

U S T A W A

z dnia.....

o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) w ust. 1 pkt 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8) zakład leczniczy – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;

9) szpital – zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24.”;

2) w art. 4 w ust. 3 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

¹⁾ Niniejszą ustawą zamienia się ustawy: ustawę z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, ustawę z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej, ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawę z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawę z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym, ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawę z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej oraz ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

- „5) przepisy art. 118 ust. 1 pkt 2, ust. 3-5 , art. 119 oraz art. 122 – w zakresie dotyczącym kontroli pod względem medycznym.”;
- 3) w art. 5 w ust. 2:
- a) w pkt 1 lit. a otrzymuje brzmienie:
- „a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,”;
- b) w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:
- „a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,”;
- 4) w art. 6:
- a) w ust. 1 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
- „4) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;
- b) w ust. 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:
- „3) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;
- c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.”;
- d) dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu:
- „9. W spółce kapitałowej:

1) o której mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2 pkt 1,

2) do której przystąpiły podmioty, o których mowa w ust. 1 i 2, na podstawie ust. 8

– wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa albo do jednostki samorządu terytorialnego, albo do spółki kapitałowej, która przystąpiła do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki.

10. W spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki, nie wypłaca się dywidendy.”;

5) uchyla się art. 7;

6) w art. 10 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.”;

7) w art. 17 w ust. 1 w pkt 4 uchyla się lit. b;

8) art. 20 otrzymuje brzmienie:

„Art. 20. Miejscem wezwania, o którym mowa w art. 18 ust. 3 i 5 oraz w art. 19 ust. 3, nie może być zakład leczniczy”;

9) w art. 24 w ust. 1:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego”;

b) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;

7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym”;

c) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.”;

10) w art. 25:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 2,

b) uchyla się ust. 1a-1f;

11) po art. 28 dodaje się art. 28a w brzmieniu:

„Art. 28a. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany przekazać, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, informację o:

1) przyjęciu pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w ciągu 4 godzin od przyjęcia;

2) przyjęciu albo zgonie pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w ciągu 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela Policji informacji o pacjencie w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z poszukiwaniem osób zaginionych.”;

12) w art. 29 w ust. 1:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje.”;

b) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;”;

13) art. 33 otrzymuje brzmienie:

„Art. 33. W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo wykonywania

działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy.”;

14) w art. 34 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.”;

15) w art. 35 w ust. 1 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, bez zachowania trybu określonego w art. 34, wojewoda nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę.”;

16) w art. 36 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego zakładem leczniczym jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.”;

17) w rozdziale 3 w oddziale 2 po art. 50 dodaje się art. 50a w brzmieniu:

„Art. 50a. 1. Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego.

2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. Z chwilą wpisania do tego rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.

3. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o utworzeniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 2) określenie rodzaju działalności leczniczej;
- 3) określenie mienia, w które wyposaża się samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.”;

18) po art. 53 dodaje się art. 53a w brzmieniu:

„Art. 53a. 1. W terminie do dnia 31 maja każdego roku, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy oraz prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń.

3. Analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 2, dokonuje się na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych.

4. Podmiot tworzący dokonuje oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie raportu, o którym mowa w ust. 1.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki ekonomiczno-finansowe, o których mowa w ust. 3, sposób ich obliczania oraz przypisane im punktowe oceny służące do analizy ekonomiczno-finansowej, mając na uwadze zapewnienie przejrzystości i jednolitości analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz porównywalności wskaźników.”;

19) w art. 54 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje posiadany mieniem.”;

20) w art. 55 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1.”;

21) w art. 57 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) kwoty środków pieniężnych przekazane na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1.”;

22) art. 59 otrzymuje brzmienie:

„Art. 59. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1.

2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

1) 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu, w kwocie nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo

2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1, wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

– jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

3. Strata netto i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

4. Jeżeli strata netto została pokryta w sposób, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od dnia jej pokrycia, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1, na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.”;

23) po art. 67 dodaje się art. 67a w brzmieniu:

„Art. 67a. 1. Zmiany podmiotu tworzącego, dokonuje się na podstawie porozumienia zawartego pomiędzy podmiotem, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (podmiot przekazujący) z podmiotem, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (podmiot przejmujący).

2. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:

1) oznaczenie podmiotów: przekazującego i przejmującego;

2) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;

3) zasady odpowiedzialności za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;

4) zasady przejęcia mienia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;

5) postanowienie o przekazaniu na własność podmiotowi przejmującemu nieruchomości będących w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których właścicielem przed dniem zawarcia porozumienia jest podmiot przekazujący.

3. Podmiot przejmujący dostosuje skład rady społecznej do przepisów art. 48 w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 1.”;

24) w art. 95 ust.1 otrzymuje brzmienie:

„1. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.”;

25) w art. 100:

a) w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;”;

b) ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Nazwa zakładu leczniczego, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego, zgodnie z ust. 1 pkt 1.”;

26) w art. 105 ust. 4a otrzymuje brzmienie:

„4a. Organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym jego zakładu leczniczego resortowe kody identyfikacyjne, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.”;

27) w art. 106 w ust. 3 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;”;

28) w art. 109 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1 pkt 1, dokonuje zmiany wpisu do rejestru polegającej na wykreśleniu zakładu leczniczego w

przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 pkt 3 i 4, dotyczących wyłącznie tego zakładu leczniczego.

2. Przepis ust. 1 stosuje się wyłącznie w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzącego więcej niż jeden zakład leczniczy.”;

29) w art. 111a dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, mają zastosowanie przepisy art. 111 i art. 112.”;

30) w art. 118 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Do kontroli, o której mowa w art. 118 ust. 1 i art. 119, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.”;

31) w art. 119 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Osobie przeprowadzającej kontrolę na podstawie ust. 1 i 2 przysługują uprawnienia określone odpowiednio w art. 118 ust. 2 lub 3.”;

32) w art. 121 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.”;

33) w art. 204 uchyla się ust. 1.

Art. 2. W ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 180 w § 10 i 11 trzykrotnie wstępujący wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się trzykrotnie wyrazami „zakładzie leczniczym”;

2) w art. 237 w § 4 uchyla się pkt 2.

Art. 3. W ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Dz. U. z 2005 r. poz. 1965, z 2009 r. poz. 817, z 2010 r. poz. 673 oraz z 2011 r. poz. 654) w art. 24 w ust. 1 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakłady lecznicze”.

Art. 4. W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2015 r. poz. 355, z późn. zm.⁴⁾) w art. 121b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1662 oraz z 2015 r. poz. 1066, 1220, 1224, 1240, 1268.

Art. 5. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1402, z późn. zm.⁵⁾) w art. 125b w ust. 2 w pkt 2 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 6. W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1340, z późn. zm.⁶⁾) w art. 105b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 7. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. poz. 1375 oraz z 2015 r. poz. 1916) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3 w pkt 2 w lit. d wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”;
- 2) w art. 4 uchyla się ust 3.

Art. 8. W ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 298 i 1916) w art. 5 w ust. 1 w pkt 1 wyraz „przedsiębiorstw” zastępuje się wyrazami „zakładów leczniczych”.

