

## Ekonomiczne skutki wprowadzenia ustawy o działalności leczniczej

**JEL classification:** I12, I11, I18

**Słowa kluczowe:** ekonomia ochrony zdrowia, polityka ochrony zdrowia

**Keywords:** economics of healthcare, healthcare policy

**Abstrakt:** Ochrona zdrowia należy do najmocniej regulowanych obszarów gospodarki. Wynika to z charakteru usług, jakie są w nim świadczone. Stałość i pewność otoczenia prawnego jest bardzo ważna, zwłaszcza z punktu widzenia interesariuszy. Autor zamierza sprawdzić, czy zmiana ustawy wpływa na sytuację finansową podmiotów, szczególnie tych należących do sektora finansów publicznych.

### Economic impact of the introduction of the Law on Medical Activity

**Abstract:** Healthcare is an area of economy which is the most regulated by law. This is due to the specifics of services that are provided by it. Stability and reliability of a legal environment are very important, especially from the point of view of stakeholders. The author intends to find out whether a change in the law affects the financial situation of economic subjects, especially those belonging to the public sector.

### Wprowadzenie

Podmiot leczniczy jest sukcesorem prawnym zakładu opieki zdrowotnej (w skrócie — ZOZ). Powołany został na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Właśnie mija trzydziesty miesiąc obowiązywania nowej ustawy, która w zamyśle jej autorów miała doprowadzić do usprawnienia działania systemu opieki zdrowotnej przez wymuszenie zmian organizacyjnych u świadczeniodawców usług medycznych. Intencją autora niniejszego artykułu jest sprawdzenie, czy nowa

regulacja zmieniła sytuację finansową świadczeniodawców, zwłaszcza tych należących do sfery publicznej. W tym celu zostanie zestawiona sytuacja sprzed i już po wprowadzeniu nowej regulacji.

### Stan prawny przed 1 lipca 2011 roku

W uzasadnieniu do projektu ustawy o działalności leczniczej można przeczytać, że głównymi przyczynami poważnych trudności, jakie przeżywa system ochrony zdrowia, są:

ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej, ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej<sup>1</sup>.

Analizując uzasadnienie projektu, można dojść do wniosku, że zaproponowana ustawa jest w stanie odwrócić wszystkie negatywne skutki dotychczasowych regulacji i uzdrowić system.

Do momentu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej kształt systemu, w części odpowiadającej za funkcjonowanie świadczeniodawców usług medycznych, regulowała ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Był to pierwszy akt prawny uchwalony po transformacji systemu polityczno-gospodarczego Polski, dotyczący sektora ochrony zdrowia. Stworzenie wewnętrznego rynku usług medycznych, które należało do jego głównych zadań, miało zostać osiągnięte przez wyodrębnienie organizacyjne zespołu osób i środków majątkowych utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia<sup>2</sup>. Najpopularniejszą formą prowadzenia ZOZ-u, która przetrwała także w obecnym stanie prawnym, jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (w skrócie — SPZOZ). Jednostka ta mogła zostać powołana jedynie przez podmioty publiczne, to jest jednostki samorządu terytorialnego różnego szczebla, uczelnie medyczne oraz jednostki centralne (ministerstwa)<sup>3</sup>.

SPZOZ-om zarzucano przede wszystkim brak efektywności w prowadzonej działalności, brak odpowiedzialności za swoje zobowiązania, a co najważniejsze — nieistnienie bodźców, które mogłyby odwrócić tę negatywną tendencję. Pod rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie istniała również rzeczywista kontrola ze strony organów założycielskich.

<sup>1</sup> Projekt ustawy o działalności leczniczej wraz z uzasadnieniem i oceną skutków regulacji, złożony jako druk sejmowy nr 3489, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/\\$file/3489.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf), 31.01.2014.

<sup>2</sup> Por. art. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm. — zwana dalej ustawą o z.o.z.).

<sup>3</sup> Por. art. 8 ust. 1 ustawy o z.o.z.

