracji w przypadku każdego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest regulamin udzielania świadczeń zdrowotnych opracowywany przez kierownika zakładu i zatwierdzany przez radę społeczną. Jest on wyrazem samodzielności organizacyjnej zakładu oraz władztwa administracyjnego zakładu.

Spoz może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru prowadzonego przez wojewodę albo ministra zdrowia (w zależności od podmiotu, który go utworzył). Każdy zakład opieki zdro-

15 Wyrok NSA z dnia 3 listopada 1999 r. w sprawie II SA/Łd 1115/99, OSS 2000, nr 2, poz. 51.

16 Wyrok NSA z dnia 3 listopada 1999 r. w sprawie II SA/Łd 1115/99, OSS 2000, nr 2, poz. 51. Tak też: R. Raszecka-Skałecka, *Kontrola statutu zakładu administracyjnego z punktu widzenia zgodności z prawem*, Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji, 2004, nr 2562, s. 233.

wotnej oznaczony jest w nim numerem identyfikacyjnym charakteryzującym osobną księgę zawierającą pięć działów. Rejestr prowadzony jest w sposób z informatyzowany.

Wniosek o wpis do rejestru składa kierownik zakładu. Organ prowadzący rejestr bada, czy wniosek i dołączone do niego dokumenty są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Złożenie wniosku zobowiązuje organ rejestrowy do wnikliwego i starannego wyjaśnienia, czy wnioskodawca spełnia wymagania przewidziane w przepisach art. 9–11 ustawy o zoz. W interesie publicznym jest, aby udzielanie świadczeń znajdowało się w rękach osób posiadających odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz dokonywało się w zakładach opieki zdrowotnej spełniających wymagania, np. sanitarne. W razie stwierdzenia w toku postępowania wyjaśniającego, że wnioskodawca nie spełnia nałożonych prawem wymagań, organ administracji publicznej jest obowiązany odmówić dokonania wpisu w drodze decyzji administracyjnej. Jest to jednoznaczne z odmową wydania zezwolenia na prowadzenie działalności wskazanej w zgłoszeniu. Rozpoznanie wniosku następuje w formie decyzji o wpisie do rejestru bądź jego odmowie; przysługuje odwołanie do ministra zdrowia. W razie jego nieuwzględnienia uprawniony podmiot może złożyć skargę do sądu administracyjnego.

Wpis w rejestrze ma charakter konstytutywny¹⁷, ponieważ uzależnia prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych. Z chwilą pomyślnego zakończenia rejestracji administracyjnej, zakład może rozpocząć starania o uzyskanie osobowości prawnej. Dyrektor szpitala powinien złożyć wniosek o wpis, do którego należy dołączyć w szczególności akt o utworzeniu zakładu i akt o powołaniu kierownika szpitala oraz decyzję o wpisaniu zakładu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze danego województwa. Kontrola sądu rejestrowego ma charakter formalny. Celem jej jest sprawdzenie, czy założyciele nowo powstałej osoby prawnej posiadają kwalifikacje wymagane do jej utworzenia i zarządzania oraz czy wyposażyli ją w składniki mienia i powołali jej organy¹⁸. Brak organów uprawnionych do występowania w imieniu szpitala powoduje, zgodnie z przepisem art. 38 kc., nie-

17 T. Stawecki, *Rejestry publiczne, Funkcje instytucji*, Warszawa 2005, s. 91.

18 W. Wąsowicz, *op. cit.*, s. 46.

możność działania w obrocie cywilnoprawnym¹⁹. Sąd rejestrowy bada postanowienia statutu pod kątem ich zgodności z prawem. Spzoz podlega wpisowi w Krajowym Rejestrze Sądowym – w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisem art. 53 ustawy o KRS, przy rejestracji publicznych zakładów opieki wpisuje się oznaczenie podmiotu, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, jak też nazwisko i imiona kierownika tego zakładu i jego kwalifikacje oraz skład rady społecznej²⁰. Jak słusznie zauważa J.P. Naworski²¹, w procesie powstawania osoby prawnej wpis w rejestrze stanowi uwięźnienie całego złożonego procesu założycielskiego, a podobnie przy unicestwieniu osoby prawnej wpisanej do rejestru, jej wykreślenie po przeprowadzeniu likwidacji kończy byt tego podmiotu.

2. Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, moim zdaniem, możemy mówić o likwidacji *sensu stricto* i *sensu largo*. Źródła takiego rozróżnienia upatruję w kryterium samoistności prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Likwidacja *sensu stricto* polega na całkowitym zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez zakład oraz zadysonowanie przez organ założycielski jego mieniem, między innymi w celu zaspokojenia wierzycieli. W likwidacji *sensu largo* mamy do czynienia jedynie z unicestwieniem osoby prawnej, która dzięki zmianie formy gospodarki finansowej na zakład budżetowy albo jednostkę budżetową w dalszym ciągu istnieje jako zakład administracyjny, bez atrybutu samoistności udzielając świadczeń zdrowotnych.

Likwidacja *sensu largo* związana jest, jak wskazywałam wcześniej, ze zmianą formy finansowej zakładu. W sytuacji, w której spzoz nie jest w stanie samodzielnie pokryć ujemnego wyniku finansowego,

19 Tak też w orzeczeniu SN z dnia 28 października 2003 r., I CK 190/02, Legalis.

20 Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jedn. Dz.U. z 2001 r., Nr 17, poz. 209).

21 J.P. Naworski, *op. cit.*, s. 5.

organ założycielski może zdecydować o jego likwidacji. Niemniej jednak ustawodawca nie zezwala w tym przypadku na automatyzm ekonomiczny. W świetle orzeczenia NSA z dnia 13 marca 2002 roku I SA/Lu 23/02²², nie istnieje możliwość zaprzestania działalności spzoz wówczas, gdy istnieje ujemny wynik finansowy, którego zakład sam nie jest w stanie spłacić, ponieważ samo istnienie ujemnego wyniku finansowego nie może *a priori* przesądzać o likwidacji spzoz, ponieważ likwidacja jest ustawowo ograniczona. W świetle przepisu art. 60 ust. 2 ustawy o zoz, dalsze istnienie zakładu może być uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został on utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. Ochrona zdrowia i życia obywateli jest jedną z najważniejszych wartości konstytucyjnych i z pewnością odstąpienie od jej realizacji nie można usprawiedliwić wyłącznie korzyściami gospodarczymi, zwłaszcza, gdyby miało okazać się, że dla istnienia samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej nie ma znaczenia dobro publiczne, ze względu na które zostały one utworzone. Ponadto, jak podnosi się w orzeczeniu TK z dnia 27 czerwca 2000 r. K. 20/99²³, „czasowe zadłużenie tego rodzaju podmiotów i ujemny wynik finansowy może być tylko stanem przejściowym a z działalnością samodzielnych, posiadających osobowość prawną zakładów opieki zdrowotnej wiązać się może stan permanentnego zadłużenia zakładu, związanego nie tyle z ich złą kondycją finansową, co sposobem egzekwowania należności finansowych i zobowiązań związanych ze świadczeniem usług”.