Art. 9. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, 1633 i 1893) w art. 53 w ust. 4 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 10. W ustawie z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. poz. 236 oraz z 2015 r. poz. 1045 i 1890) w art. 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Jednostki samorządu terytorialnego w drodze umowy mogą powierzać wykonywanie zadań z zakresu gospodarki komunalnej osobom fizycznym, osobom prawnym lub jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.⁷⁾), ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 529, 1045, 1066, 1217, 1268, 1890, 2023 i 2281.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1822, z 2015 r. poz. 529, 1045, 1066, 1217, 1268, 1322, 1336, 1607, 1642, 1830, 1890, 2023 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 147.

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1351, z 2014 r. poz. 502, 616, 1822, z 2015 r. poz. 881, 1045, 1066, 1098, 1217, 1268, 1434, 1505 i 1890.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

885, z późn. zm.⁸⁾), w trybie przepisów ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 696 i 1777), przepisów ustawy z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (Dz. U. z 2015 poz. 113), przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164), przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239 i 395) i ustawy z dnia 16 grudnia 2010 r. o publicznym transporcie zbiorowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1440, 1753, 1890 i 1893) albo na zasadach ogólnych.”.

Art. 11. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 372) w art. 6 w ust. 2 w pkt 2 w lit. b, w art. 29 w ust. 6, w art. 32 w ust. 1 w pkt 1 w lit. c, w art. 32a w ust. 1 w pkt 1, w art. 53 ust. 1, w art. 54 w ust. 1, w art. 55 w ust. 4 i w art. 57 w ust. 1 występujący w różnej liczbie i różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

Art. 12. W ustawie z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. z 2014 r. poz. 170, z późn. zm.⁹⁾) w art. 108b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 13. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1384, z późn. zm.¹⁰⁾) w art. 17 w:

- 1) ust. 1 wyraz „przedsiębiorstwem” zastępuje się wyrazami „zakładem leczniczym”;
- 2) ust. 2 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”.

Art. 14. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 133, z późn. zm.¹¹⁾) w art. 94 w § 2a w pkt 4 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 938 i 1646, z 2014 r. poz. 379, 911, 1146, 1626 i 1877, z 2015 r. poz. 238, 532, 1045, 1117, 1130, 1189, 1190, 1269, 1358, 1513, 1830, 1854, 1890 i 2150 oraz z 2016 r. poz. 195.

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 502, 616 i 1822 oraz z 2015 r. poz. 1066, 1217, 1268 i 1322.

¹⁰⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1491, z 2015 r. 1087, 1893 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 509, 694, 1066, 1224, 1309, 1311, 1418, 1595, 1781 oraz z 2016 r. poz. 147.

Art. 15. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.¹²⁾) w art. 87 w ust. 1 w pkt 2 i 3, w ust. 2a i 4 i w art. 95a w ust. 5 w pkt 2 występujący w różnej liczbie i w różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

Art. 16. W ustawie z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2015 r. poz. 1929) w art. 136b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 17. W ustawie z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. z 2013 r. poz. 499, z późn. zm.¹³⁾) w art. 45 w § 6a w pkt 4 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 18. W ustawie z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1414, 1822 oraz z 2015 r. poz. 1066, 1217, 1268 i 1830) w art. 60b w ust. 1 w pkt 6 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 19. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.⁷⁾) w:

1) w art. 5 w pkt 38 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”;

2) po art. 9 dodaje się art. 9a i 9b w brzmieniu:

„Art. 9a. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia opieki zdrowotnej.

Art. 9b. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 9a, są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert.

¹²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. poz. 1505 i 1570, z 2009 r. poz. 97, 206, 753, 788 i 817, z 2010 r. poz. 513 i 679, z 2011 r. poz. 322, 451, 622, 654, 657 i 696, z 2012 r. poz. 1342 i 1544, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 822 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 28, 277, 788, 875, 1771, 1830, 1918, 1926 i 1991.

¹³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 504, 1031 i 1081, oraz z 2015 r. poz. 1066, 1167, 1240, 1348 oraz z 2016 r. poz. 178.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

2. Do konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48b ust. 2–4 i 6.

3. W przypadku, gdy jednostka samorządu terytorialnego jest w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej:

1) podmiotem tworzącym dla podmiotu leczniczego,

2) jedynym albo większościovym udziałowcem, albo akcjonariuszem w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym

– które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa w ust. 1, umowę te zawiera się wyłącznie z tym podmiotem. W takim przypadku nie przeprowadza się konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

4. Umowa, o której mowa w ust. 1, określa w szczególności:

1) zakres świadczeń opieki zdrowotnej będących jej przedmiotem, ich liczbę i warunki udzielania oraz organizację udzielania tych świadczeń;

2) okres jej obowiązywania;

3) wysokość środków przeznaczonych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady, tryb i termin ich rozliczania;

4) sposób weryfikacji uprawnień mieszkańców wspólnoty samorządowej do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie umowy;

5) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

5. W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa, o której mowa w ust. 1, może obejmować wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

6. O zawarciu umowy, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca, będący równocześnie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jest obowiązany poinformować właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Świadczeniodawca jest obowiązany przysyłać do wiadomości tego oddziału w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.”;

3) w art. 35 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”.

Art. 20. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1106, z późn. zm.¹⁴⁾) w art. 96b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 21. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2014 r. poz. 1411 oraz z 2015 r. 1066, 1217, 1224, 1268 i 2023) w art. 102b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 22. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.¹⁵⁾) w art. 33 w ust. 2, w art. 39c w ust. 3 i w art. 39g w ust. 3 występujący w różnej liczbie i w różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

Art. 23. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126) w art. 10 w ust. 3 w pkt 4 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

Art. 24. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) w art. 35 w ust. 3 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”.

Art. 25. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z 2014 r. poz. 619 i 1138 oraz z 2015 r. poz. 1365) w art. 44 w ust. 2 w pkt 2 i 3 oraz w ust. 4 w pkt 1 i 2 występujący w różnej liczbie i w różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

Art. 26. W ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1415, z późn. zm.¹⁶⁾) w art. 60c w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

¹⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1822 oraz z 2015 r. poz. 1066, 1217, 1268 i 2023.

¹⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635, z 2014 r. poz. 1802 i 1877 i 1887, z 2015 r. poz. 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

¹⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1822 oraz z 2015 r. poz. 529, 928, 1066, 1217, 1268 i 1830.

Art. 27. W ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. poz. 1087) w art. 14 w ust. 2 w pkt 4 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”.

Art. 28. W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy, jednostki Policji prześlą podmiotom leczniczym prowadzącym szpitale numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, na które będą one przekazywały informacje, o których mowa w art. 28a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą.

Art. 29. W terminie do dnia 31 grudnia 2017 r.:

1) kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostosują ich działalność, statuty oraz regulaminy organizacyjne,

2) podmioty tworzące dostosują statuty podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami

– do przepisów ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą.