Tabela 1. Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–III kw. 2013

Wyszczególnienie kwartałów	Wartość zobowiązań ogółem (w mln zł)	Dynamika zobowiązań ogółem (w %) (kwartał poprzedni = 100)
III 2003	7501,6	—
IV 2003	7327,7	97,7
I 2004	7791,6	106,3
II 2004	8624,5	110,7
III 2004	8749,0	101,4
IV 2004	9450,1	108,0
I 2005	9348,4	98,9
II 2005	9646,2	103,2
III 2005	9908,2	102,7
IV 2005	10 273,6	103,7
I 2006	10 164,6	98,9
II 2006	10 093,4	99,3
III 2006	10 195,7	101,0
IV 2006	10 384,2	101,8
I 2007	10 233,6	98,5
II 2007	10 139,6	99,1
III 2007	9808,8	96,7
IV 2007	9563,3	97,5
I 2008	9527,0	99,6
II 2008	9627,9	101,1
III 2008	9653,3	100,3
IV 2008	9979,7	103,4
I 2009	9828,7	98,5
II 2009	9646,3	98,1
III 2009	9550,3	99,0
IV 2009	9627,6	100,8
I 2010	9849,3	102,3
II 2010	9931,8	100,8
III 2010	9774,8	98,4

Cd. tabeli 1

Wyszczególnienie kwartałów	Wartość zobowiązań ogółem (w mln zł)	Dynamika zobowiązań ogółem (w %) (kwartał poprzedni = 100)
IV 2010	9963,1	101,9
I 2011	9917,0	99,5
II 2011	10 057,2	101,4
III 2011	9961,6	99,0
IV 2011	10 383,6	104,2
I 2012	10 570,5	101,8
II 2012	10 535,4	99,7
III 2012	10 705,5	101,6
IV 2012	10 661,4	99,6
I 2013	10 745,1	100,8
II 2013	10 889,8	101,3
III 2013	10 344,3	95,0

Źródło: dane pochodzą ze strony Ministerstwa Zdrowia, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/dynamika1\\_budz20131119.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dynamika1_budz20131119.pdf), 31.01.2014.

Tabela 1 przedstawia dynamikę zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ogółem na przestrzeni ostatniej dekady. Dane te wskazują, że mimo prowadzenia w tym czasie kilku akcji oddłużeniowych jednostki systematycznie zwiększały swoje zobowiązania<sup>4</sup>. Zgodnie z informacjami podawanymi przez Ministerstwo Zdrowia na pomoc zadłużonym jednostkom Skarb Państwa przekazał ponad 8 mld zł<sup>5</sup>. Oceniając zasadność i celowość poniesionych wydatków, można stwierdzić, że były one mało efektywne albo wręcz nieefektywne. W tabeli 2 zaprezentowano dynamikę zobowiązań wymagalnych SPZOZ-ów, która potwierdza wcześniejsze obserwacje.

<sup>4</sup> W latach 1999–2013 przeprowadzono w różnych formach cztery akcje oddłużeniowe (1999, 2005, 2007–2009 oraz 2009), które nie przyniosły długotrwałych efektów w postaci zatrzymania narastania nowych długów, a także wzrostu rentowności jednostek.

<sup>5</sup> P. Stefaniak, *Życzymy sobie konsekwencji w restrukturyzacji SPZOZ-ów*, „Rynek Zdrowia” 1/42, styczeń 2009, artykuł dostępny w wersji elektronicznej: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Zyczymy-sobie-konsekwencji-w-restrukturyzacji-SPZOZ-ow,4120,1,drukuj.html>, 31.01.2014.

Tabela 2. Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–III kw. 2013

Wyszczególnienie kwartałów	Wartość zobowiązań wymagalnych (w mln zł)	Dynamika zobowiązań wymagalnych (w %) (kwartał poprzedni = 100)
III 2003	4589,4	—
IV 2003	4543,7	99,0
I 2004	4896,8	107,8
II 2004	5555,1	113,4
III 2004	5684,5	102,3
IV 2004	5872,3	103,3
I 2005	5917,2	100,8
II 2005	6239,6	105,4
III 2005	6086,7	97,5
IV 2005	4933,6	81,1
I 2006	4571,6	92,7
II 2006	4344,7	95,0
III 2006	4115,0	94,7
IV 2006	3723,8	90,5
I 2007	3728,6	100,1
II 2007	3 621,0	97,1
III 2007	3370,7	93,1
IV 2007	2666,2	79,1
I 2008	2683,5	100,6
II 2008	2636,8	98,3
III 2008	2559,7	97,1
IV 2008	2357,9	92,1
I 2009	2414,2	102,4
II 2009	2311,3	95,7
III 2009	2373,6	102,7
IV 2009	2241,8	94,4
I 2010	2415,6	107,8
II 2010	2511,5	104,0

