



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
VIII kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM-10-56-16

**Druk nr 562**

Warszawa, 3 czerwca 2016 r.

Pan  
Marek Kuchciński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku*

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o działalności  
lecniczej oraz niektórych innych ustaw  
z projektem aktu wykonawczego.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

*Z poważaniem*

(-) Beata Szydło

## U S T A W A

z dnia

### **o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

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

1) w art. 2:

a) w ust. 1:

- uchyla się pkt 8,
- pkt 9 otrzymuje brzmienie:  
„9) szpital – zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;”,
- w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 14 w brzmieniu:  
„14) zakład leczniczy – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.”,

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia 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 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, 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, ustawę z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 9 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw oraz ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

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

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.<sup>3)</sup>), 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:

„5) przepisy art. 118 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 i 4, 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,”;

---

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 2, z 2014 r. poz. 1161 i 1662, z 2015 r. poz. 855, 1240, 1893 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 352.

- 4) w art. 6:
- a) w ust. 1 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:  
„4) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”,
  - b) w ust. 2 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:  
„3) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”,
  - c) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:  
„6. Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.  
7. W spółce kapitałowej określonej w ust. 6 wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki oraz uczelnia ta dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Udziały albo akcje w tej spółce poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.”,
  - d) w ust. 8 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:  
„Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę oraz jednostka samorządu terytorialnego mogą przystępować do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą.”,
  - e) dodaje się ust. 9–11 w brzmieniu:  
„9. W spółce kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 1 lub ust. 2 pkt 1, lub do której przystąpiły podmioty, o których mowa w ust. 8, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki oraz Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.  
10. Przepisu ust. 9 nie stosuje się, jeżeli nabywcą lub obejmującym akcje spółki prowadzącej działalność w zakresie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r. poz. 651 i 742 oraz z 2015 r. poz. 1844), jest spółka kapitałowa, wobec której

Skarb Państwa posiada kontrolę w rozumieniu art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634).

11. W spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub 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:
  - a) w ust. 1 w pkt 4 uchyla się lit. b,
  - b) uchyla się ust. 4;
- 8) w art. 18:
  - a) w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
„3) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;”;
  - b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:  
„4. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.”;
  - c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:  
„6. Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5 oraz w ust. 2 pkt 2.”;

- 9) w art. 19:
- a) w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:  
„5) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny;”,
  - b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:  
„4. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7.”,
  - c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:  
„6. Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.”;
- 10) 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.”;
- 11) w art. 22:
- a) po ust. 4a dodaje się ust. 4b i 4c w brzmieniu:  
„4b. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone na podstawie ust. 5 dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.  
4c. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.”,
  - b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:  
„5. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.”;

- 12) w art. 23 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:  
„2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do praktyk zawodowych, o których mowa w art. 18 ust. 4 i 6 oraz art. 19 ust. 4 i 6.”;
- 13) 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.”;
- 14) w art. 25:
- a) w ust. 1 uchyla się pkt 2,
  - b) uchyla się ust. 1a–1f,
  - c) uchyla się ust. 3;
- 15) po art. 28 dodaje się art. 28a w brzmieniu:  
„Art. 28a. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
- 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
  - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2015 r. poz. 355, z późn. zm.<sup>4)</sup>).”;

16) 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;”;

17) 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.”;

18) 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.”;

---

<sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 529, 1045, 1066, 1217, 1268, 1890, 2023 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 147, 437 i 669.



19) 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.”;

20) 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.”;

21) w art. 37:

a) ust. 3–5 otrzymują brzmienie:

„3. Do jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2016 r. poz. 713) oraz przepisów wydanych na ich podstawie, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 44–49 i art. 50 ust. 1–3a oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

4. Do podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. poz. 557, z późn. zm.<sup>5)</sup>) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30,

---

<sup>5)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. poz. 1083, z 1999 r. poz. 931, z 2000 r. poz. 701 i 1268, z 2001 r. poz. 1071 i 1194, z 2002 r. poz. 676 i 1679, z 2003 r. poz. 1061, 1380 i 1750, z 2004 r. poz. 889, 2135, 2405, 2426 i 2703, z 2005 r. 1363 i 1479, z 2006 r. poz. 708 i 1648, z 2007 r. poz. 849, z 2008 r. poz. 620 i 1344, z 2009 r. poz. 39, 119, 504, 817, 911, 963, 1475, 1540 i 1589, z 2010 r. poz. 191, 227, 842 i 1228, z 2011 r. poz. 201, 202, 654, 734, 1092, 1280 i 1431, z 2012 r. poz. 908, z 2013 r. poz. 628 i 1247, z 2014 r. poz. 287, 619 i 1707, z 2015 r. poz. 21, 396, 431, 541, 1269 i 1573 oraz z 2016 r. poz. 428 i 437.

art. 34, art. 35, art. 44–46, art. 48, art. 49 i art. 50 ust. 1–3a oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

5. Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, przepisów art. 49 nie stosuje się.”,

b) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego, przepisów art. 35 i art. 50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.”;

22) w art. 40:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szef Agencji Wywiadu lub Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentystry, a także stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych osobom, o których mowa w art. 56 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2015 r. poz. 827, z późn. zm.<sup>6)</sup>), i funkcjonariuszom Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej oraz Straży Granicznej, weteranom funkcjonariuszom i weteranom poszkodowanym – funkcjonariuszom Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu oraz pracownikom zatrudnionym w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu lub Centralnym Biurze Antykorupcyjnym na podstawie umowy o pracę.”,

---

<sup>6)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1220, 1224, 1830, 2183 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 178.

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych pracownikom cywilnym Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu oraz Straży Granicznej.”;

23) w art. 47 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest żołnierzem zawodowym, stosuje się przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, a do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest funkcjonariuszem Służby Więziennej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, stosuje się odpowiednio przepisy o Służbie Więziennej, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.”;

24) w art. 48 w ust. 3 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu.”;

25) w art. 49 ust. 2 otrzymują brzmienie:

„2. Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.”;

26) w rozdziale 3 w oddziale 2 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. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

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 których mowa w ust. 1, zawierają:

- 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.”;

27) 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, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

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 w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych 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 tych wskaźników.”;

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

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

29) 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.”;

30) w art. 56 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie.”;

31) 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.”;

32) 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) 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak 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, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

4. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, 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.”;

33) 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), a 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 dostosowuje, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 1, skład rady społecznej do przepisów art. 48.”;

34) 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.”;

35) 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.”;

c) uchyla się ust. 4 i 5;

- 36) w art. 101 ust. 3 otrzymuje brzmienie:  
„3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.”;
- 37) w art. 102 ust. 3 otrzymuje brzmienie:  
„3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.”;
- 38) 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.”;
- 39) w art. 106:
- a) 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;”;
  - uchyla się pkt 13,
- b) w ust. 4 uchyla się pkt 11;
- 40) 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.”;
- 41) w art. 111a dodaje się ust. 7 w brzmieniu:  
„7. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 111 i art. 112.”;
- 42) 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.”;
- 43) w art. 121:
- a) 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.”,

- b) uchyla się ust. 6,
- c) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Wnioski z kontroli, o której mowa w art. 89 ust. 5 pkt 7, przekazuje się niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”;

44) 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.<sup>7)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 180:
  - a) w § 10 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Pracownica, która przebywa w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego, może przerwać urlop macierzyński na okres pobytu w tym szpitalu albo zakładzie leczniczym, jeżeli:”,
  - b) w § 11 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się 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 późn. zm.<sup>8)</sup>) w art. 24 w ust. 1 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakłady lecznicze”.

---

<sup>7)</sup> 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 i 1735.

<sup>8)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. poz. 817, z 2010 r. poz. 673 oraz z 2011 r. poz. 654.



**Art. 4.** W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2015 r. poz. 355, z późn. zm.<sup>9)</sup>) w art. 121b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

**Art. 5.** W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1402, z późn. zm.<sup>10)</sup>) w art. 125b w ust. 2 w pkt 5 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 2016 r. poz. 603) 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 2016 r. poz. 546) 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 dentystry (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.<sup>11)</sup>) 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 2016 r. poz. 573) 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

---

<sup>9)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 529, 1045, 1066, 1217, 1268, 1890, 2023 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 147, 437 i 669.

<sup>10)</sup> 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, 437 i 669.

<sup>11)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1633 i 1893, 1991 i 2199 oraz z 2016 r. poz. 65.

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.<sup>12)</sup>), ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.<sup>13)</sup>), 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 r. 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) użyty 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 w ust. 1, w art. 54 w ust. 1, w art. 55 w ust. 4 i w art. 57 w ust. 1 w różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

**Art. 12.** W ustawie z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. z 2016 r. poz. 552) 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.<sup>14)</sup>) w art. 17:

- 1) w ust. 1 wyraz „przedsiębiorstwem” zastępuje się wyrazami „zakładem leczniczym”;
- 2) w 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.<sup>15)</sup>) w art. 94 w § 2a w pkt 4 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

---

<sup>12)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

<sup>13)</sup> 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.

<sup>14)</sup> 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.

**Art. 15.** W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.<sup>16)</sup>) użyty w art. 87 w ust. 1 w pkt 2 i 3, w ust. 2a i 4 i w art. 95a w ust. 3 i w ust. 5 w pkt 2 w różnej liczbie i 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 i 2023 oraz z 2016 r. poz. 147 i 437) 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.<sup>17)</sup>) 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, z późn. zm.<sup>18)</sup>) 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 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2016 r. poz. 710) w art. 43 w ust. 1 w pkt 18a wyraz „przedsiębiorstw” zastępuje się wyrazami „zakładów leczniczych”.

**Art. 20.** W ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.<sup>19)</sup>) art. 84aa otrzymuje brzmienie:

„Art. 84aa. 1. Przepisów art. 79, art. 80a, art. 82 i art. 83 nie stosuje się w odniesieniu do kontroli:

- 1) działalności leczniczej, prowadzonej przez organ prowadzący rejestr, wojewodę i podmiot tworzący w zakresie zadań określonych w przepisach o działalności leczniczej;

---

<sup>15)</sup> 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, 437 i 633.

<sup>16)</sup> 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.

<sup>17)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 504, 1031 i 1081, z 2015 r. poz. 1066, 1167, 1240, 1348 i 1893 oraz z 2016 r. poz. 178.

<sup>18)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1822, z 2015 r. poz. 1066, 1217, 1268 i 1830 oraz z 2016 r. poz. 178 i 308.

<sup>19)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 699, 875, 978, 1197, 1268, 1272, 1618, 1649, 1688, 1712, 1844 i 1893 oraz z 2016 r. poz. 65, 352 i 615.

- 2) przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie poszukiwania, rozpoznawania lub wydobywania kopalin objętych własnością górnictwem lub podmiotu wykonującego w zakresie swojej działalności zawodowej powierzone mu przez tego przedsiębiorcę czynności w ruchu zakładu górnictwem albo zakładu wykonującego roboty geologiczne, prowadzonej przez organy Inspekcji Ochrony Środowiska lub organy nadzoru górnictwem.

2. Do kontroli działalności leczniczej prowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia nie stosuje się przepisów art. 79, art. 79a, art. 80a, art. 82 i art. 83.”.

**Art. 21.** 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.<sup>20)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 pkt 38 otrzymuje brzmienie:

„38) świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;”;

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

„Art. 9a. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

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

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

---

<sup>20)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

3. W przypadku gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej:

- 1) podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego,
- 2) jedynymi albo większościami wspólnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym

– który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa w ust. 1, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nie przeprowadza się konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

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

- 1) rodzaj, zakres i liczbę udzielanych świadczeń gwarantowanych, warunki oraz organizację udzielania tych świadczeń;
- 2) okres jej obowiązywania;
- 3) kwotę zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia;
- 4) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

6. 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 gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

7. 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 przesyłać 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”;
- 4) użyty w art. 95d w ust. 1 i 2, w ust. 6 w pkt 3 i 4 i w ust. 12 w różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”;

5) po art. 188c dodaje się art. 188d w brzmieniu:

„Art. 188d. Jednostka samorządu terytorialnego, w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 9a i art. 9b, ma prawo do przetwarzania danych dotyczących:

- 1) osób, którym udzielono świadczenia gwarantowane na podstawie umowy, o której mowa w art. 9b ust. 1, obejmujących:
  - a) nazwisko i imię (imiona),
  - b) datę urodzenia,
  - c) płeć,
  - d) obywatelstwo,
  - e) numer PESEL,
  - f) serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL,
  - g) adres miejsca zamieszkania,
  - h) informacje o świadczeniach gwarantowanych udzielonych na podstawie umowy, o której mowa w art. 9b ust. 1, oraz przyczynie ich udzielenia;
- 2) osób udzielających świadczeń gwarantowanych udzielonych na podstawie umowy, o której mowa w art. 9b ust. 1, obejmujących:
  - a) nazwisko i imię (imiona),
  - b) numer PESEL,
  - c) serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL,
  - d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku osób, którym nadano ten numer,
  - e) informację o prawomocnych orzeczeniach sądów o skazaniu za przestępstwo określone w art. 228–230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. poz. 553, z późn. zm.<sup>21)</sup>).”.

---

<sup>21)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. poz. 840, z 1999 r. poz. 729 i 931, z 2000 r. poz. 548, 1027 i 1216, z 2001 r. poz. 1071, z 2003 r. poz. 1061, 1142, 1750, 1935 i 2255, z 2004 r. poz. 219, 626, 889 i 2426, z 2005 r. poz. 732, 757, 1109, 1363, 1479 i 1493, z 2006 r. poz. 1409, 1592 i 1648, z 2007 r. poz. 589, 850, 859 i 1378, z 2008 r. poz. 560, 782, 1056, 1080 i 1344, z 2009 r. poz. 504, 533, 1317, 1323, 1474, 1540 i 1589, z 2010 r. poz. 46, 227, 229, 625, 626, 842, 857, 1018, 1021, 1228, 1474 i 1602, z 2011 r. poz. 78, 130, 202, 245, 381, 549, 678, 767, 964, 1135, 1280, 1381 i 1431, z 2012 r.

**Art. 22.** W ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r. poz. 651 i 742 oraz z 2015 r. poz. 1844) w art. 2 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) zakład lecznictwa uzdrowiskowego – zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;”.

**Art. 23.** W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. z 2016 r. poz. 740) w art. 96b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

**Art. 24.** W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2014 r. poz. 1411, z późn. zm.<sup>22)</sup>) w art. 102b w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

**Art. 25.** W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.<sup>23)</sup>) użyty w art. 33 w ust. 2, w art. 39c w ust. 2 i 3 i w art. 39g w ust. 2 i 3 w różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

**Art. 26.** 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”.

---

poz. 611, z 2013 r. poz. 849, 905, 1036 i 1247, z 2014 r. poz. 538, z 2015 r. poz. 396, 541, 1528, 1549, 1707 i 1855 oraz z 2016 r. poz. 189, 428 i 437.

<sup>22)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1822, z 2015 r. 1066, 1217, 1224, 1268 i 2023 oraz z 2016 r. poz. 147, 437 i 615.

<sup>23)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635, z 2014 r. poz. 1802, 1877 i 1887, z 2015 r. poz. 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

**Art. 27.** W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 35 w ust. 3 wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”;
- 2) w art. 67i w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:  
„2) ubezpieczyciela, z którym podmiot zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.”;
- 3) w art. 67k w ust. 10:
  - a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:  
„1) wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2, albo niezawarcia tej umowy”;
  - b) uchyla się pkt 2.

**Art. 28.** 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 późn. zm.<sup>24)</sup>) użyty w art. 44 w ust. 2 w pkt 2 i 3 oraz w ust. 4 w pkt 1 i 2 w różnej liczbie i różnym przypadku wyraz „przedsiębiorstwo” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i odpowiednim przypadku wyrazami „zakład leczniczy”.

**Art. 29.** W ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2016 r. poz. 713) w art. 60c w ust. 2 w pkt 5 w lit. c wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

**Art. 30.** W ustawie z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742 oraz z 2013 r. poz. 1290 i 1887) w art. 11 uchyla się ust. 1–3.

**Art. 31.** W ustawie z dnia 9 kwietnia z 2015 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 788) w art. 7 w pkt 2 wyraz „przedsiębiorstwu” zastępuje się wyrazami „zakładowi leczniczemu”.

---

<sup>24)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 619 i 1138, z 2015 r. poz. 1365, 1916, 1991 oraz z 2016 r. poz. 542.



**Art. 32.** W ustawie z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1066 i 1735) w art. 23:

- 1) w ust. 1 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”;
- 2) w ust. 5 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

**Art. 33.** 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. 34.** W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy jednostki Policji przekażą 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 niniejszą ustawą.

**Art. 35.** 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 niniejszą ustawą.

**Art. 36.** 1. Przepisy art. 6 ust. 7 i 9 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do spółek, w których w dniu wejścia w życie ustawy Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna posiadały udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki oraz uprawnienie, o którym mowa w tych przepisach.

2. Czynności mające na celu zbycie udziałów albo akcji spółek lub skutkujące utratą uprawnień, o których mowa w art. 6 ust. 7 i 9 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, podjęte przed dniem wejścia w życie ustawy, zachowują ważność.

**Art. 37.** 1. Zaliczka pobrana przed dniem wejścia w życie ustawy na poczet dywidendy nie podlega zwrotowi.

2. Przepisu art. 6 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą 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 współnikami albo akcjonariuszami w okresie, w którym podmioty niebędące Skarbem

Państwa, jednostką samorządu terytorialnego lub uczelnią medyczną, będące akcjonariuszami lub współnikami tych spółek w dniu wejścia w życie ustawy, posiadają te udziały lub akcje.

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 niniejszą ustawą, dostosują odpowiednio umowy spółek z ograniczoną odpowiedzialnością albo statuty spółek akcyjnych do przepisów ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

**Art. 38.** 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 niniejszą 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 niniejszą ustawą, sporządza się w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2016, 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.

**Art. 39.** 1. Do kontroli, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Do konkursów na stanowisko zastępcy kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

3. Do postępowań dotyczących prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

**Art. 40.** Z dniem wejścia w życie ustawy przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stają się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych.