Art. 30. 1. Przepisy art. 6 ust. 9 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, stosuje się do spółek:

1) w których, w dniu wejścia w życie ustawy, Skarb Państwa albo jednostka samorządu terytorialnego, albo spółka kapitałowa, która na podstawie art. 6 ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, przystąpiła do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki;

2) utworzonych i prowadzonych, zgodnie z ustawą zmienianą w art. 1, po dniu wejścia w życie ustawy.

2. Czynności podjęte przed dniem wejścia w życie ustawy, mające na celu zbycie udziałów albo akcji spółek, w których przed tym dniem Skarb Państwa albo jednostka samorządu terytorialnego, albo spółka kapitałowa, która na podstawie art. 6 ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, przystąpiła do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki, zachowują ważność.

Art. 31. 1. Zaliczka pobrana, przed dniem wejścia w życie ustawy, na poczet dywidendy nie podlega zwrotowi po tym dniu.

2. Przepisu art. 6 ust. 10 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, nie stosuje się do spółek kapitałowych, w których w dniu wejścia w życie ustawy Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna nie były jedynymi udziałowcami albo akcjonariuszami.

3. W terminie do dnia 31 grudnia 2017 r. podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ust. 9 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, dostosują odpowiednio umowy spółek z ograniczoną odpowiedzialnością albo statuty spółek akcyjnych do przepisów ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą.

Art. 32. 1. Obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2017, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, ze sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy.

2. Pierwszy program naprawczy, o którym mowa w art. 59 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, sporządza się bez uwzględnienia raportu, o którym mowa w tym przepisie.

Art. 33. Do kontroli wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, stosuje się dotychczasowe przepisy.

Art. 34. 1. Z dniem wejścia w życie ustawy przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stają się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych.

2. Ilekroć w przepisach odrębnych jest mowa o przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, rozumie się przez to zakład leczniczy.

Art. 35. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 28, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Wzglede
Za zgodność pod wzglede
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Beata Rorant

31.03.2016

Anna Miszczak

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Anna Miszczak
radca prawny

2016-03-31
PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Piotr Warczyński

H. 03.2016
Kleber

Uzasadnienie

Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw ma na celu wprowadzenie nowych regulacji dotyczących:

1) zmiany postępowania w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;

2) wprowadzenia zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większościowy pakiet akcji albo udziałów;

3) wprowadzenia zasady niewypłacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają ponad 51% akcji albo udziałów;

4) wzmocnienia narzędzi nadzoru podmiotu tworzącego nad „swoim” samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej;

5) określenia trybu kontroli przeprowadzanej przez wojewodę w przypadku powzięcia informacji o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew zakazowi wynikającemu z ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.);

6) doprecyzowania przepisów dotyczących przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych;

7) rozszerzenia przepisu dotyczącego przekazywania nieruchomości samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej w nieodpłatne użytkowanie na uczelnie medyczne;

8) uregulowania zasad współpracy podmiotów leczniczych z Policją w ramach poszukiwania osób zaginionych;

9) wprowadzenia zmian terminologicznych, tj. zastąpienia określenia „przedsiębiorstwo”, określeniem „zakład leczniczy” oraz ujednoczenia terminologii polegającego na zastąpieniu określenia „ujemny wynik finansowy” określeniem „strata netto” używanym w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.);

- 10) rezygnacji z obowiązku posiadania ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych;
- 11) wprowadzenia możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego;
- 12) dopuszczenia możliwości przekazywania pomiędzy podmiotami obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
- 13) dopuszczenie możliwości tworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Ad. 1.

Z uwagi na małą skuteczność dotychczasowych procedur w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, proponuje się ich modyfikację.

Z uwagi na to, że wynikająca z obecnych przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” - możliwość zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w przypadku niepokrycia straty netto (ujemnego wyniku finansowego), jest stosowana jedynie incydentalnie, proponuje się odstępianie od tego rozwiązania. Jednocześnie nie będzie obowiązku pokrywania straty przez podmiot tworzący w sytuacji, gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie mógł pokryć stratę we własnym zakresie, tj. z funduszu zakładu.

Sposób pokrywania straty netto określa art. 57 ust. 2 pkt 1 ustawy, zgodnie z którym fundusz zakładu jest zmniejszany o stratę netto. Jeśli fundusz zakładu nie wystarczy na pokrycie straty netto, wówczas podmiot tworzący zobowiązany będzie do pokrycia pozostałej części, jednak nie więcej niż do wysokości wynikającej z sumy straty netto i kosztów amortyzacji.

W takim przypadku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od pokrycia straty przez podmiot tworzący, sporządza program naprawczy, na okres nie dłuższy niż 3 lata. Program naprawczy musi zyskać akceptację podmiotu tworzącego. Wprowadzenie obowiązku sporządzania i realizowania programu naprawczego służy wzmocnieniu odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego za jego wynik finansowy i przyczyni się do prowadzenia racjonalnej gospodarki finansowej. Samo przekazywanie środków z budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego czy też

uczelnii medycznych na pokrycie straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie gwarantuje bowiem racjonalności i roztropności ich wydatkowania.

Drugim z możliwych działań podmiotu tworzącego, w przypadku gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest w stanie samodzielnie pokryć straty netto (ujemnego wyniku finansowego), jest likwidacja podmiotu leczniczego.

Ad. 2.

W celu zapewnienia podmiotom publicznym kontroli nad podmiotami leczniczymi działającymi w formie spółek kapitałowych, utworzonych i prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego bądź Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, proponuje się wprowadzenie ograniczeń w zakresie zbywania podmiotom prywatnym udziałów albo akcji takich spółek. Podmiot publiczny (odpowiednio jednostka samorządu terytorialnego albo Skarb Państwa) mógłby dokonywać zbycia udziałów albo akcji „swoich” spółek, pod warunkiem, że wartość nominalna należących do nich udziałów albo akcji będzie stanowić nie mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Rozwiązanie to umożliwi zahamowanie procesu zbywania udziałów albo akcji spółek kapitałowych Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego, wykonujących działalność leczniczą. Posiadanie większościowego pakietu udziałów albo akcji, zapewni podmiotom publicznym decydujący wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, co jest niezbędne do realizacji zadań w zakresie odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne, jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Do czynności podjętych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy, mających na celu zbycie udziałów albo akcji spółek Skarbu Państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, będą miały zastosowanie dotychczasowe przepisy.

Ad. 3.

Proponuje się wprowadzenie zasady, że w spółkach kapitałowych z większościami udziałem Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo uczelni medycznej, nie wypłaca się dywidendy. Z uwagi na zasadę ochrony praw nabytych, regulacja ta nie będzie miała zastosowania do spółek kapitałowych, w których w dniu wejścia w życie projektowanej ustawy ww. podmioty publiczne nie posiadały 100% udziałów albo akcji.

Regulacja powyższa będzie miała zastosowanie po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie projektowanej ustawy.

Ad. 4.