Z uwagi na to, że likwidacja zakładów jest ustawowo ograniczona, ustawodawca wskazał alternatywę, która pozwala na kontynuację udzielania świadczeń zdrowotnych przez publiczny zakład opieki zdrowotnej bez statusu samodzielności. Wówczas organ, który utworzył spzoz, wydaje rozporządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu i sam pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych oraz określa formę dalszego finansowania zakładu na zasadach określonych w art. 35c ustawy o zoz. Wskutek takiego działania następuje likwidacja osoby prawnej,

22 Wyrok NSA z 13 marca 2002 r. I SA/ Lu 23/02, FK 2003, nr 1, poz. 69.

23 Wyrok TK z dnia 27 czerwca 2000 r. K. 20/99, OTK ZU 2000, nr 5, poz. 140.

natomiast pozostaje zakład administracyjny prowadzony w formie zakładu budżetowego²⁴ albo jednostki budżetowej²⁵. Gospodarka finansowa opiera się wtedy na zasadach określonych ustawą o finansach publicznych poza jednym wyjątkiem, bowiem zgodnie z przepisem art. 50 ust. 2 ustawy o zoz, publiczny zakład opieki zdrowotnej pozostawia w swojej dyspozycji 70% środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku, jeżeli jest prowadzony w formie jednostki budżetowej albo 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu, jeżeli jest prowadzony w formie zakładu budżetowego. Spzoz zostaje wykreślony z KRS, natomiast w rejestrze administracyjnym nanosi się stosowne zmiany, lecz zakład w dalszym ciągu udziela świadczeń zdrowotnych.

Likwidacja *sensu stricto* obejmuje wszystkie czynności prowadzące do prawnego unicestwienia spzoz od chwili podjęcia decyzji przez założyciela aż do wykreślenia zakładu z rejestrów administracyjnego i sądowego. W procesie tym czynny udział w świetle prawa bierze nie tylko podmiot, który utworzył zakład. Organ założycielski zobowiązany jest do uzyskania opinii organów zakładu oraz administracji publicznej, które reprezentują użytkowników zakładu korzystającego z jego usług²⁶. Ponadto, rada społeczna zakładu, zgodnie z przepisem art. 46 pkt 1 lit. c), opiniuje w sprawach związanych z likwidacją lub przekształceniem zakładu. Wskazać należy, iż co do zasady ma ona charakter niewiązący, podobnie jak dokonywana konsultacja z woje-

24 Zakładami budżetowymi są takie jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych, które odpłatnie wykonują wyodrębnione zadania, pokrywają koszty swojej działalności z przychodów własnych, z zastrzeżeniem możliwości otrzymania z budżetu dotacji przedmiotowej oraz dotacji podmiotowej lub dotacji celowej na dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji. Podstawą gospodarki jest roczny plan finansowy, obejmujący przychody i wydatki stanowiące koszty działalności oraz stan środków obrotowych i rozliczenia z budżetem.

25 Jednostkami budżetowymi są takie jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych, które pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek odpowiednio dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Ponadto prowadzą one gospodarkę finansową według zasad określonych w ustawie o finansach publicznych, a podstawą ich gospodarki finansowej jest plan dochodów i wydatków, zwany dalej „planem finansowym”.

26 W. Śmiecikowski, *Charakter prawny uchwały jednostki samorządu terytorialnego o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, ST 2003, nr 1–2, s. 103. Z literalnego brzmienia art. 43 ust. 2 ustawy o zoz wynika, że jeżeli (...) zakład opieki zdrowotnej świadczy usługi tylko na terenie gminy, to zbędne wydaje się uzyskanie takiej opinii innych jednostek samorządu terytorialnego.

wodą i jednostkami samorządu terytorialnego. Jedynie minister zdrowia może unicestwić zamiar likwidacji szpitala przy zaistnieniu ustawowo określonych przesłanek (art. 36b ustawy o zoz).

Podstawową przyczyną podjęcia niepopularnej społecznie decyzji o likwidacji szpitala jest ujemny wynik finansowy, którego zakład nie jest w stanie samodzielnie zniwelować. Organ założycielski dokonuje jego ustalenia, tzn. bada, zgodnie z przepisem art. 42 ustawy o rachunkowości²⁷, w księgach rachunkowych wynik działalności operacyjnej (w tym na operacjach finansowych) oraz na operacjach nadzwyczajnych, jak też obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego z tytułu podatku dochodowego od osób prawnych lub osób fizycznych i płatności z nim zrównanych na podstawie odrębnych przepisów. Czynności te wymagają wiedzy fachowej we wskazanym zakresie. Dopiero formalnie stwierdzony wynik finansowy i ustalenie, że dany zakład nie posiada środków na jego pokrycie, jest podstawą do działań odnoszących się do jego dalszego funkcjonowania, podejmowanych przez organ założycielski. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2004 roku, V CK 160/2003²⁸, wówczas gdy ujemny wynik finansowy samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej nie może być pokryty przez sam zakład, organ założycielski wydaje rozporządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji. Jednakże, jak czytamy w orzeczeniu, kategoryczne sformułowanie przepisu art. 60 ust. 3 wskazuje na obowiązek podjęcia takich kroków przez organ założycielski, jednak nie może być odczytywane jako obowiązek powstający automatycznie z chwilą wystąpienia czy nawet utrzymywania się od pewnego czasu ujemnego wyniku finansowego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, lecz jako powinność będąca konsekwencją stwierdzenia, że ujemny wynik finansowy nie może być pokryty przez sam zakład, co wymaga analizy przyczyn po-

27 Dz.U. Nr 121, poz. 591.

28 Rzeczpospolita 2004, nr 23. Co więcej, w wyroku SN z dnia 11 sierpnia 2005 r., V CK 69/2005 wskazano, że zarzut stawiany organowi założycielskiemu szpitala, że nie podjął działań zmierzających do uzdrowienia w nim sytuacji finansowej, nie może być skuteczny, jeśli działania takie rozpoczęto, ale nie przyniosły one jeszcze spodziewanego rezultatu, bo było na to zbyt mało czasu. Przepisy nic nie mówią o terminie, w jakim należy je podjąć, dlatego stanowisko sądu apelacyjnego, że powinno to nastąpić niezwłocznie po stwierdzeniu ujemnego wyniku finansowego, jest błędne. *Gazeta Prawna* 2005, nr 157, s. 17.

wstania ujemnego wyniku oraz możliwości podjęcia skutecznych działań naprawczych w gospodarce zakładu. Wiedza podmiotu, który zakład utworzył, o jego stanie wydolności finansowej stanowi bowiem wystarczający argument na korzyść stanowiska, że organ ten powinien podjąć działania z urzędu, zwłaszcza iż ustawa nie wymaga złożenia wniosku w tym przedmiocie przez zakład. Nie jest też uzasadnione stanowisko, że organ założycielski jest zwolniony od bieżącej kontroli stanu sprawności do samodzielnego działania utworzonego zakładu opieki medycznej, wykonuje bowiem funkcje publiczne, a w ich katalogu mieści się także podejmowanie, bez zbędnej zwłoki, czynności zmierzających do usunięcia zagrożeń w zakresie funkcjonowania zakładów leczniczych. Zaniedbanie tego obowiązku wskazuje na bezprawność zaniechania. Jeżeli w myśl przepisu art. 60 ust. 2 ustawy o zoz, ujemny wynik finansowy nie może być podstawą zaprzestania działalności zakładu, to tym bardziej organ założycielski, któremu taki ujemny wynik finansowy już jest znany, nie może odsuwać w czasie niezbędnych działań w tym zakresie.

Zgodnie z przepisem art. 36 ustawy o zoz, likwidacja spzoz, podobnie jak jego utworzenie i przekształcenie, następuje w drodze rozporządzenia organu administracji rządowej, uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego albo uchwały senatu właściwej publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Jeszcze przed reformą przeprowadzoną w 1999 roku, jak podnosił S. Prutis²⁹, sprawy uregulowane w art. 36 ustawy o zoz należą niewątpliwie do materii stanowiącej, a zatem w przypadku, gdy jednostka samorządu terytorialnego pełni funkcję organu założycielskiego, kwestie te zastrzeżone są dla jej organów stanowiących.