**Art. 41.** Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów

wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

**Art. 42.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 34, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 21 pkt 4, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

## 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 (spzoz);
- 2) wprowadzenia zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub 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 lub jednostka samorządu terytorialnego, lub 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) zmiany przepisu dotyczącego przekazywania nieruchomości samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej w nieodpłatne użytkowanie;
- 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;
- 14) uproszczenia wykonywania działalności leczniczej (zapropozowanie Zespołu do opracowania raportu dotyczącego możliwości uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej), tj.:
  - a) zwolnienia kierowników podmiotów leczniczych z obowiązku przekazywania Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacji o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną,
  - b) odstąpienia od obowiązku przedkładania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą opinii sanitarnej wydanej przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz przedkładania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, na rzecz oświadczenia wnioskodawcy ubiegającego się o wpis do tego rejestru o spełnieniu wymagań w zakresie pomieszczeń i urządzeń oraz o zawarciu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
  - c) odstąpienia od obowiązku określania regulaminu organizacyjnego w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich oraz pielęgniarских wyłącznie w zakładzie leczniczym i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich oraz pielęgniarских wyłącznie w zakładzie leczniczym,
  - d) wprowadzenia zasady, że konkurs na stanowisko zastępcy kierownika w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza kierownik tego podmiotu, a nie podmiot tworzący,
  - e) odstąpienia od obowiązku przeprowadzania co 6 miesięcy kontroli przez uczelnię medyczną w podmiocie leczniczym, dla którego jest podmiotem tworzącym;
- 15) zastąpienia fakultatywnego upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania standardów postępowania medycznego upoważnieniem (także fakultatywnym) do wydania standardów organizacyjnych.

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 odstąpienie 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 będzie zobowiązany do pokrycia pozostałej części, jednak nie więcej niż do wysokości wynikającej z sumy straty netto i kosztów amortyzacji, w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wydłużenie tego terminu do 9 miesięcy umożliwi zaplanowanie w budżetach właściwych organów (podmiotów tworzących) środków finansowych na pokrycie straty netto.

Niezależnie od sytuacji pokrywania straty we własnym zakresie przez spzoz czy też przez podmiot tworzący kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, czyli do 30 września, 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 uczelni 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 (oprócz pokrycia straty), w przypadku gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest w stanie samodzielnie pokryć straty netto (ujemnego wyniku finansowego), jest likwidacja podmiotu leczniczego.

Proponowana zmiana ma na celu poprawę sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Analiza finansowa zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pokazała, że poziom zobowiązań ogółem w 2015 r. wyniósł blisko 11 mld zł, natomiast poziom zobowiązań wymagalnych kształtował się w pobliżu kwoty 2 mld zł. Jednocześnie ponad 70% spoz regulowało swoje zobowiązania terminowo i nie wykazywało zobowiązań wymagalnych. Natomiast analiza wyników finansowych wskazała, że w latach 2012–2014 ponad 60% spoz generowała zyski netto. Tak więc, sytuacja finansowa spoz jest zróżnicowana – są zakłady w dobrej kondycji finansowej, jak również takie, które mają problemy finansowe.

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 lub 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 oraz podmioty te będą dysponowały bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. 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 oraz kontrola nad organami spółki (także w odniesieniu do spółek kapitałowych uczelni medycznych) 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 wynikających z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP.

Z uwagi na te przesłanki, projekt ustawy ogranicza prawo własności w zakresie możliwości zbywania udziałów albo akcji spółek kapitałowych Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego, wykonujących działalność leczniczą, ale ograniczenie to nie narusza istoty prawa własności. Własność odpowiednio udziałów albo akcji bowiem nadal należy do Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego i mogą one rozporządzać w tym zakresie swoim prawem do poziomu 49%. Spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą nie tworzy się po to, by czerpać korzyści z własności jej udziałów albo akcji poprzez ich sprzedaż, ale po to, by udzielała ona niezbędnych 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, w związku z czym projektowana ustawa nie narusza tzw. interesów w toku i tym samym nie godzi w prawo własności wynikające z art. 64 ust. 1 Konstytucji RP. Projektowane przepisy będą miały zastosowanie do spółek kapitałowych utworzonych i prowadzonych zgodnie z ustawą po dniu wejścia w życie projektowanej ustawy oraz, w których po dniu wejścia w życie tej ustawy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego nabędą udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki.

Proponowana regulacja podyktowana jest koniecznością zapewnienia ciągłości i szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze, będące spółkami, o których mowa w ustawie. Z uwagi na powyższe proponowane ograniczenia w zbywaniu udziałów albo akcji w tych spółkach są konieczne dla ochrony zdrowia i życia pacjentów. Ma zatem kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego.

Projekt ustawy dopuści możliwość zbywania udziałów albo akcji spółki prowadzącej działalność w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego na rzecz spółek kapitałowych, wobec których Skarb Państwa posiada kontrolę, w rozumieniu art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, z późn. zm.). Takie rozwiązanie ma na celu umożliwienie rozważanego przez Ministra Skarbu Państwa włączenia spółek Skarbu Państwa prowadzących lecznictwo uzdrowiskowe do podmiotu, w którym udział Skarbu Państwa w kapitale zakładowym byłby niższy niż 51%. Wprowadzenie takiego wyłączenia nie spowoduje zakłóceń



w zakresie realizacji zadań dotyczących odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne, za jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Ad 3.

Proponuje się wprowadzenie zasady, że w spółkach kapitałowych z większościovym udziałem Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej nie wypłaca się dywidendy. Z uwagi na zasadę ochrony praw nabytych, ochronę własności i równości wobec prawa, 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.

Regulacja ta ogranicza prawo własności w zakresie możliwości czerpania pożytków – dywidendy z tytułu posiadania udziałów albo akcji w spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, ale spółkę tę utworzono w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie w celu czerpania z niej dochodów. Brak dywidendy nie narusza jednocześnie istoty prawa własności, gdyż ta w zakresie udziałów albo akcji nadal należy do właściwych podmiotów, które z tego tytułu mogą wykonywać inne prawa związane z udziałami albo akcjami.

Podstawowym celem regulacji jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze, poprawa warunków leczenia pacjentów, a także poprawa warunków pracy osób zatrudnionych w tych podmiotach. Środki finansowe, o których mowa w tej regulacji, będą przeznaczane na poprawę stanu infrastruktury technicznej, tj. zakup sprzętu i aparatury medycznej, przeprowadzenie koniecznych remontów w podmiotach leczniczych.

Ponadto należy wskazać, że z uwagi na to, iż zgodnie z art. 64 ust. 3 Konstytucji RP ograniczenia prawa własności można wprowadzić tylko w drodze ustawy, nie było możliwości podjęcia w omawianym zakresie oraz w zakresie omówionym w ww. pkt 2 alternatywnych środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Z informacji o sytuacji podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych powstałych w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (186 podmiotów, w tym 133 spółki w których podmioty publiczne posiadają 100% albo większość udziałów albo akcji; ogółem 156 podmiotów

udostępniło dane o swojej sytuacji) według stanu na dzień 31 grudnia 2014 r. wynik netto wyniósł (-)112 mln zł, przy czym 76 spółek zamknęło działalność zyskiem w kwocie 65 mln zł, 80 z nich odnotowało stratę w kwocie 177 mln zł. Z uwagi na tajemnicę handlową, informacje o wypłatach dywidendy nie były zbierane.

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 zatwierdzania sprawozdań finansowych, i pozwala na łączne przekazanie sprawozdania finansowego celem zatwierdzenia oraz ww. raportu, umożliwiając tym samym 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, a także informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Analiza oraz prognoza będą dokonywane na podstawie wskaźników, które zostaną określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, wydawanym w porozumieniu z Ministrem Finansów. Mają one zagwarantować przejrzystość i jednolitość analizy i prognozy. Jednocześnie podmiot tworzący będzie zobowiązany do oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie ww. raportu. Działania takie pozwolą na zmniejszenie poziomu zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podmioty, nie dostosowując kosztów swojej działalności do poziomu możliwych do osiągnięcia przychodów, powodują w konsekwencji narastanie wartości zobowiązań, na których uregulowanie brakuje środków finansowych. Systematyczna analiza i restrukturyzacja kosztów pozwolą na ograniczenie poziomu zadłużenia. 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.

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.

W odniesieniu do problematyki kontroli instytutów badawczych pod względem medycznym, proponuje się uporządkowanie zakresu stosowanych przepisów ustawy, poprzez wykreślenie z art. 4 ust. 3 pkt 5 odesłania do 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.

Ponadto proponuje się zmianę art. 84aa ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej poprzez dodanie do wyłączeń w zakresie kontroli podmiotów leczniczych realizowanej przez Ministra Zdrowia art. 79a ww. ustawy. Jest to podyktowane uelastycznieniem możliwości realizacji kontroli, w tym przede wszystkim możliwości korzystania przez Ministra Zdrowia z odpowiednich specjalistów posiadających wiedzę, kompetencje i doświadczenie zawodowe dające rękojmię przeprowadzenia kontroli w sposób prawidłowy, którzy nie są pracownikami Ministerstwa Zdrowia. Należy podkreślić, iż wyłączenie ww. przepisu nie pozbawia przedsiębiorców gwarancji wynikających z podstawowych zasad kontroli przewidzianych w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, w tym elementów upoważnienia do kontroli, które są tożsame z elementami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych. Przedmiotowe zmiany usprawnią proces kontrolny.

W 2014 r. Minister Zdrowia skontrolował 15 podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, natomiast w 2015 r. przeprowadził 11 takich kontroli. Funkcjonujące w obecnym stanie prawnym regulacje (art. 122 ustawy oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli

podmiotów leczniczych) gwarantują – wszystkim podmiotom leczniczym, tj. przedsiębiorcom oraz tym niebędącymi przedsiębiorcami – adekwatny, transparentny, kontrydiktoryjny, jawny i obiektywny proces kontrolny, uwzględniający rozwiązania funkcjonujące w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej (np. upoważnienie do kontroli, zawiadomienie, prowadzenie czynności kontrolnych). Istotą tych zmian ma być możliwość zabezpieczenia bezpieczeństwa pacjentów m.in. w zakresie prawidłowości udzielania im świadczeń opieki zdrowotnej. 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. Zmiany w zakresie kontroli zaproponowane w projekcie ustawy dotyczą kontroli podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami – przeprowadzanej przez Ministra Zdrowia. Nie dotyczą natomiast największych podmiotów leczniczych (np. szpitali klinicznych), gdyż działają one na ogół w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcą). Ze względu na ich kluczowe znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, to właściwie te podmioty, a nie przedsiębiorcy najczęściej podlegają kontroli przeprowadzanej przez Ministra Zdrowia.

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.

Jednocześnie, w celu wskazania, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może być także wyposażony w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości, co znajduje

odzwierciedlenie w jego funduszu założycielskim, zaproponowano zmianę brzmienia art. 56 ust. 2 ustawy.

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 zawiadomienia Policji przez podmioty lecznicze prowadzące szpital wyłącznie o fakcie o przyjęcia do szpitala określonych grup pacjentów – bez podawania ich danych, które mogłyby taką osobę zidentyfikować;
- 2) po drugie, przez obowiązek udzielania, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, informacji o przyjęciu osoby zaginionej w rozumieniu przepisów ustawy o Policji (ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2015 r. poz. 355, z późn. zm.) zobowiązuje do udzielania Policji wszelkiej pomocy w zakresie wykonywanych czynności, w tym poszukiwania 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 zawiadamianie 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 osoby zatrudnione w szpitalu 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. z 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 art. 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 podmiotami 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 gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej.

Projekt przewiduje, iż takie finansowanie odbywać będzie się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a podmiotem leczniczym, przy czym pierwszeństwo zawierania takich umów przyznaje podmiotom leczniczym, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym, lub podmiotem leczniczym będącym spółką 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 spółką kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo akcjonariuszem, albo taki podmiot leczniczy nie dysponowałby odpowiednim zapleczem (sprzętem i aparaturą medyczną lub personelem) dla realizacji określonych świadczeń, czy też z innych powodów umowa z tym podmiotem leczniczym nie mogłaby zostać zawarta, 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 gwarantowanych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, projektowana ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego tych świadczeń 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 gwarantowanych 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 działu 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 gwarantowanych 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 2016 r. poz. 573), 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 powierzania 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. Nowo utworzony samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie podlegał wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego i z chwilą wpisu do niego uzyska osobowość prawną.

Ad 14.

W projekcie zaproponowano kilka zmian mających na celu ułatwienie wykonywania działalności leczniczej.

Pierwsza z nich dotyczy zwolnienia kierowników podmiotów leczniczych z obowiązku przekazywania Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacji o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną. Powyższy obowiązek jest powszechnie odbierany jako niewiele wnoszący w zakresie wykonywania działalności leczniczej, a angażujący podmiot leczniczy.

Kolejna propozycja uproszczenia procedury rejestracji podmiotu wykonującego działalność leczniczą polega na odstąpieniu od obowiązku przedkładania opinii sanitarnej wydawanej przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz przedkładania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i zastąpieniu ich oświadczeniem wnioskodawcy o spełnianiu warunków wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym wnioskiem (także w odniesieniu do wymagań dla pomieszczeń i urządzeń oraz zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej) – zgodnie z zasadą zaufania do obywatela.

Ponadto zaproponowano odstąpienie od obowiązku określania regulaminu w przypadku indywidualnych oraz indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i pielęgniarskich wyłącznie w zakładzie leczniczym. Lekarze i pielęgniarki wykonujący taki rodzaj praktyki zawodowej udzielają świadczeń w ramach większego podmiotu (najczęściej udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu), dla którego jego kierownik określa regulamin.

W projekcie zaproponowano, aby konkurs na stanowisko zastępcy kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą przeprowadzał kierownik podmiotu (podobnie jak w odniesieniu do konkursów na inne stanowiska (ordynatora, naczelną pielęgniarki, pielęgniarki oddziałowej), a nie jak obecnie podmiot tworzący. Propozycja upraszcza postępowanie konkursowe.

Ponadto zaproponowano odstąpienie od obowiązku przeprowadzania co 6 miesięcy kontroli przez uczelnię medyczną w podmiocie leczniczym, dla którego jest podmiotem tworzącym (innych podmiotów tworzących taki obowiązek nie dotyczy).

Ad 15.

Projekt zakłada zastąpienie fakultatywnego upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do wydania standardów postępowania medycznego upoważnieniem (także fakultatywnym) do wydania standardów organizacyjnych. Przedstawiciele samorządu zawodowego lekarzy wskazują, że właściwymi do określania standardów medycznych są lekarskie towarzystwa naukowe, a nie Minister Zdrowia.

Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej określać będą wzajemne zależności oraz zakres i podział zadań (uprawnień i odpowiedzialności) związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Powyższe oznaczać może w szczególności kwalifikacje personelu medycznego uczestniczącego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, kolejność wykonywania czynności medycznych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz relacje kompetencyjne występujące między personelem, jak również zakres ich odpowiedzialności.

Ad 16.

Proponuje się wprowadzenie zmian dotyczących wyłączenia niektórych przepisów ustawy w stosunku do podmiotów leczniczych o szczególnej regulacji, tzn. przepisów:

- 1) dotyczących obowiązku powoływania rady społecznej oraz konkursowego trybu wyboru kierownika – w podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w ramach jednostek organizacyjnych Biura Ochrony Rządu. Z uwagi na specyficzny charakter tych podmiotów leczniczych, służbowe podporządkowanie i hierarchiczny sposób kształtowania ich struktury kadrowej, celowe i zasadne jest wyłączenie stosowania ww. przepisów. W konsekwencji wyłączenia obowiązku przeprowadzania w tych podmiotach konkursu na stanowisko kierownika, doprecyzowano, iż do kierownika będącego funkcjonariuszem Biura Ochrony Rządu stosuje się wówczas przepisy ustawy o Biurze Ochrony Rządu. Rozwiązanie takie funkcjonuje już w odniesieniu do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej;
- 2) dotyczących kar finansowych w przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej bez zachowania trybu określonego w art. 34, rady społecznej, konkursowego trybu wyboru kierownika podmiotu leczniczego, stosowania

minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek oraz kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy – w podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu i Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

Ponadto proponuje się rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej, utworzone i nadzorowane przez:

- 1) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji – o pracowników cywilnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu oraz Straży Granicznej;
- 2) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Sprawiedliwości, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz (dodanych w projekcie ustawy) Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Szefa Agencji Wywiadu – o funkcjonariuszy Agencji Wywiadu, weteranów funkcjonariuszy i weteranów poszkodowanych – funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu oraz pracowników zatrudnionych w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu.

Proponuje się również rozszerzenie katalogu podmiotów tworzących podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej posiadającej w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonujących działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentystry, a także stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, o Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz Szefa Agencji Wywiadu.

Ponadto proponuje się rozszerzenie stosowania przepisów dotyczących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek oraz kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

W art. 2–32 wprowadzone zostały zmiany terminologiczne w różnych ustawach, mające na celu zastąpienie wyrazów: „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”, wyrazami: „zakład leczniczy”. Powyższe zmiany są konsekwencją zmiany terminologicznej wprowadzonej w art. 1 w pkt 1 w lit. a projektu ustawy.

Ponadto w projektowanej ustawie dokonano zmian, które mają na celu uchylenie niewykonanych upoważnień ustawowych:

1. 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. 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-orzecznich i kryteriów rozpoznawania chorób zawodowych, które to kwestie wynikają z wiedzy medycznej. W związku z czym uchylenie w projektowanej ustawie pkt 2 w § 4 w art. 237 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jest konieczne.

2. 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). Rozporządzenie to wygasło, gdyż dotyczyło lat 2011–2015, ale nad opracowaniem nowego rozporządzenia w tym zakresie trwają prace legislacyjne. W związku z czym proponuje się uchylenie w projektowanej ustawie w art. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ust. 3.