Zmianom w ustawie przyświeca idea zwiększenia odpowiedzialności podmiotów tworzących wobec „swoich” samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Proponuje się zatem wprowadzenie narzędzi umożliwiających skuteczniejsze sprawowanie nadzoru i posiadanie jednolitej, aktualnej wiedzy na temat sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego. Projekt przewiduje nałożenie na kierownika podmiotu leczniczego obowiązku sporządzania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Będzie on przekazywany podmiotowi tworzącemu w terminie do dnia 31 maja każdego roku. Termin ten uwzględnia przepisy ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, dotyczące sporządzania i przekazywania sprawozdania finansowego i pozwala przypuszczać, iż oba dokumenty będą przekazywane łącznie, co pozwoli na ich porównanie i weryfikację. Podstawą sporządzenia raportu będzie sprawozdanie finansowe za poprzedni rok obrotowy. Zawierał on będzie w szczególności prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne 3 lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej. Analiza oraz prognoza będą wykonywane na podstawie wskaźników, które zostaną określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Mają one zagwarantować przejrzystość i jednolitość analizy i prognozy. Raport ten będzie stanowił podstawę do dokonywania przez podmiot tworzący oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego. Takie rozwiązanie w kontekście obowiązku pokrywania straty netto, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1 ustawy, pozwoli na lepszy nadzór oraz kreowanie polityki zdrowotnej przez podmioty tworzące.

Ad. 5.

Ustawa zobowiązuje wojewodów jako organy prowadzące rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą do przeprowadzania kontroli dotyczącej łamania zakazu obrotu produktami leczniczymi, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi, o którym mowa w art. 87 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Brak jest natomiast przepisów określających szczegółowy tryb takiej kontroli. W związku z powyższym, proponuje się doprecyzowanie

powyższej kwestii przez odesłanie do stosowania przepisów art. 111 i art. 112 ustawy. Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, nadzór nad obrotem produktami leczniczymi sprawuje państwowa inspekcja farmaceutyczna. Zadania inspekcji w tym zakresie wykonuje między innymi wojewoda przy pomocy wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, jako kierownika wojewódzkiej inspekcji farmaceutycznej, wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej.

Tym samym zostaną usunięte wątpliwości interpretacyjne, a regulacje dotyczące przedmiotowej kontroli staną się spójne i kompleksowe.

Ad. 6.

Zmiany w zakresie przepisów dotyczących kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą mają przede wszystkim charakter porządkujący i doprecyzowujący.

W celu uniknięcia ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych oraz ujednoczenia praktyki przeprowadzania kontroli proponuje się całkowite wyłączenie stosowania przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.) do kontroli prowadzonych na podstawie art. 118 i art. 119 ww. ustawy. Powyższe ma szczególne znaczenie w przypadku kontroli podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami. Wprowadzenie przedmiotowego przepisu jest zasadne przede wszystkim z uwagi na specyfikę działalności ww. podmiotów oraz związany z powyższym przedmiot, charakter i cel kontroli (np. kontrola podmiotu leczniczego pod względem medycznym w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta). Kontrola przeprowadzana w podmiotach leczniczych jest kontrolą szczególną, ukierunkowaną przede wszystkim na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów m.in. w zakresie prawidłowości udzielania im świadczeń opieki zdrowotnej. Należy przy tym zauważyć, iż co do zasady kontrole podmiotów leczniczych powinny być realizowane w jak najkrótszym czasie, możliwie sprawnie i szybko, bowiem ich celem jest niejednokrotnie sprawdzenie, czy zaistniały nieprawidłowości mające wpływ na zdrowie lub życie pacjentów. Natomiast ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej nakłada dodatkowe obowiązki zarówno na podmiot kontrolujący, jak i podmiot kontrolowany, co w istotny sposób może wpłynąć na czas trwania kontroli lub sposób jej przeprowadzenia. Obecnie obowiązujący zakres wyłączeń (por. art. 84aa pkt 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej) ma charakter niepełny i niewystarczający, dodatkowo zaś może powodować wątpliwości interpretacyjne. Istnieje więc potrzeba doprecyzowania powyższej kwestii, przez wprowadzenie w ustawie

całkowitego wyłączenia stosowania przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej do kontroli podmiotów leczniczych. Tryb kontroli uregulowany w ustawie oraz w akcie wykonawczym normującym szczegółowy sposób i tryb jej przeprowadzania, tj. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1331), zapewnia realizację ogólnych zasad postępowania kontrolnego, do których należą zasady: prawdy obiektywnej, podmiotowości, kontrydiktoryjności i pisemności.

Kolejna zmiana ma na celu ujednoczenie przepisów określających zakres czynności kontrolnych wykonywanych przez Ministra Zdrowia oraz przez podmioty, którym Minister Zdrowia zlecił przeprowadzenie takiej kontroli, np. wojewodów. W obowiązującym stanie prawnym uprawnienia osób przeprowadzających kontrolę zleconą przez Ministra Zdrowia, niezależnie od rodzaju tej kontroli (tj. od faktu, czy jest to kontrola pod względem zgodności z prawem, czy też pod względem medycznym), są zawężone do czynności odnoszących się w głównej mierze do kontroli pod względem medycznym. Skoro kontrola jest zlecona przez Ministra Zdrowia, zasadne jest ukształtowanie zakresu uprawnień kontrolnych przysługujących osobom ją przeprowadzającym w sposób analogiczny do uprawnień, które przyznane zostały Ministrowi Zdrowia.

Do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą, rozpoczętych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy, będą miały zastosowanie dotychczasowe przepisy.

Kontrola instytutów badawczych

Konsekwencją wprowadzenia regulacji przewidującej całkowite wyłączenie stosowania przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej do kontroli podmiotów leczniczych jest modyfikacja art. 4 ust. 3 pkt 5 ww. ustawy, określającego zakres stosowania ustawy do kontroli instytutów badawczych pod względem medycznym. Instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych uczestniczą w systemie ochrony zdrowia i są podmiotami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy. Niemniej nie są to podmioty lecznicze „niebędące przedsiębiorcami”. Tym samym zasadne jest wyłączenie również względem nich stosowania ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Dodatkowo, w odniesieniu do problematyki kontroli instytutów badawczych pod względem medycznym, zasadne wydaje się być uporządkowanie zakresu stosowanych przepisów ustawy, poprzez wykreślenie z treści art. 4 ust. 3 pkt 5, art. 120 ustawy. Przepis ten przewiduje bowiem, że minister właściwy do spraw

zdrowia informuje podmiot tworzący o wynikach przeprowadzonej kontroli. O ile zatem niniejsza regulacja znajduje pełne zastosowanie w przypadku kontroli podmiotów leczniczych, nad którymi sprawują bezpośredni nadzór podmioty tworzące, o tyle w przypadku kontroli instytutów badawczych, nad którymi nadzór sprawuje Minister Zdrowia – nie znajduje ona racjonalnego i merytorycznego uzasadnienia.

Ad. 7.

