



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja

Druk nr 284

Warszawa, 18 stycznia 2008 r.

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o zakładach opieki zdrowotnej.

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy panią poseł Beatę Małecką-Liberę.

(-) Tadeusz Arkit; (-) Paweł Arndt; (-) Andrzej Biernat; (-) Bogdan Bojko;
(-) Krzysztof Brejza; (-) Jacek Brzezinka; (-) Jerzy Budnik; (-) Bożenna Bukiewicz; (-) Andrzej Buła; (-) Marek Cebula; (-) Stanisław Chmielewski;
(-) Janusz Chwierut; (-) Czesław Czechyra; (-) Andrzej Czerwiński;
(-) Zdzisław Czucha; (-) Andrzej Czuma; (-) Alicja Dąbrowska; (-) Ewa Drozd;
(-) Janusz Dzięcioł; (-) Waldy Dzikowski; (-) Jerzy Feliks Fedorowicz;
(-) Arkady Fiedler; (-) Krzysztof Gadowski; (-) Łukasz Gibała;
(-) Artur Gierada; (-) Tomasz Głogowski; (-) Mariusz Grad; (-) Agnieszka Hanajczyk;
(-) Michał Jaros; (-) Andrzej Kania; (-) Włodzimierz Karpiński;
(-) Jarosław Katulski; (-) Magdalena Kochan; (-) Witold Kochan;
(-) Domicela Kopaczewska; (-) Tadeusz Kopeć; (-) Jacek Kozaczyński;
(-) Agnieszka Kozłowska-Rajewicz; (-) Jacek Krupa; (-) Tomasz Kulesza;

(-) Izabela Leszczyna; (-) Beata Małecka-Libera; (-) Janusz Mikulicz;
(-) Aldona Młyńczak; (-) Jan Musiał; (-) Witold Namysłak; (-) Tomasz
Piotr Nowak; (-) Andrzej Nowakowski; (-) Danuta Olejniczak; (-) Andrzej
Orzechowski; (-) Witold Pahl; (-) Kazimierz Plocke; (-) Sławomir Preiss;
(-) Norbert Raba; (-) Damian Raczkowski; (-) Grzegorz Roszak;
(-) Arkadiusz Rybicki; (-) Andrzej Ryszka; (-) Jan Rzymelka; (-) Henryk
Siedlaczek; (-) Krystyna Skowrońska; (-) Joanna Skrzydlewska; (-) Paweł
Suski; (-) Miron Sycz; (-) Grzegorz Sztolcman; (-) Iwona Śledzińska-
Katarasińska; (-) Irena Tomaszak-Zesiuk; (-) Łukasz Tusk; (-) Krzysztof
Tyszkiewicz; (-) Cezary Urban; (-) Jarosław Urbaniak; (-) Monika
Wielichowska; (-) Radosław Witkowski; (-) Norbert Wojnarowski; (-) Adam
Wykręt; (-) Jacek Zacharewicz; (-) Ryszard Zawadzki; (-) Hanna
Zdanowska; (-) Marek Zieliński; (-) Wojciech Ziemniak; (-) Stanisław
Żmijan.

USTAWA
z dnia2008 r.
o zakładach opieki zdrowotnej

Dział I
Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej, zasady ich funkcjonowania oraz rejestracji, a także zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad tymi zakładami.

Art. 2. Zakład opieki zdrowotnej jest zespołem osób i środków majątkowych wyodrębnionym organizacyjnie w celu prowadzenia działalności gospodarczej polegającej na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia lub
- 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Art. 3. 1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) dokumentacja medyczna - dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 2008 r. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr ..., poz. ...);
- 2) likwidacja – zakończenie bieżącej działalności zakładu, wypełnienie zobowiązań i ściągnięcie wierzytelności; w okresie likwidacji mogą być podejmowane jedynie czynności konieczne do ukończenia spraw w toku;
- 3) niepubliczny zakład opieki zdrowotnej - zakład opieki zdrowotnej utworzony przez podmiot, o którym mowa w art. 9 ust. 3;
- 4) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną na podstawie ustawy albo odrębnych przepisów do udzielania lub uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 5) promocja zdrowia - działania umożliwiające poszczególnym osobom

i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;

- 6) publiczny zakład opieki zdrowotnej - zakład opieki zdrowotnej utworzony przez podmiot, o którym mowa w art. 9 ust. 1 lub 2;
- 7) świadczenie zdrowotne – podejmowane i prowadzone przez osoby wykonujące zawód medyczny działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

2. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) kierownikowi zakładu rozumie się przez to także zarządcę zakładu lub zarząd spółki o ile przepisy ustawy nie stanowią inaczej;
- 2) akcie założycielskiej spółki rozumie się przez to także umowę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo statut spółki akcyjnej.

Art. 4. Zakład opieki zdrowotnej może uczestniczyć, a zakład prowadzący działalność, o której mowa w art. 2 pkt 2, uczestniczy, w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

Art. 5. 1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany używać w swojej nazwie albo firmie wyrazów „zakład opieki zdrowotnej” albo skrótu „zoz”. Oznaczeń tych w swojej nazwie albo firmie może używać wyłącznie zakład opieki zdrowotnej.

2. Oznaczenia "klinika", "kliniczny", „akademicki” albo "uniwersytecki" może być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 pkt 2, lub jednostek organizacyjnych tych zakładów, z zastrzeżeniem art. 24.

Art. 6. Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wymagającym niezwłocznego udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Art. 7. Zakład opieki zdrowotnej ani inne podmioty na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu leczenia, w szczególności działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych.

Art. 8. 1. Zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w ust. 1.

3. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 2, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę zakres zadań realizowanych przez zakład.

Art. 9.1. Minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda oraz jednostka samorządu terytorialnego, mogą tworzyć i prowadzić zakłady opieki zdrowotnej wyłącznie w formie:

- 1) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej;
- 2) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 3) jednostki budżetowej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.¹⁾).

2. Publiczna uczelnia medyczna, publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, mogą tworzyć i prowadzić zakłady opieki zdrowotnej wyłącznie w formie:

- 1) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej;

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005r. Nr 169, poz. 1420, z 2006 r. Nr 45, poz. 319, Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i 1218, Nr 187, poz. 1381 i Nr 249, poz. 1832, oraz z 2007 r. Nr 82, poz. 560, Nr 88, poz. 587, Nr 115, poz. 791 i Nr 140, poz. 984.

- 2) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
3. Spółka niemająca osobowości prawnej, krajowa albo zagraniczna osoba prawna lub osoba fizyczna, z zastrzeżeniem ust. 4, pracodawca – w celu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom u niego zatrudnionym, mogą tworzyć i prowadzić zakłady opieki zdrowotnej we wszelkich formach prawnie dopuszczalnych, przewidzianych dla prowadzenia działalności gospodarczej, z wyjątkiem prowadzenia tej działalności w ramach spółki cywilnej oraz spółki partnerskiej.
4. Zakładu opieki zdrowotnej nie może utworzyć inny zakład opieki zdrowotnej, spółka, o której mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. Nr 169, poz. 1420) oraz jednostka badawczo – rozwojowa, o której mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych (Dz. U z 2001 r. Nr 33, poz. 388, z późn. zm. ²⁾).
5. Podmioty, o których mowa w ust. 1, tworzące i prowadzące zakład opieki zdrowotnej w celu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom u nich zatrudnionym, są pracodawcami w rozumieniu ust. 3.
6. Jednostką samorządu terytorialnego, która może tworzyć i prowadzić szpital, jest wyłącznie samorząd województwa.

Art. 10. 1. Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 11. 1. Sprawy dotyczące funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej,

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1217, Nr 200, poz. 1683 i Nr 240, poz. 2052, z 2004 r. Nr 238, poz. 2390, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365 i Nr 179, poz. 1484, z 2006 r. Nr 104 poz. 708 i 711, oraz z 2007 r. Nr 134, poz. 934.

nieuregulowane w ustawie, a w odniesieniu do zakładów prowadzonych w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjnej – nieuregulowane także w akcie założycielskim spółki, określa statut zakładu opieki zdrowotnej.

2. Statut nadaje i zmienia podmiot, który utworzył zakład.

3. Statut zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej uchwała i zmienia zgromadzenie wspólników (walne zgromadzenie).

Art. 12. 1. W statucie zakładu opieki zdrowotnej określa się w szczególności:

- 1) nazwę albo firmę zakładu;
- 2) strukturę organizacyjną zakładu;
- 3) cele i zadania zakładu;
- 4) siedzibę zakładu;
- 5) zakres i rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Statut stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 18, określa także sposób kierowania oddziałami zakładu w ramach systemu:

- 1) ordynatorskiego;
- 2) konsultanckiego.

3. System ordynatorski oznacza, że:

- 1) oddziałem kieruje ordynator będący lekarzem zatrudnionym w zakładzie;
- 2) ordynator ponosi odpowiedzialność przed kierownikiem zakładu za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem leczniczo – diagnostycznym oraz administracyjno – gospodarczym;
- 3) ordynatorowi podlegają osoby wykonujące zawód medyczny udzielające świadczeń zdrowotnych w oddziale.

4. System konsultancki oznacza, że:

- 1) oddziałem kieruje kierownik oddziału (konsultant) albo zespół konsultantów;
- 2) konsultant albo zespół konsultantów ponosi odpowiedzialność przed kierownikiem zakładu za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem leczniczo – diagnostycznym;
- 3) konsultant albo zespół konsultantów sprawuje nadzór merytoryczny nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w oddziale.

5. Statut zakładu opieki zdrowotnej oprócz postanowień, o których mowa w ust. 1 i 2, może określać sposób prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji celów naukowych i dydaktycznych oraz uczestniczenia w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny.

Art. 13. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej ustala regulamin porządkowy zakładu.

2. Regulamin porządkowy zakładu opieki zdrowotnej określa, w szczególności:

- 1) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w oddziałach i innych komórkach organizacyjnych zakładu;
- 2) organizację i zadania poszczególnych oddziałów oraz innych komórek organizacyjnych zakładu, w tym zakresy czynności osób udzielających świadczeń zdrowotnych oraz warunki współdziałania między tymi komórkami dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania zakładu pod względem diagnostyczno – leczniczym i administracyjno – gospodarczym;
- 3) warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 30 ust. 4 ustawy z dnia 2008 r. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 5) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.³⁾);
- 6) wysokość opłat, o których mowa w art. 21 ust. 2;

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410 i Nr 227, poz. 1658, oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1721.

7) szczegółowe zadania zakładu opieki zdrowotnej w razie śmierci pacjenta.

3. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra nie stosuje się art. 39 ust. 6 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 199, z późn. zm.⁴⁾).

Art. 14. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej ustala plan ewakuacji osób w przypadku powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego zagrożenia w zakładzie, z wyłączeniem przychodni liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich.

2. Plan ewakuacji, o którym mowa w ust. 1, określa działania zmierzające do bezpiecznego wyprowadzenia osób z zagrożonych pomieszczeń, z uwzględnieniem specyfiki lokalowej zakładu i warunków otoczenia.

3. Plan ewakuacji jest aktualizowany przynajmniej raz w roku i przekazywany do wojewody właściwego dla siedziby zakładu do dnia 31 marca każdego roku.

4. Z planem ewakuacji należy zapoznać wszystkich pracowników zakładu.

Art. 15. 1. Podmioty, o których mowa w art. 9, oraz zakłady opieki zdrowotnej mogą, w zakresie wynikającym z ich zadań, udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne, zwanego dalej "zamówieniem", innym zakładom opieki zdrowotnej, a także osobom wykonującym zawód medyczny, zwanym dalej „przyjmującym zamówienie”.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłacenia za jego wykonanie. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba że umowa o udzielenie zamówienia stanowi inaczej.

3. Umowa o udzielenie zamówienia określa co najmniej:

1) oznaczenie stron umowy;

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 80, poz. 717, z 2004 r. Nr 238, poz. 2390 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 169, poz. 1414 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 45, poz. 319 i Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600

- 2) świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy lub rodzaj świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy;
- 3) szacunkową liczbę pacjentów objętych umową;
- 4) sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych i sposób podania ich do wiadomości pacjentom;
- 5) minimalną liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych, o których mowa w pkt 2;
- 6) okres, na jaki została zawarta umowa;
- 7) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
- 8) rodzaje i sposoby kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej - określenie jej wysokości;
- 9) zasady rozliczeń oraz zasady i terminy przekazywania należności;
- 10) tryb przekazywania udzielającemu zamówienie informacji o realizacji przyjętego zamówienia;
- 11) postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia;
- 12) postanowienia dotyczące rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez przyjmującego zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art.17 ust. 5;
- 13) w przypadku przyjmującego zamówienie innego niż zakład opieki zdrowotnej - zobowiązanie do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w przepisach o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 14) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

4. Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub na czas określony, na podstawie wyników

przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia.