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów: art. 33 dotyczącego przekazania przez Policję numerów lub adresów kontaktowych, który wejdzie w życie z dniem ogłoszenia ustawy, co zapewni obu stronom czas niezbędny do przygotowania się do wykonywania omawianego obowiązku, oraz art. 20 pkt 4, który dotyczy zmiany terminologicznej (wyraz „przedsiębiorstwa” zastępuje się wyrazami „zakładu leczniczego”) w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, z późn. zm.), która wejdzie w życie, w tym zakresie (art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki finansowanych ze środków publicznych) z dniem 30 czerwca 2016 r.

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><b>Nazwa projektu</b> Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Piotr Warczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Beata Rorant, Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, 22 63 49 277, b.rorant@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia:</b> 25.05.2016 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Expose Prezesa Rady Ministrów</p> <p><b>Nr w wykazie prac Rady Ministrów:</b> 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 niewypłacania 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. 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 spzoz 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;
- 14) uproszczenia wykonywania działalności leczniczej – propozycje Zespołu do opracowania raportu dotyczącego możliwości uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej;
- 15) zastąpienia fakultatywnego upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do wydania standardów postępowania medycznego upoważnieniem (także fakultatywnym) do wydania standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej,
- 16) objęcia specjalnymi regulacjami podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą, dla których podmiotem tworzącym są: Minister Sprawiedliwości, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szef Agencji Wywiadu, Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

### 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 będzie zobowiązany 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. Ponadto Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub publiczna uczelnia medyczna będą dysponowały bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.
- 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 szpitala obowiązku sporządzania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala. Będzie on przekazywany podmiotowi tworzącemu w terminie do dnia 31 maja każdego roku. Termin ten uwzględni przepisy ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, dotyczące zatwierdzania sprawozdań finansowych, i pozwala na łączne przekazanie sprawozdania finansowego celem zatwierdzenia oraz ww. raportu, umożliwiając tym samym 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 szpitala na podstawie ww. raportu. Działania takie pozwolą na zmniejszenie poziomu zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podmioty, nie dostosowując kosztów swojej działalności do poziomu możliwych do osiągnięcia przychodów, powodują w konsekwencji narastanie wartości zobowiązań, na których uregulowanie brakuje środków finansowych. Systematyczna analiza i restrukturyzacja kosztów pozwolą na ograniczenie poziomu zadłużenia.
  - 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 ujednoczenie przepisów określających zakres czynności kontrolnych wykonywanych przez Ministra Zdrowia oraz przez podmioty, którym Minister Zdrowia zlecił przeprowadzenie takiej kontroli, np. wojewodów.
  - 7) Proponuje się, aby podmiot tworzący mógł przekazać szpitalowi na podstawie różnych tytułów prawnych. Niezależnie od sposobu przekazania mienia, zgodnie z projektowanym przepisem (co do zasady) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej 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” określeniem „zakład leczniczy”, który bardziej odpowiada specyfice działalności leczniczej, oraz ujednoczenie nazewnictwa polegającego na zmianie określenia „ujemny wynik finansowy” na określenie „strata netto” używane w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
  - 10) Proponuje się odstąpienie od obowiązku zawieraniu umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, co wynika z trudności z zawieraniem takich umów, głównie z powodu 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. 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.
  - 11) Proponuje się wprowadzenie przepisów umożliwiających jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez kupowanie tych świadczeń „u swoich” podmiotów leczniczych, tzn. w szpitalach, 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 zawarcie 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 możliwość tworzenia nowych szpitali.
  - 14) Proponuje się uproszczenie procedury rejestracji podmiotu wykonującego działalność leczniczą, które będzie polegało na odstąpieniu od obowiązku przedkładania opinii sanitarnej wydawanej przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz przedkładania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i zastąpieniu ich

oświadczeniem wnioskodawcy o spełnianiu warunków wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym wnioskiem (także w odniesieniu do wymagań dla pomieszczeń i urzędzeń oraz zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej oraz odstąpienie od obowiązku określania regulaminu w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich i pielęgniarstwa wyłącznie w zakładzie leczniczym. Lekarze i pielęgniarki wykonujący taki rodzaj praktyki zawodowej udzielają świadczeń w ramach większego podmiotu.

- 15) Określenie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny pozytywnie wpłynie na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- 16) Proponuje się rozszerzenie zakresu specjalnych regulacji dla podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego – uwzględniając specyfikę funkcjonowania tych służb.

### 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. XX w. same szpitale szwedzkie uznały, że wobec wzrostu roszczeń pacjentów, konieczne jest wzajemne ubezpieczenie się, ustawa powstała w drugiej połowie lat 90. XX w.) – 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 nowo powstałe spółki	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Zakaz zbywania akcji albo udziałów 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	16 500	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, Rzecznikowi Praw Pacjenta, Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych, Radzie Dialogu Społecznego, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979 oraz z 2015 r. poz. 1063) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji,

Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 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.

Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania udziałem w pracach w trybie ustawy o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

### 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	Łącznie (0-10)	
<b>Dochody ogółem</b>	0	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-280
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	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-280
<b>Wydatki ogółem</b>	0	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-28	-280
budżet państwa	0	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-30
JST	0	-19	-19	-19	-19	-19	-19	-19	-19	-19	-19	-19	-190
pozostałe jednostki (uczelnie medyczne)	0	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-60
<b>Saldo ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
budżet państwa	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
JST	0	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	190
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	-22	-22	-22	-22	-22	-22	-22	-22	-22	-22	-22	-220
Źródła finansowania	Budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, budżety uczelni medycznych.												

<p>Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń</p>	<p>Wpływ regulacji ogółem dla całego sektora finansów publicznych jest neutralny. Potencjalne skutki finansowe dla poszczególnych jednostek sektora finansów publicznych mogą wynikać z projektowanych zmian art. 59 ustawy o działalności leczniczej. W aktualnym stanie prawnym, obowiązek pokrywania straty netto powiększonej o amortyzację (jeśli wartość jest ujemna i nie ma decyzji o zmianie formy gospodarki bądź likwidacji) istnieje niezależnie od tego, czy strata netto może być pokryta przez spzoz we własnym zakresie, tj. z funduszu zakładu. Projektowane przepisy stanowią o obowiązku pokrywania straty, jeśli ta po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, ale tylko w wysokości jaka nie może być pokryta we własnym zakresie. Oznacza to oszczędności dla podmiotów tworzących w kwocie 28 mln zł oraz w takiej samej wartości mniejszy wpływ środków finansowych dla spzoz.</p> <p><i>Sposób kalkulacji:</i></p> <p><i>Oznaczenia:</i>  <i>FZ – fundusz zakładu spzoz</i>  <i>SA – strata netto + amortyzacja spzoz</i>  <i>S – strata netto spzoz</i></p> <p><i>Sytuacje:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Jeśli <math>FZ+S \geq 0</math> to oszczędność wynosi <math> SA </math></i></li> <li><i>2. Jeśli <math>FZ+S &lt; 0</math> oraz <math>FZ+S &gt; SA</math> to oszczędność wynosi <math> SA  -  FZ+S </math></i></li> <li><i>3. Jeśli <math>FZ+S &lt; 0</math> oraz <math>FZ+S \leq SA</math> to brak oszczędności</i></li> </ol> <p><i>Kalkulacji dokonano dla poszczególnych spzoz na podstawie danych za kolejne lata 2013, 2014 i 2015. Powyższe sytuacje dotyczą przypadków, kiedy strata netto po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, gdyż przy dodatniej wartości nie ma obowiązku pokrywania przez podmiot tworzący i nie występują skutki finansowe. Z wyżej opisanych kalkulacji otrzymano, iż oszczędności dla podmiotów tworzących według danych za kolejne lata wyniosłyby:</i></p> <p><i>2013 r. – 29 mln zł</i>  <i>2014 r. – 27 mln zł</i>  <i>2015 r. – 27 mln zł</i></p> <p><i>Przyjęto średnią z trzech lat w wysokości 28 mln zł.</i></p> <p>Skutki zostały policzone przy założeniu, że strata netto jest pokrywana zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <p>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. W praktyce jednak, w dotychczasowym stanie prawnym taka możliwość nie była wykorzystywana przez podmioty tworzące, dlatego też zmiana w tym zakresie nie będzie generować skutków finansowych.</p> <p>Podsumowując, oszczędności dla podmiotów tworzących będą oznaczać równocześnie zmniejszenie wpływu środków finansowych w tej samej wysokości dla spzoz.</p> <p>Przedstawione skutki są czysto teoretyczne, gdyż rzeczywiste skutki będą zależały od podejmowanych przez podmioty tworzące decyzji. Jednocześnie, prognoza wyników finansowych poszczególnych spzoz w dłuższej perspektywie czasowej mogłaby wykazywać niską sprawdzalność, gdyż spzoz wykazujące zyski mogą w przyszłości wykazać straty i odwrotnie. Na wyniki finansowe wpływ mają zarówno czynniki wewnętrzne, tj. zarządzanie przez kierownika spzoz, jak też czynniki zewnętrzne, tj. systemowe, makroekonomiczne. Wprowadzany obowiązek sporządzania programu naprawczego w sytuacji odnotowania straty netto wzmocni dyscyplinę finansową i racjonalność gospodarki finansowej. Ze względu na wielość czynników mogących oddziaływać zarówno pozytywnie, jak i negatywnie, przyjęto w kolejnych latach prognozę na poziomie roku pierwszego, dla którego wykorzystano średnie dane z ostatnich 3 lat.</p> <p>Do kalkulacji wykorzystano dane statystyczne spzoz za lata 2013–2014 oraz wstępne dane statystyczne spzoz za 2015 r., które ze względu na termin sporządzania sprawozdań finansowych mogą ulec zmianie.</p> <p>Zmiana przepisów dotyczących kontroli przeprowadzanej przez wojewodów nie nakłada na nich nowych obowiązków (daje jedynie dodatkowe instrumenty), a zatem nie będzie wywoływała skutków finansowych dla budżetu państwa.</p>
---	---

	<p>Analogicznie samo przekazanie przez Policję numerów telefonów oraz adresów poczty elektronicznej podmiotom leczniczym prowadzącym szpital do przekazywania informacji o pacjentach (w ramach współpracy z Policją) nie wywoła skutków finansowych dla budżetu państwa.</p> <p>Zmiany polegające na rozszerzeniu kręgu uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze działające w formie jednostki budżetowej, utworzone przez Ministra Spraw Wewnętrznych oraz Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz umożliwiające tworzenie takich podmiotów leczniczych przez Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego mogą wywoływać skutki finansowe dla budżetu państwa. Ewentualne wydatki wynikające z tych przepisów zostaną sfinansowane w ramach posiadanych środków pozostających w dyspozycji właściwych ministrów i szefów służb – bez ubiegania się w latach kolejnych o dodatkowe środki z budżetu państwa.</p>
--	---

### 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).	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input checked="" type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

**Komentarz:**  
 Uproszczenie procedury rejestracyjnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą skróci czas, który wnioskodawcy przeznaczają na załatwienie sprawy. Wnioskodawcy nie będą występować o opinię sanitarną wydawaną przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (odstąpienie od kontroli prewencyjnej, na rzecz oświadczenia wnioskodawców o spełnianiu warunków wykonywania działalności leczniczej).

**9. Wpływ na rynek pracy**

Brak.

**10. Wpływ na pozostałe obszary.**

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne	<input type="checkbox"/> demografia	<input type="checkbox"/> informatyzacja
<input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny	<input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
<input type="checkbox"/> inne:		

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, co zapewni obu stronom czas niezbędny do przygotowania się do wykonywania omawianego obowiązku, który wjdzie w życie z dniem ogłoszenia, oraz przepisu, dotyczącego wydania opinii o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zakresie zmiany określenia „przedsiębiorstwo” określeniem „zakład leczniczy”.

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

Prowadzony jest stały monitoring sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

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

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

l.p	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Art. 1 pkt 1	OPZZ	<p>Nie ulega wątpliwości, że w ostatnich latach nastąpiło wręcz „odhumanizowanie” ochrony zdrowia, także poprzez terminologię ustawową.</p> <p>Zwracamy uwagę, że zmiana nazewnictwa, oprócz zmiany statutów, pieczętek, tablic itp. pociąga za sobą <b>koszty. Powinny one zostać zaplanowane w budżecie ministra zdrowia, a nie być kosztem przerzuconym na placówki.</b></p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona</b></p> <p>Na pieczętkach figurują nazwy przedsiębiorstw: szpital, przychodnia, sanatorium; wyraz „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” występuje w dokumentach rejestrowych, względnie w statutach podmiotów leczniczych</p>
2.	Art. 1 pkt 1	BCC	<p>Nie widzimy potrzeby zmiany w tym zakresie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona</b></p> <p>Podmioty lecznicze oraz tworzące będą miały ponad rok na niezbędne dostosowanie do zmienionych przepisów.</p>
3.	Art. 1 pkt 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Mając na uwadze wskazany powyżej cel jaki zamierza osiągnąć projektodawca głębokie zdumienie wywołuje kierunek zmian w ustawie polegający wyłącznie na zmianie terminologii, tj. zmianie pojęcia „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” na pojęcie „zakład leczniczy”, który będzie implikował wiele zmian w dokumentach działających już podmiotów leczniczych, a także wiele zmian logistycznych i organizacyjnych włącznie z tablicami informacyjnymi,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona;</b></p> <p>Wyraz „przedsiębiorstwo” rzadko występuje w dokumentach. Zakres koniecznych zmian nie będzie znaczny.</p>



**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			pieczętkami itp. Wskazana zmiana spowoduje poważne zmieszanie organizacyjne i logistyczne a także, będzie się wiązała z dużymi kosztami po stronie podmiotów leczniczych, organów tworzących oraz płatnika. Tym samym słuszne wątpliwości budzi zasadność wydatkowania środków publicznych wyłącznie w celu zmiany nazewnictwa zmierzającej jak wskazał projektodawca do poprawy potocznego skojarzenia.	
4.	Art. 1 pkt 1	Związek Powiatów Polskich	<p>Wykreślenie przepisu, ewentualnie wydłużenie okresu dostosowawczego oraz wprowadzenie zwolnienia dla podmiotów leczniczych w zakresie zmian w rejestrze.</p> <p>Z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że jedynym argumentem dla wprowadzenia zmiany jest to, że słowo przedsiębiorstwo potocznie kojarzy się z działalnością produkcyjną. Innymi słowy zmiana nie niesie za sobą żadnej wartości dodanej zwłaszcza, jeżeli w przypadku aktów prawnych stosowanie wyrażen w znaczeniu odbiegającym od ich potocznego znaczenia ma charakter powszechny. W naszej ocenie zmiany przepisów, które w praktyce spowodują daleko idące skutki związane w koniecznością wprowadzenia zmian w dokumentacji wewnętrznej podmiotu. Z projektu nie wynika jasno jak będzie wyglądał tryb zmiany wpisów w rejestrze, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej oraz wKRS. W tym miejscu należy zauważyć, że zmiany w rejestrach wiążą się z koniecznością ponoszenia opłat. Brak jest w tym zakresie przepisów dostosowujących. W OSR zupełnie pominięto skutki finansowe dla podmiotów leczniczych w zakresie konieczności wprowadzenia omawianej</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona;</b></p> <p>Okres na dostosowanie do dnia 31.12.2017 r. wydaje się wystarczający (29)</p>

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			zmiany. Zwracamy również uwagę, że art. 34 projektu nowelizacji, chociaż zabezpieczający projektodawcę nie sprzyja przejrzystości przepisów prawa.	
5.	Art. 1 pkt 1	Kolegium Pielęgniarek i Położnych	Zmiana nazwy sugeruje odejście od gospodarki wolnorynkowej na rzecz „usługi publicznej”. Zdaniem Kolegium nomenklatura powinna pozostać taka sama.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Proponowana terminologia bardziej odpowiada specyfice służby zdrowia
6.	Art. 1 pkt 1	Lewiatan	Zaproponowana zmiana terminologii nie ma żadnego uzasadnienia formalno-prawnego. Projektodawcy w żaden sposób nie wyjaśnili celu proponowanej zmiany, która wymusi jednakże konieczność dokonania zmiany w wielu aktach prawnych, w tym dokumentach wewnętrznych podmiotów leczniczych. To natomiast będzie się wiązało z nieuzasadnionymi kosztami dotyczącymi m.in. zmiany pieczętek, czy tablic informacyjnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Proponowana terminologia bardziej odpowiada specyfice służby zdrowia
7.	Art. 1 pkt 1	Porozumienie Zielonogórskie	Sprzeciw zmiany pojęcia "przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego" na "zakład leczniczy" - nie to daje żadnego pożytku poza koniecznością poniesienia kosztów zmian w rejestrach, pieczętek, druków itp.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Proponowana terminologia bardziej odpowiada specyfice służby zdrowia
8.	Art. 1 pkt 1	Naczelna Rada Lekarska	Co prawda projektowana zmiana pojęcia „przedsiębiorstwa” na „zakład leczniczy” wskazuje na próbę odejścia od rozumienia cywilistycznego charakteru działalności leczniczej, jednakże poza zmianą pojęcia, jego definicja w dalszym ciągu nie uwzględnia aspektu ludzkiego, który jest niezbędny w działalności tego typu. Proponowana definicja pomija fakt, że działalność lecznicza jest wykonywana przez zatrudniony w zakładzie leczniczym zespół	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Szpital czy przychodnia (przedsiębiorstwo/zakład leczniczy) w ścisłym, znaczeniu, to budynki, urządzenia aparatura, a nie tam zatrudnieni