Wówczas, gdy organem założycielskim jest publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, likwidacja następuje w drodze uchwały senatu właściwej państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą

29 S. Prutis, *Głosa do wyroku NSA z dnia 25.05.1994 r., SA/Ka 2377/93, ST 1995, nr 7–8, s. 131.*

w dziedzinie nauk medycznych za zgodą ministra zdrowia, a w przypadku uczelni nadzorowanych przez ministra obrony narodowej za jego zgodą. Oświadczenie podmiotów tych wyrażane jest w formie decyzji administracyjnej.

W przypadku, gdy rolę organów założycielskich pełnią organy administracji rządowej, samorządowej proces likwidacji obejmuje obowiązek przygotowania projektu aktu prawnego o zniesieniu zakładu zgodnie z wymogami przepisu art. 43 ust. 1 ustawy o zoz. Powinien on wskazywać sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków ich udzielania i jakości oraz termin zakończenia działalności zakładu (określony na datę nie wcześniejszą niż 3 miesiące od daty wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały o likwidacji³⁰). Ponadto w przypadku, w którym decyzja o likwidacji zakładu zapada w formie uchwały, powinna ona w myśl przepisu art. 60 ust. 4b³¹ zawierać oznaczenie zakładu podlegającego likwidacji z określeniem dnia otwarcia i zamknięcia oraz sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi, jak też winna wskazać podmiot, który przejmie prawa i obowiązki likwidowanego zakładu wraz z określeniem zakresu tych praw i zobowiązań.

Organ założycielski zobowiązany jest do przedstawienia projektu aktu o likwidacji do zaopiniowania wojewodzie oraz właściwym organom gminy i powiatu, których ludność korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład, a także sejmikowi województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część (art. 43 ust. 2 ustawy o zoz). Obowiązek konsultacji, o którym mowa, nie istnieje w przypadku likwidacji zakładu, dla którego organem założycielskim jest publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Wydanie opinii wymaga podjęcia uchwały

30 Zgodnie z przepisem art. 36a ustawy o zoz, art. 43 nie stosujemy do zakładów, które utworzyła publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

31 Przepis art. 60 ust. 4b ustawy o zoz przesądza jedynie o treści merytorycznej uchwały, nie odnosi się natomiast do rozporządzenia.

organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego, która nie ma charakteru aktu prawa miejscowego, a opinia wojewody winna być wydana w formie pisemnej.

Przepis art. 43 ust. 2 dotyczący konsultacji nie wymienia ministra zdrowia jako podmiotu opiniującego, bowiem ustawodawca przypisał mu znacznie ważniejszą rolę, gdyż przysługuje mu prawo zgłoszenia weta wobec projektu aktu o likwidacji spzoz. Nie ma ono jednak charakteru uznaniowego, a co więcej, powoduje negatywne skutki finansowe dla Skarbu Państwa, bowiem staje się on dodatkowym płatnikiem dla spzoz. Opisywana sytuacja ma miejsce wówczas, gdy zamiar likwidacji dotyczy spzoz udzielającego jako jedyny w województwie określonych świadczeń, a po jego likwidacji nie byłoby możliwe dalsze ich udzielanie w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Wówczas, zgodnie z dyspozycją przepisu art. 36b ustawy o zoz, minister zdrowia może odmówić zgody na likwidację lub przekształcenie spzoz, w wyniku którego ma nastąpić istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych. Należy zatem przyjąć, że w opisywanym przypadku organ założycielski jest uzależniony od decyzji ministra, który może zniwelować projekt likwidacyjny. Jednak wtedy następuje zmiana podmiotu odpowiedzialnego za zobowiązania spzoz powstałe po wydaniu przedmiotowej decyzji, którym od tej chwili jest Skarb Państwa.

Organ założycielski po wykonaniu obowiązku konsultacji podejmuje normatywną decyzję o likwidacji zakładu, która stanowi rzeczywisty początek końca spzoz. Wszystkie obowiązki związane z likwidacją obciążają organ założycielski, który może w tym celu wykorzystać swoje zaplecze osobowe, jak też korzystać z usług osób trzecich, np. likwidatorów wyłonionych w trybie ustawy prawo zamówień publicznych³². Z uwagi na brak w obowiązujących przepisach wyraźnych rozstrzygnięć w tym przedmiocie, np. w aspekcie praw i obowiązków likwidatora, można, moim zdaniem, zastosować przepisy dotyczące likwidacji przedsiębiorstw państwowych i spółdzielni.

Organ założycielski zobowiązany jest powiadomić NFZ o terminie zakończenia świadczenia usług zdrowotnych w celu ewentualnego

32 Dz.U. z 2004 r., Nr 19, poz. 177.

rozwiązania umowy oraz wystąpić do organu rejestrowego (wojewody albo ministra zdrowia) z wnioskiem o wykreślenie z rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Likwidator powinien sporządzić bilans otwarcia zakładu, w którym ujęte zostaną wszystkie jego aktywa i pasywa. Do jego obowiązków należy rozwiązanie stosunków pracy z pracownikami spzoz zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zadysponowanie mieniem likwidowanego spzoz (mając na uwadze zaspokojenie wierzycieli spzoz). Po zakończeniu likwidacji powinien on sporządzić bilans zamknięcia oraz przekazać organowi założycielskiemu pozostałe po likwidacji składniki majątku wraz z listami nieuregulowanych zobowiązań. Wówczas organ założycielski lub osoba przez niego upoważniona zobowiązana jest do złożenia wniosku o wykreślenie spzoz z KRS.

Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami organu założycielskiego (art. 60 ust. 6 ustawy o zoz), a jego majątek, po zaspokojeniu wierzycielności, staje się własnością założyciela i to on decyduje o jego przeznaczeniu (art. 53 a ust. 2 ustawy o zoz). Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2005 r. III CZP 34/2005³³, zobowiązania i należności postawionego w stan likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się zobowiązaniami i należnościami jego organu założycielskiego z dniem zakończenia czynności likwidacyjnych, określonych w uchwale o likwidacji (art. 60 ust. 6 w związku z art. 60 ust. 4b pkt 5 ustawy o zoz).

3. Przekształcenia organizacyjno–prawne zakładu

Organ założycielski może być inicjatorem przeprowadzenia zmian organizacyjno – prawnych podlegających mu jednostek ochrony zdrowia w celu dostosowywania ich struktury podmiotowej i przedmiotowej do rzeczywistych potrzeb i możliwości opieki zdrowotnej społeczeństwa. Celem zmian jest przede wszystkim niepowielanie świadczenia tożsamyh usług zdrowotnych przez różne podmioty³⁴, a często rów-

33 Uchwała SN z dnia 14 lipca 2005 r. III CZP 34/2005, Rzeczpospolita 2005, nr 165.

34 Tytułem przykładu można wskazać połączenie, które miało miejsce w Białymstoku w 2002 roku. Otóż wskutek reformy przeprowadzonej w 1999 roku, samorząd województwa podlaskiego stał się organem założycielskim dla SPZOZ – pogotowie ratunkowe

nież uzasadnia to rachunek ekonomiczny. Zgodnie z uchwałą SN z dnia 22 lipca 2005 roku III CZP 54/2005³⁵, połączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest dopuszczalne także wtedy, gdy wykazują one ujemny wynik finansowy.

Zgodnie z przepisem art. 53a ust. 1 ustawy o zoz, „Podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, może pozbawić zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu, przeprowadzanych na zasadach określonych w ustawie”. Ustawa o zoz stanowi jedynie o warunkach połączenia zakładów. W związku z tym chcę zaproponować możliwe rozwiązania prawne dotyczące podziału zakładu.