5. Konkurs ofert przeprowadza komisja konkursowa powołana przez udzielającego zamówienie.

6. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę.

7. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w terminie 3 dni od dnia jej złożenia. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszane.

8. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i udzielającego zamówienie.

9. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienie umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wynikach.

10. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

11. Udzielający zamówienie rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia. Do czasu rozstrzygnięcia protestu udzielający zamówienie nie może zawrzeć umowy.

12. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu udzielający zamówienie niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów.

13. W przypadku uwzględnienia protestu udzielający zamówienie powtarza konkurs ofert.

Art. 16. 1. Umowa o udzielenie zamówienia jest zawierana w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienie, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

3. Zmiana umowy dokonana z naruszeniem przepisu ust. 2, jest nieważna.

4. Umowa o udzielenie zamówienia ulega rozwiązaniu:

1) z upływem czasu, na który była zawarta;

- 2) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
 - 3) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, skład komisji konkursowej, tryb ogłaszania oraz sposób przeprowadzania konkursu ofert, a także zakres i tryb składania ofert, mając na względzie sprawne i rzetelne przeprowadzenie konkursu.

Art. 17. 1. Do zamówień nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do zamówień stosuje się odpowiednio art. 11 ust. 1 pkt 2 i art. 30 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2006 r. Nr 164, poz. 1163, z późn. zm.⁵⁾).

3. Do przyjmującego zamówienie stosuje się przepis art. 6 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o zamówieniach publicznych.

4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie.

5. Przyjmujący zamówienie jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie, o którym mowa w ust. 4.

6. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 4, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres realizowanych zadań.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 i Nr 227, poz. 1658 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i Nr 82, poz. 560.

DZIAŁ II

Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej

Rozdział 1

Stacjonarne i ambulatoryjne zakłady opieki zdrowotnej

Art. 18. 1. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej są to zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.

2. Stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej jest:

- 1) szpital;
- 2) zakład opiekuńczo-leczniczy;
- 3) zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- 4) zakład rehabilitacji leczniczej;

5) sanatorium uzdrowiskowe w rozumieniu art. 9 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej (Dz. U. Nr 167, poz. 1399 oraz z 2007 r. Nr 133, poz. 921);

- 6) hospicjum.

Art. 19. Szpital jest zakładem opieki krótkoterminowej, który udziela przez całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych pacjentom w zakresie ratowania życia, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 20. W szpitalu posiadającym więcej niż 150 łóżek tworzy się aptekę szpitalną.

Art. 21. 1. Szpital jest obowiązany zapewnić pacjentowi:

- 1) świadczenia zdrowotne;
- 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 3) pomieszczenie spełniające standardy w zakresie wyposażenia określone w przepisach wydanych na podstawie art. 36;

4) wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

2. Szpital może pobierać opłaty za zapewnienie pacjentowi, na jego życzenie, pomieszczenia o standardzie wyższym niż określony w przepisach wydanych na podstawie art. 36.

3. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 2, ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej.

4. Zapewnienie przez szpital pomieszczeń, o których mowa w ust. 2, nie może naruszać ani ograniczać uprawnień świadczeniobiorców określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 22. 1. Szpital jest obowiązany:

- 1) w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego;
- 2) w razie śmierci pacjenta w szpitalu, należycie przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom uprawnionym do pochowania.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób postępowania szpitala w razie śmierci pacjenta oraz zakres czynności należących do obowiązków szpitala związanych z przygotowaniem zwłok pacjenta do wydania osobom uprawnionym do ich pochowania, uwzględniając konieczność poszanowania godności należącej zmarłemu.

Art. 23. 1. Szpital jest obowiązany zaopatrywać dzieci narodzone w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowane do szpitala w znaki tożsamości.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) warunki i tryb zaopatrywania dzieci, o których mowa w ust. 1, w znaki tożsamości,
 - 2) sposób postępowania w razie stwierdzenia braku znaków tożsamości
- kierując się potrzebą zapewnienia identyfikacji dzieci.

Art. 24. 1. Szpital może udostępniać:

- 1) uczelni medycznej,

- 2) uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
 - 3) Polskiej Akademii Nauk,
 - 4) jednostce badawczo-rozwojowej, o której mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych,
 - 5) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
- oddział szpitalny lub inną komórkę lub jednostkę organizacyjną szpitala, zwaną dalej "oddziałem klinicznym", na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych lub badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

2. Udostępnienie oddziału klinicznego następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez kierownika szpitala z podmiotem wymienionym w ust. 1. Zawarcie umowy wymaga zgody podmiotu, który utworzył szpital.

3. Udostępnianie oddziału klinicznego nie może ograniczyć dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie szpitala.

4. Umowa o udostępnienie oddziału klinicznego zawiera, w szczególności:

- 1) wskazanie stron umowy;
- 2) określenie czasu trwania umowy i warunków jej wcześniejszego rozwiązania;
- 3) środki finansowe należne szpitalowi udostępniającemu oddział kliniczny z tytułu realizacji umowy, sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń;
- 4) zasady rozpatrywania sporów wynikających z realizacji umowy;
- 5) wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu realizacji umowy, sposób ich udostępniania oraz zasady i warunki ich wykorzystywania;
- 6) określenie liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich, mających wykonywać w udostępnianym oddziale klinicznym zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 7) okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy;
- 8) zasady odpowiedzialności cywilnej podmiotu, któremu udostępniany jest oddział kliniczny, za szkody wyrządzone przez studentów, uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego w szpitalu

udostępniającym oddział kliniczny;

- 9) warunki odbywania i organizacji zajęć dydaktycznych oraz zasady ustalania ich liczby – w przypadku udostępniania oddziału klinicznego na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 10) warunki organizacji i finansowania badań oraz udzielania informacji na temat prowadzonych badań – w przypadku udostępniania oddziału klinicznego na potrzeby wykonywania zadań badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Art. 25. 1. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu;
- 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza statut lub regulamin porządkowy szpitala, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu, odpowiednio kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub lekarz przez niego upoważniony albo kierownik medyczny – w przypadku spółki, może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę zakładu sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala i przyczynach odmowy.

3. Pacjent występujący o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

Art. 26. 1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, albo opiekun faktyczny, o którym

mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 2008 r. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta nie odbiera pacjenta ze szpitala w wyznaczonym terminie, szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu pacjenta oraz organizuje na koszt gminy transport sanitarny tego pacjenta do miejsca zamieszkania lub pobytu. Gmina może zwrócić się do przedstawiciela ustawowego pacjenta albo do osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, albo do opiekuna faktycznego pacjenta o zwrot kosztów transportu.

2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu w szpitalu pacjenta począwszy od terminu określonego przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.

3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób pokrywania przez gminę kosztów transportu sanitarnego pacjenta w przypadku, o którym mowa w ust. 1, mając na celu zapewnienie sprawnej organizacji tego transportu.

Art. 27. 1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, albo kierownik medyczny – w przypadku zakładu prowadzonego w formie spółki, na wniosek odpowiednio właściwego ordynatora lub konsultanta, a w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.

3. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia.

4. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 3 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 3.

5. Przepisów ust. 1-4 nie stosuje się w przypadkach:

- 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego;
- 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
- 3) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

6. W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

Art. 28. 1. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

2. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, albo kierownik medyczny – w przypadku zakładu prowadzonego w formie spółki, może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 29. 1. Czasowe zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala wymaga zgody wojewody.

2. Kierownik szpitala, po uzyskaniu pozytywnej opinii podmiotu, który utworzył szpital, występuje do wojewody z wnioskiem o udzielenie zgody, o której mowa w ust. 1.

3. Wniosek kierownika szpitala powinien zawierać określenie przyczyny, oraz proponowany okres oraz zakres zaprzestania działalności.

4. Podmiot, który utworzył szpital, wydaje opinię w terminie 21 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika szpitala. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

5. Wojewoda przed wyrażeniem zgody zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

6. Wojewoda wydaje zgodę lub odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.

7. Zgodę wydaje się na okres nieprzekraczający 3 miesięcy.

8. W przypadku, gdy zaprzestanie działalności:

1) jest spowodowane siłą wyższą,

2) wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów

- kierownik szpitala informuje wojewodę o czasowym całkowitym albo częściowym zaprzestaniu działalności, w terminie 3 dni roboczych od dnia zaistnienia okoliczności

powodujących zaprzestanie tej działalności.

Art. 30. Przepisy art. 21, 22, 24 – 28 stosuje się odpowiednio do innych niż szpital stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej.

Art. 31. 1. Zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną dla osób przebywających w zakładzie i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

2. Świadczeniobiorcom w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie tych przepisów oraz przepisów odrębnych, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakład ten zapewnia produkty lecznicze i wyroby medyczne na zlecenie lekarza zakładu.

3. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im oraz produkty lecznicze i wyroby medyczne potrzebne do kontynuacji leczenia, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną dla osób przebywających w zakładzie i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

4. Zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy może zapewniać pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji także w warunkach domowych.

Art. 32. 1. Kierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego następuje na podstawie skierowania lekarza. O wydanie skierowania może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciel ustawowy lub - za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego - inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej.

2. W przypadku gdy leczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie

pielęgnacyjno – opiekuńczym ma być finansowane ze środków publicznych, skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to wymaga potwierdzenia w trybie określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór skierowania, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając zapewnienie przejrzystości tego skierowania.

Art. 33. Zakład rehabilitacji leczniczej udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na wszechstronnych działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Świadczenia te udzielane są na podstawie skierowania lekarza.

Art. 34. 1. Hospicjum sprawuje wszechstronną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych chorych.

2. Hospicjum może sprawować wszechstronną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych chorych także w warunkach domowych.

Art. 35. 1. Stacjonarny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany do prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

2. System zarządzania jakością jest wdrażany według modelu określonego przez kierownika zakładu, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych i finansowych zakładu.

3. Zadaniem systemu zarządzania jakością jest prowadzenie stałej, krytycznej analizy oceny jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie takich warunków opieki, aby przy określonych możliwościach organizacyjnych i finansowych w zakładzie osiągnęte były maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.

Art. 36. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy w zakresie wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniając rodzaje tych zakładów oraz zapewnienie poszanowania praw pacjenta i właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych.

Art. 37. 1. Ambulatoryjne zakłady opieki zdrowotnej udzielają świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie całodobowym lub całodziennym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zakłady, o których mowa w ust. 1, może również odbywać się w warunkach domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń.

3. Ambulatoryjnymi zakładami opieki zdrowotnej są:

- 1) przychodnia (ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, lecznica);
- 2) pogotowie ratunkowe;
- 3) medyczne laboratorium diagnostyczne;
- 4) ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej.

Art. 38. Przychodnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym doraźnej pomocy ambulatoryjnej (świadczenia zdrowotne udzielane na miejscu w zakładzie), lub specjalistycznej opieki zdrowotnej, obejmujących co najmniej badanie lub poradę lekarską.

Art. 39. 1. Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia.

2. Pogotowie ratunkowe może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego na zasadach

określonych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 oraz z 2007 r. Nr 89, poz. 590).

Art. 40. Medyczne laboratorium diagnostyczne udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Świadczenia te w publicznych zakładach opieki zdrowotnej udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub lekarza dentystry albo osoby posiadającej wymagane kwalifikacje na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 41. 1. Ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i podstawowych świadczeń lekarza dentystry, a także stacjonarnej opieki zdrowotnej dla żołnierzy służby zasadniczej.

2. Ambulatorium z izbą chorych Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym opieki stomatologicznej, a także stacjonarnej całodobowej opieki zdrowotnej dla poborowych i funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej.

Rozdział 2

Zakłady opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji

Art. 42. Zakładami opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji są:

- 1) stacje sanitarno-epidemiologiczne, o których mowa w przepisach o inspekcji sanitarnej;
- 2) regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, o których mowa w przepisach o publicznej służbie krwi;
- 3) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, o których mowa w przepisach o służbie medycyny pracy;
- 4) zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Sprawiedliwości;

- 5) zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 6) zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej.

Art. 43. 1. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości nie stosuje się przepisów działu II rozdział 3 art. 49 – 62, rozdział 4 - 5 oraz przepisów działu IV.

2. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych nie stosuje się przepisów działu II rozdział 3 art. 49-62, rozdział 5 oraz przepisów działu IV.

3. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio przy uwzględnieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.⁶⁾) i ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2002 r. Nr 207, poz. 1761, z późn. zm.⁷⁾) oraz wydanych na ich podstawie przepisów.

4. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie stosuje się przepisów działu IV.

Art. 44. Ministrowie, o których mowa w art. 42 pkt 4-6, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, każdy w zakresie swojego działania, określają, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli tworzonych przez siebie zakładów opieki zdrowotnej, uwzględniając szczególne warunki działania tych zakładów.

