



OGÓLNOPOLSKIE POROZUMIENIE  
ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

Wiceprzewodnicząca

*Wiesława Taranowska*

Warszawa, 26 lutego 2008r.

OPZZ/WT/RG / 134 /2008

Pan

**Lech CZAPLA**  
**Zastępca Szefa**  
**Kancelarii Sejmu**

W odpowiedzi na przekazany do OPZZ, przy piśmie z dnia 22 stycznia 2008r.:  
**poselski projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej -**

uprzejmie przekazuję w załączeniu opinię Ogólnopolskiego Porozumienia  
Związków Zawodowych do niniejszego projektu ustawy.

Łączę wyrazy szacunku

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz. ....

Data wpływu ...03.03.08.....

**Opinia**  
**Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych**  
**do poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej**

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych przeprowadziło bardzo szerokie konsultacje społeczne wśród ogólnokrajowych organizacji członkowskich zrzeszonych w naszej centrali do poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej grupy posłów wnioskodawców Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska, przekazanego przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu RP z dnia 22 stycznia 2008r. Wynikiem konsultacji społecznych jest przedłożona poniżej opinia do przedmiotowego projektu:

Na wstępie niniejszej opinii – OPZZ zwraca uwagę na kilka aspektów natury ogólnej dotyczącej zarówno trybu prac nad projektami przekazanymi do zaopiniowania jak też kierunku zmian systemowych stanowiących materię poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:

1. Przedłożenie do konsultacji społecznych 3 projektów ustaw systemowych przekazanych przy piśmie Marszałka Sejmu RP z dnia 22 stycznia 2008r. tj.: ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych - jako projektów poselskich, a nie rządowych zostało odebrane przez OPZZ jednoznacznie negatywnie.

W naszej ocenie projekty ustaw, w szczególności te, które wytyczają bardzo głębokie zmiany w systemie ochrony zdrowia powinny stanowić przedłożenia rządowe i być przez rząd rekomendowane do dalszych prac w Parlamencie.

Wobec powyższego – OPZZ wyraża jedynie nadzieję i przekonanie, iż kolejne projekty aktów prawnych reformujących system ochrony zdrowia w Polsce będą przedkładane przez stronę rządową w trybie powszechnie przyjętym jako projekty rządowe.

2. Poselski projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z założeniem posłów wnioskodawców – jest wiodącym z pakietu proponowanych zmian legislacyjnych w obszarze całego systemu ochrony zdrowia. Czytając literalnie propozycje zmian w niniejszym projekcie ustawy o zoz należy zauważyć, iż **wyłączonych jest szereg**

istotnych obszarów, które zgodnie z Uzasadnieniem projektu mają stanowić odrębne regulacje. Zdaniem OPZZ niektóre obszary problemowe wyłączone z projektu ustawy o zoz są immanentnie związane z materią funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i w dalszych pracach legislacyjnych nad projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej należy rozważyć ich dodanie, a nie projektowanie w odrębnych regulacjach. Dotyczy to m.in. o problematyki z zakresu dokumentacji medycznej czy akredytacji.

3. W świetle ww. wyłączeń niektórych obszarów będących przedmiotem obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – OPZZ zwraca szczególną uwagę na jedną z istotniejszych, z punktu widzenia pracowniczego, części obowiązującej ustawy o zoz regulującej **szczególne uprawnienia pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej**. Wyłączenie obowiązujących przepisów zawartych w rozdziale 4a – *Szczególne uprawnienia pracowników zatrudnionych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej* z przedłożonego projektu poselskiego zostało bardzo negatywnie odebrane przez nasze środowisko związkowe pracowników ochrony zdrowia. Zwracamy uwagę, z podstawowym warunkiem spokoju społecznego potrzebnego do przeprowadzenia trudnych zmian systemowych jest wypracowanie regulacji o szczególnych uprawnieniach pracowników zoz w drodze dialogu społecznego i z poszanowaniem głosu środowiska pracowniczego.
4. Odnosząc się do poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – OPZZ wyraża zadowolenie z faktu, iż projekt przygotowano jako **nowy akt prawny a nie kolejną nowelizację ustawy**.
5. OPZZ wielokrotnie apelował o **równoległe przedłożenie przez rząd propozycji rozwiązań systemowych likwidujących wciąż znaczące zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej**. Wyrażamy poważne obawy czy projektowane zmiany w szczególności w obszarze nowych form właścicielskich zakładów opieki zdrowotnej i możliwości przekształceń zoz-ów w spółki prawa handlowego będą miały szanse powodzenia jeśli przed przekształceniami placówek nie zostanie uregulowana kwestia ich długów. W naszej ocenie - wciąż wysoki poziom zadłużenia placówek ochrony zdrowia może w sposób znaczący zaburzyć proces zmian właścicielskich świadczeniodawców.

6. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych pozytywnie odnosi się do formuły fakultatywności przekształceń oraz możliwości prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej w różnych formach właścicielskich. Wydaje się, iż w obecnej sytuacji, bardzo zróżnicowanej kondycji finansowej zakładów opieki zdrowotnej katastrofalną w skutkach byłaby decyzja o obligatoryjności przekształcenia zoz w spółki kapitałowe.

7. Uszczegóławiając powyższe - w opinii OPZZ propozycje zawarte w projekcie ustawy w części dotyczącej dopuszczenia możliwości funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w formie spółek prawa handlowego – z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółek akcyjnych są możliwe do zaakceptowania wyłącznie pod warunkiem utrzymania większościowego udziału podmiotu publicznego – Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego wraz z zagwarantowaniem akcji pracowniczych dla uprawnionych pracowników.

Udział publicznego podmiotu w kapitale zakładowym (bez możliwości zbywania akcji lub udziałów) szpitala będącego spółką, w wersji zaproponowanej w projekcie ustawy i ustalonym na poziomie odpowiednio: nie mniej niż 51% oraz 75% jest niezbędnym minimum i dalsza dyskusja w tym zakresie powinna być kontynuowana wyłącznie pod kątem ewentualnego zwiększenia tego progu procentowego, nie zaś jego obniżania.

8. W ocenie OPZZ zasadnym jest wyłączenie z przepisów projektu ustawy regulacji związanych z działalnością obecnie funkcjonujących rad społecznych w zakładach opieki zdrowotnej. Praktyka pokazała, iż są to ciała opiniodawczo - doradcze a nie decyzyjne wobec czego ich dalsze funkcjonowanie wydaje się bezcelowe.

#### **Niektóre uwagi szczegółowe:**

1) art. 2 – w definicji zakładu opieki zdrowotnej niefortunne wydaje się zaakcentowanie, iż celem zoz jest prowadzenie działalności gospodarczej, która polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia itp. Bardziej właściwe było określenie, iż celem zakładu opieki zdrowotnej jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia oraz realizacja dydaktyki (pkt.2), to zaś z kolei może być uznane jako prowadzenie działalności gospodarczej. Definicja nie podkreśla ponadto, iż celem zoz jest także prowadzenie badań naukowych i prac

badawczo - rozwojowych w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych przez zakład opieki zdrowotnej.

2) **art.3** – słowniczek:

- **pkt. 1** – definicja **dokumentacji medycznej** wyłącza tę materię do odrębnej regulacji o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta... - wydaje się, iż obszar dokumentacji medycznej jest immanentnie powiązany z materią funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej (na co wskazywaliśmy powyżej) i konieczne jest ponowne rozważenie czy zasadne jest wyłączenie całości tej problematyki do innej regulacji ustawowej.
- **pkt. 7** – definicja **świadczenia zdrowotnego** – definicja zawarta w art. 3 obowiązującej ustawy o zoz wydaje się pojemniejsza, gdyż uwzględnia też zakresy czynności składające się na pojęcie świadczenie zdrowotne.

3) **art.7** – wskazanie **jakiego rodzaju działalności nie można wykonywać na terenie zoz** było szersze zakresowo w dotychczasowej ustawie (art.1 ust. 4) – obecna propozycja nie wskazuje np. na zakaz akwizycji czy reklamy, wobec czego pojawia się pytanie: czy intencja ustawodawcy zmierza w kierunku przyzwolenia na tego rodzaju działalność?

Wydaje się, że brakuje także definicji „działalności uciążliwej dla pacjenta”.