Zdaniem J. Frąckowiaka³⁶, przekształcenia obejmują proces, w którym osoba prawna zachowuje swoje istnienie, zmienia się strukturę np. nazwę, jednostki organizacyjne. Zważyć jednak należy, że organ założycielski nie jest uprawniony do dokonywania zmian statutowych, albowiem z uwagi na atrybut osobowości prawnej, kwestie struktury organizacyjno–prawnej, jej przekształcenia regulowane są przez organy spzoz. Organ założycielski uprawniony jest tylko do zatwierdzania zmian statutowych. Rada społeczna, która jest „łącznikiem” spzoz oraz założyciela może inicjować i uczestniczyć w procesie przekształceniowym.

Ustawodawca wskazał dwie koncepcje połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które nie stanowią likwidacji zakładu przejmowanego albo łączących się zakładów. Pierwsza metoda zakłada przeniesienie całego mienia z co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący), natomiast druga polega na utworzeniu nowego samodzielnego

oraz Kolumny Transportu Sanitarnego. Obydwa podmioty świadczyły tożsame usługi. Nie istniała, z ekonomicznego punktu widzenia, konieczność utrzymywania aparatu administracyjnego obsługującego je. Celowym było połączenie tych podmiotów, w związku z tym pogotowie ratunkowe przejęło zadania kolumn transportu sanitarnego, co nie wpływało na ograniczenie świadczonych na rzecz pacjentów usług.

35 Uchwała SN z dnia 22 lipca 2005 roku III CZP 54/2005, Biuletyn Sądu Najwyższego 2005, nr 7.

36 J. Frąckowiak, *Łączenie lub podział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Rejent 2005, nr 9, s. 54.

go publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego z co najmniej dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Podkreślenia wymaga, że ustawodawca umożliwił dokonywanie połączenia zakładów, które podporządkowane są różnym organom założycielskim. W takim przypadku niezbędne jest zawarcie porozumienia, w którym wskazuje się podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład. Zgodnie z przepisem art. 43j ustawy o zoz, w przypadku jednostek samorządu terytorialnego, faktycznie wykonujących uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, odpowiedzialność za jego zobowiązania ponoszą te jednostki w częściach ułamkowych odpowiadających wysokości zobowiązań powstałych w okresach, w których wykonywały one uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład, natomiast należności i mienie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się należnościami i mieniem podmiotu, który przejął uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład. Jednostki samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, mogą w inny sposób, niż wskazany powyżej, określić: odpowiedzialność za zobowiązania oraz zasady przejęcia należności i mienia zakładu, w stosunku do którego wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład. Do pracowników zakładu przejmowanego oraz do pracowników zakładów łączących się stosuje się art. 23¹ kodeksu pracy³⁷. Nie straciły na aktualności orzeczenie SN V CK 622/2004³⁸, w świetle którego nowa placówka lecznicza, utworzona z przekształcenia dwóch innych szpitali działających jako samodzielne zakłady opieki zdrowotnej, odpowiada za ich długi, jeśli tak zdecydował organ założycielski w prawidłowo podjętej uchwale. Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 16 grudnia 2004 roku VCK 287/04³⁹, przepis art. 60 ust. 4b ustawy o zoz nie ma

37 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, Dz.U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94, z późn. zm.

38 Wyrok SN V CK 622/2004, GP 2005, nr 107.

39 Wyrok SN z dnia 16 grudnia 2004 r. V CK 287/2004, Biuletyn Sądu Najwyższego 2005, nr 4.

zastosowania w razie łączenia dwóch samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez przejęcie jednego z nich. W takim wypadku odpowiedzialność za zobowiązania zakładu przejmowanego ponosi zakład przejmujący. Warto zwrócić uwagę także na orzeczenie SN z dnia 25 lipca 2003 roku III PZP 6/2003⁴⁰, które określa relacje i skutki prawne wynikające z wydania przepisów prawa miejscowego w sprawie likwidacji czy też połączenia, podziału. Zgodnie ze wskazanym wyrokiem, przepis art. 60 ust. 6 ustawy o zoz ma bezpośrednie zastosowanie w przypadkach całkowitej likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a zatem nie jest przepisem szczególnym w stosunku do art. 23¹ kp., zatem właściwy organ samorządu terytorialnego przejmuje odpowiedzialność za zobowiązania i należności wynikające ze stosunków pracy realizowanych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej także wówczas, gdy wynika to z czynności prawnych związanych z przekształceniem tych zakładów w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i nie podważa pracowniczych gwarancji określonych w art. 23¹ kp.

Podmioty, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą dokonać połączenia tych zakładów w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały – w przypadku zakładów utworzonych przez ten sam podmiot. Jeżeli w wyniku połączenia może nastąpić istotne ograniczenie dostępności, warunków udzielania i jakości oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych przejmowanego zakładu albo łączących się zakładów, akt o połączeniu zawiera także postanowienia o sposobie i formie zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych tych zakładów, dalszego nieprzerwanego ich udzielania bez istotnego ograniczenia dostępności, warunków udzielania i jakości.

Projekt aktu o połączeniu wymaga opinii wojewody właściwego ze względu na siedzibę każdego z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podlegających połączeniu. Wojewoda zobowiązany jest do wydania w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktu o połączeniu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznacz-

40 Uchwała SN z dnia 25 lipca 2003 r. III PZP 6/2003, OSNP 2003, nr 24, poz. 587, glosowany: A. Pisarczyk, OSP 2003, nr 6, s. 353.

ne z wydaniem opinii pozytywnej. Wówczas wojewoda, który jest podmiotem, który utworzył zakład, zamierzającym dokonać połączenia zakładu stosując pierwszą lub drugą metodę, nie stosuje trybu opiniodawczego.

Akt o połączeniu zawiera w szczególności postanowienia o nazwie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia, jak też przejściu mienia zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się oraz o zasadach odpowiedzialności za zobowiązania zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się. Ponadto treść wskazywanego aktu powinna określać nazwę i siedzibę zakładu przejmowanego (w przypadku pierwszej metody) albo nazwy i siedziby zakładów łączących (w przypadku drugiej metody). Niezbędne jest także wskazanie terminu, w którym kierownik zakładu przejmującego albo kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wnioski o: wykreślenie zakładu przejmowanego z rejestru administracyjnego oraz z Krajowego Rejestru Sądowego – w przypadku połączenia według pierwszej koncepcji albo dokonanie wpisu w rejestrze administracyjnym, a następnie do Krajowego Rejestru Sądowego – w przypadku połączenia według drugiej koncepcji. Termin złożenia wniosku nie może być wcześniejszy niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu.

Z dniem wykreślenia zakładu przejmowanego z Krajowego Rejestru Sądowego, zakład przejmujący wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był zakład przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków. W przypadku utworzenia nowego zakładu poprzez połączenie dotychczas istniejących (druga koncepcja), z chwilą jego wpisania do rejestru administracyjnego oraz Krajowego Rejestru Sądowego, następuje z urzędu wykreślenie łączących się zakładów z tychże rejestrów. Z chwilą wpisania zakładu do rejestru sądowego, nowo utworzony samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się zakłady, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Podział spoz, moim zdaniem, następuje w drodze tożsamyh aktów, które tworzą lub likwidują zakład. Jednakże z tym zastrzeżeniem, że organ założycielski nie przeprowadza żadnych czynności o charakterze likwidacyjnym, np. nie podejmuje uchwały, o której mowa w art. 60

ust. 4b wówczas, gdy w wyniku podziału nie dojdzie do likwidacji lub ograniczenia dotychczas udzielanych świadczeń przez spzoz.