Rozdział 3

⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1318, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, Nr 111, poz. 1194 i Nr 151, poz. 1686, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 121, poz. 1033 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750, z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 210, poz. 2135, Nr 240, poz. 2405, Nr 243, poz. 2426 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1363 i Nr 178, poz. 1479 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i Nr 226, poz. 1648.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 1609 i Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711.

Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Art. 45. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.

2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskać wpis do Krajowego Rejestru Sądowego po uzyskaniu wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 109.

3. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109, jest obowiązany zawiadomić niezwłocznie sąd rejestrowy o wykreśleniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru, o którym mowa w art. 109.

4. W przypadku otrzymania zawiadomienia o wykreśleniu z rejestru, o którym mowa w art. 109, sąd rejestrowy wykreśla z urzędu samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego.

Art. 46. 1. Zakład opieki zdrowotnej będący spółką w organizacji nie może udzielać świadczeń zdrowotnych.

2. W zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością o przejściu udziału, jego części lub ułamkowej części udziału na inną osobę oraz o ustanowieniu zastawu lub użytkowania udziału spółka zawiadamia niezwłocznie organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109. Przepis ten stosuje się odpowiednio do przejścia akcji w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie spółki akcyjnej.

3. Wspólnikom albo akcjonariuszom spółki, o której mowa w ust. 2, nie można wypłacać zaliczek na poczet przewidywanej dywidendy za rok obrotowy.

4. Zarząd spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej pełni funkcję kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie tej spółki. Zadania podmiotu, który utworzył zakład, dotyczące wpisania zakładu do rejestru przypadku zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej wykonuje zarząd spółki.

5. Kapitał zakładowy spółki, o której mowa w ust. 2, będącej szpitalem wynosi co najmniej 500 000 złotych.

6. Rozporządzenie prawem lub zaciągnięcie zobowiązania do świadczenia o wartości dwukrotnie przewyższającej wysokość kapitału zakładowego spółki, o której mowa w ust. 2, wymaga uchwały wspólników albo walnego zgromadzenia.

7. Jeżeli bilans sporządzony przez zarząd wykaże stratę przewyższającą sumę kapitałów zapasowego i rezerwowych, zarząd jest obowiązany niezwłocznie zwołać zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie w celu powzięcia uchwały dotyczącej dalszego istnienia spółki, o której mowa w ust. 2. Odpis tej uchwały spółka niezwłocznie doręcza organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 109.

8. Uchwały dotyczące rozwiązania spółki, o której mowa w ust. 2, zbycia przedsiębiorstwa albo jego zorganizowanej części albo istotnej zmiany przedmiotu działalności spółki zapadają większością trzech czwartych głosów. Przepis ust. 9 zdanie drugie stosuje się.

9. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109, może żądać zwołania nadzwyczajnego zgromadzenia wspólników albo nadzwyczajnego walnego zgromadzenia, jak również umieszczenia określonych spraw w porządku obrad najbliższego zgromadzenia wspólników albo nadzwyczajnego walnego zgromadzenia, jeżeli na podstawie przekazanych przez spółkę danych, w szczególności sprawozdania finansowego, organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109, uzna, że zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentów.

10. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109, jest w odniesieniu do spółki, o której mowa w ust. 2, organem państwowym określonym w art. 271 pkt 2 Kodeksu spółek handlowych.

11. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna przesyła sprawozdanie finansowe organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 109, niezwłocznie po zatwierdzeniu tego sprawozdania.

12. O otwarciu likwidacji i rozwiązaniu spółki likwidator albo syndyk zawiadamia organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109.

13. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej stosuje się przepisy Kodeksu spółek handlowych.

Art. 47. 1. W publicznym zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie spółki akcyjnej akcje są imienne.

2. Do spółki, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się art. 354 Kodeksu spółek handlowych.

Art. 48. 1. W publicznym zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej, co najmniej:

- 1) 51% kapitału zakładowego należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku spółki utworzonej przez podmioty wymienione w art. 9 ust. 1;
- 2) 75% kapitału zakładowego należy do publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku spółki utworzonej przez podmioty wymienione w art. 9 ust. 2.

2. Czynności prawne, w wyniku których udział w kapitale zakładowym publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej, podmiotów, o których mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1, jest mniejszy niż 51%,
- 2) pkt 2, jest mniejszy niż 75%

- są nieważne z mocy prawa.

3. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, nie może tworzyć innych osób prawnych.

4. Do akcji lub udziałów należących w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością albo w spółce akcyjnej do podmiotów, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się art. 199 i 359 Kodeksu spółek handlowych w zakresie dotyczącym umorzenia przymusowego oraz art. 418 Kodeksu spółek handlowych.

5. W spółce z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółce akcyjnej będącej jednoosobową spółką Skarbu Państwa lub jednoosobową spółką jednostki samorządu terytorialnego oświadczenia składane spółce przez wspólnika albo przez akcjonariusza wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Przepisów art. 173 § 1 i art. 303 § 2 Kodeksu spółek handlowych nie stosuje się.

6. Właściwy organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109, jest obowiązany zawiadomić niezwłocznie sąd rejestrowy o wykreśleniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, z rejestru, o którym mowa w art. 109.

7. Akt założycielski publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, nie może przewidywać postanowień zapewniających innym niż podmiot lub podmioty, o których mowa w art. 9 ust. 1 i 2, współnikom (akcjonariuszom) szczególne uprawnienia, w szczególności uprzywilejowanie w zakresie prawa głosu oraz w zakresie powoływania i odwoływania organów spółki.

8. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy Kodeksu spółek handlowych.

Art. 49. 1. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jednostki budżetowej utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 9 ust. 1, następuje w drodze:

1) zarządzenia:

- a) ministra,
- b) centralnego organu administracji rządowej,
- c) wojewody;

2) uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego

- chyba że przepisy ustawy lub odrębne przepisy stanowią inaczej.

2. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 9 ust. 2, następuje w drodze:

1) uchwały senatu publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;

2) zarządzenia dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

3. Zarządzenie dyrektora i uchwała senatu, o których mowa w ust. 2, dotyczące likwidacji lub przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w wyniku którego ma nastąpić jego likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaga zgody ministra właściwego do spraw zdrowia wydanej w formie decyzji administracyjnej.

4. W decyzji odmawiającej udzielenia zgody, o której mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia przyznaje środki publiczne niezbędne do dalszego

funkcjonowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, której zakład udziela świadczeń zdrowotnych.

5. Uchwała o likwidacji, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wymaga opinii wojewody właściwego ze względu na siedzibę likwidowanego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 50. Zarządzenie lub uchwała o utworzeniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jednostki budżetowej określa w szczególności:

- 1) nazwę zakładu;
- 2) siedzibę zakładu;
- 3) formę prowadzenia zakładu;
- 4) podstawowy zakres działalności zakładu.

Art. 51. Zawiązanie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej następuje na podstawie przepisów Kodeksu spółek handlowych, po uprzednim wydaniu odpowiednio:

- 1) zarządzenia:
 - a) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - b) ministra innego niż określony w lit. a) wydanego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia,
 - c) centralnego organu administracji rządowej,
 - d) wojewody;
- 2) uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) uchwały senatu publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 4) zarządzenia dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Art. 52. 1. Przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej polega na zmianie:

- 1) formy prawnej działania zakładu

albo

2) zakresu lub rodzaju udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych.

2. Spółka, o której mowa w art. 51:

1) może być przekształcona wyłącznie w inną spółkę handlową z wyłączeniem spółek osobowych;

2) może się łączyć z innymi spółkami, o których mowa w tym przepisie;

3) nie podlega podziałowi.

Art. 53. 1. Zarządzenie albo uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinna zawierać w szczególności:

1) określenie zakładu podlegającego likwidacji;

2) oznaczenie dnia otwarcia likwidacji;

3) określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi;

4) wskazanie podmiotu, który przejmie prawa i obowiązki likwidowanego zakładu, oraz określenie zakresu tych praw i obowiązków;

5) oznaczenie dnia zakończenia działalności zakładu, z uwzględnieniem ust. 2.

2. Zarządzenie albo uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a także uchwała walnego zgromadzenia akcjonariuszy (zgromadzenia wspólników) o rozwiązaniu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej, określa termin zakończenia działalności zakładu. Termin ten nie może być krótszy niż 3 miesiące i dłuższy niż 12 miesięcy licząc od dnia wydania zarządzenia albo podjęcia uchwały o likwidacji zakładu lub uchwały o rozwiązaniu spółki.

3. W przypadku wydania lub podjęcia aktu, o którym mowa w ust. 2, nie można przedłużać terminu zakończenia działalności zakładu.

4. W okresie likwidacji zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w okolicznościach, o których mowa w art. 6.

5. Zarządzenie albo uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz uchwała o rozwiązaniu spółki, stanowi, po upływie terminu określonego w ust. 1 pkt 5, podstawę do wykreślenia zakładu z rejestru, o którym mowa w art. 109. Wykreślenie następuje z dniem zakończenia działalności zakładu.

6. Publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie wykreśla się z rejestru, o którym

mowa w art. 109, jeżeli zakład zostanie sprzedany w całości i nabywca rozpocznie prowadzenie tego zakładu przed upływem terminu zakończenia działalności zakładu.

7. Sprzedaż składników majątkowych likwidowanego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze publicznego przetargu, na zasadach określonych ustawie.

8. Podmiot, który utworzył zakład, jest obowiązany niezwłocznie powiadomić właściwy organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109, o okolicznościach, o których mowa w ust. 5 i 6.

Art. 54. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może zostać przekształcony w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną.

2. Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjna powstała w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

3. Do przekształcenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów art. 91.

Art. 55. 1. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez:

- 1) ministra albo centralny organ administracji rządowej, albo wojewodę - czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonuje minister właściwy do spraw Skarbu Państwa;
- 2) jednostkę samorządu terytorialnego - czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonuje organ wykonawczy właściwej jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) publiczną uczelnię, o której mowa w art. 9 ust. 2 - czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonuje rektor publicznej uczelni;
- 4) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego - czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonuje dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

2. Przekształcenie, o którym mowa w ust. 1, może być dokonane:

- 1) z inicjatywy podmiotu, o którym mowa w art. 9 ust. 1 lub 2;

- 2) na wniosek kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 3) na wniosek poparty przez ponad 50% pracowników zakładu w głosowaniu tajnym.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przekazuje podmiotowi, który utworzył zakład..

4. Podmiot, który utworzył zakład, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, wyraża zgodę na przekształcenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, i przekazuje wniosek organowi dokonującemu przekształcenia albo odmawia zgody na to przekształcenie. Przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego nie stosuje się.

5. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany doręczyć organowi dokonującemu przekształcenia kwestionariusz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczony do przekształcenia w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, zwany dalej „kwestionariuszem”, wraz z wymaganymi dokumentami lub wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, a także udzielać wyjaśnień niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

6. Organ dokonujący przekształcenia:

- 1) informuje kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1;
- 2) sporządza akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, zwany dalej „aktem przekształcenia”.

7. Akt przekształcenia zawiera:

- 1) akt założycielski spółki;
- 2) imiona i nazwiska członków organów pierwszej kadencji;
- 3) pierwszy statut zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 12.

8. Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach Kodeksu spółek handlowych, poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców.

9. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki składa wniosek o dokonanie zmian w rejestrze, o którym mowa w art. 109, a następnie składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców.

Art. 56. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany do przekazania organowi dokonującemu przekształcenia kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie nieprzekraczającym trzech miesięcy od dnia otrzymania zgody, o której mowa w art. 55 ust. 4.

2. Do kwestionariusza, o którym mowa w ust. 1, dołącza się promesę decyzji, o której mowa w art. 58 ust. 6, oraz wycenę nieruchomości, o których mowa w art. 58 ust. 1 i 2.

3. Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną oraz wykaz dokumentów niezbędnych do przekształcenia, kierując się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

Art. 57. 1. Dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną jest pierwszy dzień miesiąca przypadającego po wpisaniu spółki do rejestru przedsiębiorców.

2. Z dniem przekształcenia następuje z urzędu wykreślenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego.

Art. 58. 1. Grunty stanowiące własność Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 9 ust. 2, będące przedmiotem użytkowania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia stają się z tym dniem, z mocy prawa, nieodpłatnie przedmiotem wieczystego użytkowania albo prawa własności tej spółki; nie może to naruszać praw osób trzecich.

2. Budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na gruntach, o których mowa w ust. 1, będące przedmiotem użytkowania w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia

stają się z tym dniem z mocy prawa nieodpłatnie własnością spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej

3. Nabycie prawa użytkowania wieczystego albo własności gruntów oraz własności budynków, innych urządzeń i lokali, stwierdza się decyzją wojewody w odniesieniu do nieruchomości stanowiących własność Skarbu Państwa albo decyzją organu wykonawczego jednostki samorządu terytorialnego w odniesieniu do nieruchomości stanowiących jej własność.