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>pracowników medycznych i innych przy wykorzystaniu składników majątkowych;</p> <p>zmiana nazewnictwa w tym zakresie – bez uwzględnienia aspektu ludzkiego w działalności zakładu leczniczego - może spowodować jedynie dodatkowe, niepotrzebne i nieuzasadnione koszty po stronie już funkcjonujących podmiotów leczniczych;</p>	
9.	Art. 1 pkt 4	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	<p>Zakaz zbywania udziałów/akcji może stanowić bodziec do zbywania udziałów/akcji przed wejściem w życie ustawy.</p> <p>Ponadto w świetle art. 31 ust. 2 z przychodów zakładu leczniczego może zostać wypłacona dywidenda, także w spółkach, w których w dniu wejścia w życie ustawy podmioty publiczne nie były jedynymi udziałowcami. Zmniejsza to środki finansowe przeznaczone na cele własne zakładu i może pogłębić ujemny wynik finansowy sprzed lat i tworzyć presję na wykonywanie jedynie opłacalnych świadczeń zdrowotnych. Równocześnie trudno doszukać się obowiązku przeznaczania zysku na działalność leczniczą, czy innych mechanizmów użyteczności publicznej. Spółki nadal będą działać w oparciu o przepisy działalności gospodarczej, zobowiązujące do uzyskania zysku.</p>	<p>W większości przypadków jednostki samorządu terytorialnego zachowują 100 % udziałów spółkach. Obawy nieuzasadnione. Spozoz mają taki obowiązek.</p>
10.	Art. 1 pkt 4	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Sprzeciw przymusowego utrzymywania państwowej lub samorządowej własności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona</b></p> <p>Posiadanie większościowego pakietu udziałów albo akcji, zapewni podmiotom publicznym decydujący wpływ na funkcjonowanie</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

				podmiotów leczniczych, co jest niezbędne do realizacji zadań w zakresie odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne, jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.
11.	Art. 1 pkt 4 (dodanie w art. 6 ustawy o działalności leczniczej ust. 9 i 10)	Związek Powiatów Polskich	<p>Wykreślenie z projektu.</p> <p>W pierwszej kolejności należy podnieść, że projektowane przepisy naruszają art. 21, 64 ust. 2 i 3 oraz 165 Konstytucji t. j. naruszają uprawnienia jednostki samorządu terytorialnego w zakresie swobody wykonywania prawa własności.</p> <p>Nie można pomijać kontekstu w jakim dochodzi do zbycia udziałów w spółkach prowadzących działalność leczniczą na rzecz podmiotów spoza sektora finansów publicznych – przyczyną takiego stanu rzeczy jest permanentne niedofinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz brak środków finansowych po stronie samorządów na dostosowanie się do wymogów czy modernizację infrastruktury.</p> <p>Jeżeli Ministerstwo Zdrowia nie proponuje żadnych konkretnych rozwiązań, które posłużą poprawie sytuacji finansowej szpitali, zwłaszcza tych prowadzonych przez powiaty, dopóty przedstawione rozwiązanie jest nie do zaakceptowania, niezależnie od sygnalizowanej na wstępie niezgodności z Konstytucją projektowanych przepisów.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona</b></p> <p>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.</p>

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>Zupełnie niezrozumiały jest argument wskazany w uzasadnieniu, że cyt. „<i>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.</i>”, jeżeli jednocześnie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powszechnie dopuszcza się podmioty prywatne a takie warunki jak bezpieczeństwo, jakość i dostępność winien zagwarantować Minister Zdrowia oraz Fundusz przy kontaktowaniu świadczeń.</p> <p>Prowadzenie podmiotów leczniczych nie jest zadaniem obligatoryjnym jednostek samorządu terytorialnego. Skutkiem wprowadzonej zmiany może być konieczność likwidacji publicznych placówek i sprzedaż majątku podmiotom prywatnym.</p> <p>Zwracamy również uwagę, że literalne brzmienie projektowanych przepisów uniemożliwia tworzenie i przystępowania do spółek kapitałowych przez więcej niż jedną jednostkę samorządu terytorialnego, jeżeli w sumie wartość nominalna ich udziałów/akcji wynosiłaby nie mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki</p>	
12.	Art. 1 pkt 4	BCC	Obowiązek przekazywania zysku na działalność leczniczą może być niezgodny z Konstytucją RP.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Projekt zakłada zasadę niewypłacania dywidendy, tzn. przeznaczenie środków finansowych na rozwój

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

				spółki
13.	Art. 1 pkt 4	BCC	Ograniczenia w zbywaniu akcji i udziałów w spółkach założonych przez podmioty publiczne odetnie te spółki od możliwości pozyskiwania kapitału ze źródeł prywatnych. Ponadto ogranicza prawa jst zakresie dysponowania własnością, co jest niezgodne z konstytucją.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> „publiczne” spółki będą korzystać z kapitału „publicznego”.
14.	Art. 1 pkt 4	Konwent Marszałków Województw RP	Proponowana regulacja, w zakresie funkcjonowania spółek kapitałowych wykonujących działalność leczniczą, stanowi, że wartość akcji i udziałów należących do Skarbu Państwa albo do jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Jednocześnie autorzy projektu proponują wprowadzenie dodatkowego obostrzenia w postaci braku możliwości wypłacania dywidendy z prowadzonej przez spółkę działalności. Takie ujęcie przepisów może skutkować obniżeniem poziomu inwestycji w obszar opieki zdrowotnej ze strony sektora prywatnego. W konsekwencji może to prowadzić do zahamowania rozwoju części podmiotów leczniczych, co w dłuższej perspektywie, niejednokrotnie skutkować może uniemożliwieniem funkcjonowania na rynku usług zdrowotnych. Podkreślamy, że w wielu przypadkach wprowadzenie kapitału prywatnego jest szansą na utrzymanie prowadzonej przez jednostki działalności leczniczej. Środki niepubliczne w ochronie zdrowia są również szansą na optymalny rozwój lub zmniejszenie obciążeń publicznych, zwłaszcza w obliczu nowych regulacji, których następstwem będzie konieczność pokrycia strat generowanych przez nierentowny podmiot leczniczy ze	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Proponowane przepisy nie ograniczają możliwości inwestorów prywatnych. Mogą oni samodzielnie prowadzić działalność leczniczą.

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			środków publicznych. W naszej opinii rozwiązanie to ogranicza także prawo samorządów do gospodarowania własnym mieniem, ma więc charakter restrykcji, a nie regulacji.	
15.	Art. 1 pkt 4	Naczelna Rada Lekarska	Zmiana art. 6 ust 9 jest mało czytelna; nasuwa się wątpliwość o którą spółkę chodzi w wyrażeniu „wartość nominalna udziałów albo akcji należących (...) do spółki kapitałowej, która przystąpiła do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki”.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b> Zaproponowane brzmienie jest spójne z obowiązującym przepisem dotyczącym spółek publicznych uczelni medycznych
16.	Art. 1 pkt 4	Polska Federacja Szpitali	Projekt nowelizacji stanowi istotne ograniczenie swobody działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów <i>Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej</i> , <b>TFUE</b> , zgodnie z orzecznictwem <b>TSUE</b> , a także przepisów <i>Kodeksu spółek handlowych</i> . Zgodnie z <i>Konstytucją</i> gospodarka rynkowa jako podstawa ustroju gospodarczego] Społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej [patrz: <b>art. 20 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej</b> ].	Proponowane regulacje mają na celu nacjonalizacji, czy w jakimkolwiek stopniu nie ograniczają praw prywatnych przedsiębiorców w wykonywaniu działalności leczniczej. W aktualnym stanie prawnym istnieją już ograniczenia w zbywaniu udziałów albo akcji w spółkach publicznych uczelni medycznych.
17.	Art. 1 pkt 4	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Negatywnie oceniamy także propozycje ograniczające swobodę samorządów w doborze formy działania dla realizacji zadań publicznych. Opinia ta dotyczy m.in. zbywania udziałów lub akcji spółek kapitałowych prowadzących podmiot leczniczy (samorzady mogłyby dokonywać zbycia udziałów albo akcji „swoich” spółek,	Zasada niewypłacania dywidendy może wzmocnić finansowo spółki jst.

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>pod warunkiem, że wartość nominalna należących do nich udziałów albo akcji będzie stanowić nie mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki) oraz zakaz wypłaty dywidendy w spółkach, w których większościowym właścicielem jest podmiot publiczny.</p> <p>Niepokojący jest fakt, iż planowana jest zmiana prawa, której efektem może być wycofywanie się sektora prywatnego z inwestowania w lecznictwo. Dobrymi przykładami współpracy prywatnego kapitału z sektorem publicznym są szpitale w Białymostku lub w Żywcu, gdzie dzięki zaangażowaniu partnerów prywatnych szpitale będą funkcjonowały w obiektach nie tylko odpowiadających wymaganym standardom, ale również dzięki nowoczesnemu sprzętowi i aparaturze medycznej proces diagnozowania i leczenia pacjentów będzie szybszy i bardziej efektywny.</p>	
18.	Art. 1 pkt 4	OPZZ	<p>Warto powrócić do tej propozycji, aby wypracowany zysk podmiotów leczniczych, będących spółkami z większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo uczelni medycznej mógł być przeznaczony na działalność leczniczą.</p> <p>Można także rozważyć przeznaczenie zysku m.in. na dodatkowe wzrosty płac, których podział mógłby być dokonywany na poziomie zakładu pracy w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi. Zysk wypracowany przez placówkę – spółkę dokonuje się w dużej mierze dzięki pracy pracowników.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona</b></p> <p>Na działalność leczniczą, zgodnie z definicją w ustawie, czyli na leczenie lub promocje zdrowia, tzn. nie na wynagrodzenia, nie na remonty itd.</p>
19.	Art. 1 pkt 4	Związek Miast Polskich	<p>Negatywnie oceniamy propozycje ograniczające autonomię samorządów w doborze formy działania do realizacji zadań publicznych. Opinia ta dotyczy m.in.</p>	<p>Posiadanie większościowego pakietu udziałów albo akcji,</p>



## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>zbywania udziałów lub akcji spółek kapitałowych prowadzących podmiot leczniczy (samorządy mogłyby dokonywać zbycia udziałów albo akcji „swoich” spółek, pod warunkiem, że wartość nominalna należących do nich udziałów albo akcji będzie stanowić nie mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki) oraz zakaz wypłaty dywidendy w spółkach, w których większościowym właścicielem jest podmiot publiczny.</p>	<p>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.</p>
20.	Art. 1 pkt 4	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	<p>Za niecelową uznać należy regulację zmienionego art. 6u.d.l., zakazującą zbywania ponad 49 % udziałów lub akcji w spółce będącej podmiotem leczniczym i utworzonej przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego, lub spółce, do której przystąpił Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego. Tego rodzaju regulacje uniemożliwiają wyzbycie się przez w/w podmioty własności spółek, które nie są już potrzebne do realizowania zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia.</p> <p>W tym zakresie zakwestionować należy sam cel przyświecający Projektowi, a wyrażający się w tym, aby blokować jakkolwiek prywatyzację służby zdrowia. Unikając wikłania się w spór pozaprawny w tym zakresie podkreślić należy jedynie, że regulacje funkcjonujące w dotychczasowym kształcie nie doprowadziły do jakiegokolwiek gwałtownej i niekontrolowanej prywatyzacji sektora ochrony zdrowia, a umożliwiły prywatyzację tam, gdzie było to dla Skarbu Państwa i jednostek samorządu</p>	<p>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 – analogicznie jak w przypadku spółek uczelni medycznych.</p>

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>terytorialnego korzystne.</p> <p>Marginalnie zauważyć należy, że w związku z proponowanym art. 6 ust. 9 u.d.l. powstać może luka prawna budząca poważne wątpliwości. O ile bowiem zakaz zbywania akcji i udziałów implikuje, że Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego posiadają od początku więcej niż 51 % akcji lub udziałów danej spółki, a jedynie nie mogą ich sprzedać, o tyle przystąpienie Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego do istniejącej spółki nie musi skutkować tym, że podmioty te nabędą 51 % lub więcej akcji lub udziałów. W tym zakresie regulacja nakazująca im posiadanie większości udziałów lub akcji okazuje się wadliwa.</p> <p>Niejasna jest także sytuacja spółek, których udziały lub akcje zostaną sprzedane przed wejściem w życie Projektu w sposób taki, że Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego nie będzie posiadać większości udziałów lub akcji. W takim przypadku, w celu zrealizowania dyspozycji art. 6 ust. 9 u.d.l. taki podmiot zobowiązany będzie wymusić sprzedaż mu odpowiedniego pakietu akcji lub udziałów. Bez znaczenia pozostają przy tym regulacje przejściowe, zgodnie z którymi dokonane przed wejściem w życie niniejszej ustawy sprzedaże udziałów lub akcji pozostają ważne. Ich ważność nie wpływa bowiem na bezwzględny obowiązek dążenia Skarbu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego do zrealizowania obowiązku określonego w art. 6 ust. 9 u.d.l. Odkupowanie akcji i udziałów stosownie do analizowanego zapisu może wygenerować po stronie</p>	
--	--	--	---	--

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>Skarbu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego poważne koszty.</p> <p>W konsekwencji wskazane jest pozostawienie w tym zakresie istniejącego stanu prawnego i zrezygnowanie z wprowadzania do art. 6 u.d.l. ustępu 9.</p>	
21.	Art. 1 pkt 4	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	<p>Nowelizacja doprowadzi do naruszenia prawa do pobierania pożytków z własności, jest zatem niekonstytucyjna.</p>	<p>Propozycja ma na celu poprawę sytuacji finansowej spółek.</p>
22.	Art. 1 pkt 7	Związek Powiatów Polskich	<p>Treść projektu ustawy rozmija się z treścią uzasadnienia.</p> <p>Z treści uzasadnienia wynika bowiem, że cyt. „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)”. Zupełnie inny wniosek wynika, z treści ustawy o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (projekt nowelizacji nie przewiduje zmian w zakresie postępowania w sprawie zdarzeń medycznych) – art. 67k ust. 10, na który powołuje się projektodawca w uzasadnieniu, będzie przepisem martwym z uwagi na przewidziane w przedłożonym projekcie nowelizacji uchylenie w art. 25 ustawy o działalności leczniczej ust. 1 pkt 2 oraz ust. 1e pkt 1. Jednocześnie w ustawie o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w wielu przepisach jest odwołanie do ubezpieczyciela, o którym mowa w art.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzone zostały dodatkowe zmiany ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) – art. 67i ust. 2 pkt 2 oraz 67 k ust. 10 pkt 1. Zawarcie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych będzie możliwe na zasadzie dobrowolności.</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			67i ust. 2 pkt 2, przez którego rozumie się ubezpieczyciela z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej. Ustawa nie precyzuje o jakie ubezpieczenie chodzi. Zatem po wykreśleniu w ustawie o działalności leczniczej przepisów o ubezpieczeniu od zdarzeń medycznych powstanie wątpliwość, czy tym ubezpieczycielem nie będzie ubezpieczyciel, z którym została zawarta umowa na podstawie art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.	
23.	Art. 1 pkt 11	Porozumienie Zielonogórskie	Sprzeciw wobec dodania art. 28a ust. 2, który nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek udzielania policji "informacji o pacjencie z zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z poszukiwaniem osób zaginionych", zapis ten będzie powodować w przyszłości konflikty z uwagi na brak określenia jakie informacje są niezbędne i kto będzie określał, które są niezbędne	Uwaga uwzględniona; treść przepisu zostanie doprecyzowana, aby nie budziło wątpliwości, iż obowiązek dotyczy jedynie poinformowania, czy do szpitala został przyjęty pacjent małoletni albo NN.
24.	Art. 1 pkt 11	Związek Powiatów Polskich	Należy dookreślić jakie dane ma przekazywać podmiot leczniczy. Procedura winna być zunifikowana w obrębie całego kraju.	Uwaga uwzględniona; treść przepisu zostanie doprecyzowana, aby nie budziło wątpliwości, iż obowiązek dotyczy jedynie zgłoszenia faktu przyjęcia pacjenta, bez podawania informacji o nim i jego stanie zdrowia.
25.	Art. 1 pkt 11	Konwent Marszałków Województw RP	Przedłożony projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej odnosi się także do obowiązku współdziałania podmiotów wykonujących działalność	Uwaga nieuwzględniona; przepis dotyczy wyłącznie osób poszukiwanych jako

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>leczniczą z Policją wyłącznie w zakresie poszukiwania osoby zaginionej. W naszej opinii regulacje te winny być rozszerzone o czynności związane z osobami poszukiwanymi. Brak odniesienia do współpracy z Policją w zakresie czynności operacyjnych związanych z ustaleniem miejsca pobytu osoby poszukiwanej może w praktyce prowadzić do niepotrzebnych sporów pomiędzy pracownikami podmiotów leczniczych, a Policją. Konwent Marszałków RP uznaje za zasadne także doprecyzowanie regulacji dotyczących zasad określonej współpracy. W naszej opinii bardzo ważne jest zagwarantowanie pracownikom szpitali poufności przekazywanych informacji. W nowelizacji ustawy o działalności leczniczej należałoby także doprecyzować zasady przekazywania danych w świetle zapisów ustaw o ochronie danych osobowych oraz ustawy o informacji w ochronie zdrowia, a także zabezpieczyć bezpieczeństwo przekazywanych danych osobowych.</p>	<p>zaginione. Obowiązek podmiotu leczniczego dotyczy wyłącznie zawiadomienia o przyjęciu osoby NN, bez podawania informacji o niej (wygląd, wiek, znaki szczególne itp.) oraz o jej stanie zdrowia. Przepisy zostaną w tym zakresie doprecyzowane.</p>
26.	Art. 1 pkt 11	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	<p>Informacja o przyjęciu do szpitala jest informacją nie tylko pozyskaną w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, ale także informacją dotyczącą jego stanu zdrowia. W konsekwencji, mając na uwadze treść art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 roku poz. 2135 ze zmianami, zwanej dalej „<b>u.o.d.o.</b>”) przetwarzanie tego rodzaju danych jest co do zasady zabronione. Tymczasem Projekt zakłada w zasadzie nieograniczone i nieuzasadnione ingerowanie Policji w sferę prywatności pacjenta małoletniego, i to w zakresie informacji o jego stanie zdrowia. Tego rodzaju regulacja</p>	<p>Uwaga niezrozumiała. Obowiązek podmiotu leczniczego dotyczy wyłącznie zawiadomienia o przyjęciu osoby NN. Dalsze procedury zmierzające do ustalenia jej tożsamości należą do zadań Policji.</p>