W przypadku, gdy organem założycielskim jest publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, zmiany organizacyjne następują w drodze uchwały senatu właściwej publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Jeżeli skutek podjętej uchwały w sprawie podziału spzoz ma nastąpić istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, wówczas proces ten uzależniony jest od zgody ministra zdrowia, a w przypadku uczelni nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – od jego zgody. Podobnie jak w przypadku likwidacji, zgoda wyrażona jest w formie decyzji. Zarówno w przypadku likwidacji zakładu, jak i każdej formy zmian organizacyjno–prawnych spzoz, w wyniku której ma nastąpić istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wówczas, gdy zakład udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie jest możliwe dalsze ich udzielanie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, minister zdrowia może odmówić zgody na wskazywane czynności. W decyzji odmawiającej wyrażenia zgody, minister zdrowia przyznaje samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środki publiczne niezbędne do dalszego funkcjonowania zakładu w zakresie gwarantującym realizację świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie. Ponadto Skarb Państwa przejmie odpowiedzialność za zobowiązania publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałe po odmowie zgody na zmiany organizacyjno–prawne.

Analogicznie w przypadku opisywanych procesów, wskazane jest również stosowanie dyspozycji przepisu art. 43 ustawy o zoz. W związku z tym, jeżeli w wyniku podziału ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, rozporządzenie właściwego organu administracji rządowej lub uchwała⁴¹ powinny określać sposób i formę

41 W przypadku spzoz, dla których organem założycielskim jest publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą nie istnieje obowiązek, o którym tu mowa (art. 36a w związku z art. 43 ustawy o zoz).

zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych przekształcanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości. Projekt rozporządzenia lub uchwały jednostki samorządu wymaga opinii wojewody oraz właściwych organów gminy i powiatu, których ludności zakład udziela świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część.

Akt w sprawie zmian organizacyjno–prawnych, oprócz elementów określonych w przepisie art. 38 ust. 1 ustawy o zoz, takich jak: nazwa zakładu, siedziba, forma gospodarki finansowej, opis podstawowej działalności, obszar działania zakładu oraz organ sprawujący nadzór nad zakładem, powinien zawierać regulacje odnoszące się do spraw majątkowych i pracowniczych dzielonych jednostek.

Wolą organu założycielskiego może być również podział zakładu. Biorąc pod uwagę kryterium, jakim jest likwidacja zadań, możemy mówić o podziale w wąskim oraz szerokim ujęciu. W pierwszym przypadku na bazie materialnej i organizacyjnej jednego zakładu powstają co najmniej dwa samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które ponoszą solidarną odpowiedzialność za zobowiązania podzielonego zakładu. Podział w szerszym ujęciu może polegać albo na utworzeniu na bazie jednego zakładu co najmniej dwóch samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przy założeniu że jeden z zakładów ulegnie likwidacji w dalszym etapie przekształceń, a nowo utworzone podmioty zostaną proporcjonalnie obciążone zobowiązaniami podzielonego zakładu, czyli z podziałem zakładu z opcją pośredniej częściowej likwidacji albo na utworzeniu na części jego bazy materialnej i organizacyjnej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przy ograniczeniu zakresu działalności, czyli podziałem zakładu z opcją bezpośredniej częściowej likwidacji zadań.

Jeżeli decyzja o podziale nie jest związana z likwidacją wykonywanych świadczeń zdrowotnych, procedura działania jest niezwykle prosta. Polega ona na opracowaniu aktu prawnego, na podstawie którego powstanie nowy zakład, którego fundusz założycielski stanowić będzie między innymi majątek zakładu istniejącego, podlegający podziałowi. Podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opie-

ki zdrowotnej, może pozbawić zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku jego przekształcenia. Organ założycielski powołuje radę społeczną nowo powstałego zakładu, do której zadań należy przede wszystkim uchwalenie statutu zgodnie z dyspozycją przepisu art. 39 ust. 2 ustawy o zoz i przedłożenie go do zatwierdzenia podmiotowi, który zakład utworzył. Po zatwierdzeniu statutu następuje powołanie kierownika zakładu, zgodnie z przepisem art. 44 ust. 4 ustawy o zoz. Jego obowiązkiem jest przygotowanie i przedłożenie dokumentów wraz z wnioskiem do organu prowadzącego rejestr administracyjny oraz do KRS. Posiadanie bazy w zakresie pomieszczeń, sprzętu i aparatury oraz potencjału ludzkiego daje nowemu podmiotowi możliwość rejestracji, a tym samym rozpoczęcia działalności.

4. Prywatyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Prywatyzacja jest jednym z najważniejszych elementów transformacji systemowej. Ochrona zdrowia, jako jeden z niewielu sektorów, nie doczekała się odrębnych uregulowań w zakresie prywatyzacji. Jednakże zmiany gospodarcze i systemowe wymuszają na organach założycielskich spzoz podejmowanie działań, mających na celu doprowadzenie do transformacji własności publicznej we własność prywatną. Celem działań prywatyzacyjnych, oprócz urynkowienia zakładów, jest upatrywanie w prywatyzacji rozwiązania zapewniającego efektywny rozwój sektora opieki zdrowotnej poprzez dopływ kapitału zewnętrznego skutecznie wspomagającego ten sektor. W kontekście zaangażowania dodatkowego kapitału pozwalającego na „dopływ” środków finansowych do publicznej służby zdrowia, należy rozstrzygnąć, jaki rodzaj inwestora daje największą gwarancję pobudzenia przeprowadzonej operacji.

Wobec braku wypracowanych koncepcji prywatyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także odrębnych uregulowań prawnych dotyczących prywatyzacji tych szczególnych podmiotów prawa publicznego, lokalnie podejmowane inicjatywy prywatyzacyjne nie mają raczej charakteru docelowego i cechują się różnorodnością rozwiązań. Mając na uwadze powyższe, obecny stan prywatyzacji należy określić jako początkowy i przejściowy. W związku z tym, dokonu-

jąc przekształceń własnościowych, w każdym przypadku należy mieć na względzie specyfikę danego zakładu i systemu ochrony zdrowia na danym terenie. Nie podzielam zdania J. Profaski, iż to tylko mentalność niektórych grup społecznych wpływa na niemożność sprywatyzowania szpitala ze względu na szczególny charakter świadczeń zdrowotnych⁴². Uważam, iż świadczenia zdrowotne nie mogą być reglamentowane zasadami ekonomii; ukierunkowanie ich na zysk zaprzeczy istocie zakładów użyteczności publicznej, takich jak szpital. Doświadczenie pokazuje, iż wykonywanie badań diagnostycznych jest limitowane przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, ponieważ wpływa na wysokość zysku i straty „przedsiębiorcy” udzielającego świadczeń medycznych.

Obecnie każdy proces zmian organizacyjno–prawnych umożliwiających przekształcenie szpitala w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (nzo) zależy od decyzji organu założycielskiego. Nietrudno dopatrzeć się tutaj pewnej analogii do prawa spółek, gdzie organ właścicielski decyduje o przekształceniu spółki, jej podziale czy też likwidacji. Organ założycielski decyduje również o metodzie prywatyzacyjnej szpitala, a ponadto z należytą starannością powinien opracować strategię poszczególnych etapów zmian organizacyjno–własnościowych zakładu celem opracowania planów dotyczących rozwiązań instytucjonalnych i strukturalnych w kontekście prywatyzacji.

Termin „prywatyzacja” nie występuje w przepisach dotyczących zakładów opieki zdrowotnej. K. Tymowska⁴³ prywatyzację w ochronie zdrowia pojmuje zarówno jako zwiększenie roli sektora własności prywatnej w systemie opieki zdrowotnej, po stronie dostawców świadczeń zdrowotnych, jak i wśród instytucji dysponujących środkami na pokrycie świadczeń. Autorka⁴⁴ przyjmuje, iż jest to przeniesienie uprawnień władczych od podmiotu publicznego do podmiotu prywatnego. W. Mu-

42 J. Profaska, *Prywatyzacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako decydujący element przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia*. Przewodnik menedżera zdrowia.