4. W decyzji, o której mowa w ust. 3, określa się wartość rynkową nieruchomości oraz warunki użytkowania wieczystego.

5. Decyzja, o której mowa w ust. 3, wydawana jest w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia według stanu na ten dzień.

6. Organ uprawniony do wydania decyzji, o której mowa w ust. 3, wydaje na wniosek kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej promesę tej decyzji, jeżeli istnieją podstawy do stwierdzenia, że w terminie, w którym można wydać decyzję, wystąpią podstawy do jej wydania.

Art. 59. 1. Z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej.

2. Stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w przekształcanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wygasają z dniem przekształcenia.

3. Pierwszy zarząd spółki powołuje się na okres nie dłuższy niż rok. Do pełnienia funkcji pierwszego zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej powołuje się kierownika przekształconego zakładu, chyba że nie wyrazi on zgody na pełnienie tej funkcji.

Art. 60. 1. Bilans zamknięcia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się bilansem otwarcia spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej, przy czym suma kapitałów własnych jest równa sumie funduszu założycielskiego, funduszu zakładu, funduszu z aktualizacji wyceny i niepodzielonego wyniku finansowego za okres działalności zakładu przed przekształceniem, z

uwzględnieniem wartości nieruchomości nabytych na podstawie przepisów art. 58 ust. 1 i 2, określonej w decyzji, o której mowa w art. 58 ust. 3.

2. W przypadku niezatwierdzenia sprawozdania finansowego za okres poprzedzający przekształcenie lub niepodjęcia decyzji w sprawie podziału zysku netto albo określenia sposobu pokrycia straty netto, czynności tych dokona zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej.

Art. 61. 1. Uprawnieni pracownicy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w dniu wykreślenia tego zakładu z Krajowego Rejestru Sądowego mogą nabyć nieodpłatnie udziały spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcje spółki akcyjnej objęte przez podmiot, który utworzył zakład w dniu wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców, stanowiące nie więcej niż 15 % kapitału zakładowego spółki.

2. Wysokość kapitału zakładowego przypadającego na udziały albo akcje, o których mowa w ust. 1, oraz sposób ich podziału pomiędzy pracowników uprawnionych na podstawie ust. 1 ustala zarząd spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową. W przypadku gdy u świadczeniodawcy działa więcej niż jedna organizacja związkowa, organizacje wspólnie uzgadniają sposób podziału udziałów albo akcji.

3. W przypadku zakładu opieki zdrowotnej, w którym nie działa zakładowa organizacja związkowa, zarząd spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej wykonuje obowiązek, o którym mowa w ust. 2, w uzgodnieniu z pracownikiem wybranym przez załogę do reprezentowania jej interesów.

4. Nieodpłatne zbycie udziałów albo akcji na rzecz uprawnionych pracowników następuje w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Przepisu art. 180 Kodeksu spółek handlowych nie stosuje się.

5. Uprawnieni pracownicy mogą skorzystać z prawa do nabycia akcji nieodpłatnie, o ile w ciągu sześciu miesięcy od dnia wpisania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej do rejestru złożą pisemne oświadczenie o zamiarze nabycia udziałów albo akcji. Niezłożenie oświadczenia w powyższym terminie powoduje utratę możliwości nieodpłatnego nabycia akcji.

6. Prawo do nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji od chwili powstania podlega dziedziczeniu.

7. Prawo do nieodpłatnego nabycia akcji powstaje po upływie trzech miesięcy od dnia zbycia przez podmiot, który utworzył zakład, pierwszych udziałów albo akcji na zasadach ogólnych i wygasa z upływem dwunastu miesięcy od dnia powstania tego prawa. Jeżeli zbycie udziałów albo akcji na zasadach ogólnych nastąpiło w okresie, o którym mowa w ust. 5, prawo do nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji powstaje po trzech miesiącach od upływu terminu na złożenie oświadczenia o zamiarze nabycia udziałów albo akcji.

8. Udziały albo akcje nabyte nieodpłatnie przez uprawnionych pracowników nie mogą być przedmiotem obrotu przed upływem dwóch lat od dnia zbycia przez podmiot, który utworzył zakład, pierwszych udziałów albo akcji na zasadach ogólnych.

9. Udziały albo akcje nabyte nieodpłatnie przez uprawnionych pracowników nie mogą być przedmiotem przymusowego wykupu, o którym mowa w art. 418 Kodeksu spółek handlowych, w terminie określonym w ust. 8.

10. Umowa mająca za przedmiot zbycie akcji nabytych nieodpłatnie, zawarta przed upływem terminu określonego w ust. 8, jest nieważna.

11. Prawo do nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji może być wykorzystane przez uprawnionego pracownika tylko w jednej spółce; uprawniony przed nabyciem akcji składa oświadczenie, że nie skorzystał z prawa do nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji w innej spółce.

12. Prawo do nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji przysługuje uprawnionym pracownikom również w przypadku połączenia spółki powstałej w wyniku przekształcenia z samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z inną spółką, jej przekształcenia lub wniesienia akcji do innej spółki.

13. Przez uprawnionego pracownika, o którym mowa w ust. 1, rozumie się:

- 1) osoby będące w dniu wykreślenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego pracownikiem tego zakładu;
- 2) osoby, które przepracowały co najmniej dziesięć lat w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, a rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło wskutek przejścia na emeryturę lub rentę albo z przyczyn nie dotyczących pracowników.

14. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób:

- 1) przeprowadzania głosowania, o którym mowa w art. 55 ust. 2 pkt 3,

- 2) wyboru pracownika, o którym mowa w ust. 3
- kierując się zapewnieniem zasad przejrzystości postępowania i równości traktowania.

Art. 62. Przepisy art. 54-61 stosuje się odpowiednio do jednostek badawczo-rozwojowych, o których mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych.

Rozdział 4

Łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Art. 63. 1. Połączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być dokonane przez:

- 1) przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący);
- 2) utworzenie nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego z co najmniej dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

2. Podmioty, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą dokonać połączenia tych zakładów:

- 1) w drodze zarządzenia albo uchwały - w przypadku zakładów utworzonych przez ten sam podmiot;
 - 2) w drodze porozumienia - w przypadku zakładów utworzonych przez różne podmioty.
3. Akt o połączeniu powinien zawierać w szczególności postanowienia o:
- 1) nazwie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia, w przypadku połączenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2;
 - 2) przejęciu mienia zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się;
 - 3) zasadach odpowiedzialności za zobowiązania zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się;
 - 4) terminie złożenia wniosku, o którym mowa w art. 64 ust. 1 pkt 1 albo 2, nie wcześniejszym niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o

połączeniu.

4. Jeżeli w wyniku połączenia w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo 2, może nastąpić istotne ograniczenie dostępności, warunków udzielania i jakości oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych przejmowanego zakładu albo łączących się zakładów, akt o połączeniu zawiera także postanowienia o sposobie i formie zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych tych zakładów, dalszego nieprzerwanego ich udzielania bez istotnego ograniczenia dostępności, warunków udzielania i jakości.

5. W przypadku połączenia, o którym mowa w ust. 1:

1) pkt 1 - akt o połączeniu zawiera także nazwę i siedzibę zakładu przejmowanego;

2) pkt 2 - akt o połączeniu zawiera także nazwy i siedziby zakładów łączących się.

6. W porozumieniu wskazuje się także podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

7. Projekt aktu o połączeniu wymaga opinii wojewody właściwego ze względu na siedzibę każdego z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podlegających połączeniu w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo 2.

8. Wojewoda wydaje opinię, o której mowa w ust. 7, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktu o połączeniu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

9. Przepisów ust. 7 i 8 nie stosuje się w przypadku wojewody, który jest podmiotem, który utworzył zakład, zamierzającym dokonać połączenia tego zakładu w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo 2.

10. Połączenie, o którym mowa w ust. 1, nie stanowi likwidacji zakładu przejmowanego albo łączących się zakładów.

11. Do pracowników zakładu przejmowanego oraz do pracowników zakładów łączących się stosuje się art. 23¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.¹⁰⁾).

¹⁰⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213,

Art. 64. 1. W terminie określonym w akcie o połączeniu kierownik zakładu przejmującego albo kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wniosek o:

- 1) wykreślenie zakładu przejmowanego z rejestru, o którym mowa w art. 109, oraz z Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku połączenia, o którym mowa w art. 63 ust. 1 pkt 1,
- 2) dokonanie wpisu w rejestrze, a następnie składa wniosek o wpisanie tego zakładu do Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku połączenia, o którym mowa w art. 63 ust. 1 pkt 2.

2. W przypadku połączenia, o którym mowa w art. 63 ust. 1 pkt 2, z dniem wpisania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia do:

- 1) rejestru, o którym mowa w art. 109,
- 2) Krajowego Rejestru Sądowego

- następuje z urzędu wykreślenie łączących się zakładów z tych rejestrów.

3. W przypadku połączenia, o którym mowa w art. 63 ust. 1 pkt 2, z dniem wpisania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia do Krajowego Rejestru Sądowego, zakład ten wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się zakłady, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

4. Z dniem wykreślenia zakładu przejmowanego z Krajowego Rejestru Sądowego zakład przejmujący wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był zakład przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Art. 65. 1. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, odpowiedzialność za jego zobowiązania ponoszą te jednostki w częściach ułamkowych odpowiadających wysokości zobowiązań powstałych w

poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 426 i Nr 89, poz. 589.

okresach, w których wykonywały one uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, należności i mienie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się należnościami i mieniem podmiotu, który przejął uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

3. Jednostki samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, mogą w inny sposób, niż wskazany w ust. 1 i 2, określić:

- 1) odpowiedzialność za zobowiązania,
- 2) zasady przejęcia należności i mienia

- zakładu, w stosunku do którego wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

Rozdział 5

Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej

Art. 66.1. Odpowiedzialność za zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu.

2. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej:

- 1) kieruje zakładem i reprezentuje go na zewnątrz;
- 2) jest przełożonym pracowników zakładu;
- 3) ma prawo przedstawiać podmiotowi, który utworzył zakład, opinie i wnioski w sprawach zastrzeżonych do kompetencji tego podmiotu, a wywołujących skutki w sferze związanej z zarządzaniem zakładem.

Art. 67. 1. Kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej może być osoba, która:

- 1) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiada wykształcenie wyższe;
- 3) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika zakładu;
- 4) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe o kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni

staż pracy.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia, dodatkowe wymagania i kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji kierownika zakładu opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej, kierując się koniecznością zapewnienia odpowiedniej wiedzy i doświadczenia w kierowaniu tymi zakładami oraz rzetelnego wykonywania funkcji kierowniczych w zakładzie.

Art. 68. Podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, nawiązuje z kierownikiem tego zakładu stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną, z zastrzeżeniem art. 69 i 70.

Art. 69. Z kierownikiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, utworzonego przez:

- 1) publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
 - 2) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną odpowiednio rektor właściwej uczelni albo dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Art. 70. Do kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego żołnierzem zawodowym stosuje się przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

Art. 71. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej nie może podejmować innego zatrudnienia bez zgody podmiotu, który utworzył zakład.

2. Umowa o pracę, powołanie lub umowa cywilnoprawna, o których mowa w art. 68, mogą przewidywać możliwość udzielania przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej mającego prawo wykonywania zawodu medycznego świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, umowa o pracę, powołanie lub umowa cywilnoprawna określają warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym wymiar czasu pracy.

Art. 72. 1. Stosunek pracy z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej albo zawartą z nim umowę cywilnoprawną rozwiązuje się, jeżeli:

- 1) przestał spełniać wymagania określone w art. 67 pkt 1;
- 2) naruszył przepisy art. 71 ust. 1;
- 3) w związku z zarządzaniem zakładem dopuszcza się rażącego naruszenia prawa;
- 4) utracił zdolność do pełnienia funkcji na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 5) zakład pobiera nienależne opłaty za świadczenia zdrowotne – w przypadku zakładu korzystającego w zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
- 6) zakład nie zrealizował programu naprawczego, o którym mowa w art. 91 ust. 3.

2. Stosunek pracy z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej albo zawarta z nim umowa cywilnoprawna może zostać rozwiązana, jeżeli:

- 1) zakład przez co najmniej 3 kolejne miesiące nie wypełnia zobowiązań publicznoprawnych;
- 2) zobowiązania wymagalne przekroczyły wartość przeciętnych miesięcznych przychodów z ostatnich 3 miesięcy, a w przypadku nawiązania stosunku pracy z kierownikiem w sytuacji, gdy w zakładzie zobowiązania wymagalne przekraczają wartość przeciętnych miesięcznych przychodów z ostatnich 3 miesięcy, kierownik nie doprowadził do zmniejszenia zobowiązań wymagalnych o 20% w okresie 3 miesięcy licząc od dnia nawiązania stosunku pracy oraz nie realizował dalszego zmniejszania zobowiązań wymagalnych w tempie 5% miesięcznie.