4) **art. 8** – intencja nowej propozycji nakładającej na zakład opieki zdrowotnej **obowiązek zawarcia umowy od ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej** jest słuszna i z pewnością będzie służyła pacjentowi. Należy w tym względzie zachować kompatybilność z ustawą o prawach pacjenta. Ważne jest też by przepis nie był „martwy” dlatego zasadne jest przygotować w trybie pilnym stosowne rozporządzenie, do którego delegację zawarto w ust. 3.

5) przedłożony projekt ustawy w części ogólnej regulującej materię zakładu opieki zdrowotnej nie uwzględnia niezwykle istotnego zapisu stanowiącego, iż na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej możliwe jest wyodrębnienie jednostki organizacyjnej zoz w celu udzielania świadczeń mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo wychowawczych.

- 6) **art.9 ust.6** – założenie, żeby szpitale były tworzone wyłącznie przez samorząd województwa, a nie jak dotychczas przez wszystkie szczeble samorządu terytorialnego jest słuszne i od dawna podkreślane w stanowiskach wielu organizacji branżowych zrzeszonych w OPZZ. W naszej ocenie uporządkowanie ilości organów założycielskich wzmocni nadzór i odpowiedzialność za organizację prowadzenia opieki zdrowotnej w regionie oraz za zarządzanie ZOZ.
- 7) **art.12 ust. 3 i 4** – wprowadzenie nowych modeli alternatywnego kierowania oddziałami w szpitalach poprzez **system ordynatorski i system konsultancki** należy uznać za ciekawą i praktyczną propozycję. Konieczne jest jednak doprecyzowanie terminu „zespół konsultantów” oraz uzupełnienie, iż ponoszą oni także odpowiedzialność za kierowanie oddziałem pod względem administracyjno - gospodarczym, jak ordynator.
- 8) w **art.13 ust.2 pkt.6** w związku z uwagami w **pkt. 10)** dopuszcza się możliwość dodatkowych opłat za zapewnienie pacjentowi na jego życzenie pomieszczenia o wyższym standardzie. OPZZ nie sprzeciwia się wprowadzenia takiej formy dopłat, jednak fundamentalnym warunkiem zgody społecznej na dopłaty w takiej formie jest gwarancja zachowania zasady równej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a zwłaszcza wyeliminowanie zjawiska ograniczania liczby łóżek „standardowych” dla chęci osiągnięcia większego zysku przez ZOZ-y.
- 9) **art.18 ust.2** – zwracamy uwagę , iż **katalog stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej** nie uwzględnia *szpitala uzdrowiskowego* – jeśli z nazwy umieszcza się w katalogu sanatorium uzdrowiskowe w rozumieniu ustawy o uzdrowiskach, tym bardziej zasadne wydaje się by w katalogu znalazł się także szpital uzdrowiskowy (jest przecież stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej).  
Podział zakładów opieki zdrowotnej na zakłady stacjonarne i ambulatoryjne należy ocenić bardzo pozytywnie, z uwzględnieniem zamkniętego katalogu tych zakładów.
- 10) **art.21 ust.2** w związku z **art.36** – dopuszczenie możliwości pobierania przez szpital opłat za wyższy standard pobytu – podstawowym warunkiem zgody na tę regulację jest zachowanie, a nawet wzmocnienie uprawnień świadczeniobiorców w zakresie równego dostępu do świadczeń, w związku z czym należałoby wzmocnić i

uszczelnić przepisy regulujące listy oczekujących (kolejki) żeby w praktyce nie funkcjonował podział pacjentów na lepszych (czyli tych którzy mogą dopłacić do standardu, a więc mających pozornie prawo „omijać” kolejkę) oraz gorszych (czyli pacjentów oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach). W delegacji, o której mowa w art.36 mającej określić standard wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów – należy precyzyjnie określić, czym jest standard oraz czy jego składową jest także wyżywienie i czynnik osobowy np. dodatkowa opieka personelu medycznego.