43 K. Tymowska, *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999, s. 15.

44 K. Tymowska, *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i w praktyce*, PiM 200, nr 5, s. 138.

siński⁴⁵ uważa, iż prywatyzacja polega na rozporządzeniu wszystkimi lub częścią materialnych i niematerialnych składników mienia spzoz w celu przejęcia jego zadań oraz mienia przez niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony zgodnie z obowiązującymi przepisami. Z punktu widzenia menadżerów sektora zdrowotnego, prywatyzację można rozumieć jako dążenie do realizowania indywidualnych i grupowych, zawodowych aspiracji profesjonalistów medycznych, jak najbardziej niezależnie od służb publicznych i prawodawstwa regulującego funkcjonowanie placówek publicznych, ale w celu osiągnięcia określonego celu – poprawy jakości i dostępności usług zdrowotnych⁴⁶. Zdaniem L. Zacharko, prywatyzacja oznacza twórczy proces wykonywania zadań publicznych przez podmioty niepubliczne, który odbywa się w formach i metodach prawa prywatnego⁴⁷

Uważam, iż należy przyjąć za T. Mróz⁴⁸, iż nie jest możliwe ani celowe budowanie jednej uniwersalnej definicji zjawiska społeczno-ekonomicznego, jakim jest prywatyzacja, ponieważ w ujęciu ogólnym termin „prywatyzacja” bywa używany na określenie różnych zmian stosunków między rządem a prywatnym sektorem.

Myślę, że postulatem determinującym proces prywatyzacyjny spzoz jest konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym. Z uwagi na to, proponowałabym przyjęcie jednej z dwóch form prywatyzacyjnych: kapitałowej lub likwidacyjnej, o ile z woli ustawodawcy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie zostaną przekształcone *ex lege* w spółki kapitałowe użyteczności publicznej.

W przypadku prywatyzacji kapitałowej, wolą organu założycielskiego jest przekształcenie własności publicznej w prywatną, ale z zachowaniem wpływu organu założycielskiego na jakość wykonywanych usług oraz sposób wykorzystania wniesionego do powstającej spółki majątku. Prywatyzacja likwidacyjna prowadzi do przejęcia za-

45 W. Musiński, *Lokalne prawo komercjalizacji samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, Materiały szkoleniowe „Zarządzanie opieką zdrowotną”*, Białystok 2001.

46 M. Wójtowicz, *Materiały z konferencji Instytutu Przedsiębiorczości i Samorządności*, Poznań 2002.

47 Podają za A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Wrocław 2003, s. 66.

48 T. Mróz, *Funkcje spółek kapitałowych w procesie prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych*, Białystok 1999, s. 32.

równy zadań, jak i składników mienia spzoz przez podmiot prywatny, np. nzo. W wyniku przeprowadzenia prywatyzacji likwidacyjnej – w odróżnieniu od kapitałowej – podmioty administracji publicznej w żaden sposób nie uczestniczą w zarządzaniu podmiotem, który w ramach prywatyzacji przejął zadania i składniki mienia zlikwidowanego spzoz. Prywatyzacja likwidacyjna sprowadza się w zasadzie do sprzedaży bądź przekazania go do korzystania czy to w oparciu o ustanowienie ograniczonego prawa rzeczowego (użytkowanie), czy też stosunku zobowiązaniowego (np. najem, dzierżawa, leasing). W każdym przypadku należy dokonać oszacowania wartości składników mienia spzoz, przy użyciu wybranej metody⁴⁹.

M. Dercz oraz H. Izdebski⁵⁰, z uwagi na brak przepisów ustawowych dotyczących komercjalizacji i prywatyzacji spzoz, wskazują możliwości prywatyzacyjne w świetle obowiązujących przepisów prawa. Prywatyzacja spzoz w rozumieniu odpowiadającym przepisom o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, może być obecnie dokonywana wyłącznie w ramach podziału, przekształcenia i likwidacji spzoz, na zasadach określonych w przepisach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zdaniem M. Dercza i H. Izdebskiego⁵¹ prywatyzacja może przyjąć dwie formy: prywatyzację pełną oraz prywatyzację usług, która może przybrać postać: subkontraktowania lub outsourcing.

49 A. Kidyba, *Kodeks spółek handlowych. Tom II. Komentarz do art. 301–633 ksh.*, Kraków 2002, s. 1099–1100. W piśmiennictwie dotyczącym wyceny składników mienia przedsiębiorstwa wskazuje się na następujące metody: wartości rynkowej, wartości księgowej, wartości generalnej siły nabywczej pieniądza, wartości bieżącej w podejściu dochodowym, wartości bieżącej opartej na wycenie składników majątku przy wykorzystaniu metody kosztów odtworzenia lub metody upłynnienia netto. Wyceną w potocznym znaczeniu nazywa się określenie ceny, czyli wyznaczenie stosunku pomiędzy jednostkami pieniężnymi waluty krajowej a jednostkami naturalnymi szeroko pojętych rzeczy i zjawisk gospodarczych.

50 M. Dercz, H. Izdebski, *Jak prywatyzować samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w świetle obowiązujących przepisów*, Materiały Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2001.

51 Tamże; Przywołują oni również pojęcie prywatyzacji funkcjonalnej, która oznacza przejęcie wykonywania określonych zadań spzoz-ów z ewentualnym wykorzystaniem jego majątku przez niepubliczne zoz bądź osoby fizyczne uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Prywatyzacja pełna⁵² polega na przejęciu działalności, majątku i – na zasadzie 23¹ kp. – pracowników zlikwidowanego w tym celu spzoz przez niepubliczny zoz, utworzony przez podmiot, który nabył od organu założycielskiego mienie spzoz. Może mieć charakter zupełny albo częściowy⁵³ (w zależności od zakresu przejmowanych zadań). Prywatyzacja pełna spzoz ma charakter prywatyzacji likwidacyjnej, zatem należy przeprowadzić procedurę likwidacyjną w trybie ustawy o zoz, a po jej zakończeniu, bądź w trakcie jej wykonywania, następuje przejęcie majątku publicznego przez podmioty prywatne. Założeniem podmiotów administracji publicznej powinno być zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Prywatyzacja usług medycznych może być połączona ze zbyciem przez spzoz lub jedynie przekazaniem do korzystania określonych składników majątku, na podstawie umowy najmu bądź dzierżawy z jednoczesnym przejęciem pracowników spzoz przez już istniejący albo nowo utworzony niepubliczny zoz. Rolą organu założycielskiego jest odpowiednie zadysponowanie majątkiem. Najemca czy dzierżawca musi bowiem mieć pewność, iż dokonując inwestycji będzie miał możliwość korzystania z nabytych praw w odpowiednio długim czasie⁵⁴. Uważam, iż umowy najmu czy też dzierżawy powinny być zawierane bezpośrednio przez organ, który utworzył jednostkę, a nie za pośrednictwem jednostek organizacyjnych posiadających zarząd mieniem, którego właścicielem jest organ założycielski, bo tylko wtedy możemy mówić o trwałości wykonywania praw z najmu i dzierżawy.

W przypadku tzw. subkontraktów spzoz zawiera umowy na wykonywanie świadczeń medycznych w trybie przepisu art. 35 i 35a w związku z art. 53 ust. 2 ustawy o zoz, z niepublicznym zoz, osobą wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, czy też pielęgniarskiej,

52 Nazywana również całościową zob. w W. Masłowski, *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – pakiet samokształceniowy*, Warszawa 2002, s. 29.

53 *Ibidem*, s. 14.