Przepis art. 54 ust. 1 ustawy określa, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym). Niejednoznaczne brzmienie tego przepisu, powoduje, że jest interpretowany w różny sposób. Orzecznictwo i praktyka w tym zakresie są rozbieżne. Proponowane brzmienie zakłada swobodę podmiotu tworzącego w zakresie wyposażania „swojego” samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w nieruchomości. Podmiot tworzący będzie mógł przekazać samodzielnemu publicznemu zakładowi w nieodpłatne użytkowanie (najczęstsza sytuacja), przekazać je na własność albo na podstawie innego tytułu prawnego. Niezależnie od sposobu przekazania mienia, zgodnie z projektowanym przepisem (co do zasady) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej samodzielnie gospodaruje mieniem.

Ad. 8.

Proponuje się dodanie w ustawie przepisu nakładającego na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązek współdziałania z Policją w przypadku poszukiwania osoby zaginionej. Współpraca ta byłaby realizowana w dwojaki sposób:

1) po pierwsze, przez obowiązek przekazywania, przez podmioty lecznicze prowadzące szpital, informacji o przyjęciu do szpitala określonych grup pacjentów;

2) po drugie, przez obowiązek udzielania, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, informacji o pacjencie w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z poszukiwaniem osób zaginionych.

Obowiązek poinformowania Policji o przyjęciu pacjenta dotyczyłby pacjentów małoletnich, z których przedstawicielem ustawowym nie można nawiązać kontaktu, oraz pacjentów, których tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów. Potencjalnie mogą to być osoby poszukiwane jako zaginione. Niezasadne

byłoby natomiast zawiadomienie Policji w przypadku, gdy do szpitala trafia osoba nieprzytomna czy małoletnia, której tożsamość jest znana (została przywieziona do szpitala z miejsca zamieszkania, pracy, szkoły, z innego szpitala) i możliwy jest kontakt z jej osobami bliskimi. Należy przy tym podkreślić, że realizacja ww. obowiązku byłaby realizowana przez przekazanie informacji o przyjęciu takiej osoby, bez podawania dodatkowych informacji ją identyfikujących (wzrostu, wagi, płci, cech szczególnych, przypuszczalnego wieku, itp.).

W celu zapewnienia skuteczności przedmiotowych rozwiązań dla Policji, proponuje się wskazanie w ustawie, że informacja będzie przekazywana na podany przez Policję numer telefonu, numer faksu albo adres poczty elektronicznej. Z jednej strony zwolni to pracowników szpitala z każdorazowego ustalania właściwego adresata informacji, co wymaga dużego nakładu pracy i czasu, z drugiej zapewni, że informacja trafi do właściwej osoby w Policji, bez zbędnej zwłoki. Proponuje się zatem, aby przepis dotyczący przekazania przez Policję numerów lub adresów kontaktowych wszedł w życie z dniem ogłoszenia ustawy, co zapewni obu stronom czas niezbędny do przygotowania się do wykonywania omawianego obowiązku.

Drugi sposób współpracy polegałby na udzielaniu informacji o osobie poszukiwanej (o osobie, a nie jej stanie zdrowia) przez wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, jeśli informacje te mogą być pomocne w poszukiwaniu osoby zaginionej.

Ad. 9.

Projekt przewiduje zastąpienie określenia „przedsiębiorstwo” (podmiotu leczniczego), np. szpital, ambulatorium, sanatorium, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, określeniem „zakład leczniczy”. W opinii projektodawcy jest to pojęcie jednoznacznie kojarzące się z działalnością leczniczą. Obecnie funkcjonujący termin „przedsiębiorstwo” (podmiotu leczniczego) na określenie zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, potocznie kojarzy się z działalnością produkcyjną (leczenie odbywa się w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, tj. np. w przychodni).

Projekt przewiduje zatem zmianę art. 2 ust. 1 pkt 8 ustawy i w konsekwencji zmianę we wszystkich przepisach nowelizowanej ustawy, które w obecnym brzmieniu zawierają pojęcie „przedsiębiorstwa”. Zmiany te będą skutkowały również szeregiem dalszych konsekwencji, takich jak zmiana statutów, regulaminów organizacyjnych podmiotów leczniczych; być może także umów. Przewiduje się wprowadzenie okresu dostosowawczego w tym zakresie.

Obecnie obowiązujące przepisy posługują się zamiennie pojęciami „straty netto” oraz „ujemny wynik finansowy”, które są pojęciami tożsamymi. Proponuje się zatem uporządkowanie przepisów w tym zakresie i zastąpienie pojęcia ujemnego wyniku finansowego pojęciem straty netto. Jest to pojęcie używane w przepisach rachunkowych i księgowych, natomiast zwrot „ujemny wynik finansowy” ma bardziej potoczny charakter.

Zmiana terminologii tj. zastąpienie pojęcia „przedsiębiorstwa” podmiotu leczniczego pojęciem „zakładu leczniczego” skutkuje koniecznością dokonania zmian w przepisach innych aktów prawnych, w tym aktów wykonawczych. W związku z tym projekt zawiera przepis, który zastępuje pojęcie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego pojęciem zakładu leczniczego we wszystkich obowiązujących przepisach.

Ad. 10.

Obecny art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b zmienianej ustawy stanowi o obowiązku posiadania przez podmiot leczniczy prowadzący szpital umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie to jest związane z wprowadzoną od dnia 1 stycznia 2012 r. możliwością postępowania przed wojewódzkimi komisjami orzekającymi o zdarzeniach medycznych. Od początku obowiązywania tych przepisów podmioty lecznicze napotkały trudności z zawieraniem umów ubezpieczenia, przede wszystkim w wyniku ograniczonej oferty rynku usług ubezpieczeniowych. Powoduje to bardzo wysokie koszty polis, stanowiące duże obciążenie dla budżetów poszczególnych podmiotów leczniczych. Obowiązek ubezpieczenia był kilkakrotnie przesuwany w czasie. Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742, z późn. zm.), obowiązek ten powstanie z dniem 1 stycznia 2017 r. Projekt przewiduje odejście od obowiązku posiadania umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Odejście od obligatoryjności w zakresie ubezpieczenia nie spowoduje zwolnienia podmiotu leczniczego z odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego. Podmiot zawsze wstępuje w rolę ubezpieczyciela w przypadku braku takiego ubezpieczenia, o czym stanowi art. 67k ust. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r. poz. 186). Zmiana ta spowoduje konieczność wprowadzenia zmian o charakterze porządkującym w innych przepisach, które dotyczą ubezpieczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ad. 11.

Projekt przewiduje dodanie w art. 9a i 9b w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), określających zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą obecnie – na podstawie przepisów ustawy, przekazywać podległym im podmiotom dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakupy aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych. Obowiązujące przepisy nie dopuszczają natomiast możliwości finansowania przez nich świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty lecznicze, dla których są one pomiotami tworzącymi, albo które znajdują się na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

Zgodnie z przepisami art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515, z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1445, z późn. zm.), oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2015 r. poz. 1392, z późn. zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego. Przepisy te nie wskazują jednak szczegółowo w jaki sposób powyższe zadania mają być wykonywane, tym samym nie mogą stanowić samoistnej podstawy prawnej dla działań w ochronie zdrowia.