- 11) **art. 26 ust.1 zdanie drugie** – przepisy związane z **wypisem pacjenta ze szpitala** – pojawia się nowy przepis regulujący możliwość egzekwowania przez gminę zwrotu kosztów transportu wobec pacjenta, który nie jest odbierany ze szpitala w wyznaczonym terminie. W ocenie OPZZ konieczne jest uszczegółowienie tego przepisu w części dotyczącej egzekwowania tych należności przez szpitale, aby nie były one uwikłane w długotrwałe procesy i dodatkowe koszty – w przeciwnym wypadku mogą one okazać się „martwe” w praktyce.
- 12) **art. 29 – czasowe zaprzestanie działalności zakładu opieki zdrowotnej całkowicie bądź w części** - w kontekście tych regulacji należy zwrócić uwagę na aspekt pracowniczy: co z pracownikami placówek, które na okres (zgodnie z projektem) do 3 miesięcy zaprzestają działalności?  
Wydaje się zasadne także by rozgraniczyć sytuacje, kiedy zakład opieki zdrowotnej zaprzestaje całkowicie a kiedy tylko w części czasowej działalności - w drugim przypadku sytuacja jest prostsza, gdyż pracownicy mogą w tym czasie świadczyć pracę w zakresie innej komórki organizacyjnej zakładu.
- 13) **art.37 – katalog ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej** – wykreślone zostały: pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji oraz żłobek (o żłobku – oddzielnie w uwadze 15).
- 14) **art.38** - określenie zakresu udzielania świadczeń przez przychodnię jest tożsamy z zakresem podstawowej, specjalistycznej opieki zdrowotnej (projekt doprecyzowuje jeszcze doraźną pomoc ambulatoryjną) jednak w obecnie obowiązujących przepisach (art.27 ust.2 obecnej ustawy o zoz) funkcjonuje regulacja określająca

**zakres świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:** świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej rodzinnej i pediatrii.

15) **wykreślenie żłobka z katalogu zakładów opieki zdrowotnej.**

Na podstawie innej projektowanej materii ustawowej: Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia żłobek jako placówka zostaje włączony do systemu oświaty. Podzielmy opinie organizacji zrzeszonych w OPZZ, iż niezrozumiałym jest fakt umieszczenia żłobka w projekcie ustawy o systemie oświaty a nie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej jako zakład opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji.

Należy pamiętać, że do bardzo ważnych zadań żłobka należy świadczenie usług zdrowotnych dla dzieci od 0 do 3 lat. Zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych udzielanych przez żłobek to: świadczenie usług opiekuńczo – wychowawczych dzieciom zdrowym w wieku do lat trzech, świadczenie usług opiekuńczo – wychowawczych dla dzieci niepełnosprawnych w wieku od jednego roku do trzech lat w wyodrębnionej grupie lub grupie integracyjnej, prowadzenie działalności profilaktycznej. Równie ważnym zadaniem żłobka jest zapewnienie prawidłowego żywienia dziecka w wieku od niemowlaka do trzeciego roku życia uwzględniając zalecenia lekarza oraz normy żywieniowe. Podstawowym zadaniem pracowników żłobka, a są to pracownicy z wykształceniem medycznym (pielęgniarki, opiekunki dziecięce) jest wspieranie rodziców poprzez zapewnienie troskliwej opieki nad dzieckiem zdrowym, ochrona przed chorobami i urazami oraz dbałość o prawidłowy i wszechstronny rozwój psychofizyczny. Obecne żłobki to nowoczesne placówki, w których obowiązują roczne i miesięczne plany pracy, w tym również plany pracy z zakresu edukacji dzieci w wieku od 0-3 lat, które uczą się i pobudzają jego aktywność. Personel medyczny żłobków stawia pytanie: czym kierowali się projektodawcy wprowadzając takie zmiany, czy dobrem dziecka (jeśli tak to z czego one wynikają?) i jaki będzie status pracownika medycznego w żłobku?

**Włączenie więc instytucji żłobka pod regulacje systemu oświaty wzbudza wątpliwości jakim przepisom będą podlegać pracownicy medyczni zatrudnieni z żłobkach: ochrony zdrowia czy systemu oświaty.** Nie może być takiej sytuacji, by w zależności od miejsca zatrudnienia (np. analogia do DPS-ów) pracownicy medyczni podlegali innym regulacjom niż pozostali pracownicy ochrony zdrowia.



Poddajemy pod rozważenie, by rozważyć włączenie żłobka pod system pomocy społecznej – w naszej ocenie byłoby to o wiele bardziej celowe.