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>jest niedopuszczalna.</p> <p>Podmiot leczniczy ma udzielać Policji informacji o przyjęciu lub zgonie pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić. O ile istnieje <i>ratio legis</i> informowania Policji o zgonie pacjenta, którego tożsamości ustalić nie można (pacjenta NN), pod warunkiem, że nie wskazał on osoby, jaką należy o jego zgonie zawiadomić, o tyle jako całkowicie niezasadne jest informowanie przez szpital o przyjęciu takiego pacjenta.</p>	
27.	Art. 1 pkt 11	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego	<p>Proponujemy zapis „... nie później niż 16 godzin ...”.</p> <p>Przyjęcie zapisu o 8 godzinach może spowodować, że termin przekazania wskazanej informacji, przypadnie poza czasem pracy administracji podmiotu.</p>	Uwaga niezasadna; zawiadomienie Policji nie wymaga udziału administracji szpitala
28.	Art. 1 pkt 17	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Sprzeciw wobec powrotu do możliwości tworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej - jest to instytucja, która nie spełniała oczekiwań i zaburza funkcjonowanie ochrony zdrowia, gdyż promuje bylejakość i brak perspektywicznego myślenia. Sposób zarządzania tymi strukturami pokazał, że jest to niewydolna instytucja, wiele powstałych w miejsce SPZOZ podmiotów nie przynosi strat a jednocześnie świadczy usługi na wyższym poziomie,</p>	Przepis daje taką możliwość, Jednostki samorządu terytorialnego prowadzą raczej politykę łączenia spzoz.
29.	Art. 1 pkt 17	Związek Powiatów Polskich	<p>Uzupełnienie uzasadnienia oraz OSR o powody i skutki przywrócenia możliwości tworzenia SPZOZ.</p>	Propozycja rozszerza możliwości jst, które mogą tworzyć podmioty w formie spółek, jednostek budżetowych, ta teraz także spzoz
30.	Art. 1 pkt 18	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego	<p>Zwiększono obowiązki sprawozdawcze o raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej spzoz. Raport będzie sporządzany w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-</p>	Przewidywanie przyszłości zawsze obarczone jest ryzykiem (w przypadku

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			finansowe, określone przez Ministra Zdrowia. Raport ma zawierać w szczególności prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata. Przy obecnej praktyce podpisywania umów kontraktowych z NFZ, może pojawić się problem z szacowaniem przychodów w latach przyszłych.	każdego rodzaju działalności)
31.	Art. 1 pkt 18	Związek Powiatów Polskich	Propozycja doprecyzowania przepisu. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego należy dookreślić, który organ JST będzie właściwy do rozpatrzenia raportu i oceny sytuacji SPZOZ. Przepisy ustrojowe dla gmin przewidują domniemanie kompetencji na rzecz rady, województwa na rzecz zarządu. W przypadku powiatów brak przepisów wprost przewidujących domniemanie kompetencji na rzecz któregośkolwiek z organów	Przepis dotyczy wszystkich podmiotów tworzących, trudno byłoby konstruować specjalną regulację tylko dla powiatów.
32.	Art. 1 pkt 18	OPZZ	Wydaje się zasadne <b>wprowadzenie innych instrumentów</b> np. rozszerzenie czynności kontrolnych podmiotów tworzących wobec spzoz, który utworzyli czy wprowadzenie kompleksowych przepisów wzmacniających zarządzanie placówkami.	Takie nowe instrument dla podmiotów tworzących zostały zaproponowane w nowym brzmieniu art. 121 ust. 2
33.	Art. 1 pkt 18	Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu	Projektowana zmiana wymagać będzie od kierownika SP ZOZ posiadania niezwykłych zdolności: - przewidywania w jakim kierunku pójdą zmiany systemu finansowania, - przewidywania poziomu finansowania, - w oparciu o powyższe sporządzanie prognozy ekonomiczno – finansowej na kolejne 3 lata obrotowe.	Przewidywanie przyszłości zawsze obarczone jest ryzykiem (w przypadku każdego rodzaju działalności)
34.	Art. 1 pkt 19	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	Odnosząc się do proponowanej zmiany treści art. 54 ust. 1 u.d.l. wskazać należy, że jakkolwiek pozornie nowelizacja upraszcza niejednoznaczny w chwili obecnej stan prawny, to jednak nie uwzględnia specyfiki	Regulacja w tym zakresie została doprecyzowana.

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>funkcjonowania Szpitali klinicznych, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.</p> <p>SP ZOZ, dla którego podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, mimo, że korzysta z udostępnionego mu majątku uczelni, nie czyni tego jednak samodzielnie. Wykluczałoby to bowiem możliwość prowadzenia przez uczelnię medyczną działalności naukowej i dydaktycznej. W konsekwencji proponowana zmiana nie powinna się ostać.</p>	
35.	Art. 1 pkt 19	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego	Należy ustalić czy w definicji „posiadanego mienia” mieści się mienie, przekazane sp zoz w nieodpłatne użytkowanie	Regulacja w tym zakresie została doprecyzowana.
36.	Art. 1 pkt 22	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego	Zlikwidowano możliwość zmiany formy organizacyjno – prawnej sp zoz w przypadku, gdy po dodaniu do straty netto kosztów amortyzacji, wynik pozostaje ujemny a podmiot tworzący nie pokryje ujemnego wyniku. W takiej sytuacji podmiot tworzący musi obligatoryjnie dokonać likwidacji sp zoz. Wydaje się, że jest to zapis zbyt daleko idący a jednocześnie zdejmujący z podmiotu tworzącego istotną odpowiedzialność za sp zoz i zapewnienie dostępności pacjentom do świadczeń medycznych. Likwidacja spzoz w pewnych sytuacjach, może spowodować istotne ograniczenie dostępności pacjentów do świadczeń, umożliwiając jednocześnie wejście w miejsce likwidowanego spzoz innych jednostek (w tym jednostek prywatnych). Dlatego w w/w sytuacji bardziej zasadne jest – naszym zdaniem - zamiast obligatoryjnej likwidacji spzoz, wprowadzenie dodatkowych obowiązków dla podmiotu tworzącego tak, aby likwidacja sp zoz była ostatecznością i wiązała się np. z konsekwencjami (dodatkowymi obowiązkami	W przypadku likwidacji spzoz podmiot tworzący przejmuje wszystkie jego aktywa i pasywa. W tej sytuacji decyzja o likwidacji sozoz ma poważne konsekwencje dla podmiotu tworzącego.



## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			lub sankcjami) dla podmiotów tworzących.	
37.	Art. 1 pkt 22	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego	Wprowadzono obowiązek sporządzenia programu naprawczego, w przypadku pokrycia straty netto przez podmiot tworzący, na okres nie dłuższy niż 3 lata. Brak zapisu, że w wyniku przyjętego programu naprawczego, sp zoz musi uzyskać dodatni wynik finansowy (to znaczy, że podmiot tworzący nie może przyjąć programu naprawczego, zakładającego stratę netto sp zoz). W innym przypadku, podmiot tworzący będzie mógł „rolować” w kolejnych latach program naprawczy jednostki.	Projekt pozostawia swobodę podmiotowi tworzącemu w tym zakresie.
38.	Art. 1 pkt 22 (zmiana art. 59 ust. 1 w ustawie o działalności leczniczej)	Związek Powiatów Polskich	Przywrócenie w projekcie możliwości przekształcenia SP ZOZ w spółkę prawa handlowego w przypadku nie pokrycia straty netto. Przewidziana regulacja ograniczy możliwości działania jednostek samorządu terytorialnego. Jak wskazano w uzasadnieniu przekształcenie było stosowane incydentalnie – zatem jest to argument przemawiający za możliwością pozostawienia dotychczasowych rozwiązań, a nie jak przyjął projektodawca, za ich całkowitym usunięciem z ustawy.	Jst nadal będą mogły dokonywać przekształcenia na podstawie przepisów art. 69-82 uodl
39.	Art. 1 pkt 22 (zmiana art. 59 ust. 4 w ustawie o działalności leczniczej)	Związek Powiatów Polskich	W przypadku jednostek samorządu terytorialnego należy dookreślić, który organ JST będzie właściwy do rozpatrzenia programu naprawczego. Przepisy ustrojowe dla gmin przewidują domniemanie kompetencji na rzecz rady, województwa na rzecz zarządu. W przypadku powiatów brak przepisów wprost przewidujących domniemanie kompetencji na rzecz któregośkolwiek z organów.	Przepis dotyczy wszystkich podmiotów tworzących trudno byłoby tworzyć regulacje tylko dla powiatów.

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

40.	Art. 1 pkt 22	BCC	Proponowana droga naprawcza w zakresie pokrywania straty netto jest niewystarczająca.	Zaproponowane w projekcie obligatoryjne (ustawowe) instrumenty naprawcze nie ograniczają podmiotów tworzących we wprowadzaniu własnych rozwiązań naprawczych adekwatnych dla konkretnego spzoz
41.	Art. 1 pkt 22	Konwent Marszałków Województw RP	Ograniczenie drogi naprawczej, przewidziane w przekazanym do konsultacji projekcie, jest niewystarczające do efektywnej poprawy funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Wejście w życie projektu w proponowanym kształcie ograniczy wachlarz działań naprawczych podejmowanych przez podmiot tworzący pozostawiając w mocy rozwiązania, które należy uznać za mocno kontrastujące ze sobą tj. wymóg pokrycia straty netto za poprzedni rok obrotowy przez podmiot leczniczy lub jego podmiot tworzący, a w przypadku braku takiej możliwości, określenie obowiązku likwidacji podmiotu leczniczego. Z jednej strony pokrycie osiągniętej straty jest działaniem doraźnym, które likwiduje skutki złej sytuacji podmiotu, zaś z drugiej, likwidacja podmiotu leczniczego wydaje się być działaniem nad wyraz stanowczym. W przedłożonym projekcie nie określono żadnego zrównoważonego sposobu naprawczego jakim było do tej pory przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową. Obawy budzi także użyte w projekcie sformułowanie dotyczące obowiązku likwidacji podmiotu leczniczego gdy strata	Zaproponowane w projekcie obligatoryjne (ustawowe) instrumenty naprawcze nie ograniczają podmiotów tworzących we wprowadzaniu własnych rozwiązań naprawczych adekwatnych dla konkretnego spzoz

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>netto za rok obrotowy nie może być pokryta przed podmiot tworzący. Wątpliwości dotyczą tego kto ma dokonywać oceny danej sytuacji i na jakiej podstawie winno się stwierdzać czy rzeczywiście podmiot tworzący nie miał możliwości pokrycia rzeczony straty. Autorzy projektu nie określili katalogu obiektywnych przesłanek, których wystąpienie mogłoby zostać uznane za uzasadnienie niepokrycia straty. Wejście w życie przepisu w proponowanym brzmieniu może zatem doprowadzić do sytuacji, w której likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, towarzyszyć będzie konieczność dowodzenia, iż nie istniała możliwość pokrycia straty, pod rygorem zarzutu bezprawnego działania. Uważamy, że wprowadzenie w życie przedmiotowej propozycji skutkować będzie przeniesieniem niestabilności finansowej podmiotów leczniczych na ich organy tworzące.</p>	
42.	Art. 1 pkt 22	OPZZ	<p><i>Zmiana postępowania w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego spzoz)</i></p> <p>Nie do przyjęcia jest rozwiązanie zakładające, że w przypadku, gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest w stanie samodzielnie pokryć straty netto (ujemnego wyniku finansowego), możliwa będzie jego likwidacja.</p> <p>To zaskakujące i niezrozumiałe utrzymanie obecnego status quo, mimo wielu publicznie składanych zapewnień przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, iż nie jest intencją likwidacja podmiotów leczniczych.</p> <p>Propozycję możliwości likwidacji należy odbierać z jeszcze większym niepokojem, zwłaszcza patrząc przez pryzmat danych o ujemnych wynikach finansowych</p>	<p>Nie można pozbawić podmiotu tworzącego możliwości likwidacji spzoz. Likwidacja podobnie jak zaniechanie likwidacji mogą być niekorzystne dla wspólnoty lokalnej.</p>

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>spzoz – ów, w szczególności tych, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego. Wynika z nich, że w 2014r. zadłużenie wykazało 151 placówek na kwotę ponad 177 mln zł. 2</p> <p>Obecna trudna sytuacja finansowa wielu zadłużonych placówek nie pozwoli im na pokrycie straty ze środków własnych, a warunkiem koniecznym, by przenieść ten obowiązek na samorząd jest gwarancja finansowa dla samorządów na pokrycie zadłużonych placówek (także 2 placówek, dla których organem tworzących są uczelnie medyczne i jednej placówki bezpośrednio podległej ministrowi zdrowia, na łączną kwotę ponad 27 mln zł).</p> <p>Można postawić pytanie: dlaczego podtrzymuje się likwidację podmiotów leczniczych, nie patrząc na negatywne skutki zarówno dla pracowników jak i dla lokalnej społeczności. Co się stanie w sytuacji, jeśli jest to jedyny szpital świadczący opiekę zdrowotną dla całego regionu? Kto wówczas przejmie zadania gwarancji dostępności i ciągłości świadczeń zdrowotnych?</p> <p>Należy mieć także na uwadze, że zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, zobowiązania spzoz po jego likwidacji stają się zobowiązaniami Skarbu Państwa. Powstaje pytanie: dlaczego Skarb Państwa nie może pomóc w przeprowadzeniu programu naprawczego, zgodnie z prezentowaną przez Ministerstwo Zdrowia polityką zdrowotną, że podmioty lecznicze powinny być podmiotami publicznymi oraz ustalić nadzór</p>	
--	--	--	--	--

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>komisaryczny np. wojewody lub przekazać spzoz innemu podmiotowi publicznemu (nowy art. 67).          Proponowana zmiana jest tym bardziej zaskakująca, że w opiniowanych założeniach do nowelizacji ustawy pojawiło się rozwiązanie, aby jedynymi działaniami naprawczymi było pokrywanie przez spzoz lub jego przez podmiot tworzący kwoty zadłużenia. To był pozytywny sygnał wzmacniający poczucie bezpieczeństwa pacjentów i dający pewność, że bez względu na sytuację finansową placówki (niejednokrotnie jedynej w regionie), nie będzie mogła być zlikwidowana.          Przypominamy, że jako związki zawodowe, od uchwalenia ustawy w 2011r. negatywnie ocenialiśmy rozwiązania umożliwiające zmianę formy organizacyjno – prawnej (w spółkę kapitałową) bądź likwidację spzoz, w przypadkach ich zadłużenia i niemożności pokrycia ujemnego wyniku finansowego spzoz przez podmiot tworzący lub samą placówkę.          Ministerstwo Zdrowia powinno jednoznacznie wycofać się z kierunku likwidacji zadłużonych spzoz</p>	
43.	Art. 1 pkt 22	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 1 pkt 22) projektu ustawy (dotyczący art. 59 ustawy o działalności leczniczej) określa, że podmiot tworzący obowiązany jest pokryć stratę netto skorygowaną wysokością amortyzacji lub podjąć decyzję o likwidacji SPZOZ-u. Zlikwidowano natomiast dotychczasową możliwość przekształcenia SPZOZ-u w spółkę. Proponowane zmiany przepisów dotyczące obowiązku pokrywania straty samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) przez jego podmiot tworzący są próbą zmuszenia samorządów</p>	<p>Jst nadal będą mogły dokonywać przekształcenia na podstawie przepisów art. 69-82 uodl</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			terytorialnych do jeszcze większego dofinansowania państwowego systemu ochrony zdrowia. Przyjęcie proponowanego w w/w projekcie ustawy brzmienia przepisów w konsekwencji skutkować będzie postawieniem organu założycielskiego pod ścianą i zmuszeniem go do zastępowania organów Państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli. Mocno należy podkreślić fakt, iż ujemny wynik finansowy szpitali jest skutkiem wieloletniego niedoszacowania przez NFZ wyceny procedur medycznych, w wyniku czego szpitale nie są w stanie sfinansować kosztów bieżącej działalności. Ponadto projektowane rozwiązanie może stanowić także ukrytą zachętę do bezkarnego zadłużania SPZOZ, bez ponoszenia przez dyrektora szpitala odpowiedzialności za jego złą kondycję. W w/w okolicznościach istnieje ryzyko wpędzenia samorządów w pułapkę zadłużenia.	
44.	Art. 1 pkt 22	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Propozycja przewiduje obowiązek pokrycia przez podmiot tworzący straty jedynie za dany rok obrotowy i sporządzenia przez kierownika spzoz programu naprawczego. Propozycja nie rozwiązuje problemu zadłużenia z lat ubiegłych. Oznacza to zagrożenie możliwością likwidacji świadczeniodawcy, co spowoduje brak pewności płatnika co do prawidłowego wydatkowania środków publicznych z tytułu umowy na następne lata. Ponadto przy likwidacji brak obowiązku zabezpieczenia w rejonie działania placówki dostępu do świadczeń, dotychczas wykonywanych przez dany spzoz.	Projekt ustawy nie wprowadza zmian w tym zakresie.
45.	Art. 1 pkt 23	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ	Wprowadzenie obowiązku przekazywania majątku spzoz nowym podmiotom tworzącym. Może to być	Omawiany przepis dotyczy zmiany podmiotu