Art. 73. 1. Funkcji członka zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej nie można jednocześnie pełnić z funkcją prokurenta tej lub z inną funkcją w tej spółce.

2. Funkcji członka zarządu, o którym mowa w ust. 1, nie można łączyć z jakąkolwiek inną działalnością zawodową, z wyjątkiem działalności naukowej, dydaktycznej i publicystycznej oraz występowania w charakterze biegłego lub ławnika sądowego.

3. Zarządowi, o którym mowa w ust. 1, bezpośrednio podlega kierownik medyczny

zakładu.

4. Tryb powoływania i odwoływania kierownika medycznego określa statut zakładu.

Art. 74. 1. Podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej może powierzyć zarządzanie tym zakładem osobie fizycznej lub prawnej, zwanym dalej „zarządcą”.

2. Powierzenie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej może nastąpić:

- 1) z inicjatywy podmiotu, który utworzył zakład;
- 2) na wniosek co najmniej 50% pracowników zakładu, za zgodą podmiotu, który utworzył zakład.

3. Powierzenie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej następuje w drodze umowy zawartej na czas oznaczony, nie krótszy niż trzy lata i nie dłuższy niż lat osiem, pomiędzy podmiotem, który utworzył zakład, a zarządcą.

4. Umowa o zarządzanie zakładem powinna określać w szczególności:

- 1) obowiązki zarządcy w zakresie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej;
- 2) wynagrodzenie zarządcy, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. Nr 26, poz. 306, z późn. zm.¹¹⁾) dotyczących osób zarządzających na podstawie umów cywilnoprawnych;
- 3) kryteria oceny efektywności zarządzania;
- 4) zasady odpowiedzialności zarządcy za powierzony zakład opieki zdrowotnej.

5. Jeżeli zarządcą jest osoba prawna, umowa powinna przewidywać, kto w jej imieniu będzie dokonywał czynności zarządu.

6. Zarządcą, a w przypadku, o którym mowa w ust. 5, osoba działająca w jego imieniu, jest umocowany do składania wszelkich oświadczeń woli w imieniu zarządzanego zakładu.

Art. 75. 1. Z chwilą objęcia obowiązków przez zarządcę przejmuje on obowiązki i uprawnienia odpowiednio kierownika zakładu opieki zdrowotnej albo zarządu spółki

¹¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 924 i Nr 154, poz. 1799, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 60, poz. 535 i Nr 180, poz. 1759 oraz z 2004 r. Nr 116, poz. 1207.

z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej. Przepisy Kodeksu spółek handlowych dotyczące odpowiedzialności cywilnoprawnej członków zarządu stosuje się odpowiednio do zarządcy.

2. W zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego zawarto umowę o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, powołuje się kierownika medycznego zakładu na okres określony w tej umowie.

3. Kierownika medycznego zakładu, o którym mowa w ust. 2, powołuje i odwołuje podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej.

4. Z dniem rozwiązania umowy o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej odwołuje się kierownika medycznego zakładu, o którym mowa w ust. 2.

Art. 76. 1. Kierownik medyczny, o którym mowa w art. 73 ust. 3 i art. 75 ust. 2, zarządza zakładem pod względem diagnostyczno-lecznym.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań kierownika medycznego zakładu, o którym mowa w art. 73 ust. 3 i art. 75 ust. 2, kierując się koniecznością zapewnienia sprawnego zarządzania działalnością diagnostyczno-leczną zakładu, w tym stałej wewnętrznej kontroli i oceny jakości świadczeń zdrowotnych.

Art. 77. 1. Umowa o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej jest rozwiązywana ze skutkiem natychmiastowym:

- 1) z powodu rezygnacji zarządcy;
- 2) z przyczyn, o których mowa w art. 72 ust. 1 pkt 3-6;
- 3) jeżeli zarządca w sposób istotny naruszył postanowienia umowy.

2. Z dniem rozwiązania umowy w trybie, o którym mowa w ust. 1, podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej wyznacza tymczasowego zarządcę na okres nie dłuższy niż 3 miesiące. W tym okresie tymczasowy zarządca podejmuje wyłącznie czynności bieżącego zarządu oraz czynności, których zaniechanie mogłoby narazić zakład na niepowetowane straty.

Art. 78. 1. Podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, może ustanowić wspólnego zarządcę dla więcej niż jednego zakładu opieki zdrowotnej.

2. Przepis ust. 1 stosuje się do ustanowienia wspólnego zarządcy dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez różne podmioty. Ustanowienie wspólnego zarządcy następuje w drodze porozumienia zawartego przez podmioty, które utworzyły publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Rozdział 6

Zasady gospodarki publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Art. 79. 1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać środki finansowe:

- 1) stanowiące zapłatę za udzielone świadczenia zdrowotne;
 - 2) z wydzielonej organizacyjnie działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności, z tym że działalność ta:
 - a) pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub polega na oddawaniu do odpłatnego korzystania czasowo zbędnych składników majątku nie służących bezpośrednio udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
 - b) nie może być prowadzona przy użyciu mienia zakładu służącego bezpośrednio prowadzeniu działalności, o której mowa w pkt 1;
 - 3) przeznaczone na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
 - 4) na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne;
 - 5) pochodzące z budżetu Unii Europejskiej i inne środki pochodzące ze źródeł zagranicznych, niepodlegające zwrotowi;
 - 6) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej;
 - 7) pochodzące z opłat, o których mowa w art. 21 ust. 2 – w przypadku szpitala;
 - 8) przeznaczone na realizację innych zadań, określonych odrębnymi przepisami.
2. Środki, o których mowa w ust.1 pkt 1, są:

- 1) środkami publicznymi uzyskanymi na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach:
 - a) wykonywania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) realizacji programów zdrowotnych;
- 2) środkami uzyskanymi od pacjentów;
- 3) środkami uzyskanymi od zakładów ubezpieczeń na podstawie umów zawieranych zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.¹²⁾);
- 4) środkami uzyskanymi od instytucji zagranicznych wnoszących za pacjentów opłaty, o których mowa w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 4 i 7, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu który utworzył zakład oraz jednostki samorządu terytorialnego albo innych podmiotów uprawnionych do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

4. Projekty realizowane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej przy udziale środków, o których mowa w ust. 1 pkt 5, mogą być współfinansowane ze środków publicznych określonych w ust. 3.

5. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych, o których mowa w ust. 3, przez dysponentów tych środków nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy rachunek kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w zakresie, w jakim zakłady te dysponują środkami publicznymi, kierując się koniecznością ujednoczenia sposobu ewidencji, kwalifikacji i identyfikacji kosztów ponoszonych w zakładzie opieki zdrowotnej.

Art. 80. 1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać dotacje budżetowe

¹²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119, z 2007 r. Nr 82, poz. 557 i Nr 102, poz. 691.

na:

- 1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań,
- 2) remonty;
- 3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków, o których mowa w art. 79 ust.1 pkt 5;
- 5) cele szczególne określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych.

2. Dotacje może przyznać podmiot, który utworzył zakład, a w przypadku publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład jest publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, także minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Dotacje, poza podmiotami wymienionymi w ust. 2, może przyznać również:

- 1) organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku dotacji, o których mowa w ust.1 pkt 1 - 4,
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia – w przypadku dotacji, o których mowa w ust.1 pkt 4 i 5.

4. Dotacje, o których mowa w ust. 1 pkt 3, mogą zostać przyznane publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład jest publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, po otrzymaniu pozytywnej opinii tego podmiotu do wniosku zakładu o przyznanie dotacji.

5. Dotacje przyznane publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład jest publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, przeznaczone na inwestycje budowlane, przekazuje się odpowiednio za pośrednictwem tych podmiotów, jeżeli właścicielem nieruchomości użytkowanych przez zakład jest ten podmiot.

Art. 81. Przepisy art. 79 oraz art. 80 ust. 1 – 3 stosuje się odpowiednio do jednostek badawczo – rozwojowych, o których mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych oraz do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim te zakłady korzystają ze środków publicznych.

Art. 82. 1. Działalność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:

- 1) z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie, o którym mowa w ust. 4;
- 2) przez zakład opieki zdrowotnej, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.

2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu sanitarnego w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:

- 1) kosztów osobowych;
- 2) kosztów eksploatacyjnych;
- 3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
- 4) odpisu amortyzacyjnego, z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.

5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:

- 1) koszt paliwa;
- 2) koszt opłat trasowych i za lądowanie.

6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej posiadającym lotnicze zespoły transportu sanitarnego.

7. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 6, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

8. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

9. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania transportu sanitarnego.

Art. 83. Publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie jednostki budżetowej:

- 1) prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych;
- 2) gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia państwowego lub komunalnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych.

Art. 84. 1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej nie może zaciągać zobowiązań odpowiadających ponad połowie wartości jej aktywów, przy czym roczny koszt obsługi tych zobowiązań nie może być wyższy niż 15% przychodów planowanych na dany rok obrotowy.

2. Zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości, zaciągnięcie zobowiązania o wartości przewyższającej równowartość 500 000 zł lub wysokość kapitału zakładowego wymaga zgody:

- 1) w przypadku spółek z udziałem Skarbu Państwa – ministra właściwego do spraw zdrowia oraz, jeżeli spółka wykonuje zadania w zakresie obronności lub bezpieczeństwa wewnętrznego kraju, także zgody odpowiednio Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

- 2) w przypadku spółek z udziałem publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 3) w przypadku spółek z udziałem jednostek samorządu terytorialnego – uchwały organu stanowiącego tej jednostki, wydanej po zasięgnięciu opinii regionalnej izby obrachunkowej;
- 4) w przypadku spółek z udziałem Skarbu Państwa oraz publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw Skarbu Państwa;
- 5) w przypadku spółek z udziałem Skarbu Państwa lub publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz jednostki samorządu terytorialnego – ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw Skarbu Państwa i organem wykonawczym właściwej jednostki samorządu terytorialnego, wydanej po zasięgnięciu opinii właściwej regionalnej izby obrachunkowej;
- 6) w przypadku spółek z udziałem publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz jednostki samorządu terytorialnego – ministra właściwego do spraw zdrowia i organu wykonawczego właściwej jednostki samorządu terytorialnego, wydanej po zasięgnięciu opinii właściwej regionalnej izby obrachunkowej.

3. Do zgody, o której mowa w ust. 2 nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

4. Przepisy ust. 2 nie wyłączają obowiązku uzyskania, przez spółki określone w ust. 2 pkt 1, 2 i 4, odrębnej zgody ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa na dokonanie czynności, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa (Dz. U. Nr 106,

poz. 493, z późn. zm.¹³⁾).

5. Zgoda, o której mowa w ust. 4, nie jest wymagana na zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości stanowiących aktywa trwałe spółki. W takim przypadku spółka jest obowiązana do uzyskania zgody, o której mowa w ust. 1.

6. Sprzedaż składnika aktywów trwałych następuje w drodze publicznego przetargu. Dopuszcza się odstępianie od przetargu na sprzedaż składników aktywów trwałych, jeżeli:

- 1) wartość księgową tych składników odpowiada cenie rynkowej i jest oczywiste, że w drodze przetargu nie otrzyma się ceny wyższej;
- 2) koszty przeprowadzenia przetargu są niewspółmiernie wysokie w stosunku do możliwej do uzyskania ceny sprzedawanych składników.

7. Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb organizowania publicznego przetargu oraz sposób udokumentowania zaistnienia przesłanek odstępiania od przetargu, kierując się zasadami efektywności gospodarowania i uczciwej konkurencji.

8. Czynności prawne dokonane z naruszeniem przepisów ust. 1-6 lub przepisów wydanych na podstawie ust. 7 są nieważne z mocy prawa.

Art. 85. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym).

2. Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład.

3. Zasady, o których mowa w ust. 2, mogą polegać w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu, który utworzył zakład na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych.

¹³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 106, poz. 673, Nr 115, poz. 741 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 155, poz. 1014, z 2000 r. Nr 48, poz. 550, z 2001 r. Nr 4, poz. 26, z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 240, poz. 2055, z 2004 r. Nr 99, poz. 1001, Nr 123, poz. 1291 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 169, poz. 1417 i Nr 183, poz. 1538 oraz z 2006 r. Nr 107, poz. 721.

4. Wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. Wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu, które prowadzą działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego, jest nieważne z mocy prawa.

6. Umowy zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zawarte z naruszeniem ust. 2-5 lub sprzeczne z wymaganiami określonymi w art. 7 i art. 89, są nieważne z mocy prawa.