- 16) **art.46 – uwaga ogólna:** materia wszystkich kolejnych przepisów związanych z tworzeniem, przekształceniem i likwidacją publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinna rozpoczynać się od ogólnych przepisów, choćby tych zawartych dopiero aż w art.54 stanowiących, iż spzoz może zostać przekształcony w spółkę zoo lub spółkę akcyjną. Obecna kolejność większości artykułów zawartych w tym rozdziale jest chaotyczna np. art. 46 rozpoczyna się od nawiązań do zakładu opieki zdrowotnej będącego spółką w organizacji zaś kolejne ustępy art. 46 odnoszą się do zoz- u prowadzonego w formie spółki zoo lub spółki akcyjnej.
- **ust.2 – należy poddać pod dyskusję czy kwota 500 000 tys. minimalnego kapitału zakładowego spółki kapitałowej powstałej z samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest właściwa. OPZZ wyraża opinię, iż kwotę tę należałoby podnieść, co zgodnie z intencją ustawodawców zagwarantuje powstawanie silnych finansowo podmiotów.**
- 17) **art. 48 – procentowy udział kapitału zakładowego spółki:**
- **W ocenie OPZZ podstawowym i wyłącznym warunkiem zgody na dopuszczenie możliwości przekształcenia spzoz w spółki kapitałowe (z.o.o lub akcyjne) jest zachowanie publicznego charakteru spółki, poprzez ustalenie wysokości udziału publicznego podmiotu na poziomie gwarantującym wpływ i kontrolę podmiotów publicznych na działalność spółki.**
  - **Odnosnie propozycji zawartych w projekcie co do minimalnej wysokości progów kapitału zakładowego ustalonych na poziomie odpowiednio nie mniej niż 51% i nie mniej niż 75% (w odniesieniu do szpitali klinicznych) zaproponowane progi procentowe uważamy za niezbędne minimum. Należy także zadać pytanie o uzasadnienie zróżnicowania udziału procentowego podmiotu publicznego w kapitale zakładowym spółki w odniesieniu do szpitali klinicznych i szpitali pozostałych.**
  - **W ocenie OPZZ należy rozważyć by w początkowym etapie przekształceń udział podmiotu publicznego był 100%.**
  - **Pojawia się jeszcze kolejna bardzo ważna kwestia związana z wysokością kapitału zakładowego szpitali w przypadku, gdy działają one w formie spółek:**

należy jednoznacznie rozstrzygnąć czy maksymalny 15% poziom kapitału zakładowego spółki do objęcia w formie nieodpłatnych akcji pracowniczych przez uprawnionych pracowników o których mowa w dalszych przepisach – zawiera się w minimalnych granicach 51% i 75% ustalonych dla powstawania spółek z przekształcenia spzoz. Innymi słowy, czy nieodpłatne akcje pracownicze ustalone na poziomie nie więcej niż 15% są włączone w minimalny poziom kapitału zakładowego spółek tj. 51 % i 75%.

**W naszej ocenie udziały albo akcje pracownicze nabyte nieodpłatnie przez uprawnionych pracowników określonych w ustawie powinny stanowić wartość dodaną do kapitału zakładowego określonego na poziomie wskazanym w zapisach projektu ustawy. Jest to bardzo ważne w powiązaniu z dalszymi przepisami stanowiącymi, iż po upływie 2 lat udziały albo akcje nabyte nieodpłatnie przez uprawnionych pracowników będą mogły być przedmiotem zbycia.**

Gdyby nieodpłatne akcje pracownicze nie stanowiły wartości dodanej do kapitału zakładowego spółki zaburzałoby to publiczny charakter spółki i po 2 latach procentowy udział kapitału zakładowego spółki mógłby być znacznie zmodyfikowany, a szpital znajdować się poza kontrolą podmiotu publicznego, co byłoby sprzeczne z założeniem projektodawców.

- **ust. 2** – należy zachować te przepisy, które wskazują, iż wszelkie czynności prawne w wyniku których udział w kapitale zakładowym publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej jest mniejszy niż 51% lub 75% są nieważne z mocy prawa.
- 18) **art.50** – przepisy regulujące likwidację publicznych zakładów opieki zdrowotnej należałoby uzupełnić o klauzulę, iż jeśli w wyniku likwidacji istnieje podejrzenie, iż nastąpi istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów świadczeń lub ciągłości świadczeń zdrowotnych lub jeśli zakład opieki zdrowotnej jako jedyny w województwie udziela świadczeń zdrowotnych i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej – organ tworzący może odmówić zgody na likwidację zakładu opieki zdrowotnej (regulacje dotychczas obowiązującego art.36 b).
- 19) **art.52 ust. 1 pkt.2** – należałoby rozważyć skutki przyjęcia rozwiązania, które zgodnie z intencją projektodawcy zakłada, iż przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej może

polegać również na zmianie – zgodnie z pkt.2 - „zakresu lub rodzaju udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych”.