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

		„Solidarność”	odpowiedź na tendencje tworzenia w wielu uczelniach (także niepublicznych) bazy klinicznej w publicznych placówkach dla nowo powoływanych wydziałów lekarskich. Brak ograniczeń uniemożliwiających tworzenie monopolu świadczeniodawców (w tym uczelni) w danym zakresie świadczeń na określonym obszarze kraju przez przejmowanie wielu placówek.	tworzącego (spzoz nadal dysponuje tymi samymi nieruchomościami) natomiast zmienia się ich właściciel – w konsekwencji zmiany podmioty tworzącego
46.	Art. 1 pkt 30	Konwent Marszałków Województw RP	Konwent Marszałków RP wyraża wątpliwość co do zasadności przyjęcia zmiany, polegającej na całkowitym wyłączeniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, w zakresie uprawnień do kontroli podmiotów leczniczych. Propozycja zawarta w projekcie, uzasadniona została wyłącznie istnieniem wątpliwości, co do stosowania wobec podmiotów leczniczych przepisów o kontroli, wynikających z ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej np.: kontroli pod względem medycznym w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów. Tymczasem podmioty lecznicze są kontrolowane przez wiele organów i instytucji publicznych. Całkowita rezygnacja ze stosowania przepisów o kontrolach, zawartych w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej, powoduje istotne ograniczenie uprawnień podmiotów tworzących względem podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami.	Wyłączenie przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczy wyłącznie kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia i przez wojewodę na zlecenie Ministra Zdrowia. Kontrola taka dotyczy nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów. Minister Zdrowia rocznie ok. 10 kontroli przedsiębiorców.
47.	Art. 1 pkt 30	Kolegium Pielęgniarek i Położnych	Przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej powinny być w dalszym ciągu stosowane do przeprowadzania kontroli. Z pewnością jest to krok do	Wyłączenie przepisów ustawy o swobodzie

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>podporządkowania działalności leczniczej władzom publicznym. Wprawdzie przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej wyłączają stosowanie 4 przepisów w zakresie kontroli do kontrolowania działalności leczniczej (w zakresie zawiadamiania, miejsca kontroli, ilości kontroli i czasu kontroli), ale pozostałe przepisy mówiące o rzetelności kontroli, o prawidłowości, o możliwości dochodzenia odszkodowania za niezgodną z prawem kontrolę chronią przedsiębiorcę. Skoro podmioty wykonujące działalność leczniczą wykonują działalność gospodarczą to nie można całkowicie wyłączać przepisów tej ustawy. Ustawa ta pełni funkcje ochronną przedsiębiorcy w zakresie kontroli.</p>	<p>działalności gospodarczej dotyczy wyłącznie kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia i przez wojewodę na zlecenie Ministra Zdrowia. Kontrola taka dotyczy nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów. Minister Zdrowia rocznie ok. 10 kontroli przedsiębiorców.</p>
48.	Art. 1 pkt 30	BCC	<p>Zmiana dotycząca wyłączenia przepisów o swobodzie działalności gospodarczej w zakresie kontroli może być niezgodna z konstytucją. Propozycja odstąpienia od tej zmiany.</p>	<p>Wyłączenie przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczy wyłącznie kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia i przez wojewodę na zlecenie Ministra Zdrowia. Kontrola taka dotyczy nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów. Minister Zdrowia rocznie ok. 10 kontroli przedsiębiorców.</p>
49.	Art. 1 pkt 31	Lewiatan	<p>W ocenie Konfederacji Lewiatan zmiana wprowadzana art. 1 pkt 30 projektu jest niezasadna. Propozycja</p>	<p>Wyłączenie przepisów ustawy o swobodzie</p>



## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

		<p>wyłączenia spod kontroli prowadzonej w trybie art. 118 i 119 ustawy o działalności leczniczej przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej nie została wystarczająco wyjaśniona.</p> <p>Zgodnie z art. 77 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej kontrola działalności gospodarczej przedsiębiorców przeprowadzana jest na zasadach określonych w tej ustawie, chyba że zasady i tryb kontroli wynikają z bezpośrednio stosowanych przepisów powszechnie obowiązującego prawa wspólnotowego albo z ratyfikowanych umów międzynarodowych.</p> <p>Przepis ten skierowany jest wprost do ustawodawcy, a pośrednio do projektodawców, aby tworząc przepisy nie wprowadzać rozwiązań sprzecznych z tą normą ogólną, a zatem wprowadzać niespójności systemu prawa i nieuzasadnionej nierówności wobec podmiotów prowadzących różne działalności.</p> <p>Już i tak na mocy art. 84aa ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej kontrola odbywa się z wyłączeniem obowiązku określonego w art. 79 (zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli), 80a (dotyczącym miejsca i czasu kontroli), 82 (zasadach prowadzenia równocześnie więcej niż jednej kontroli) i art. 83 (czasu trwania kontroli) tej ustawy.</p> <p>W ocenie Konfederacji Lewiatan samo stwierdzenie, że podmiot prowadzi działalność leczniczą nie jest wystarczającym argumentem za tym, aby wprowadzać</p>	<p>działalności gospodarczej dotyczy wyłącznie kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia i przez wojewodę na zlecenie Ministra Zdrowia.</p> <p>Kontrola taka dotyczy nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów.</p> <p>Minister Zdrowia rocznie ok. 10 kontroli przedsiębiorców.</p>
--	--	---	--

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

		<p>proponowane wyłączenie. Ponadto narusza art. 22 Konstytucji, zgodnie z którym <b>ograniczenie wolności gospodarczej dopuszczalne jest tylko ze względu na ważny interes publiczny</b>. Takiego wyjaśnienia projekt nie zawiera.</p> <p>Proponowane rozwiązanie umożliwi np. przeprowadzanie kontroli w tym samym zakresie przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i wojewodę. Zasada demokratycznego państwa prawnego i zaufania obywateli do organów państwa wręcz wymagają, aby działania kontrolne poszczególnych organów nie dublowały się. Doświadczenie przedsiębiorców zrzeszonych w Konfederacji Lewiatan wskazuje, że takie dublowanie się uprawnień kontrolnych często doprowadza do powstania różnych interpretacji tych samych przepisów, a tym samym – do różnych zaleceń pokontrolnych.</p> <p>Propozycje nie wyjaśniają w żaden sposób, która kontrola będzie miała pierwszeństwo i co w sytuacji, gdy z przeprowadzonych kontroli wypłynął odmienne wnioski.</p> <p>Dodatkowo wskazać należy, że brak jasnych zasad przeprowadzania kontroli wynikających z ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej najbardziej uderzy w małe podmioty prowadzące działalność w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna czy ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Podmioty te w ponad 90% stanowią prywatne placówki podlegające ww. ustawie. Dodać należy, że w dużej</p>	
--	--	---	--

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>mierze są to placówki małe, gdzie jedna osoba wykonuje szereg czynności medycznych i administracyjnych. Narażenie takiego podmiotu na możliwość prowadzenia kontroli bez jasnego wskazania czasu jej trwania albo w tym samym czasie, w którym prowadzona jest inna kontrola, może doprowadzić do paraliżu placówki i niemożności wykonywania przez nią czynności z zakresu ochrony zdrowia.</p> <p><u>Konfederacja Lewiatan wnosi zatem o pozostawienie zasad ogólnych, zgodnie z którymi przedsiębiorcy podlegają kontroli na zasadach określonych w przepisach ustawy o działalności leczniczej.</u></p>	
50.	Art. 1 pkt 31	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Sprzeciw wobec wyłączenia kontroli medycznych z ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, jest to niezgodne z ustaleniami FPZ z MZ z grudnia 2015</p>	<p>Wyłączenie przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczy wyłącznie kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia i przez wojewodę na zlecenie Ministra Zdrowia.</p> <p>Kontrola taka dotyczy nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów.</p> <p>Minister Zdrowia rocznie ok. 10 kontroli przedsiębiorców.</p>
51.	Art. 29	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	<p>Mając na uwadze ujednoczenie części terminologii stosowanej w ustawie oraz wprowadzenie pojęć „szpitala” i „zakładu leczniczego” wskazać należy, że</p>	<p>Termin ponad roczny jest wystarczający</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>przewidywany w art. 29 Projektu termin na dokonanie zmian w statutach, regulaminach i innych aktach prawa wewnętrznego, wyznaczony na dzień 31 grudnia 2017 roku jest zbyt krótki. Niektóre podmioty lecznicze będą bowiem zmuszone nie tylko do zmiany tych podstawowych aktów prawnych, ale także do dokonania odpowiednich modyfikacji w ich nazwach w Krajowym Rejestrze Sądowym. Jednocześnie każdy większy podmiot leczniczy wytwarza znaczną ilość dokumentów wewnętrznych, których dostosowanie do nowego brzmienia terminologii ustawowej nie będzie mogło ograniczyć się jedynie do zastąpienia starej terminologii nową. Oznacza to konieczność wykorzystania znacznych środków i dużego czasu na dokonanie niezbędnych prac administracyjnych oraz późniejsze wprowadzenie tych zmian. W związku z powyższym postuluje się wyznaczenie terminu na zmodyfikowanie odpowiednich dokumentów do dnia <b>31 grudnia 2018 roku</b>.</p>	
52.	Art. 34	Polska Federacja Szpitali	<p>Ponadto w kontekście projektowanych przepisów przejściowych zawartych w <b>art. 34 ust. 1 projektu</b>: „Z dniem wejścia w życie ustawy przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stają się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych” i <b>art. 35 projektu</b>: „ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, za wyjątkiem art. 28 który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia” wątpliwość wzbudza faktyczna możliwość wprowadzenia zmiany w przewidzianym dla przedmiotowej ustawy <i>vacatio legis</i>. O ile w uzasadnieniu <i>projektu</i> projektodawca wskazał konieczność wprowadzenia okresu dostosowawczego, o</p>	Okres na dostosowania wynika z art. 31 (do dnia 31.12.2017 r.)

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			tyle przyjęty okres <i>vacatio legis</i> trzeba uznać za niewystarczający .	
53.	Art. 34 ust. 2	Związek Powiatów Polskich	<p>Niezależnie od uwagi zgłoszonej w punkcie 1 ustawodawca powinien maksymalnie ograniczyć liczbę sytuacji, w których w innych ustawach zachowanie zostanie nazewnictwo niezgodne z ustawą o działalności leczniczej.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- art. 16 i 18 ustawy o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (nazewnictwo jeszcze z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej);</li> <li>- art. 24 ustawy o służbie medycyny pracy (nazewnictwo jeszcze z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej);</li> <li>- art. 2 pkt 10 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych;</li> </ul>	W ustawie o działalności leczniczej jest przepis, który reguluje kwestię terminu „zakład opieki zdrowotnej”
54.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	Naczelna Rada Lekarska	<p>Naczelna Rada Lekarska w dalszym ciągu postuluje skreślenie art. 22 ust 5 obowiązującej ustawy o działalności leczniczej, z uwagi na to, iż przepis ten stanowi jaskrawe i nieuprawnione wkroczenie władzy ustawodawczej i administracyjnej w autonomiczny obszar nauki i wiedzy.</p> <p>Niezależnie od powyższego Naczelna Rada Lekarska wyraża swoje negatywne stanowisko wobec krótkiego okresu jaki został wyznaczony na analizę projektu ustawy, dotyczącej systemu ochrony zdrowia i najbardziej znaczących jego aspektów. Tego typu zmiany systemowe w ochronie zdrowia jak również nomenklatura ustawowa dotycząca działalności</p>	Uwaga uwzględniona

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			leczniczej winny podlegać szerokim konsultacjom, pozwalającym na rzeczywistą analizę potrzeb tych zmian i ich skutków.	
55.	Uwaga ogólna	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Brak zrównania różnych aspektów organizacji i funkcjonowania placówek publicznych i niepublicznych, co eliminowałoby nierówność prawną ich statusu. Nie podnosi się także poprzednich uprawnień np. skróconych godzin pracy w komórkach organizacyjnych o szczególnych warunkach pracy i narażenia.	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji
56.	Uwaga ogólna	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Projekt nie nawiązuje do faktycznego uprzywilejowania placówek niepublicznych, często jednoprofilowych, działających dodatkowo komercyjnie, a niepodlegających się wielokrotnie leczenia pacjentów wymagających długotrwałej i kosztownej opieki, co zmusza placówki publiczne do ponoszenia tych kosztów. Równocześnie projekty nadania szczególnego statusu takim placówkom – sieci szpitali (publicznych) – nie zostały ponownie wprowadzone do dyskusji publicznej, zwłaszcza z partnerami społecznymi z ramienia Rady Dialogu Społecznego.	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji
57.	Uwaga ogólna(poza zakresem nowelizacji)	Prowincja Polska Zakonu Bonifratów	<p> dodanie punktu 6a) do art. 4 ust. 1 w brzmieniu:</p> <p><i>„6a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne utworzone przez kościelne osoby prawne, o których mowa w pkt. 6),”.</i></p> <p>Wobec powyższego ustawa o działalności leczniczej (pomimo wcześniejszej nowelizacji) powinna precyzyjniej uregulować status spółek kapitałowych</p>	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji. W katalogu podmiotów leczniczych znajdują się kościelne osoby prawne oraz przedsiębiorcy (w tym spółki)

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			tworzonych przez kościelne osoby prawne w celu prowadzenia działalności charytatywno-opiekuńczej, w postaci działalności leczniczej.	
58.	Uwaga ogólna(poza zakresem nowelizacji)	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Propozycja nałożenia na podmioty lecznicze obowiązku prowadzenia medycznego laboratorium diagnostycznego strukturze szpitala (zakaz outsourcingu)	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji
59.	Uwaga ogólna(poza zakresem nowelizacji)	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Ograniczenie (w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej) możliwości uzyskiwania uzyskania tytułu diagnosty laboratoryjnego w inny sposób, niż ukończenie studiów na kierunku diagnostyka laboratoryjna.	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji
60.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	KWPZM	<p>Propozycja dodania przepisu „6a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne utworzone przez kościelne osoby prawne, o których mowa w pkt. 6),”.</p> <p>Analiza dotychczasowego brzmienia ustawy o działalności leczniczej skłania do wniosku, iż nie uwzględnia ona precyzyjnie, a czasami wręcz pomija lub nawet godzi w specyfikę działalności leczniczej prowadzonej przez kościelne osoby prawne lub ich jednostki organizacyjne a także normy zawarte w Konkordacie z 1993 r. oraz ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, które gwarantują ochronę specyfiki przedmiotowej działalności.</p> <p>W kontekście pierwszego i drugiego wniosku należy zauważyć, iż w art. 38 ust. 1 u.s.p.k.k. ustawodawca stwierdził, że osoby prawne Kościoła mają prawo prowadzenia właściwej dla każdej z nich działalności</p>	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji W katalogu podmiotów leczniczych znajdują się kościelne osoby prawne oraz przedsiębiorcy (w tym spółki)

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

		<p>charytatywno-opiekuńczej. W ust. 5 tego artykułu dodał zaś, iż zakony prowadzą działalność charytatywno-opiekuńczą w zakresie określonym w ich statutach lub odpowiednich aktach wewnętrznych. W art. 39 pkt. 2) tej ustawy uznano, iż działalność charytatywno-opiekuńcza Kościoła obejmuje w szczególności prowadzenie szpitali i innych zakładów leczniczych oraz aptek.</p> <p>W polskim porządku prawnym jednostki organizacyjne Kościoła mogą mieć wewnętrzny lub zewnętrzny charakter, co ma miejsce w przypadku spółek zakładanych przez kościelne osoby prawne. W tym miejscu godzi się przytoczyć część uzasadnienia wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 listopada 2011 roku (sygn. akt II FSK 891/10): „Działalność charytatywno-opiekuńcza Kościoła Katolickiego uregulowana została w Rozdziale 6 Działu II ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w RP (art. 38-40). Również art. 21 Konkordatu umożliwia kościelnym osobom prawnym prowadzenie działalności charytatywno-opiekuńczej, a także tworzenie odpowiednich struktur organizacyjnych. Ustawa kościelna w pewien sposób konkretyzuje tę formę działalności Kościoła. W art. 39 przyjęto, że działalność charytatywno-opiekuńcza Kościoła obejmuje w szczególności: (...) 2) prowadzenie szpitali i innych zakładów leczniczych oraz aptek, (...) Użycie przez ustawodawcę określenia &lt;&lt;w szczególności&gt;&gt; sprawia, że powyższy katalog nie jest zamknięty, co oznacza, że również inne działania kościelnych osób</p>	
--	--	--	--



**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>prawnych mogą posiadać cechy działalności charytatywno-opiekuńczej. Wyrażenie &lt;&lt;działalność charytatywno-opiekuńcza&gt;&gt; należy pojmować w sposób szeroki”. Podobne stanowisko zajął również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu, w wyroku z dnia 17 stycznia 2008 roku (I SA/Po 870/07), który został utrzymany w mocy wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 listopada 2009 roku, II FSK 925/08).</p> <p>Wobec powyższego ustawa o działalności leczniczej (pomimo wcześniejszej nowelizacji) powinna precyzyjniej uregulować status spółek kapitałowych tworzonych przez kościelne osoby prawne w celu prowadzenia działalności charytatywno-opiekuńczej, w postaci działalności leczniczej.</p> <p>Dodatkowo należy podnieść, iż podobnie do proponowanego zapisu dla kościelnych osób prawnych, w ustawie już znajduje się zapis dotyczący jednostek organizacyjnych stowarzyszeń, określony w punkcie 5a) w art. 4 ust. 1. Jednostki organizacyjne posiadające osobowość prawną, a utworzone przez kościelne osoby prawne, nie powinny być traktowane w inny sposób. Stałoby to w sprzeczności z przepisami o równym traktowaniu jednostek kościelnych w stosunku do innych funkcjonujących w Polsce.</p>	
61.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	Związek Zawodowy Pracodawców Ratownictwa Medycznego	<p><b>Nagroda jubileuszowa dla dyrektora szpitala</b></p> <p>Zaproponowane zmiany przywracają pozycję samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Proponujemy by podjąć próbę unormowania prawa</p>	Propozycja wykracza poza zakres nowelizacji

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>dyrektora spzoz do nagrody jubileuszowej oraz odprawy emerytalnej. Oba te świadczenia należą się pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w oparciu o ustawę o działalności leczniczej (wcześniej w oparciu o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej ). Niespójne zapisy ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagrodzeniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2015 r. poz. 2099) spowodowały, że do roku 2014 świadczenia te były wypłacane przy akceptacji Ministra Zdrowia. Niestety orzeczenie Sądu Najwyższego (sygn. akt II PK 134/13) z dnia 27 lutego 2014 r. praktycznie pozbawiło kierowników sp zoz tych świadczeń. Nie było chyba intencją ustawodawcy pozbawianie jednej grupy kierowniczej, tych, wcześniej nabytych świadczeń. Tym bardziej iż zgodnie z zapisem ustawy kierownik sp zoz po przekształceniu zakładu w spółkę prawa handlowego, jako prezes tej spółki znowu posiada prawo do nagrody jubileuszowej.</p> <p>W proponowanej nowelizacji ustawy o działalności leczniczej proponuje się zmianę wielu innych ustaw. Rozszerzając ten katalog o ustawę o wynagrodzeniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi można by rozwiązać ten wątpliwy prawnie problem.</p>	
62.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Ponadto projekt zmiany ustawy powinien uwzględnić realne wydłużenie terminu dostosowania pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymagań określonych przez Ministra Zdrowia. Ostatnia zmiana w tym zakresie wydłużyła ten okres jedynie o rok. Ostateczny termin dostosowania do regulacji określonych przez Ministra Zdrowia upływa w</p>	Okres na dostosowanie był wielokrotnie wydłużany.