7. W przypadku naruszenia przepisów ust. 2-5 lub art. 7 i art. 89, podmiot, który utworzył zakład, może wystąpić do sądu o stwierdzenie nieważności umowy zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 86. 1. Podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie jednostki budżetowej, może pozbawić zakład składników przekazanego lub nabytego mienia w przypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu, przeprowadzanych na zasadach określonych w ustawie.

2. W przypadku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności, staje się własnością Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego lub własnością publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który utworzył ten zakład.

Art. 87. 1. Wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej określają:

- 1) fundusz założycielski;
- 2) fundusz zakładu.

2. Fundusz założycielski stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego lub mienia publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

3. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego.

Art. 88. 1. Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększa się o:

- 1) zysk netto;
- 2) kwoty zwiększenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów.

2. Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zmniejsza się o:

- 1) stratę netto;
- 2) kwoty zmniejszenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów.

3. Do amortyzacji aktywów trwałych stosuje się ogólne zasady określone w odrębnych przepisach.

Art. 89. Na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej:

- 1) inne zakłady opieki zdrowotnej,
 - 2) lekarze wykonujący zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej;
 - 3) pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych,
- nie mogą prowadzić działalności konkurencyjnej w stosunku do działalności prowadzonej przez ten zakład określonej w statucie, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

Art. 90. 1. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych jest plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu albo zarząd spółki.

2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i publiczny zakład opieki zdrowotnej działający w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej decyduje sam o podziale zysku. Zysk przeznaczany wyłącznie na działalność statutową.

Art. 91. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Jeżeli ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powoduje zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych i nie może być pokryty samodzielnie przez zakład, podmiot, który utworzył zakład:

- 1) pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu albo
- 2) może wydać zarządzenie lub podjąć uchwałę o zmianie formy zakładu lub o jego likwidacji.

2. Pokrycie ujemnego wyniku finansowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, następuje w stopniu umożliwiającym dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zakład opracowuje program naprawczy, który określa, w szczególności, działania naprawcze mające na celu osiągnięcie przez zakład sytuacji finansowo – ekonomicznej pozwalającej na nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych.

4. Pokrycie ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w ust. 2 może nastąpić raz na 3 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym poprzednio pokryto ujemny wynik finansowy zakładu.

5. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty w sposób określony w ust. 2, podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o:

- 1) zmianie formy zakładu albo
- 2) jego likwidacji.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, podmiot, który utworzył zakład pokrywa ujemny wynik finansowy po wydaniu rozporządzenia, zarządzenia albo podjęciu uchwały o zmianie formy zakładu.

7. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi podstawę do wykreślenia zakładu z Krajowego Rejestru Sądowego z dniem zakończenia likwidacji.

8. Pokrycie ujemnego wyniku finansowego w przypadku zakładów utworzonych przez podmiot, o którym mowa w art. 9 ust. 2 może być dokonane także ze środków budżetu państwa pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

9. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa, właściwej jednostki samorządu terytorialnego albo odpowiednio publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Rozdział 7

Osoby wykonujące zawód medyczny w zakładach opieki zdrowotnej

Art. 92. 1. W zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby:

- 1) uprawnione do wykonywania zawodu medycznego lub
- 2) posiadające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym, zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny na podstawie odrębnych przepisów

- oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.

2. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez osoby, o których mowa w ust. 1, również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.⁸⁾), zawartym między zakładem opieki

⁸⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 116, poz. 1203 i

zdrowotnej a wolontariuszem.

3. Do wolontariatu stosuje się przepisy działu III ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Art. 93. W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się następujące rodzaje kierowniczych medycznych stanowisk pracy, w szczególności:

- 1) zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;
- 2) kierownika medycznego zakładu w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej albo w zakładzie, w stosunku do którego zawarto umowę o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej;
- 3) ordynatora, ordynatora - kierownika kliniki, w przypadku szpitali, w których wprowadzono system ordynatorski, oraz ordynatora - kierownika oddziału klinicznego;
- 4) konsultanta – w przypadku szpitali, w których wprowadzono system konsultancki;
- 5) naczelnej pielęgniarki;
- 6) przełożonej pielęgniarek zakładu;
- 7) pielęgniarki oddziałowej (w szpitalu).

Art. 94. 1. Osoby wykonujące w zakładzie opieki zdrowotnej zawód medyczny lub inny zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia mają prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności w danym zawodzie poprzez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego.

2. Doskonalenie zawodowe, o którym mowa w ust. 1, może być realizowane poprzez szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”.

Art. 95. 1. Specjalizacja ma na celu uzyskanie specjalistycznych kwalifikacji w

Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 155, poz. 1298, Nr 169, poz. 1420, Nr 175, poz. 1462 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 94, poz. 651.

odkrywanej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w danej dziedzinie.

2. Specjalizację odbywa się po uzyskaniu pozytywnego wyniku postępowania kwalifikacyjnego, oceniającego wiedzę oraz predyspozycje kandydata w zakresie danej dziedziny, przeprowadzonego przez organizatora kształcenia.

3. Tytuł specjalisty w określonej dziedzinie można uzyskać po odbyciu specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, pod kierunkiem kierownika specjalizacji oraz po złożeniu państwowego egzaminu specjalizacyjnego.

4. Przebieg specjalizacji kierownik specjalizacji potwierdza w karcie specjalizacji wydawanej przez organizatora kształcenia osobie rozpoczynającej specjalizację.

5. Państwowy egzamin specjalizacyjny dla danej specjalności organizuje Centrum Egzaminów Medycznych działające przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, a przeprowadza państwowa komisja egzaminacyjna.

6. Przewodniczącego i członków państwowej komisji egzaminacyjnej powołuje i odwołuje dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym lub dorobkiem naukowym w danej dziedzinie, rekomendowanych w szczególności przez towarzystwa naukowe, organizacje i stowarzyszenia zawodowe właściwe dla danej dziedziny oraz krajowych konsultantów.

7. Tytuł specjalisty uprawnia do samodzielnego wykonywania czynności zawodowych określonych w programie specjalizacji oraz zajmowania stanowisk, o których mowa w odrębnych przepisach.

Art. 96. Specjalizacja, może być prowadzona w trybie dziennym, wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.

Art. 97. 1. Program specjalizacji, zawiera w szczególności:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające: cel kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji, sposób sprawdzania efektów kształcenia;

- 2) plan nauczania uwzględniające obligatoryjne i fakultatywne kursy i staże kierunkowe;
- 3) wykaz umiejętności wynikowych;
- 4) treści nauczania;
- 5) wskazówki metodyczne;
- 6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.

2. Program specjalizacji opracowuje zespół ekspertów powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie ramowych programów, o których mowa w art. 108.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje zespół ekspertów, o którym mowa w ust. 2, spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w danej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, rekomendowanych w szczególności przez towarzystwa naukowe, organizacje i stowarzyszenia zawodowe właściwe dla danej dziedziny oraz krajowych konsultantów w dziedzinach właściwych.

4. Opracowany przez zespół ekspertów program kształcenia, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego redaguje i przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

5. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego podaje do publicznej wiadomości zatwierdzone programy specjalizacji w formie publikacji oraz informacji na stronie internetowej Centrum.

Art. 98. 1. Specjalizacje mogą prowadzić podmioty, które:

- 1) realizują program specjalizacji zgodny z wymaganiami, o których mowa w art. 97;
- 2) zapewniają kadre dydaktyczną posiadającą kwalifikacje zgodne ze standardami, o których mowa w art. 97;
- 3) zapewniają do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego bazę dydaktyczną zgodną ze standardami, o których mowa w art. 97;
- 4) posiadają wewnętrzny system oceny jakości kształcenia;
- 5) prowadzą i przechowują dokumentację związaną z organizacją i przebiegiem kształcenia, a w szczególności regulaminy organizacyjne kształcenia, protokoły postępowania kwalifikacyjnego oraz przebiegu egzaminów lub innych form zaliczenia danego rodzaju kształcenia;

- 6) prowadzą rejestr wydanych dyplomów potwierdzających odbycie danego rodzaju kształcenia, obejmujący:
 - a) imię i nazwisko osoby, która uzyskała dyplom,
 - b) rodzaj i nazwę kształcenia,
 - c) nazwę organizatora kształcenia,
 - d) datę wydania i numer dyplomu ;
- 7) uzyskały wpis do rejestru organizatorów kształcenia, o którym mowa w art. 99.

Art. 99. 1. Organem prowadzącym rejestr organizatorów kształcenia, zwany dalej „rejestrem jednostek”, jest Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

2. Rejestr jednostek może być prowadzony w systemie informatycznym.

3. Do rejestru jednostek wpisuje się następujące dane:

- 1) numer wpisu organizatora kształcenia do rejestru jednostek;
- 2) nazwę organizatora kształcenia;
- 3) miejsce zamieszkania albo siedzibę, adres i telefon organizatora kształcenia;
- 4) formę organizacyjno-prawną organizatora kształcenia;
- 5) określenie rodzaju i trybu kształcenia;
- 6) początek i koniec planowanego okresu kształcenia;
- 7) numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego albo numer zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej - w przypadku podmiotów zobowiązanych do posiadania takiego wpisu;
- 8) numer i datę decyzji o wpisie do rejestru jednostek;
- 9) numer i datę decyzji o zmianie wpisu do rejestru jednostek;
- 10) numer i datę decyzji o wykreśleniu z rejestru jednostek.

4. Organizator kształcenia wpisany do rejestru jednostek jest obowiązany zgłaszać Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wszelkie zmiany danych stanowiących podstawę wpisu do rejestru jednostek w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Art. 100. 1. Organizator kształcenia, w celu uzyskania wpisu do rejestru jednostek, składa wniosek do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, nie później niż 3 miesiące przed planowanym rozpoczęciem kształcenia.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie wnioskodawcy, miejsce jego zamieszkania lub siedzibę oraz telefon;
- 2) określenie formy organizacyjno-prawnej organizatora kształcenia;
- 3) określenie rodzaju i trybu kształcenia;
- 4) informację o miejscu prowadzenia kształcenia, z uwzględnieniem miejsca odbywania zajęć teoretycznych i szkolenia praktycznego;
- 5) zobowiązanie do spełnienia warunków niezbędnych do pełnej realizacji programu specjalizacji lub programu kursu kwalifikacyjnego, w tym zapewnienia kadry dydaktycznej oraz bazy dydaktycznej i warunków organizacyjnych właściwych dla tego programu.

3. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się:

- 1) zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, w przypadku podmiotów zobowiązanych do posiadania takiego wpisu;
- 2) informację o kadrze dydaktycznej;
- 3) informację o bazie dydaktycznej;
- 4) regulamin organizacyjny kształcenia;
- 5) informację o wewnętrznym systemie oceny jakości kształcenia;
- 6) informację o realizowanym programie specjalizacji w tym określenie początku i końca planowanego okresu kształcenia;
- 7) opinię konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie właściwego ze względu na siedzibę organizatora kształcenia potwierdzającą spełnianie warunków niezbędnych do realizacji programu, o którym mowa w pkt 6.

4. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści:

"Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru jednostek są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie prowadzenia specjalizacji - określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej."

5. Oświadczenie powinno również zawierać:

- 1) nazwę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania lub siedziby;
- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;

- 3) podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Art. 101. 1. Organ prowadzący rejestr jednostek dokonuje wpisu do rejestru jednostek, oraz wydaje zaświadczenie o tym wpisie, w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem.

2. Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w terminie, o którym mowa w ust. 1, a od dnia wpływu do tego organu wniosku wraz z oświadczeniem upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność, po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis w terminie 7 dni. W takiej sytuacji termin 40 - dniowy biegnie odpowiednio od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.

3. Centrum skreśla z rejestru jednostek organizatora kształcenia w przypadku stwierdzenia niewypełnienia zaleceń wynikających z prowadzonego nadzoru lub na wniosek organizatora kształcenia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu do rejestru jednostek,

- 2) wzory dokumentów:

- a) wniosku o wpis do rejestru jednostek,

- b) zaświadczenia o wpisie do rejestru jednostek,

- 3) sposób prowadzenia rejestru jednostek

- mając na względzie konieczność ujednoczenia dokumentacji dotyczącej prowadzenia działalności w zakresie prowadzenia specjalizacji.

Art. 102. Działalność w zakresie doskonalenia zawodowego wykonywana przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Art. 103. Koszt doskonalenia zawodowego ponosi osoba je odbywająca.

Art. 104. 1. Jeżeli do wykonywania zadań zawodowych na danym stanowisku pracy

niezbędne jest ukończenie specjalizacji, pracodawca powinien ułatwić pracownikowi zdobycie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania tych zadań.

2. W ramach realizacji tego obowiązku pracodawca może w szczególności skierować pracownika na specjalizację.

3. Pracodawca zawiera z pracownikiem umowę cywilnoprawną określającą wzajemne prawa i obowiązki, wynikające ze skierowania, o którym mowa w ust. 2.