Cd. tabeli 2

Wyszczególnienie kwartałów	Wartość zobowiązań wymagalnych (w mln zł)	Dynamika zobowiązań wymagalnych w % (kwartał poprzedni = 100)
III 2010	2392,9	95,3
IV 2010	2138,8	89,4
I 2011	2345,5	109,7
II 2011	2369,8	101,0
III 2011	2396,3	101,1
IV 2011	2316,5	96,7
I 2012	2473,1	106,8
II 2012	2595,2	104,9
III 2012	2722,5	104,9
IV 2012	2474,0	90,9
I 2013	2591,4	104,7
II 2013	2530,4	97,6
III 2013	2356,2	93,1

Źródło: dane pochodzą ze strony Ministerstwa Zdrowia, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/dynamika2\\_budz20131119.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dynamika2_budz20131119.pdf), 31.01.2014.

Analizując dane zamieszczone w tabelach 1 i 2, należy pamiętać, że z roku na rok liczba samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w całym kraju zmniejszała się w wyniku łączenia, przekształceń w spółki kapitałowe lub rzadziej w wyniku likwidacji. Pomimo spadku liczby podmiotów sytuacja ekonomiczna publicznych placówek nie poprawiała się, co może wskazywać, że przyczyny takiego stanu rzeczy są niezależne od podmiotów.

### Stan prawny po 1 lipca 2011 roku

Prawodawca postawił przed nową regulacją kilka ambitnych zadań, które w wyniku jej wprowadzenia miały zostać rozwiązane. Uzasadniając projekt nowej ustawy, jego autorzy odwołali się do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, wskazując art. 68 jako normę generalną, która leży u podstaw kształtu całego systemu ochrony zdrowia. Ustawa o działalności leczniczej objęła swym zakresem podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (świadczeniodawców) oraz — w odniesieniu do jednostek publicznych — regulację praw i obowiązków podmiotów tworzących (wcześniej: organów założycielskich).

Wszystkie jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych zostały zbiorczo zakwalifikowane jako podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą<sup>6</sup>. Praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek także zaliczono do podmiotów leczniczych i zobligowano do uzyskania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>7</sup>. Zbiorcze określenie wszystkich jednostek ochrony zdrowia na pewno wpłynęło na zwiększenie przejrzystości systemu, co można uznać za krok w dobrą stronę.

Autor niniejszego opracowania chce skupić się bezpośrednio na przepisach mających immanentny wpływ na sytuację finansową publicznych jednostek. Prawodawca określił, w jakiej formie podmioty należące do sektora finansów publicznych mogą tworzyć i prowadzić podmioty wykonujące działalność leczniczą. Zgodnie z art. 6:

1. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- 1) spółki kapitałowej;
- 2) jednostki budżetowej.

2. Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- 1) spółki kapitałowej;
- 2) jednostki budżetowej<sup>8</sup>.

Treść przywołanego przepisu jednoznacznie przesądza, że nie jest już możliwe w obecnym stanie prawnym powoływanie nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jednocześnie art. 7 ustawy<sup>9</sup> dopuszcza możliwość dalszego ich prowadzenia. SPZOZ-y, uznane za ułomną i nieefektywną formę prawną, w zamyśle prawodawcy winny być eliminowane z życia gospodarczego. Taki wniosek potwierdza także pominięcie bezpośredniego wskazania, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają osobowość prawną. Ustawodawca wskazał jedynie, że w przypadku utworzenia nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego co najmniej z dwóch łączących się SPZOZ-ów, nowo powstały SPZOZ ma osobowość prawną<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> Por. art. 4 w zw. z art. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm. — zwana dalej ustawą o dz. l.).

<sup>7</sup> Por. art. 5 w zw. z art. 100 ustawy o dz. l.