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			dniu 31 grudnia 2017 roku, podczas gdy znaczna część podmiotów leczniczych wymaga realizacji dużych inwestycji, a możliwość pozyskania środków unijnych na ten cel uległa znacznemu przesunięciu w czasie.	
63.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	OPZZ	<p>Proponujemy korektę przepisów odnośnie podmiotów tworzących (organów założycielskich) - należałoby dokonać <b>przeglądu katalogu podmiotów tworzących</b> określonych jeszcze w poprzedniej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (np. w ustawie o działalności leczniczej wyłączono związki zawodowe jako podmioty tworzące).</p> <p>Warto także powrócić do dyskusji na temat <b>uporządkowania liczby organów założycielskich, z wiodącym jako wojewodą</b> – pozwoliłoby to na wzmocnienie nadzoru i odpowiedzialności za organizację i prowadzenie ochrony zdrowia w regionie oraz zarządzanie podmiotami działalności leczniczej.</p>	Związki zawodowe mogą prowadzić działalność leczniczą.
64.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	OPZZ	<p><b>Słowniczek ustawy.</b></p> <p>Wciąż jest on niedoprecyzowany i wymagający uzupełniania.</p> <p>W tak systemowej ustawie regulującej funkcjonowanie ochrony zdrowia brakuje wielu definicji zawartych w innych ustawach: lekarz, pacjent, pielęgniarka, dokumentacja medyczna, brak zakresów świadczeń zdrowotnych itp.</p>	Nie ma potrzeby definiowania tych terminów
65.	Uwaga ogólna (poza zakresem nowelizacji)	OPZZ	<p><b>Szpital, placówki całodobowe.</b></p> <p>W odniesieniu np. do szpitala wciąż brakuje przepisów o tym, co szpital zapewnia pacjentowi - przepisy regulujące działalność szpitala (czy placówek całodobowych) były o wiele bardziej precyzyjne w poprzedniej ustawie o zoz.</p>	To jest materia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a nie ustawy o działalności leczniczej

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			Warto byłoby także wskazać, jakim zakresem działalności dany rodzaj podmiotu leczniczego może się zajmować i powrócić do opisu poszczególnych rodzajów działalności podmiotów leczniczych.	
66.	OSR	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Wątpliwości metodologiczne w zakresie szacowania kosztów dla podmiotów, na które będzie oddziaływać regulacja, zwłaszcza samorządów terytorialnych oraz brak aktualnych danych dla placówek klinicznych i nadzorowanych przez resorty tj. MON, MSWiA, MS, podobnie jak konkluzja neutralności kosztowej dla budżetu.	<b>Ocena została uzupełniona</b>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

67.	Art. 19	Porozumienie Zielonogórskie	Sprzeciw wobec wpisania w art. 19 projektu nowych zapisów art. 9a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Artykuł ten uniemożliwia podmiotom innym niż ten którego właścicielem jest jednostka samorządu terytorialnego realizację świadczeń finansowanych przez samorząd. O ile zrozumiałym jest że jeżeli taki podmiot jest jedynym to konkurs nie ma sensu, ale jeżeli jest więcej to powinien być konkurs, chociażby dlatego, że podmiot którego właścicielem jest jednostka samorządu terytorialnego może nie być w stanie zrealizować świadczeń które chce finansować samorząd.	Uwaga niezasadna. Będące własnością JST podmioty lecznicze są podstawowym narzędziem realizacji ustrojowych zadań JST w zakresie ochrony zdrowia. Natomiast w przypadku braku możliwości realizacji określonych świadczeń przez ww. podmioty lecznicze JST, obligatoryjne będzie przeprowadzenie postępowania konkursowego.
68.	Art. 19 pkt 1 (zmiana art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych)	Związek Powiatów Polskich	Konieczna zmiana redakcji przepisu. W powołanym przepisie słowo przedsiębiorstwo jest użyte dwa razy. W projekcie przewidziano zmianę tylko pierwszego wyrażenia.	Uwaga zasadna. Przepisy zostaną w tym zakresie zmienione.
69.	Art. 19 pkt 2(dodawane art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych	Związek Powiatów Polskich	Uwaga o charakterze ogólnym dotyczącym finansowania nowego zadania przez jednostki samorządu terytorialnego. Wniosek o zmianę treści uzasadnienia oraz uwzględnienie prognozowanych skutków finansowych dla JST oraz o wskazanie źródeł finansowania zadania. Projektowany przepis przewiduje możliwość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez	Uwaga niezasadna. Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

	ze środków publicznych)		<p>jednostki samorządu terytorialnego.</p> <p>W uzasadnieniu do projektu ustawy znalazł się zapis cyt. „<i>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. <b>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.</b></i>” Zawarte w uzasadnieniu twierdzenie jest niezgodne z prawdą i obowiązującym stanem prawnym.</p> <p>Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym do zakresu działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, <b>niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów.</b> Powyższe oznacza, że gmina może wykonywać zadania m.in. z zakresu ochrony zdrowia tylko w takim zakresie w jakim zadania te nie leżą w kompetencji innych podmiotów. Zadania z zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującym stanem prawnym wykonują Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Zatem w obecnym stanie prawnym gmina nie posiada kompetencji do finansowania świadczeń a zatem projektowanej regulacji nie można uznać za jedynie cyt. „określenie wyrażnie podstawy prawnej”.</p> <p>Zgodnie z wprowadzeniem do wyliczenia w art. 4 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym powiat</p>	<p>w szczególności w ustawach: o <i>działalności leczniczej i o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego. Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły realizować swoje ustrojowe zadania z zakresu ochrony zdrowia.</p> <p>Wybór odpowiedniego instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.</p>
--	-------------------------	--	---	---

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>wykonuje <b>określone ustawami</b> zadania publiczne o charakterze <b>ponadgminnym</b>.  W odniesieniu do ochrony zdrowia, wbrew twierdzeniu zawartemu w uzasadnieniu do projektu ustawy, powiat realizuje wskazane w ustawach zadania z zakresu ochrony zdrowia wynikające z ustawy o działalności leczniczej (w tym prowadzenie podmiotów <b>leczniczych</b>), <b>ustawy</b> o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wskazane w art. 8 ustawy), czy z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wskazać należy, że każde rozszerzenie w ustawach szczególnych zadań powiatów uznaje się za zmianę w zakresie przyznanych zadań.</p> <p>Zgodnie z art. 167 ust. 3 Konstytucji zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. W powołanym przepisie nie wskazano na rozróżnienie zadań obligatoryjnych i fakultatywnych. Gdyby przyjąć, że jednostki samorządu terytorialnego mają zapewnione środki wyłącznie na realizację zadań obligatoryjnych to wskazywanie zadań fakultatywnych w ustawach byłoby bezcelowe.</p> <p>W kontekście proponowanych regulacji być może należałoby rozważyć zmianę zapisu podmiotowego przepisu</p>	
70.	Art. 19 pkt 2 (dodawane art. 9b ust. 3 i 5	Związek Powiatów Polskich	Z jednej strony w uzasadnieniu do projektu ustawy wskazuje się na pozytywne aspekty projektowanej regulacji z drugiej wskazano na ograniczenia, które	Uwaga częściowo zasadna. - Możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

	<p>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).</p>		<p>jednoznacznie pokazują, że głównym beneficjentem nowej regulacji będzie Narodowy Fundusz Zdrowia a nie mieszkańcy.</p> <p>W ust. 3 przesłanką do zawarcia umowy w własnym podmiocie winna być możliwość udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a nie jego faktyczne udzielanie przez podmiot leczniczy.</p> <p>W przeciwnym wypadku SPZOZ, który nie zawarł umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń nie będzie miał możliwości zawarcia umowy z podmiotem tworzącym pomimo posiadania potencjału do ich udzielania. Z punktu widzenia interesu mieszkańców jest to o tyle niezrozumiałe, że może rodzić konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów transportu do dalej położonego podmiotu leczniczego.</p> <p>Powołane przepisy nie dają również możliwości zawarcia umowy przez jednostkę samorządu terytorialnego w przypadku, jeżeli większościowy pakiet udziałów/akcji w spółce będzie należał w sumie do więcej niż jednej jednostki samorządu terytorialnego ale żadna z jednostek nie będzie miała samodzielnie pakietu większościowego.</p> <p>Przepisy nie dają również możliwości bezpośredniego sfinansowania świadczeń przez gminy, bez konieczności przeprowadzania procedury konkursowej, w podmiocie leczniczym prowadzonym przez inną jednostkę samorządu terytorialnego szczebla np. powiat, na obszarze, którego leży ta</p>	<p>zdrowotnych poprawi dostępność dla tych świadczeń dla mieszkańców, ich beneficjentem nie będzie więc Fundusz,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zawarcie umowy z Funduszem nie jest warunkiem zawarcia umowy przez JST. Poprzez udzielanie świadczeń należy rozumieć spełnienie przez podmiot leczniczy wszystkich warunków formalno-prawnych umożliwiających prowadzenie działalności w danym zakresie świadczeń.</li> <li>- Zostaną zmienione postanowienia w zakresie umożliwienia JST zawarcia przedmiotowej umowy w przypadku gdy większościowy pakiet udziałów/akcji w spółce będzie należał w sumie do więcej niż jednej JST</li> <li>- Rozwiązanie przewidziane w ust. 5 powinno być analizowane w kontekście normy wynikającej z art. 68 Konstytucji i dotyczącej zapewnienia przez władze publiczne, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.</li> </ul>
--	--	--	--	--



## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			<p>gmina.</p> <p>Zupełnie niezrozumiałe z punktu widzenia interesów mieszkańców jest ograniczenie wynikające z ust. 5 projektowanego przepisu.</p> <p>Skutkiem projektowanego przepisu będzie nie tylko przeciwdziałanie podwójnemu finansowaniu świadczeń ale niemożność sfinansowania innych świadczeń lub pokrycie kosztów udzielenia świadczenia w wyższym standardzie niż gwarantuje to Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p>W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że jednostka samorządu terytorialnego będzie mogła finansować świadczenia w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie z NFZ (tzw. nadlimity). W tym kontekście zwracamy uwagę, na potrzebę modyfikacji treści uzasadnienia w uwagi na fakt, że zakres zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców determinowany jest nie tylko postanowieniami umownymi ale także z ustawy, zasad współżycia społecznego oraz ustalonych zwyczajów (art. 155 ustawy o świadczeniach w związku z art. 56 Kodeksu cywilnego). Jest to szczególnie istotne w kontekście świadczeń udzielanych w stanach nagłych.</p>	<p>Stąd w przypadku decyzji JST dotyczącej finansowania świadczeń, do których dostępność zabezpieczana jest w ramach umowy zawieranej przez podmiot leczniczy z Funduszem, przewidziano wyłącznie możliwość finansowania świadczeń w ramach tzw. „nadwykonań”. Takie rozwiązanie powinno polepszyć dostępność do świadczeń – natomiast zarówno od strony systemowej, jak i mając na uwadze ww. normę konstytucyjną nie wydaje się właściwe i celowe (z punktu widzenia polepszania dostępności do świadczeń) finansowania w ramach środków publicznych wyższego standardu ich udzielania.</p> <p>- Uwaga co do uzasadnienia nie jest zasadna. Stosowanie zasad Kodeksu Cywilnego wynika z cywilnoprawnego charakteru umowy i nie jest wymagane oddzielne wskazywanie na stosowanie KC w tym zakresie.</p>
71.	Art. 19	Konwent Marszałków Województw RP	Proponowane rozwiązanie umożliwiające samorządom finansowanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych jest rozsądne co do idei, gdyż może	Uwaga częściowo zasadna. - Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

		<p>występować potrzeba wspierania przez samorządy potrzeb zdrowotnych obywateli poprzez współfinansowanie świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, znajdujących się w ich obszarze funkcjonowania. Rozwiązanie to może jednak spowodować nierówności w dostępie podmiotów do środków publicznych, tworząc drugą, pozakonkursową, ścieżkę finansowania działalności podmiotów publicznych. Różnice w dochodowości samorządu, jako podmiotu tworzącego, nie mogą być przyczyną różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych, a wprowadzenie zmiany ustawy w proponowanym kształcie, może do takich nierówności prowadzić. Przedstawiony projekt nie określa w sposób wyczerpujący procedury finansowania tych świadczeń. Niedookreślone pozostają kwestie dotyczące sytuacji kiedy podmiot tworzący na tym samym obszarze ma więcej niż jeden podmiot leczniczy udzielający świadczeń, które mogą być finansowane przez daną jednostkę samorządu terytorialnego. Projekt nie określa czy w takim przypadku jednostka będzie zobligowana zawrzeć umowę ze wszystkimi podmiotami udzielającymi świadczeń, czy będzie mogła dowolnie wybrać jeden z nich. Takie określenie powyższej kwestii może budzić w przyszłości rozległe spory interpretacyjne. Jednocześnie pragniemy podnieść potrzebę, opracowania dodatkowego mechanizmu, który sprawi, że samorządy terytorialne nie będą ponosić odpowiedzialności za skutki wynikające z niewłaściwej albo nieadekwatnej wyceny świadczeń.</p>	<p>publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane w szczególności w ustawach: <i>o działalności leczniczej</i> i <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego. Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły realizować swoje ustrojowe zadania z zakresie ochrony zdrowia. Wybór odpowiedniego instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Procedura finansowania świadczeń powinna zostać określona w umowie, o której mowa w ust. 4,</li><li>- W przypadku istnienia więcej niż jednego podmiotu w tym zakresie, kwestia wyboru podmiotu czy podmiotów do</li></ul>
--	--	--	---

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

				<p>realizacji umowy jest pozostawiona do decyzji JST. W szczególności nie ma obowiązku zawierania umowy ze wszystkimi podmiotami.</p> <p>- Procedury i mechanizmy w zakresie wyceny świadczeń są określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p>
72.	Art. 19	Związek Miast Polskich	<p>Proponowana nowelizacja ustawy o działalności leczniczej wprowadza m.in. nowe zadanie dla samorządów terytorialnych, jakim jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie gwarantując na to zadanie jakichkolwiek środków.</p> <p>Dodatkowo podkreślić należy, że zawarta w projekcie ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz zmianie innych ustaw, fakultatywność zadania – finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zmienia jego charakteru. Pozostaje ono nowym zadaniem własnym gminy, powiatu lub województwa, wobec czego na jego realizację samorządy terytorialne powinny otrzymać udział w dochodach publicznych odpowiedni do przypadających im zadań (Art. 167 Konstytucji RP).</p>	<p>Uwaga niezasadna.</p> <p>Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane w szczególności w ustawach: <i>o działalności leczniczej</i> i <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego.</p> <p>Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły</p>

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

				realizować swoje ustrojowe zadania z zakresie ochrony zdrowia. Wybór odpowiedniego instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.
73.	Art. 19	Lewiatan	<p>Zmiana proponowana w art. 19 projektu, w zakresie wprowadzenia zasad finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń opieki zdrowotnej, w sposób nieuzasadniony wprowadza dyskryminujące rozróżnienie w odniesieniu do podmiotu tworzącego bez uwzględnienia specyfiki i jakości świadczonych usług medycznych.</p> <p>W uzasadnieniu do projektu, jako główne motywy wskazuje się: „najlepszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej” oraz ograniczenie „generowania strat finansowych” podmiotów leczniczych należących do jednostek samorządu terytorialnego. <b>W żaden sposób w uzasadnieniu nie wskazuje się, że działania podejmowane przez władze samorządowe mają na celu zagwarantowanie pacjentom dostępu do usług <u>najlepszych jakościowo.</u></b></p> <p>Natomiast w pierwszej kolejności władza publiczna powinna kierować się dobrem obywateli i wyborem takich świadczeń, które są najlepsze dla pacjentów, <b>niezależnie od organu tworzącego określony podmiot. Stąd wnosimy o uchylenie w dodawanym do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków</b></p>	<p>Uwaga niezasadna</p> <p>Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane w szczególności w ustawach: <i>o działalności leczniczej</i> i <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego.</p> <p>Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły realizować swoje ustrojowe zadania z zakresu ochrony zdrowia.</p> <p>Wybór odpowiedniego</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<u>publicznych art. 9b ustępu 3.</u>	instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.
74.	Art. 19	Unia Uzdrawisk Polskich	<p>Wątpliwości nasze budzą uregulowania § 19 ust 2) projektowanej zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) dot. wprowadzenia przepisów umożliwiających jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez kupowanie tych świadczeń u „swoich” podmiotów leczniczych. Pragniemy zauważyć, <b> iż zakłady lecznictwa uzdrowiskowego z uwagi na charakter leczenia winny być wyłączone od tej zasady.</b> Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji udzielają zakłady przy wykorzystaniu leczniczych właściwości klimatu, surowców naturalnych oraz wód mineralnych. O miejscu leczenia uzdrowiskowego decyduje lekarz-konsultant specjalista balneologii lub rehabilitacji medycznej, w oparciu o stan zdrowia pacjenta. Wybór miejsca leczenia uzdrowiskowego uzależniony jest od schorzenia i wyznaczony zostaje w uzdrowisku o odpowiednim profilu leczenia. Każde uzdrowisko posiada ustalone profile lecznicze. Skierowanie pacjenta przez lekarza na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację ściśle związane jest ze schorzeniem, które nie może być leczone w każdym, uznaniowo wybranym uzdrowisku.</p> <p>Jednocześnie pragniemy nadmienić, iż propozycja zmiany przedstawiona w § 19 ust 2) przedmiotowego</p>	<p>Uwaga niezasadna</p> <p>Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane w szczególności w ustawach: <i>o działalności leczniczej</i> i <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego. Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły realizować swoje ustrojowe zadania z zakresu ochrony zdrowia.</p> <p>Wybór odpowiedniego instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>projektu ustawy na uprzywilejowanej pozycji stawia określone zakłady opieki zdrowotnej (w tym leczenia uzdrowiskowego), pozwala bowiem jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez kupowanie tych świadczeń u „swoich” podmiotów leczniczych tzn. dla których jest podmiotem tworzącym oraz w spółkach, w których ma większość akcji albo udziałów. Powyższe stwarza zagrożenie naruszenia zasad równouprawnienia podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego powodując naruszenie zasad konkurencyjności rynkowej.</p>	
75.	Art. 19	Polska Federacja szpitali	<p>Należy podkreślić, że postępowanie konkursowe jest instrumentem zapewniającym realizację zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów a tym samym podstawowej zasady wydatkowania środków publicznych zawartych a przepisie <b>art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych tj. „Wydatki publiczne powinny być dokonywane: w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów”</b>. Konsekwencją wskazanej normy jest <b>zakaz dokonywania jakichkolwiek wydatków ze środków publicznych bez uprzedniego postępowania konkursowego, którego celem jest wyłonienie podmiotu dającego gwarancję zapewnienia realizacji powyżej powołanych zasad.</b></p>	<p>Uwaga niezasadna Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane w szczególności w ustawach: <i>o działalności leczniczej i o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego. Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