4. Osobie skierowanej na specjalizację przysługuje, o ile umowa zawarta między pracownikiem a pracodawcą nie stanowi inaczej:

- 1) urlop szkoleniowy w wymiarze niezbędnym do realizacji obowiązkowych zajęć wynikających z programu specjalizacji, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy;
- 2) zwrot kosztów podróży i noclegów związanych z realizacją obowiązkowych zajęć wynikających z programu specjalizacji, na zasadach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej, z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju;
- 3) zwrot kosztów kursów realizowanych w ramach specjalizacji.

Art. 105. 1. Specjalizacje mogą być dofinansowane ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w ramach posiadanych środków i limitów miejsc szkoleniowych dla poszczególnych rodzajów specjalizacji.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje wyboru organizatora prowadzącego specjalizację.

3. Środki finansowe przekazywane są organizatorom kształcenia na podstawie umów zawartych pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a organizatorem kształcenia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia określi limity miejsc szkoleniowych, o których mowa w ust. 1, oraz kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w danym roku, uwzględniając w szczególności posiadane środki finansowe przeznaczone na ten cel i zapotrzebowanie na miejsca szkoleniowe.

Art. 106. 1. Nadzór nad realizacją specjalizacji sprawuje Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

2. Nadzorowi podlega w szczególności:

- 1) zgodność realizacji zajęć z programem kształcenia;
- 2) prawidłowość prowadzonej dokumentacji przebiegu kształcenia;
- 3) zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia.

3. Nadzór, o którym mowa w ust. 1, wykonywany jest przez osoby upoważnione przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego do wykonywania czynności kontrolnych, a w szczególności przez krajowych i wojewódzkich konsultantów w dziedzinach odpowiednich dla danego rodzaju specjalizacji.

Art. 107. 1. Osoby, o których mowa w art.106 ust. 3, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń dydaktycznych;
- 2) udziału w zajęciach w charakterze obserwatora;
- 3) wglądu do prowadzonej przez organizatora kształcenia dokumentacji związanej z organizacją i przebiegiem kształcenia;
- 4) żądania od organizatora kształcenia ustnych i pisemnych wyjaśnień;
- 5) badania opinii uczestników kształcenia i kadry dydaktycznej;
- 6) udziału w egzaminie końcowym w charakterze obserwatora.

2. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:

- 1) nazwę i adres siedziby organizatora kształcenia;
- 2) miejsce odbywania kształcenia;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
- 4) imiona i nazwiska osób wykonujących te czynności;
- 5) opis stanu faktycznego;
- 6) stwierdzone nieprawidłowości;
- 7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne;
- 8) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
- 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu przez organizatora kształcenia oraz o przyczynie tej odmowy.

3. Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz osoba reprezentująca organizatora kształcenia.

4. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem, organizator kształcenia zgłosi umotywowane zastrzeżenia, co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

5. Odmowa podpisania protokołu przez organizatora kształcenia nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.

6. Jeden egzemplarz protokołu przekazuje się organizatorowi kształcenia.

7. Osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji na temat organizacji i prowadzenia kształcenia oraz wyników prowadzonego postępowania.

8. Organizator kształcenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

9. Na podstawie ustaleń zawartych w protokole dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wydaje organizatorowi kształcenia zalecenia pokontrolne, mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, i określa termin ich wykonania.

Art. 108. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty oraz wykaz dziedzin, w których osoba wykonująca dany zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia może uzyskać tytuł specjalisty i odpowiadające im dziedziny medycyny, farmacji i inne dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, dla których zostali powołani konsultanci krajowi, uwzględniając potrzeby w zakresie kształcenia specjalistów w poszczególnych dziedzinach i staż pracy niezbędny do przystąpienia do specjalizacji w danej dziedzinie;
- 2) ramowy program specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia uwzględniając aktualny stan wiedzy w danej dziedzinie;

- 3) szczegółowe warunki i tryb prowadzenia specjalizacji, a w szczególności sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego, szczegółowe zadania kierownika specjalizacji oraz wzór karty specjalizacji, kierując się koniecznością zapewnienia wysokiej jakości kształcenia oraz prawidłowością dokumentowania przebiegu kształcenia;
- 4) sposób odbywania specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty, w tym sposób i tryb przeprowadzania państwowego egzaminu specjalizacyjnego uwzględniając specyfikę poszczególnych specjalizacji;
- 5) wzór dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty, kierując się koniecznością zapewnienia informacji o rodzaju specjalizacji;
- 6) sposób ustalania opłat za specjalizację uwzględniając w szczególności koszty związane z prowadzeniem specjalizacji;
- 7) tryb uznawania tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia uzyskanego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Dział III

Rejestr zakładów opieki zdrowotnej i jednostek badawczo - rozwojowych

Art. 109. 1. Zakład opieki zdrowotnej oraz jednostka badawczo – rozwojowa, o której mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych, może rozpocząć udzielanie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu wpisu do Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo - Rozwojowych, zwanego dalej „rejestrem”.

2. Rejestr jest jawny i dostępny dla osób trzecich.

3. Rejestr prowadzony jest w systemie teleinformatycznym przez wojewodów i ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Wojewoda prowadzi rejestr w zakresie:

- 1) zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze województwa;
- 2) zakładów opieki zdrowotnej utworzonych w celu określonym w art. 9 ust. 5.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi rejestr w zakresie:

- 1) zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra, centralny organ

administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;

2) jednostek badawczo – rozwojowych, o których mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych.

6. Zakład opieki zdrowotnej, którego jednostki organizacyjne zlokalizowane są na obszarze więcej niż jednego województwa, wpisuje do rejestru wojewoda właściwy dla siedziby zakładu.

7. Zadaniem organów prowadzących rejestr jest w szczególności:

- 1) dokonywanie wpisów do rejestru, wpisów zmian do rejestru, wydawanie odmów wpisu do rejestru oraz dokonywanie wykreśleń z rejestru;
- 2) gromadzenie i udostępnianie danych rejestrowych.

8. Rejestr obejmuje następujące dane dotyczące zakładu opieki zdrowotnej:

- 1) nazwę albo firmę zakładu opieki zdrowotnej;
- 2) adres i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej;
- 3) dane kontaktowe zakładu opieki zdrowotnej, w tym numer telefonu, nr faksu oraz adres poczty elektronicznej oraz witryny internetowej, jeżeli zakład takie posiada;
- 4) dane podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej;
- 5) zakres i rodzaje udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych;
- 6) wykaz jednostek organizacyjnych zakładu;
- 7) wykaz komórek organizacyjnych zakładu;
- 8) datę wpisu zakładu opieki zdrowotnej do rejestru;
- 9) termin czasowego zaprzestania działalności przez zakład, o którym mowa w art. 29;
- 10) datę rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przez zakład opieki zdrowotnej;
- 11) datę i przyczyny wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru;
- 12) datę zakończenia działalności przez zakład opieki zdrowotnej;
- 13) dane kierownika, zarządu lub zarządcy zakładu opieki zdrowotnej;
- 14) dane dotyczące certyfikacji lub akredytacji zakładu opieki zdrowotnej;

15) dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, w tym dane jednostek i komórek organizacyjnych zakładu.

Art. 110. 1. Podmiot, który utworzył zakład składa do właściwego organu prowadzącego rejestr, wniosek o wpis zakładu do rejestru.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) nazwę albo firmę zakładu;
- 2) adres i siedzibę zakładu;
- 3) zakres i rodzaje świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład;
- 4) wykaz jednostek organizacyjnych zakładu;
- 5) wykaz komórek organizacyjnych zakładu.

3. Do wniosku dołącza się kopie dokumentów i dokumenty potwierdzające spełnianie przez zakład wymagań określonych w art. 10 - 14 oraz art. 92 – 94, a w szczególności:

- 1) kopię aktu, na podstawie którego utworzono zakład;
- 2) kopię wypisu z właściwego rejestru albo ewidencji działalności gospodarczej, dotyczący podmiotu, który utworzył zakład;
- 3) statut zakładu;
- 4) kopię dokumentu stwierdzającego tytuł prawny do budynku lub lokalu, w którym prowadzona będzie działalność zakładu;
- 5) kopię opinii organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu;
- 6) kopię aktu powołania kierownika zakładu lub umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej zawartej z kierownikiem zakładu albo kopię umowy o zarządzanie.

4. Podstawą wpisu do rejestru jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zakład opieki zdrowotnej spełnia wymagania określone w art. 10 - 14 oraz art. 92 – 94.

5. Organem właściwym do stwierdzenia spełnienia wymagań, o których mowa w art. 10, jest organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

6. W przypadku zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 109 ust. 6, właściwy organ prowadzący rejestr stwierdza spełnianie wymagań określonych w art. 10 - 14 oraz art. 92 – 94 za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na położenie

jednostki organizacyjnej zakładu.

7. Wpis do rejestru, odmowa wpisu lub wykreślenie z rejestru następuje w drodze decyzji administracyjnej.

8. Właściwy organ prowadzący rejestr nadaje zakładowi oraz jego jednostkom i komórkom organizacyjnym resortowe kody identyfikacyjne zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) system resortowych kodów identyfikacyjnych nadawanych zakładom opieki zdrowotnej oraz jednostkom i komórkom organizacyjnym tych zakładów,

2) szczegółowy sposób nadawania kodów, o których mowa w pkt 1

- uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji zakładów opieki zdrowotnej.

Art. 111. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany zgłosić właściwemu organowi prowadzącemu rejestr zmiany danych objętych rejestrem, powstałe po wpisaniu do rejestru i dotyczące danych zawartych w rejestrze, w terminie 14 dni od zaistnienia zdarzenia skutkującego zmianą tych danych.

2. Zakład opieki zdrowotnej może zmienić zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych po uprzednim wpisaniu tej zmiany do rejestru.

3. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany zgłosić właściwemu organowi prowadzącemu rejestr zamiar zaprzestania działalności z jednoczesnym wskazaniem terminu wykreślenia zakładu z rejestru.

4. Wniosek o wykreślenie zakładu z rejestru składa podmiot, który utworzył zakład.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 4, dołącza się dokumenty będące podstawą wykreślenia zakładu z rejestru, w szczególności:

1) kopię aktu o likwidacji zakładu;

2) kopię aktu powołującego likwidatora wraz z jego oświadczeniem o przyjęciu obowiązków likwidatora zakładu.

6. Do dokonywania zmian w rejestrze stosuje się odpowiednio przepisy art. 109 i 110.

Art. 112. 1. Jeżeli zakład opieki zdrowotnej:

1) w całym zakresie lub w części swojej działalności przestał odpowiadać wymaganiom określonym w art. 10 lub 92 – 94,

2) narusza przepisy ustawy,

3) narusza przepisy o wykonywaniu zawodów medycznych,

4) w sposób rażąco narusza statut zakładu

- właściwy organ prowadzący rejestr wyznacza termin usunięcia uchybień, a po jego bezskutecznym upływie podejmuje decyzję o wykreśleniu zakładu z rejestru w całości lub w części dotyczącej działalności nieodpowiadającej wymaganiom przepisów lub statutu.

2. Właściwy organ prowadzący rejestr wykreśla zakład opieki zdrowotnej z rejestru bez wyznaczenia terminu usunięcia uchybienia, jeżeli świadczenia zdrowotnego w tym zakładzie udzielają osoby nieposiadające prawa wykonywania zawodu medycznego lub zgody na udział w udzielaniu świadczenia zdrowotnego, wymaganej na podstawie odrębnych przepisów.

3. Zakład opieki zdrowotnej podlega wykreśleniu z rejestru także wtedy, gdy właściwy organ prowadzący rejestr dokonał wpisu z naruszeniem prawa. W tym przypadku stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące wznowienia postępowania administracyjnego lub stwierdzenia nieważności decyzji.

4. Jeżeli uchybienie, o którym mowa w ust. 1, zostało stwierdzone powtórnie, właściwy organ prowadzący rejestr wykreśla zakład opieki zdrowotnej z rejestru bez uprzedniego wyznaczenia terminu usunięcia uchybienia.

5. Jeżeli zakład opieki zdrowotnej w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności w określonym zakresie, organ prowadzący rejestr wyznacza termin podjęcia tej działalności, a po jego bezskutecznym upływie wykreśla działalność w tym zakresie z rejestru.

6. Jeżeli szpital czasowo zaprzestał działalności całkowicie lub w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych bez zachowania trybu określonego w art. 29, właściwy organ prowadzący rejestr wykreśla z rejestru szpital w całości albo w części dotyczącej tej działalności.

7. W przypadku wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru, właściwy organ prowadzący rejestr podaje ten fakt do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo

przyjęty oraz zawiadania właściwy ze względu na siedzibę zakładu – oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 113. Przepisy art. 110 - 112 stosuje się odpowiednio do wpisywania i wykreślenia oraz dokonywania zmian w rejestrze w przypadku jednostek badawczo – rozwojowych, o których mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych.