Przedmiotowy projekt określa wyraźnie podstawę prawną dla tych działań i przewiduje przyznanie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla członków swojej wspólnoty samorządowej.

Projekt przewiduje, iż takie finansowanie odbywać będzie się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a podmiotem leczniczym, dla którego ta jednostka jest podmiotem tworzącym, lub podmiotem leczniczym będącym spółą kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo akcjonariuszem.

Dopiero, w przypadku gdy na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego nie byłoby podmiotu leczniczego, który udzielałby świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie, dla którego ta jednostka jest podmiotem tworzącym, lub podmiotem leczniczym będącym spółą kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo

akcjonariuszem, jednostka ta uprawniona będzie do zawierania umów z „zewnętrznymi” podmiotami wykonującymi działalność leczniczą działającymi na terenie tej jednostki wyłonionymi w wyniku konkursu ofert. Przedmiotowe rozwiązanie ma na celu z jednej strony umożliwić jednostkom zabezpieczenie członkom swojej wspólnoty samorządowej jak najlepszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z drugiej zaś, powinno sprzyjać ograniczeniu generowania strat finansowych tych podmiotów leczniczych.

Aby nie dochodziło do podwójnego finansowania tych samych świadczeń opieki zdrowotnej zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, projektowana ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie (tzw. nadlimity). Ponadto nakłada obowiązek informowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą będący jednocześnie świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarciu takiej umowy z jednostką samorządu terytorialnego oraz obowiązek przekazywania kopii dokumentacji rozliczeniowej prowadzonej z tą jednostką.

Podkreślić należy, iż projektowana ustawa nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość. Projektowana ustawa nie nakłada tym samym na jednostki samorządu terytorialnego nowych zadań i nie ma potrzeby przyznania w tym zakresie jednostkom nowych, dodatkowych środków finansowych.

Jednocześnie możliwość ta nie narusza obowiązków władz publicznych wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. W tym przypadku jest to ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ww. ustawa określa zadania innych niż jednostki samorządu terytorialnego władz publicznych, a w zakresie zadań tych jednostek zadania dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określa rozdział 2 dziale I tej ustawy. Ustawa ta przewiduje równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szczególności w ramach środków

finansowych będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia rozdysponowywanych w umowach ze świadczeniodawcami. Aby nie naruszać zasad tego dostępu (w tym wynikających z przepisów o listach oczekujących na udzielanie świadczeń) projektowana zmiana zakłada możliwość sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego ponad kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec danego świadczeniodawcy.

W konsekwencji dokonano zmiany ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. poz. 236, z późn. zm.), polegającej na wskazaniu w art. 3 przepisów szczególnych (ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), które mają zastosowanie w przypadku powierzenia zadań z zakresu gospodarki komunalnej.

Ad. 12.

Obecne przepisy ustawy nie przewidują możliwości zmiany podmiotu tworzącego. Proponowana zmiana w tym zakresie ma na celu umożliwienie zawarcia porozumienia podmiotu, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (podmiot przekazujący) z podmiotem, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (podmiot przejmujący). Przykładowo jednostka samorządu terytorialnego będzie mogła „przekazać swój” samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej innej jednostce samorządu terytorialnego albo publicznej uczelni medycznej. Proponowane rozwiązanie pozwoli na lepsze, bardziej racjonalne, wykorzystanie potencjału ochrony zdrowia. Niejednokrotnie skupienie kilku podmiotów leczniczych w rękach jednego podmiotu tworzącego pozwoli na lepsze zarządzanie i skuteczniejsze prowadzenie polityki zdrowotnej.

Ad. 13

Projekt zakłada możliwość tworzenia przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego oraz publiczną uczelnię medyczną samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wobec faktu, że ustawa zawiera przepisy dotyczące funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej brak jest uzasadnienia istnienia zakazu tworzenia tych podmiotów. Decyzja o formie, w jakiej jest prowadzony podmiot leczniczy powinna być podejmowana samodzielnie przez podmiot tworzący, po uwzględnieniu wszystkich okoliczności. Nowoutworzony samodzielny publiczny zakład

opieki zdrowotnej będzie podlegał wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego i z chwilą wpisu do niego uzyska osobowość prawną.

Zmiany zaproponowane w art. 2-27 są związane z w znaczącej części ze zmianą terminologiczną zaproponowaną w projekcie ustawy ("zakład leczniczy" zamiast "przedsiębiorstwo"). Ponadto w projektowanej ustawie dokonano zmian, które mają na celu uchylene niewykonanych upoważnień ustawowych.

Ustawa z dnia 22 maja 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 825) weszła w życie z dniem 3 lipca 2009 r. Zmieniła ona m. in. § 1 w art. 237 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), na podstawie którego Rada Ministrów z dniem 1 lipca 2009 r. wydała rozporządzenie w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy (Dz. U. poz. 870). Rozporządzenie wydane na podstawie uchylanego w projektowanej ustawie pkt 2 w § 4 w art. 237 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy ma dotyczyć wytycznych diagnostyczno-orzecznicych i kryteriów rozpoznawania chorób zawodowych, a więc tych kwestii, które są określone w ww. rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. W związku z czym uchylene w projektowanej ustawie pkt 2 w § 4 w art. 237 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jest konieczne.

Z kolei wydanie rozporządzenia na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. poz. 1375, z późn. zm.) jest bezprzedmiotowe, z uwagi na fakt uregulowania tej kwestii w wystarczającym zakresie opracowanym przez Ministra Zdrowia rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. poz. 128), które wygasło, gdyż dotyczyło lat 2011-2015, ale nad opracowaniem nowego rozporządzenia w tym zakresie trwają prace legislacyjne. W związku z czym proponuje się uchylene w projektowanej ustawie ww. art. 4 ust. 3.

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisu art. 28, dotyczącego przekazania przez Policję numerów lub adresów kontaktowych wszedł w życie z dniem ogłoszenia ustawy, co zapewni obu stronom

czas niezbędny do przygotowania się do wykonywania omawianego obowiązku, który wjedzie w życie z dniem ogłoszenia.