- 20) **art.54 w związku z art.91 – przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z.o.o lub akcyjną a pokrywanie ujemnego wyniku finansowego.** W związku z założeniem zawartym w ustępie 3 tj. zakładającym wyłączenie przepisów o pokrywaniu ujemnego wyniku finansowego spzoz przez powstającą spółkę i pokrywanie zadłużenia samodzielnie przez spzoz lub podmiot tworzący – potwierdzony jest argument na który wskazujemy wcześniej w opinii, iż wraz z możliwością przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego konieczne są równoległe przepisy regulujące restrukturyzację zadłużenia szpitali.
- 21) **art. 59 – stanowiący, iż z dniem przekształcenia pracownicy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się z mocy prawa, pracownikami spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej - jest bezwzględny warunkiem zgody branżowych organizacji członkowskich zrzeszonych w OPZZ na przekształcenia szpitali.** Nie można dopuścić do sytuacji by pracownicy ponosili największe koszty przekształceń w ochronie zdrowia.
- 22) **art. 61 – nieodpłatne akcje dla uprawnionych pracowników.**  
*Uwaga ogólna:* odnośnie przepisów zawartych w przedmiotowym artykule należy bezwzględnie zachować prawo konsultacji z zakładową lub zakładowymi organizacjami związkowymi co do trybu uzgodnień sposobu podziału udziałów albo akcji.
- **ust.1 – należy rozważyć procentowe zwiększenie możliwości nabywania przez pracowników akcji (udziałów) spółki powyżej 15%.**
  - **ust.13 - uprawnieni pracownicy –** wyrażamy opinię, iż definicja „*uprawnionych pracowników*” powinna obejmować wyłącznie pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Zatem nie może być pracownikiem osoba, która np. świadczy pracę odpłatnie, a praca ta jest wykonywana w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy o dzieło, umowy zlecenia czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych nienazwanych. Pracownik w prawie polskim został zdefiniowany w

ustawie z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy (z późn. zm.) i oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Tym samym ustawodawca zdefiniował pojęcie pracownika poprzez wskazanie aktów kreujących stosunek pracy, a także zespół cech, które warunkują istnienie stosunku pracy.

- **ust. 13 pkt.2)** – proponujemy wykreślić takie sformułowanie.

Zdaniem OPZZ należy **zawęzić pojęcie uprawnionego pracownika do osób będących pracownikami zakładu w dniu przekształcenia**, pozostawiając zapis pkt. 1 zaś w pkt. 2 zmodyfikować zapis do następującej treści: **„osoby, które przepracowały co najmniej 10 lat w spzoz”**. Należy mieć na uwadze, iż wielu byłych pracowników zakładów pracujących w transporcie sanitarnym, pralni, kuchni, a zwłaszcza poz i specjalistycy odeszło z spzoz, w którym pozostały wszystkie długi, spłacane często kosztem pozostałych pracowników. Uprawnienie do nabycia akcji byłym pracownikom, emerytom i rencistom spowoduje, że w zakładzie zatrudniającym np. 300 osób uprawnionych do akcji lub udziałów może być kilka razy więcej, a to z kolei spowoduje dodatkowe rozdrobnienie akcji (udziałów).