<sup>8</sup> Por. art. 6 ustawy o dz. l.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

<sup>10</sup> Por. art. 67 ust. 3 w zw. z art. 66 ust. 1 pkt 2 ustawy o dz. l. W doktrynie oraz judykaturze można spotkać się z odmiennymi stanowiskami. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 7 grudnia 2012 roku (sygn. akt IACa 569/11) czytamy: „Z dniem wejścia w życie ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utraciły osobowość prawną”. Jednocześnie przywoływane jest stanowisko, że skoro w wyniku połączenia nowo powstały samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ma osobowość prawną, to także utworzony na podstawie uchylonych przepisów zachowuje swoją osobowość prawną, ze względu na brak w obecnie obowiązującej normie wyraźnego wskazania, iż SPZOZ-y zostały jej pozbawione.

Znamienny wpływ na sytuację finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a pośrednio także na sytuację podmiotów tworzących (w szczególności na jednostki samorządu terytorialnego), ma norma zawarta w art. 59 ustawy<sup>11</sup>, nakazująca w ust. 1 pokrycie ujemnego wyniku finansowego we własnym zakresie. Jak wskazują dane przywołane w tabelach 1 i 2, pokrycie ujemnego wyniku finansowego we własnym zakresie przez większość SPZOZ-ów jest niemożliwe, dlatego prawodawca wprowadził większą odpowiedzialność podmiotów tworzących. W ust. 2 wskazał możliwość pokrycia ujemnego wyniku finansowego „za rok obrotowy zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną — do wysokości tej wartości”<sup>12</sup>. Konsekwencją niezrealizowania tej normy jest zapis ust. 4, który stanowi, iż „W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w ust. 2 podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2 wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej”<sup>13</sup>. Pomijając spory w doktrynie, które budzi zapis „zmiana formy organizacyjno-prawnej”<sup>14</sup>, autor przyjmuje, że prawodawca miał na myśli przekształcenie opisane w art. 69–82 ustawy<sup>15</sup>. Stanowi to kolejny dowód, iż w zamyśle autorów projektu było wyeliminowanie SPZOZ-ów z obrotu gospodarczego na rzecz spółek kapitałowych. W sprytny, zawoalowany sposób władze centralne przerzuciły, w części, ciężar finansowania systemu opieki zdrowotnej na jednostki samorządu terytorialnego bez żadnej rekompensaty<sup>16</sup>.

## Sytuacja finansowa publicznych podmiotów leczniczych

Dane przedstawione w tabelach 1 i 2 wskazują, że rozwiązania przyjęte w ustawie o działalności leczniczej nie spowodowały istotnego zmniejszenia czy zahamowania wzrostu zobowiązań SPZOZ-ów. Można odnieść wrażenie, że autorzy projektu w czasie prac nad tą ustawą nie założyli takiego celu, uważając,

<sup>11</sup> Ustawa o dz. l.

<sup>12</sup> Por. art. 59 ust. 2 ustawy dz. l.

<sup>13</sup> Por. art. 59 ust. 4 ustawy dz. l.

<sup>14</sup> M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 137.

<sup>15</sup> Ustawa o dz. l.

<sup>16</sup> Rada Miasta Stołecznego Warszawy oraz Sejmik Województwa Mazowieckiego zwróciły się do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności art. 59 ust. 2, 3 i 4 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej z: 1) art. 166 ust. 1 i 2 w zw. z art. 2 i w zw. z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, 2) art. 167 ust. 4 Konstytucji RP, w zakresie, w jakim nakłada na Miasto Stołeczne Warszawę oraz samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu miasta świadczeń zdrowotnych, zrealizowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których Miasto Stołeczne Warszawa jest podmiotem tworzącym, ponad limit świadczeń finansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (sygn. akt K48/13).



iz najważniejsza jest eliminacja „ułamnych i nieefektywnych” podmiotów z obrotu gospodarczego, z równoczesnym podzieleniem się odpowiedzialnością i kosztami z jednostkami samorządu terytorialnego.

Na dzień 1 lipca 2013 roku samorzady wojewódzkie prowadziły w sumie 322 podmioty lecznicze, z czego 298 w formie Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, 23 jako spółki kapitałowe oraz 1 jako jednostkę budżetową<sup>17</sup>. Zestawienie pokazuje, że wciąż dominującą formą, w jakiej prowadzone są przez jednostki samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego podmioty lecznicze, są SPZOZ-y.