				<p>instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły realizować swoje ustrojowe zadania z zakresu ochrony zdrowia.</p> <p>Wybór odpowiedniego instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.</p>
76.	Art. 19	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	<p>Zwrócić należy jednak uwagę na treść art. 68 ust. 2 Konstytucji, stosownie do którego władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Umieszczenie przepisów w u.z.o.z. wskazuje,</p> <p>że świadczenia zdrowotne udzielane na ich podstawie będą traktowane jak świadczenia finansowane ze środków publicznych. W konsekwencji udzielanie ich powinno odbywać się na równych zasadach dla wszystkich obywateli, nie tylko zaś lokalnych mieszkańców. Odmówienie dostępu do świadczeń osobom niebędącym członkami danej wspólnoty samorządowej może zostać uznane za naruszenie Konstytucji.</p>	<p>Uwaga niezasadna</p> <p>Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustrojowymi, do zadań publicznych JST należy m.in. wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia.</p> <p>Instrumenty służące realizacji tych zadań są wskazane w szczególności w ustawach: <i>o działalności leczniczej</i> i <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> i obejmują m.in. możliwość finansowania: programów polityki zdrowotnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego. Przedmiotowa zmiana rozszerza jedynie zakres instrumentów, w oparciu o które JST będą mogły realizować swoje ustrojowe zadania z zakresu ochrony zdrowia.</p>

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

				Wybór odpowiedniego instrumentu w tym zakresie będzie, tak jak to ma miejsce obecnie, należał do JST.
77.	Art. 19	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 19 projektu (dot. nowych art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) stanowi m.in., iż w celu zaspokojenia potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jst mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia opieki zdrowotnej.</p> <p>Stworzenie możliwości dokonywania zakupów poprzez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń zdrowotnych należy uznać za kolejny znak otwarcia drogi do przenoszenia na samorządy ciężaru finansowania niewydolnej służby zdrowia. Powyższe proponowane rozwiązanie wprowadza odrębny system finansowania opieki zdrowotnej z budżetu samorządów, podczas gdy środkami ze składek na ubezpieczenie zdrowotne dysponuje wyłącznie NFZ. Dodatkowo, z uwagi na ogromną wagę problemu niedostatecznego dostępu do świadczeń zdrowotnych, samorządy będą podlegać w tej kwestii ogromnej presji społecznej. Istnieje również ryzyko, iż Narodowy Fundusz Zdrowia będzie różnicował wysokość kontraktów, w gorszy sposób traktując te szpitale, które mają zamożne podmioty tworzące. W tej sytuacji samorządy zostaną zmuszone do zwiększenia nakładów na zakup świadczeń zdrowotnych, co skutkować będzie pogorszeniem</p>	



**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>stabilności finansowej samorządów, zahamowaniem lokalnych inwestycji, czego negatywne konsekwencje dla rozwoju lokalnego będą długofalowe. Proponowane rozwiązanie nie tylko może wywołać negatywny skutek dla finansów jst, ale może również doprowadzić do dyskryminacji w dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy mieszkańcami biedniejszych i zamożniejszych gmin oraz powiatów, ponieważ nie wszystkie samorzady będzie stać na zakup dodatkowych świadczeń, nie wszystkie też będą miały taką możliwość ze względu na strukturę własnościową szpitali. Jest to niezgodne z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.</p>	
78.	Art. 19	OPZZ	<p>Propozycja wprowadzenia przepisów umożliwiających jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez, jak wskazano w projekcie: <i>„kupowanie tych świadczeń u „swoich” podmiotów leczniczych, tzn. w spzoz, dla których jest podmiotem tworzącym, oraz w spółkach, w których ma większość akcji albo udziałów”</i> budzi szereg wątpliwości. Ministerstwo Zdrowia, z jednej strony proponuje przepisy dające na możliwość pozbawienia lub ograniczenia zakresu świadczeń zdrowotnych mieszkańców, z drugiej zaś, stwarza ustawową możliwość dodatkowego zakupu i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki</p>	

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**

			<p>samorządu terytorialnego (nowy art. 9a i 9b).</p> <p>W praktyce doprowadzi to do znacznej nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej - powstaną regiony, w których dostęp będzie utrudniony, np. po likwidacji spzoz, w innych zaś - mieszkańcy będą mogli liczyć na dodatkowe świadczenia finansowane przez samorząd. Ponadto wprowadza się obok NFZ, dodatkowego innego płatnika (samorząd), który oprócz obecnego finansowania programów profilaktycznych, będzie mógł finansować leczenie pacjentów.</p> <p>Powstaje szereg pytań: czy samorząd będzie pokrywał koszty tylko świadczeń udzielanych mieszkańcom określonej społeczności lokalnej czy też z innych regionów, którzy zechcą się leczyć poza miejscem zamieszkania? w jaki sposób miałyby się odbywać weryfikacja uprawnień mieszkańców społeczności samorządowej do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej na podstawie umowy z NFZ ? Chodzi także o tryb, w jaki j.s.t będzie zawierał umowy z podmiotami leczniczymi – zbyt lakonicznie wskazuje się na konkurs ofert.</p> <p>Należy też zwrócić uwagę, że pomimo fakultatywności przepisu, jednostki samorządu terytorialnego nie otrzymują dodatkowych środków finansowych na to zadania.</p>	
79.	Art. 19	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	Zwrócić należy jednak uwagę na treść art. 68 ust. 2 Konstytucji, stosownie do którego władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Umieszczenie przepisów w u.z.o.z.	

## Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

			wskazuje, że świadczenia zdrowotne udzielane na ich podstawie będą traktowane jak świadczenia finansowane ze środków publicznych. W konsekwencji udzielanie ich powinno odbywać się na równych zasadach dla wszystkich obywateli, nie tylko zaś lokalnych mieszkańców. Odmówienie dostępu do świadczeń osobom niebędącym członkami danej wspólnoty samorządowej może zostać uznane za naruszenie Konstytucji.	
--	--	--	---	--



Minister  
Spraw Zagranicznych

Warszawa, dnia 31 maja 2016 r.

DPUE.920.541.2016/10/mz

dot.: RM-10-56-16 z 25.05.2016 r.

Pani  
Jolanta Rusiniak  
Sekretarz Rady Ministrów

**Opinia**

**o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej**

*Szanowna Pani Minister,*

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

**Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.**

Niezależnie od powyższej konkluzji, nawiązując do zgłaszanych przez MSZ uwag dotyczących kwestii zakazu zbywania akcji i udziałów przez podmioty publiczne poniżej progu 51% udziału w kapitale zakładowym spółki oraz zakazu wypłacania dywidendy, uprzejmie informuję, że wiążącej oceny proporcjonalności środków krajowych może dokonać wyłącznie Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej.

*Z poważaniem*

z up. Ministra Spraw Zagranicznych

Podsekretarz Stanu  
*Aleksander Stępkowski*

Do wiadomości:

Pan Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów  
Departament Rady Ministrów

wpłynęło 31-05-2016

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy  
oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów  
opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 53a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej jest dokonywana na podstawie następujących wskaźników:

- 1) zyskowności, w tym wskaźnika:
  - a) zyskowności netto,
  - b) zyskowności działalności operacyjnej,
  - c) zyskowności aktywów;
- 2) płynności, w tym wskaźnika:
  - a) bieżącej płynności,
  - b) szybkiej płynności;
- 3) efektywności, w tym wskaźnika:
  - a) rotacji należności,
  - b) rotacji zobowiązań,
  - c) rotacji zapasów;
- 4) zadłużenia, w tym wskaźnika:
  - a) ogólnego zadłużenia,

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

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

- b) wypłacalności,
- c) obsługi długu,
- d) finansowania majątku trwałego.

§ 2. Sposób obliczania wskaźników finansowych oraz przypisane im punktowe oceny służące do analizy ekonomiczno-finansowej określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**w porozumieniu**

**MINISTER FINANSÓW**

**Załącznik  
do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia ... (Dz. U. poz. ...)**

**Sposób obliczania wskaźników finansowych oraz przypisane im punktowe oceny służące do  
analizy ekonomiczno-finansowej**

**1. ZYSKOWNOŚĆ:**

**a) Wskaźnik zyskowności netto (%)**

*Formuła:*

Wynik netto x 100%

---

Przychody ogółem

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,0%	0
od 0,0% do 3,0%	3
Powyżej 3,0% do 5,0%	4
powyżej 5,0%	<b>5</b>

**b) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)**

*Formuła:*

Wynik z działalności operacyjnej x 100%

---

( Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi + pozostałe przychody operacyjne )

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,0%	0
Od 0,0% do 4,0%	3
Powyżej 4,0% do 6,0%	4
powyżej 6,0%	<b>5</b>

**c) wskaźnik zyskowności aktywów (%)**

*Formuła:*

Wynik netto x 100%

---

Aktywa razem

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,0%	0
powyżej 0,0% do 3,0%	3
powyżej 3,0% do 6,0%	4
powyżej 6,0%	<b>5</b>

## **2. PŁYNNOŚĆ:**

### **a) wskaźnik bieżącej płynności**

*Formuła:*

Aktywa obrotowe

---

Zobowiązania krótkoterminowe

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,60	0
powyżej 0,60 do 1,20	8
powyżej 1,20 do 1,70	<b>12</b>
powyżej 1,70	10

### **b) wskaźnik szybkiej płynności**

*Formuła:*

Aktywa obrotowe – zapasy

---

Zobowiązania krótkoterminowe

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,50	0
Powyżej 0,50 do 0,90	8
powyżej 0,90 do 1,30	<b>13</b>
powyżej 1,30	10

## **3. EFEKTYWNOŚĆ:**

### **a) wskaźnik rotacji należności (w dniach)**

*Formuła:*

Przeciętny stan należności krótkoterminowych x liczba dni w okresie ( 365 )

---

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi



<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
Poniżej 45 dni	<b>3</b>
od 45 dni do 60 dni	2
od 61 dni do 90 dni	1
Powyżej 90 dni	0

**b) wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)**

*Formuła:*

Przeciętny stan zobowiązań z tyt. dostaw i usług x liczba dni w okresie ( 365 )

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 30 dni	5
od 31 dni do 60 dni	<b>8</b>
od 61 dni do 90 dni	4
od 91 dni do 120 dni	2
Powyżej 121 dni	0

**c) wskaźnik rotacji zapasów (w dniach)**

*Formuła:*

Przeciętny stan zapasów x liczba dni w okresie ( 365 )

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 15 dni	<b>4</b>
od 15 dni do 30 dni	3
od 31 dni do 60 dni	2
od 61 dni do 120 dni	1
121 dni i więcej	0

**4. ZADŁUŻENIE:**

**a) wskaźnik zadłużenia aktywów (%)**

*Formuła:*

(Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania) x  
100%

Suma bilansowa ( aktywa )

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 30%	<b>10</b>
od 30% do 60%	8
powyżej 60% do 80%	3
powyżej 80%	0

**b) wskaźnik wypłacalności**

*Formuła:*

(Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania )

---

Kapitał własny

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
od 0,01 do 0,50	<b>10</b>
od 0,51 do 1,00	8
od 1,01 do 2,00	6
od 2,01 do 4,00	4
powyżej 4,00, także 0,00 oraz poniżej 0,00	0

**c) wskaźnik obsługi długu**

*Formuła:*

Wynik netto + amortyzacja + odsetki

---

Suma rat kapitałowych danego roku + odsetki

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
Poniżej 0,80	0
Od 0,80 do 1,00	6
od 1,01 do 1,20	12
od 1,21 do 1,50	<b>15</b>
powyżej 1,50	12

**d) wskaźnik finansowania majątku trwałego**

*Formuła:*

Zobowiązania długoterminowe + kapitały własne

---

Wartość aktywów trwałych

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
Poniżej 0,75	0
od 0,75 do 1,00	8
powyżej 1,00	<b>10</b>

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 53a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 618, z późn. zm.). Projekt rozporządzenia określa wskaźniki ekonomiczno-finansowych niezbędne do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ocena ta oraz prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dokonywana jest na podstawie analizy następujących grup wskaźników:

- 1) zyskowności, w tym wskaźnika: zyskowności netto, zyskowności działalności operacyjnej i zyskowności aktywów;
- 2) płynności, w tym wskaźnika: bieżącej płynności i szybkiej płynności;
- 3) efektywności, w tym wskaźnika: rotacji należności, rotacji zobowiązań i rotacji zapasów;
- 4) zadłużenia, w tym wskaźnika: zadłużenia aktywów, wypłacalności, obsługi długu i finansowania majątku trwałego.

Do celów oceny przyjęto cztery podstawowe obszary analizy: zyskowność, płynność, efektywność oraz zadłużenie. Wskaźniki zyskowności służą do oceny efektywności działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wskaźniki płynności mierzą zdolność do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań, wskaźniki efektywności informują w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu wykonania świadczeń, natomiast wskaźniki zadłużenia pozwalają wnioskować na temat zadłużenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego struktury oraz o zdolności do obsługi tego zadłużenia

Ocena punktowa dokonana na podstawie arkusza analizy wskaźnikowej determinuje przypisanie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do jednej z kategorii ekonomiczno-finansowych. Sposób wyliczania wskaźników finansowych oraz przypisane im oceny punktowe określa załącznik do rozporządzenia.

Zaproponowana w niniejszym projekcie forma oceny sytuacji ekonomicznej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej została opracowana w oparciu o teorię i zasady analizy wskaźnikowej, jednakże dostosowana do warunków i specyfiki sektora ochrony zdrowia. Wybrane wskaźniki pozwalają w przejrzysty i pełny sposób zobrazować, a następnie ocenić kondycję finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Rozróżnienie czterech grup wskaźników finansowych pozwoli na skuteczne diagnozowanie przyczyn niestabilności finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku gdy takie problemy wystąpią. Analiza wskaźnikowa pozwala zidentyfikować mocne i słabe strony funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także dostarcza informacji o zagrożeniach i szansach w ich działalności.

Syntetyczny obraz kondycji finansowej, którą daje analiza wskaźnikowa, umożliwi ich podmiotom tworzącym szybkie reagowanie w przypadku zagrożenia utratą płynności, zadłużania się samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej bądź innych zjawisk niepożądanych wynikających z nieumiejętnego gospodarowania środkami finansowymi i zarządzania.

W ten sposób wystandaryzowane wyniki oceny ekonomiczno-finansowej dają także możliwość analizy porównawczej funkcjonowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na tle innych, wysuwania wniosków na temat sprawności bieżącego zarządzania jednostką, a następnie na tej podstawie stworzenia skutecznego systemu monitorującego i oceniającego (*'benchmarking'*).

<p><b>Nazwa projektu:</b> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Beata Rorant – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, tel. 22 63 49 277, b.rorant@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 18.05.2016 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Art. 53a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia a 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 , z późn. zm.)</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b> MZ ...</p>
--	--

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Określenie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

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

W projektowanej regulacji określa się wskaźniki ekonomiczno-finansowe niezbędne do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Syntetyczny obraz kondycji finansowej, którą daje analiza wskaźnikowa, umożliwi ich podmiotom tworzącym szybkie reagowanie w przypadku zagrożenia utratą płynności, zadłużania się samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej bądź innych zjawisk niepożądanych wynikających z nieumiejętnego gospodarowania środkami finansowymi i zarządzania.

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

Brak informacji

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej		Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	.

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

Projekt nie był przedmiotem tzw. pre-konsultacji.  
Projekt rozporządzenia został przekazany na okres 30 dni do konsultacji publicznych i opiniowania następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,



Źródła finansowania	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.					
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń						
<b>7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe</b>						
Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian	0	1	2	3	5	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa					
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw					
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe					
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowana regulacja stworzy narzędzia do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw					
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe					
Niemierzalne						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.					
<b>8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu</b>						
Nie dotyczy.						
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy					
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:					



Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Komentarz:		
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>		
Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.		
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu		
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>		
Planowane jest wejście w życie rozporządzenia po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>		
Nie przewiduje się ewaluacji efektów projektu.		
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</b>		
Nie dotyczy.		