- 23) przepisy zawarte w rozdziale 5 – od art. 66 - regulujące kwestie **zarządzania zakładem opieki zdrowotnej** wzmocniają odpowiedzialność kierownika zakładu za jego zarządzanie, w tym za sytuację finansową zakładu. Niektóre przepisy są niedoprecyzowane: np. czy wymagania „zarządcy” są tożsame z wymaganiami jakie obowiązują kierownika zakładu (art.74).
- 24) **art. 79** – Zdaniem OPZZ **dopuszczenie możliwości pobierania środków finansowych uzyskanych od pacjentów przez publiczny zakład opieki zdrowotnej ponad limit świadczeń z NFZ** nie powinno zaburzać list oczekujących (kolejek) czyli deregulować dostępności pacjentów do tych świadczeń.
- 25) **art. 80 ust.1 w związku z art. 79 ust.1 pkt.4)** – **środki finansowe w budżecie publicznego zakładu opieki zdrowotnej „na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne”**. Dotychczas obowiązujące przepisy stanowiły, iż to dotacja budżetowa, którą otrzymywał publiczny zakład opieki zdrowotnej była głównym źródłem finansowania ww. zadania. Obecna propozycja wyłącza ten cel z katalogu zadań finansowanych w ramach

dotacji budżetowej. Zaznacza się zaledwie, iż publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać środki finansowe na określone zadania, a zgodnie z art.79 ust.1 pkt.4 mogą być przeznaczone na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne. Wydaje się, iż dotacja budżetowa stanowiła większą gwarancję realizacji ww. celu.

- 26) **rozdział 7 – osoby wykonujące zawód medyczny w zakładach opieki zdrowotnej (od art.92)** – uwaga ogólna: obecnie projektowana jest ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej regulująca m.in. normy czasu pracowników zoz, uprawnienia do świadczeń pieniężnych pracowników sp zoz czy też uprawnienia pracowników zatrudnionych w niektórych publicznych zoz. Osoby wykonujące zawód medyczny w zakładach opieki zdrowotnej podlegają także pod jurysdykcję przytoczonej ustawy. Wydaje się zasadne by pomiędzy 2 aktami prawnymi była jakaś korelacja.
- 27) **art. 104** – nie do przyjęcia jest zapis **obciążający kosztami osobę odbywającą doskonalenie zawodowe**. Zgodnie z wcześniejszymi zapisami uczestnictwo w różnych formach doskonalenia zawodowego oraz stałe aktualizowanie wiedzy i umiejętności w danym zawodzie to nie tylko prawo osób wykonujących zawód medyczny w zakładzie opieki zdrowotnej ale przede wszystkim obowiązek. Tym bardziej nie może się to odbywać wyłącznie środkami osoby szkolącej się.

**Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych wyraża gotowość do zgłaszania dodatkowych uwag w trakcie prac legislacyjnych w Sejmie.**

Z poważaniem



Wiceprzewodnicząca OPZZ

Wiesława Taranowska



L. Dz. FZZ IV/304/18/02/08

Bydgoszcz, 18 lutego 2008 r.

Sz. P.  
**Lech Czapla**  
ZASTĘPCA SZEFA  
KANCELARII SEJMU

**Dotyczy:** projektów ustaw o: zakładach opieki zdrowotnej; dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych; ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta

Zdaniem Forum Związków Zawodowych poszukiwanie przez stronę rządową koncepcji rozwiązywania problemów ochrony zdrowia dwutorowo tj. poprzez jednoczesne funkcjonowanie tzw. „Białego Szczytu” oraz równoległych szybkich prac legalizacyjnych w Parlamencie, (które ze zrozumiałych względów nie mogą obejmować ewentualnych ustaleń szczytu) podważa sens konkretnego i szczegółowego odnoszenia się przez partnerów społecznych do przedstawianych projektów ustaw o bardzo różnej wartości i szansach przejścia ścieżki legislacyjnej.

Według naszej centrali związkowej powinny być wyjaśnione i rozwiązane przede wszystkim takie kwestie jak:

- sposób dokonywania przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej w niepubliczne
- czas pracy białego personelu i lekarzy
- system menadżerskiego zarządzania szpitalami (a nie jak dotychczas poprzez dyrektorów)
- stworzenia wartościowania stanowisk w służbie zdrowia, aby zapobiec całkowitej dowolności w kształtowaniu wynagrodzeń

Właściwą płaszczyzną dla konsultacji projektów ustaw z zakresu ochrony zdrowia jest dla nas Trójstronna Komisja do Spraw Społeczno-Gospodarczych, przy zachowaniu wszystkich reguł i zasad dialogu społecznego.

Z poważaniem

Przewodniczący  
Forum Związków Zawodowych

Wiesław Szewierski

**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L.dz. ....

Data wpływu 10.03.2008