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Piotr Warczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Beata Rorant, Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwie Zdrowia, 22 63 49 277, b. rorant@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 25.03.2016 r.</p> <p>Źródło: Expose Prezesa Rady Ministrów</p> <p>Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UA 12</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Doświadczenia stosowania ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) wskazują na potrzebę zmian w zakresie:

- 1) postępowania w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zwanego dalej „spzoz”;
- 2) wprowadzenia zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te tracą większościowy pakiet akcji albo udziałów;
- 3) wprowadzenia zasady niewyplacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają ponad 50% akcji albo udziałów;
- 4) wzmocnienia narzędzi nadzoru podmiotu tworzącego nad „swoim” spzoz;
- 5) określenia trybu kontroli przeprowadzanej przez wojewodę w przypadku powzięcia informacji o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew zakazowi wynikającemu z ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.);
- 6) doprecyzowania przepisów dotyczących przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych;
- 7) zmiany przepisu dotyczącego przekazywania przez podmiot tworzący nieruchomości samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, polegającej na dopuszczeniu różnych tytułów prawnych na podstawie których samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej włada nieruchomościami;
- 8) uregulowania zasad współpracy podmiotów leczniczych z Policją w ramach poszukiwania osób zaginionych;
- 9) wprowadzenia zmian terminologicznych, tj. zastąpienia określenia „przedsiębiorstwo”, określeniem „zakład leczniczy” oraz ujednoczenia terminologii polegającego na zastąpieniu określenia „ujemny wynik finansowy” określeniem „strata netto” używanym w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.);
- 10) rezygnacji z obowiązku posiadania ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych;
- 11) wprowadzenia możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego;
- 12) dopuszczenia możliwości przekazywania obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego spzoz;
- 13) dopuszczenia możliwości tworzenia nowych spzoz.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

- 1) Proponuje się rozwiązanie, w myśl którego spzoz pokrywa stratę netto we własnym zakresie, tj. poprzez zmniejszenie funduszu zakładu, a jeśli fundusz zakładu nie wystarczy na pokrycie straty netto, tylko wówczas podmiot tworzący zobowiązany będzie do pokrycia pozostałej części, jednak nie więcej niż do wysokości wynikającej z sumy straty netto i kosztów amortyzacji; drugim z możliwych działań w przypadku gdy spzoz nie jest w stanie samodzielnie pokryć straty netto jest jego likwidacja.
- 2) Proponuje się wprowadzenie zakazu zbywania akcji i udziałów w spółkach kapitałowych z udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te tracą większościowy pakiet akcji albo udziałów. Podobne rozwiązanie funkcjonuje obecnie w odniesieniu do spółek utworzonych przez uczelnie medyczne, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki.
- 3) W celu zapewnienia odpowiednich środków na rozwój podmiotów leczniczych – spółek w których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają ponad 50% akcji albo udziałów proponuje się pozostawienie w spółkach wypracowanego zysku (zakaz wypłacania dywidendy).

- 4) Proponuje się nałożenie na kierownika spzoz obowiązku sporządzania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej spzoz. Będzie on przekazywany podmiotowi tworzącemu w terminie do dnia 31 maja każdego roku. Termin ten uwzględnia przepisy ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, dotyczące sporządzania i przekazywania sprawozdania finansowego i pozwala przypuszczać, iż oba dokumenty będą przekazywane łącznie, co pozwoli na ich porównanie i weryfikację. Podstawą sporządzenia raportu będzie sprawozdanie finansowe za poprzedni rok obrotowy. Zawierał on będzie w szczególności prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne 3 lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy. Analiza oraz prognoza będą dokonywane na podstawie wskaźników, które zostaną określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jednocześnie podmiot tworzący będzie zobowiązany do oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej spzoz na podstawie ww. raportu.
- 5) Proponuje się określenie trybu przeprowadzania przez wojewodów kontroli podmiotów leczniczych, w przypadku powzięcia informacji o zbywaniu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew zakazowi wynikającemu z ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Brak trybu kontroli utrudnia wojewodom skuteczne realizowanie obowiązku jej przeprowadzenia.
- 6) Proponuje się poszerzenie uprawnień kontrolnych przysługujących wojewodom; wyłączenie wobec podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.) w zakresie kontroli; ujednoczenie przepisów określających zakres czynności kontrolnych wykonywanych przez Ministra Zdrowia oraz przez podmioty, którym Minister Zdrowia zlecił przeprowadzenie takiej kontroli, np. wojewodów.
- 7) Proponuję się zmianę art. 54 ust. 1 ustawy, który określa, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym). Niejednoznaczne brzmienie tego przepisu, powoduje, że jest interpretowany w różny sposób. Orzecznictwo i praktyka w tym zakresie są rozbieżne. Proponowane brzmienie zakłada swobodę podmiotu tworzącego w zakresie wyposażania „swojego” samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w nieruchomości. Podmiot tworzący będzie mógł przekazać samodzielnemu publicznemu zakładowi w nieodpłatne użytkowanie (najczęstsza sytuacja), przekazać je na własność albo na podstawie innego tytułu prawnego. Niezależnie od sposobu przekazania mienia, zgodnie z projektowanym przepisem co do zasady spzoz samodzielnie gospodaruje mieniem.
- 8) Proponuje się wprowadzenie zmian mających na celu ułatwienie i przyspieszenie poszukiwania przez Policję osób zaginionych, przez zobowiązanie podmiotów leczniczych do informowania Policji w przypadku przyjęcia do szpitala osoby małoletniej (przy braku kontaktu z przedstawicielem ustawowym) albo osób o nieustalonej tożsamości. Rozwiązanie to stanowi realizację zaleceń Najwyższej Izby Kontroli, a szczegółowe regulacje zostały wypracowane w trybie roboczym przez przedstawicieli Ministra Zdrowia i Ministra Spraw Wewnętrznych oraz Biura Służby Kryminalnej Komendy Głównej Policji, w celu zwiększenia skuteczności poszukiwania osób zaginionych.
- 9) Proponuje się zastąpienie określenia „przedsiębiorstwo”, terminem „zakład leczniczy”, który bardziej odpowiada specyfice działalności leczniczej oraz ujednoczenie nazewnictwa polegające na zmianie określenia „ujemny wynik finansowy” na określenie „strata netto” używane w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
- 10) Proponuje się odstępianie od zasady, w myśl której w jednym przedsiębiorstwie/zakładzie leczniczym można wykonywać działalność leczniczą wyłącznie jednego rodzaju (np. tylko ambulatoryjną albo tylko szpitalną). Proponowana zmiana ułatwi funkcjonowanie i tworzenie placówek o charakterze interdyscyplinarnym, które oferują pacjentom świadczenia w 2 albo w 3 rodzajach działalności leczniczej.
- 11) Proponuje się wprowadzenie przepisów umożliwiających jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez kupowanie tych świadczeń „u swoich” podmiotów leczniczych, tzn. w spzoz, dla których są podmiotami tworzącymi, oraz w spółkach, w których mają większość akcji albo udziałów. W aktualnym stanie prawnym jednostka samorządu terytorialnego może finansować świadczenia zdrowotne realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej. Programy polityki zdrowotnej są opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
- 12) Proponuje się wprowadzenie przepisów umożliwiających zawarcia porozumienia podmiotu, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (podmiot przekazujący) z podmiotem, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (podmiot przejmujący).
- 13) Proponuje się przywrócić Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jednostce samorządu terytorialnego oraz publicznej uczelni medycznej możliwości tworzenia nowych spzoz.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W zakresie objętym nowelizacją nie ma porównywalnych regulacji prawnych w innych krajach, z wyjątkiem kwestii