Tabela 3. Zbiorcze wyniki finansowe SPZOZ-ów za rok obrotowy 2012 prowadzonych przez samorząd wojewódzki

Liczba SPZOZ-ów z ujemnym wynikiem finansowym za rok obrotowy 2012	Liczba SPZOZ-ów z ujemnym wynikiem finansowym skorygowanym o amortyzację	Kwota przekazana przez samorządy na podstawie art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej	Liczba podmiotów przekształconych lub przeznaczonych do przekształcenia	Liczba podmiotów zlikwidowanych lub przeznaczonych do likwidacji
109	42	78 221 975,59 zł	4	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji publicznych uzyskanych z urzędów marszałkowskich.

Dane zaprezentowane w tabeli 3 wskazują, że 109 z 298 SPZOZ-ów prowadzonych przez samorzady wojewódzkie za rok obrotowy 2012 miało ujemny wynik finansowy. Samorzady, na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, przekazały swoim jednostkom prawie 80 mln zł. W kilku województwach zdecydowano się przekształcić SPZOZ-y w spółki kapitałowe. Sejmik Województwa Mazowieckiego podjął uchwałę o przekształceniu dwóch podmiotów, z czego jeden — Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu — zakończył rok 2012 stratą w wysokości ponad 26 mln zł<sup>18</sup>.

Ustawa o działalności leczniczej nie poprawiła zasadniczo sytuacji ekonomicznej publicznych podmiotów leczniczych. Pośrednio przyczyniła się jedynie do pozyskania jeszcze jednego źródła finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, którym to zostały budżety podmiotów tworzących.

## Perspektywy i rekomendacje na przyszłość

Problem braku efektywności dotyczy całego systemu ochrony zdrowia. Nie ma kompleksowych rozwiązań, które pozwolą trzem stronom (świadczeniobiorcom,

<sup>17</sup> Dane uzyskane przez autora w odpowiedzi na złożone wnioski o udostępnienie informacji publicznej.

<sup>18</sup> Dane uzyskane przez autora w odpowiedzi na złożone wnioski o udostępnienie informacji publicznej.

świadczeniodawcom oraz płatnikowi) efektywnie współdziałać. Potrzebne jest stworzenie kilku konkurencyjnych rynków wewnątrz systemu ochrony zdrowia, to jest zrównanie wszystkich podmiotów leczniczych w prawach i obowiązkach oraz dopuszczenie konkurencji prywatnych zakładów ubezpieczeń, które być może powinny także zarządzać publiczną składką.

Kolejnym bardzo ważnym zadaniem, z jakim powinni się zmierzyć reformatorzy systemu, jest wycena procedur medycznych. Niestety nie będzie ona możliwa dopóty, dopóki nie zostanie wprowadzony jednolity rachunek kosztów we wszystkich podmiotach leczniczych. Następną kwestią jest liczba jednostek prowadzących działalność leczniczą. Być może potrzebne są administracyjne rozwiązania w tym zakresie, aby w bliskiej odległości nie powstawały jednostki o tym samym profilu udzielanych świadczeń.

## Zakończenie

Ustawa o działalności leczniczej jest krokiem w dobrą stronę, jednak w pewnym sensie pozostaje „osierocona” bez równoczesnych kompleksowych zmian dotyczących kształtu całego systemu. Prawodawca nie ustrzegł się błędów, mimo że, jak mogłoby się wydawać, projekt procedowany był w spokojnym trybie, bez pośpiechu i bez wyraźnego doraźnego zamówienia, jak to jest zazwyczaj. Po trzydziestu miesiącach obserwatorzy rynku usług medycznych dostrzegają potrzebę nowelizacji i wprowadzenia nowych uregulowań do ustawy, jednak rządzący zdają się nie słyszeć tych uwag ani krytyki.

## Economic impact of the introduction of the Law on Medical Activity

### Summary

The Act on Medical Activity is a move in the right direction, but without concurrent comprehensive changes to the shape of the entire system it is incomplete. The legislature did not avoid imperfections, despite the fact that the project was prepared in a quiet mode, without haste and without clear temporary order, as it usually happens. Thirty months after the Act was passed, medical services market observers suggest amendments and introduction of new regulations to the Act. However, the authorities do not seem to hear these comments and criticism.

## Bibliografia

- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.  
 Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007.  
 Misiński W., *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wrocław 2007.