54 W przypadku okresu dłuższego niż trzy lata organ założycielski zobowiązany jest do stosowania zasad wydzierżawiania lub najmu nieruchomości na okres dłuższy niż dwa lata, określonych przez organ stanowiący gminy (art. 18 ust. 1 pkt 18 ustawy o samorządzie gminnym), powiatu (art. 12 pkt 8 lit. a ustawy o samorządzie powiatowym), województwa (art. 18 ust. 1 lit. b ustawy o samorządzie województwa).

grupowej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki pielęgniarek, położnych⁵⁵. Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne jest umową nazwaną, określoną przepisami art. 35, 35a ustawy o zoz. Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne⁵⁶ określiło jej treść oraz sposób jej zawarcia. Kontrakt ten cechuje specyficzna szczegółowa regulacja określona w ustawie o zoz. Wymogi stawiane przez ustawę co do *essentialia negotii* przedmiotowej umowy nie eliminują swobody i wolności w kształtowaniu jej treści.

Prywatyzacja usług o charakterze niemedyceznym, tzw. outsourcing, następuje w trybie przepisu art. 53 ust. 2 ustawy o zoz i daje możliwość prywatyzacji usług pomocniczych. Odbywa się poprzez zawierania umów z podmiotami zewnętrznymi (np. przedsiębiorstwa zajmującego się sprzątaniem), które przejmują wykonywanie określonych usług pomocniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Jednocześnie przedsiębiorstwo takie przejmuje pracowników spzoz zgodnie z art. 23¹ kp.

W literaturze przedmiotu wskazano kilka modeli prywatyzacyjnych. Każdy bierze swe źródło w likwidacji spzoz w części bądź całości, chociaż zdaniem niektórych znawców przedmiotu, tak nie jest.

W. Musiński⁵⁷ rozróżnia prywatyzację wyłączeniową, częściową, którą dzieli na pośrednią i bezpośrednią, prywatyzację wyłączeniową, całościową, pośrednią z opcją likwidacyjną oraz prywatyzację polikwidacyjną. Przyjęta przez tego autora prywatyzacja wyłączeniowa, częściowa, pośrednia jest realizowana w trakcie bieżącego funkcjonowania spzoz. Charakter pośredni polega na tym, iż prywatyzacja realizowana jest poprzez wniesienie części mienia spzoz do spółki kapitałowej, a potem następuje sprzedaż akcji lub udziałów tej spółki należących do spzoz. Jak łatwo domyślić się, użycie określnika częściowa wskazuje na fakt, że proces ten dotyczy części mienia. Zdaniem wskazywane-

55 Zgodnie z art. 50a ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o wykonywaniu zawodu lekarza (tekst jedn. Dz.U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 ze zm.), grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

56 Dz.U. z 1998 r., Nr 93, poz. 592.

57 W. Musiński, *op. cit.*, s. 32.

go autora, nie prowadzi do likwidacji spzoz. Twierdzenie to nie w pełni jest prawdziwe, bowiem następuje częściowa likwidacja spzoz. W przypadku rezygnacji z wykonywania zadań, np. z zakresu świadczeń medycznych specjalistycznych, należy przeprowadzić pełną procedurę likwidacyjną w tym zakresie. Oczywiście rzeczą jest, że z uwagi na to, że sektor prywatny przejmie prawo do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych, musi jednocześnie nastąpić częściowa likwidacja pionów organizacyjnych dotychczas wykonujących je w ramach spzoz. Prywatyzacja wyłączeniowa, częściowa, bezpośrednia różni się tym od poprzedniej, iż realizowana jest poprzez sprzedaż lub oddanie do odpłatnego korzystania z opcją przejęcia własności części mienia spzoz przez spółkę kapitałową. Przedstawiona przez W. Musińskiego⁵⁸ prywatyzacja wyłączeniowa, całościowa, pośrednia z opcją likwidacyjną dokonywana jest poprzez wniesienie całości mienia spzoz do spółki kapitałowej, po czym następuje sprzedaż akcji lub udziałów tej spółki. Prywatyzacja likwidacyjna realizowana jest w trakcie procesu likwidacji spzoz. Polega ona na zadysponowaniu wszystkimi składnikami mienia likwidowanego spzoz w celu przejęcia jego zadań oraz mienia przez nzo. Prywatyzacja polikwidacyjna opiera się na sprzedaży przez organ założycielski wszystkich składników mienia po zlikwidowanym spzoz.

W. Musiński⁵⁹, podając przykłady modeli prywatyzacyjnych nie odnosi się do tzw. okresów przejściowych, czyli czasu, w którym następuje wygaszanie wykonywania świadczenia usług zdrowotnych przez spzoz, zanim rozpocznie ich wykonywanie nzo. Otóż problem polega na tym, że aby zarejestrować nzo (przejmujący zadania prywatyzowanego spzoz) na dzień rejestracji musi on posiadać zarówno personel medyczny, jak i odpowiedni sprzęt medyczny oraz pomieszczenia, w których udzielane będą świadczenia medyczne. W. Musiński⁶⁰ przewiduje tworzenie spółki kapitałowej i przeniesienie majątku, nie odnosząc się do problemu wykonywania usług medycznych. Przyjmuje również karłowatą konstrukcję (np. przy prywatyzacji wyłączeniowej, częściowej, pośredniej), zgodnie z którą spzoz samodzielnie lub wspólnie z in-

58 *Ibidem*

59 *Ibidem*

60 *Ibidem*

westorem strategicznym tworzy spółkę, do której wnoszony jest aport. Następnie spzoz obejmuje udziały bądź akcje, po czym spółka zobowiązana jest do utworzenia i rejestracji nzo. Należy mieć na uwadze, że wniesienie aportem majątku do spółki kapitałowej jest równoznaczne z przeniesieniem własności składników majątku spzoz na spółkę. Jest to o tyle istotne, że z mocy art. 23¹ kodeksu pracy, spółka staje się pracodawcą dla pracowników spzoz, który wniósł swój majątek aportem. Skutkiem powyższego jest zaistnienie stanu, w którym spzoz nie jest zdolny do świadczenia usług zdrowotnych, ponieważ w świetle prawa nie posiada ani majątku do ich wykonywania, ani – co ważniejsze – zasobów ludzkich uprawnionych do świadczenia usług medycznych. W tym samym czasie świadczeń takich nie może wykonywać spółka prowadząca powstający nzo, ponieważ nie został on jeszcze zarejestrowany w rejestrze administracyjnym.

K. Tymowska⁶¹, opisuje trzy modele prywatyzacyjne. Pierwszy z nich polega na przejściu zadań zlikwidowanego spzoz przez spółkę pracowniczą lub kilka spółek albo indywidualnych praktyk, które wynajmują od organu założycielskiego pomieszczenia i wyposażenie. Drugi sposób związany jest z wniesieniem majątku zlikwidowanego spzoz aportem do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, utworzonej wspólnie z pracownikami. Trzeci model polega na wynajęciu pomieszczeń spzoz przez dyrektora, za zgodą organu założycielskiego, podmiotom prywatnym przejmującym opiekę nad pacjentami, pozostawiając w części pomieszczeń zakład publiczny, który nie ulega w początkowej fazie likwidacji⁶².

Zgodnie z przepisem art. 9 i nast. ustawy o gospodarce komunalnej⁶³, organ założycielski, będący jednostką samorządu terytorialnego, może samodzielnie lub z inwestorem strategicznym powołać do życia spółkę prawa handlowego, której zadaniem będzie utworzenie nzo. Podmiot administracji publicznej powinien zapewnić sobie pozycję dominującą w powstałej spółce. Jakkolwiek nawet nzo, będący przedmiotem wyłącznie własności prywatnej, podlega przepisom o zakła-

61 K. Tymowska, *Prywatyzacja opieki zdrowotnej – kolejny mit czy szansa*, PUSiG 1999, nr 12, s. 19–20.

62 *Ibidem*, s. 19–20.