dotyczących ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Uregulowania istnieją w Szwecji (obecnie ubezpieczenie na rzecz poszkodowanych pacjentów jest obowiązkowe, początkowo było to ubezpieczenie fakultatywne – w połowie lat 80-tych XX w. same szpitale szwedzkie uznały, że wobec wzrostu roszczeń pacjentów, konieczne jest wzajemne ubezpieczenie się, ustawa powstała w drugiej połowie lat 90-tych) – o odszkodowaniu orzeka komisja. Podobny system (tj. na początku dobrowolny, a potem obowiązkowy) funkcjonuje w Finlandii (1987 r.), Norwegii (1988 r.) oraz Danii (1992 r.). We Francji (obowiązkowy system ubezpieczeniowy, ale istnieje także państwowy fundusz gwarancyjny, z którego uzupełnia się kwotę odszkodowania, gdy nie wystarcza sumy ubezpieczenia – podobnie w Japonii i Nowej Zelandii) – sprawy związane z prawem do wniesienia przez pacjenta skargi oraz uzyskania odszkodowania rozpatruje komisja ds. stosunków pomiędzy użytkownikami a dostawcami opieki zdrowotnej. Komisja ta ocenia poprawność świadczonych usług oraz przestrzeganie praw pacjentów. W Niemczech zawierane są umowy ubezpieczenia OC, ale o przyznaniu świadczenia pacjentowi, w pewnych przypadkach, rozstrzyga komisja rozjemcza, składająca się z lekarzy i prawników, a świadczenie wypłaca ubezpieczyciel, u którego ubezpieczony jest lekarz albo podmiot.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty tworzące spoz: ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego, uczelnie medyczne	783	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Obowiązek pokrycia straty netto przez podmiot tworzący w przypadku niemożliwości pokrycia go przez sam spoz.
Spółki, w których Skarb Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego posiadają ponad 50% akcji albo udziałów	133	Informacje zbierane przez Ministerstwo Zdrowia	Obowiązek przeznaczania zysku spółkach, w których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają ponad 50% akcji albo udziałów, na cele statutowe (działalność leczniczą).
Podmioty lecznicze prowadzące szpitale	1015	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Obowiązek informowania Policji w przypadku przyjęcia do szpitala osoby o nieustalonej tożsamości
Spółki, w których Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają ponad 50% akcji albo udziałów	133 + potencjalnie nowopowstałe spółki	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Zakaz zbywania akcji albo udziałów w spółkach w spółkach Skarbu Państwa albo jednostek samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te stracą większościowy pakiet akcji albo udziałów.
Organy prowadzące rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (województwie)	16	Ustawa o działalności leczniczej	Określenie trybu przeprowadzania kontroli w zakresie łamania zakazu obrotu produktami leczniczymi, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi
Przedsiębiorcy prowadzący działalność leczniczą	16500	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Wyłączenie wobec podmiotów leczniczych – przedsiębiorców przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 30 dni, następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków

Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej, Konfederacji „Lewiatan”, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Związkowi Pracodawców Business Centre Club, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Federacji Pacjentów Polskich, Obywatelskiemu Stowarzyszeniu - Dla Dobra Pacjenta, Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych. Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych, Radzie Dialogu Społecznego, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione po ich zakończeniu w raporcie dołączonym do Oceny Skutków Regulacji.

Projekt ustawy został zamieszczony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 979, z późn. zm.), w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), z chwilą przekazania projektu ustawy do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, został on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	960
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (spzoz)	0	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	960
Wydatki ogółem	0	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	960
budżet państwa	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40
JST	0	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	960
pozostałe jednostki (uczelnie medyczne)	0	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-40
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-40
JST	0	-96	-96	-96	-96	-96	-96	-96	-96	-96	-96	-960
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1 000

Źródła finansowania Budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, budżety uczelni medycznych

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Wpływ regulacji ogółem dla całego sektora finansów publicznych jest neutralny. Potencjalne skutki finansowe dla poszczególnych jednostek sektora finansów publicznych mogą wynikać z obowiązku pokrywania straty netto powiększonej o amortyzację (jeśli wartość jest ujemna) tylko w sytuacji, kiedy strata netto nie może być pokryta przez spzoz we własnym zakresie, tj. z funduszu zakładu. Aktualnie, jeśli strata netto po dodaniu kosztów amortyzacji przyjmuje wartość ujemną podmiot tworzący ma obowiązek pokrycia straty do tej wysokości niezależnie od możliwości jej pokrycia przez spzoz we własnym zakresie. Oznacza to oszczędności dla podmiotów tworzących w kwocie 27 mln zł oraz w takiej samej wartości mniejszy wpływ środków finansowych dla spzoz.

Ponadto potencjalne skutki finansowe dla poszczególnych jednostek sektora finansów publicznych mogłyby wynikać z braku możliwości przekształcenia spzoz w spółkę kapitałową w sytuacji braku pokrycia straty netto powiększonej o amortyzację przez podmiot tworzący. Przekształcenie w spółkę kapitałową mogłoby być tańszym rozwiązaniem dla podmiotu tworzącego niż pokrycie straty. W praktyce jednak jest to skutek czysto teoretyczny, gdyż w dotychczasowym stanie prawnym taka możliwość nie była wykorzystywana przez podmioty tworzące. W tym przypadku oznaczałoby to większe wydatki dla podmiotów tworzących w

kwocie 123 mln zł i równie większe wpływy dla spoz, tym samym neutralny skutek dla całego sektora finansów publicznych.

Podsumowując wydatki i oszczędności powstaje kwota 96 mln zł oznaczająca zwiększenie wydatków dla podmiotów tworzących i równocześnie zwiększenie wpływów w tej samej wysokości dla spoz.

Przedstawione skutki są czysto teoretyczne, gdyż rzeczywiste skutki będą zależały od podejmowanych przez podmioty tworzące decyzji. Jednocześnie, prognoza wyników finansowych poszczególnych spoz w dłuższej perspektywie czasowej mogłaby wykazywać niską sprawdzalność, gdyż spoz wykazujące zyski mogą w przyszłości wykazać straty i odwrotnie. Na wyniki finansowe wpływ mają zarówno czynniki wewnętrzne, tj. zarządzanie przez kierownika spoz, jak też czynniki zewnętrzne, tj. systemowe, makroekonomiczne. Ze względu na wielość czynników mogących oddziaływać zarówno pozytywnie, jak i negatywnie, przyjęto w kolejnych latach prognozę na poziomie roku bazowego.

Do kalkulacji obliczeń i szacunków wykorzystano wstępne dane statystyczne spoz za 2015 r., które ze względu na termin sporządzania sprawozdań finansowych mogą ulec zmianie.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	x tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów x zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów x zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	x tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Brak

10. Wpływ na pozostałe obszary.

środowisko naturalne

sytuacja i rozwój regionalny

inne:

demografia

mienie państwowe

informatyzacja
x zdrowie

Omówienie wpływu

Proponowane zmiany wpłyną na poprawę stabilności, w tym finansowej, podmiotów leczniczych, a tym samym zapewnią lepszy dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Ustawa wejdzie w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisu, dotyczącego przekazania przez Policję numerów lub adresów kontaktowych wszedł w życie z dniem ogłoszenia ustawy, co zapewni obu stronom czas niezbędny do przygotowania się do wykonywania omawianego obowiązku, który wejdzie w życie z dniem ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie przewiduje się ewaluacji efektów projektu.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Nie dotyczy