63 Dz.U. z 1997 r., Nr 9, poz. 43 ze zm.

dach administracyjnych, a zatem ma na celu należyłą realizację zadań publicznych, to za zasadnością zapewnienia sobie przez organ założycielski pozycji dominującej we wspomnianej powyżej spółce przemawiają poniższe argumenty. Po pierwsze, działanie prowadzonego przez spółkę nzoz będzie opierało się na majątku pochodzenia publicznego. Po drugie, nietrudno wyobrazić sobie sytuację, w której wspólnik „prywatny”, posiadający wystarczającą większość głosów na zgromadzeniu wspólników czy na walnym zgromadzeniu, przeforsuje uchwałę o likwidacji spółki, a następnie uchwałę w przedmiocie wyznaczenia wskazanych przez siebie likwidatorów, co stworzy sytuację idealną do „wyprowadzenia” majątku spółki (pochodzenia publicznego). Wreszcie, w przypadku nzoz będącego przedmiotem wyłącznie własności prywatnej, celem jego działania jest przynoszenie zysku dla osób, czy podmiotów, które doprowadziły do jego stworzenia oraz osób, które go prowadzą. Tymczasem celem podmiotów administracji publicznej jest zapewnienie udzielenia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych i nie tyle osiągnięcie przy tym zysku, ile niewygenerowanie straty. To subtelna różnica, ale może determinować sposób prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej. Przyznanie pozycji dominującej wspólnikowi „prywatnemu” może uniemożliwić Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego właściwe realizowanie zadań nałożonych przepisami powszechnie obowiązującego prawa. Zapewnienie pozycji dominującej może odbyć się albo poprzez zapewnienie odpowiedniego udziału w kapitale zakładowym, albo wprowadzenie uprzywilejowania co do głosów.

Utworzony zgodnie z powyższymi uwagami niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych z spzoz, nabędzie prawo do korzystania z majątku spzoz, a na bazie subkontraktów przejmie wykonywanie usług medycznych. W przypadku powodzenia tego przedsięwzięcia będzie możliwe płynne przechodzenie od udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez spzoz do udzielania ich wyłącznie przez nzoz. Pozwoli to na przeprowadzenie procedury likwidacyjnej spzoz, po której zakończeniu organ założy-

cielski może wnieść składniki majątku⁶⁴ zlikwidowanego spzoz do prowadzącej nzoz spółki prawa handlowego. W praktyce może to odbyć się przez zwiększenie kapitału zakładowego tejże spółki i objęcie przez podmiot administracji publicznej udziałów lub akcji w podwyższonym kapitale i umożliwi organowi założycielskiemu, tj. Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego wpływanie na kluczowe decyzje związane z funkcjonowaniem nzoz. W konstrukcji tej można też przyjąć, iż część udziałów lub akcji zostanie przekazana bądź sprzedana z prawem pierwszeństwa byłym pracownikom. Należy pamiętać, że organ założycielski przejmie odpowiedzialność za zobowiązania i należności wynikające ze stosunków pracy realizowanych w spzoz także wówczas, gdy wynika to z czynności prawnych związanych z przekształceniem tych zakładów w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i nie podważa pracowniczych gwarancji określonych w art. 23¹ kp.

Zważywszy, iż podmiot administracji publicznej odpowiada za długi zlikwidowanego spzoz, można przyjąć dwie konstrukcje zmierzające do przejścia składników majątku zlikwidowanego spzoz. Otóż podmiot administracji publicznej w trybie przepisu art. 518 § 1 pkt 3 kc. może spłacić wierzycieli spzoz i wstąpić w ich prawa, przez co przejmie majątek dłużnika jako spełnienie świadczenia na poczet długu. Można przyjąć też inną konstrukcję prawną, na podstawie której podmiot administracji publicznej wykupi majątek spzoz. Nabyte w jeden z powyższych sposobów składniki majątku mogą być wniesione aportem do spółki prowadzącej nzoz. W praktyce potrzeba przeprowadzenia zabiegu przejścia majątku spzoz przez podmiot administracji publicznej (dokonujący prywatyzacji spzoz) może wynikać z faktu, że sama prywatyzacja, a tym samym i likwidacja spzoz, prowadzona jest zwykle z powodu znacznego zadłużenia. Oznacza to szereg egzekucji komorniczych prowadzonych do majątku spzoz. W wyniku ich skutecznego przeprowadzenia, podmiot administracji publicznej może nie posiadać majątku niezbędnego do prowadzenia utworzonego nzoz. Z uwagi na

64 Składniki majątku spzoz nie mogą być traktowane jako zorganizowana całość w rozumieniu art. 55¹ kc. W rozumieniu 43 ustawy o zoz istnieje możliwość prywatyzacji ograniczonej polegającej na likwidacji jednostki z równoczesną jej prywatyzacją. Powoduje to prywatyzację mienia w formie bezpośredniej.

fakt, że podmiot administracji publicznej odpowiada za długi likwidowanego spzoz, zasadne jest rozważenie spłacenia wierzycieli poprzez przeniesienia na nich „własności” udziałów lub akcji. Działanie takie może być oczywiście trudne, zważywszy na interesy majątkowe wierzycieli. Jest ono jednak wykonalne, ponieważ wierzycielami spzoz są głównie podmioty z szeroko rozumianej dziedziny usług medycznych. W ich interesie może więc leżeć „posiadanie głosu” w organie ewentualnego kontrahenta. Stosowanie tego trybu powinno jednak uwzględniać postulat zachowania w spółce pozycji dominującej przez podmiot administracji publicznej.

Słabość nadzoru właścicielskiego podmiotów administracji publicznej, jak też konieczność pozyskania kapitału prywatnego oraz potrzeba wprowadzenia profesjonalnego zarządzania instytucjami zdrowotnymi, przemawiają za celowością procesów prywatyzacyjnych. Prywatyzacja nie powinna być celem samym w sobie, lecz narzędziem umożliwiającym osiągnięcie zakładanych celów społecznych. Organ założycielski spzoz powinien zadbać o zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych. W dobie limitów świadczeń zdrowotnych i zakazu pobierania opłat od pacjentów przez spzoz prywatyzacja jest uzasadniona społecznie, o ile organy założycielskie będą współodpowiedzialne za prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. Prywatyzacja powinna być oparta na racjonalnych przesłankach, bardzo dokładnej analizie możliwości zaistnienia zakładu w nowej formule organizacyjno – prawnej. Organ założycielskie powinny stymulować kadrę zarządzającą zakładem, jak też samych pracowników zakładu do podejmowania czynności prywatyzacyjnych, gdyż prywatyzacja spzoz na szczeblu powiatu i gminy wydaje się być nieuniknioną konsekwencją transformacji systemowych w Polsce.

Rolą organu założycielskiego jest restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej dokonywana w obszarze restrukturyzacji szpitali i podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego poprzez np. zmniejszenie liczby oddziałów w szpitalach, zmiany w dotychczasowym systemie usług, likwidację jednostek organizacyjnych świadczących usługi na które nie ma zapotrzebowania. Konsekwencją tego jest wzrost znaczenia niepublicznych

zakładów opieki zdrowotnej, które mogą świadczyć usługi medyczne finansowane ze środków publicznych, jak i osób prywatnych. Przewiduje się, że niepubliczne podmioty służby zdrowia – bardziej mobilne i podatne na zmiany rynkowe oraz szybszą reakcję na zmiany w polityce państwa – będą świadczyły większość usług medycznych.