Art. 114. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1)szczegółowy zakres danych gromadzonych w rejestrze,
 - 2)wzór wniosku o wpis do rejestru,
 - 3) tryb dokonywania wpisów, zmian i wykreśleń z rejestru,
 - 4) sposób prowadzenia rejestru i udostępniania z niego danych
- uwzględniając zapewnienie przejrzystości i funkcjonalności rejestru.

Art. 115. Podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 109 ust. 3 jest jednostka podległa i nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Dział IV

Nadzór i kontrola nad zakładami opieki zdrowotnej

Art. 116. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda mają prawo:

- 1) przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład, obejmującej w szczególności:
 - a) wizytację pomieszczeń zakładu,
 - b) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nie naruszający praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach,
 - c) sprawdzanie przestrzegania spełniania wymagań dotyczących dopuszczenia do

stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych oraz ambulansów sanitarnych,

- d) żądanie dokumentacji medycznej,
 - e) żądanie informacji i dokumentacji, innej niż dokumentacja medyczna,
 - f) ocenę realizacji zadań statutowych w zakresie dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - g) ocenę realizacji zadań statutowych w zakresie niewymienionym w lit. f,
 - h) ocenę prawidłowości gospodarowania mieniem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej,
 - i) ocenę prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi;
- 2) wydawania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości,
 - 3) wydawania decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

2. Czynności wymienione w ust. 1 pkt 1 lit. b, d i f, mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

3. W odniesieniu do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej uprawnienia w zakresie kontroli, pod względem celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład, przysługują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodzie wyłącznie w zakresie, w jakim zakłady te korzystają ze środków publicznych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda informuje podmiot, który utworzył zakład, o wynikach przeprowadzonej kontroli.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb przeprowadzania kontroli w zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniając szczegółowe warunki i tryb przygotowania i prowadzenia czynności kontrolnych, dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych, sporządzania protokołu kontroli oraz wystąpień pokontrolnych, możliwości składania zastrzeżeń lub odmowy podpisania protokołu oraz wzory dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych, mając na uwadze konieczność sprawnego i bezstronnego przeprowadzania kontroli.

Art. 117. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda mogą zlecić

odpłatne przeprowadzenie jednorazowej kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym:

- 1) konsultantom, o których mowa w odrębnych przepisach;
- 2) jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 3) a także za ich zgodą:
 - a) organom samorządów zawodów medycznych,
 - b) medycznym towarzystwom naukowym,
 - c) publicznym uczelniom medycznym lub publicznym uczelniom prowadzącym działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
 - d) jednostkom badawczo-rozwojowym o których mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo – rozwojowych,
 - e) specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny.

2. Osobie przeprowadzającej kontrolę na podstawie ust. 1 przysługują uprawnienia określone w art. 116 ust. 1 pkt 1 lit. a - d.

3. Osoba przeprowadzająca kontrolę na podstawie ust. 1 przedstawia poczynione spostrzeżenia kierownikowi zakładu, a opinie i wnioski - organowi zlecającemu kontrolę.

4. Na podstawie opinii i wniosków, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda może przedstawić kierownikowi kontrolowanego zakładu opieki zdrowotnej zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, a w razie ich nieusunięcia wydawanie decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób zlecenia kontroli, jej organizację i sposób finansowania, tryb postępowania przy wykonywaniu czynności kontrolnych oraz sposób wynagradzania za te czynności, uwzględniając konieczność zapewnienia sprawnego i efektywnego przeprowadzenia kontroli.

Art. 118. 1. Nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład.

2. W ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 1, podmiot, który utworzył zakład dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika

zakładu.

3. Kontrola i ocena, o których mowa w ust. 2, obejmują w szczególności:

- 1) realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń;
- 2) prawidłowość gospodarowania mieniem;
- 3) gospodarkę finansową.

4. Podmiot, który utworzył zakład w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika zakładu opieki zdrowotnej, wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do jej zmiany lub cofnięcia.

5. Rektor właściwej publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego są obowiązani przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 31 stycznia i dnia 31 lipca każdego roku, informację obejmującą wyniki kontroli, o której mowa w ust. 3.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, jednolity wzór informacji, o której mowa w ust. 5, uwzględniając szczegółowy zakres i sposób jej sporządzania, a także sprawne przekazywanie wyników kontroli, o której mowa w ust. 3.

Art. 119. 1. W razie poinformowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia o wystąpieniu okoliczności zagrażających zapewnieniu dostępu do określonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podmiot sprawujący nadzór nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek podjęcia w określonym czasie działań zmierzających do zapewnienia dostępu do tych świadczeń.

2. Podmiot sprawujący nadzór informuje ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na siedzibę zakładu opieki zdrowotnej o podjętych działaniach i stanie ich realizacji.

3. Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, jest ustalane na poziomie wynagrodzenia wynikającego z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń w poprzednim roku. W przypadku gdy zakład opieki zdrowotnej nie zawarł takiej umowy w poprzednim roku – na poziomie średniej ceny danego rodzaju świadczenia ustalonej w umowach zawieranych przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa wnioski do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, pokrywa oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, do wysokości środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym.

Art. 120. 1. Podmiot sprawujący nadzór może nałożyć na zakład opieki zdrowotnej obowiązek wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu ochrony zdrowia, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.

2. Podmiot sprawujący nadzór zapewnia zakładowi opieki zdrowotnej środki do wykonania zadania, o którym mowa w ust. 1, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy.

3. W razie poniesienia szkody przez zakład opieki zdrowotnej przy wykonywaniu zadania określonego w ust. 1 podmiot sprawujący nadzór jest obowiązany do jej naprawienia.

Dział V

Przepisy karne

Art. 121. 1. W przypadku czasowego zaprzestania działalności całkowicie lub w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych, bez zachowania trybu określonego w art. 29, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika szpitala karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej wojewoda jest obowiązany uwzględnić rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.

3. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

4. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu

administracyjnego.

Art. 122. 1. W przypadku odwołania kierownika zakładu z przyczyn, o których mowa w art. 72 pkt 5 i 6, podmiot, który utworzył zakład może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika zakładu karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Przepisy art. 121 ust. 2 – 4 stosuje się odpowiednio.

2. Odwołanie kierownika zakładu z przyczyn, o których mowa w art. 72 pkt 5 i 6, skutkuje zakazem sprawowania funkcji kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej przez okres 3 lat, licząc od końca roku, w którym dokonano odwołania.

Dział VI

Przepis końcowy

Art. 123. Ustawa wchodzi w życie z dniem określonym w ustawie z dnia 2008 r.- Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

Uzasadnienie

Przedkładany projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi część pakietu zmian legislacyjnych, które zastąpić mają obecnie obowiązującą ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Ze względu na konieczność dokonania znaczących zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zasadne i celowe jest przygotowanie nowej ustawy, a nie jej kolejnej nowelizacji. Przemawiają za tym również istotne zmiany zachodzące w całym systemie ochrony zdrowia, w jakim działają zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie, z uwagi na bardzo obszerny i różnorodny zakres zagadnień zawartych obecnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej uznano za zasadne podzielenie ich i uregulowanie w odrębnych aktach prawnych. Pozostałe ustawy tworzące ww. pakiet to:

- ustawa o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta;
- ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia;
- ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej;
- ustawa o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia;
- Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

Przedkładany projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zawiera regulacje dotyczące organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Utrzymany został w niej podział na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, przy czym proponuje się aby szpitale mogły być tworzone i prowadzone wyłącznie przez samorząd województwa, a nie jak dotychczas przez wszystkie szczeble samorządu terytorialnego. Wpłynie to korzystnie na proces organizowania opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz zarządzanie posiadanymi zasobami w tym zakresie. Z kolei z kręgu podmiotów, które mogą utworzyć niepubliczny zakład opieki zdrowotnej wyłączone zostaną spółki cywilne.

Po raz pierwszy w przepisach powszechnie obowiązujących wprowadza się obowiązek zawarcia przez każdy zakład opieki zdrowotnej - niezależnie od tego, czy udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych czy też na

zasadach wyłącznie komercyjnych - umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby udzielające tych świadczeń w zakładzie. Szczegółowy zakres tego ubezpieczenia, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną w zależności od zakresu zadań realizowanych przez zakład opieki zdrowotnej, określi Minister Finansów w rozporządzeniu. Wydanie rozporządzenia poprzedzone będzie zasięgnięciem opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także Polskiej Izby Ubezpieczeń.

W związku ze zmianami systemowymi zachodzącymi w ochronie zdrowia podjęta została dyskusja na temat modeli sprawowania nadzoru i zarządzania oddziałami w zakładach opieki zdrowotnej. W dotychczasowej praktyce upowszechnił się przede wszystkim system nazywany ordynatorskim, z ordynatorem wybieranym w drodze konkursu. W systemie tym ordynator wykonuje funkcje organizacyjne, administracyjne, koordynujące w oddziale szpitala, co wobec nadmiernych obciążeń administracyjno – ekonomicznych prowadzi w wielu przypadkach do niewłaściwego zarządzania oddziałem. Próbą zmiany tego stanu rzeczy jest wprowadzenie - na razie na poziomie aktów wykonawczych - możliwości zarządzania oddziałem szpitala przez innego niż ordynator lekarza kierującego oddziałem. Niemniej jednak dalej idące zmiany w tym zakresie wymagają regulacji ustawowych. Stąd też propozycja dopuszczenia alternatywnego systemu zarządzania oddziałem, tzw. systemu konsultanckiego. Projekt nie przesądza o wyborze jednej z wymienionych koncepcji pozostawiając w tej sprawie swobodę decyzji poszczególnym zakładom opieki zdrowotnej. Wybrany sposób kierowania oddziałami zostanie określony w statucie zakładu opieki zdrowotnej. Niezależnie od wybranego sposobu kierowania oddziałem szpitala odstępuje się od wymogu przeprowadzania konkursu na określone stanowiska kierownicze w zakładzie opieki zdrowotnej.

Ustawa dzieli zakłady opieki zdrowotnej na stacjonarne i ambulatoryjne, przy czym w jednym i drugim przypadku określa ich zamknięty katalog. I tak stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej jest: szpital, zakład opiekuńczo – leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, sanatorium i hospicjum. Zmianie w stosunku do obecnych regulacji ulega tryb kierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego. Następować będzie ono na podstawie

skierowania wystawionego przez lekarza leczącego na wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie, jej przedstawiciela ustawowego lub za zgodą tych osób – innej osoby lub zakładu opieki zdrowotnej. W przypadku, gdy leczenie w zakładzie opiekuńczo – leczniczym miałyby być finansowane ze środków publicznych, skierowanie wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Wymaga ono ponadto potwierdzenia w trybie określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zaproponowany tryb kierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego przyczyni się do usprawnienia i skrócenia czasu trwania tej procedury. Nie ulega zmianie sposób ustalania wysokości miesięcznej opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w zakładzie opiekuńczo – leczniczym. W sposób wyraźny została dopuszczona możliwość zapewnienia przez zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy pielęgnacji i rehabilitacji w warunkach domowych oraz prowadzenia w warunkach domowych działalności hospicjum.

Ambulatoryjnymi zakładami opieki zdrowotnej są natomiast: przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, lecznica, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne, ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej.

Jednym z nowych rozwiązań proponowanych w przedkładanym projekcie ustawy jest wprowadzenie możliwości pobierania przez szpital opłaty za zapewnienie pacjentowi, na jego życzenie, pomieszczenia o wyższym standardzie. Rozwiązanie to wymaga określenia przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia standardu w zakresie wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów. Wysokość opłaty za pomieszczenie o wyższym niż ustalony w przepisach standardzie ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej. Stworzenie takiej możliwości nie będzie naruszało przepisów dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Najistotniejsze z punktu widzenia funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej są propozycje przepisów zakładające dopuszczenie możliwości działania zakładu opieki zdrowotnej w formie spółek handlowych z wyłączeniem spółek osobowych, co oznacza możliwość powstawania spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych. Regulacja powyższa stanowi odpowiedź na liczne postulaty w tej sprawie

zgłaszane do Ministra Zdrowia. Ustawa określa procedurę przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną. Spółka taka wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków. Grunty Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego przekazywane są spółce na własność. Budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na tych gruntach, będące przedmiotem użytkowania w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia stają się z mocy prawa, nieodpłatnie własnością spółki. Z dniem przekształcenia, pracownicy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się z mocy prawa pracownikami spółki.

Minimalną wysokość kapitału zakładowego dla spółki będącej szpitalem ustalono na 500 tys. zł, co zagwarantuje powstawanie silnych finansowo podmiotów.

W przypadku szpitali klinicznych proponuje się ustalenie wysokości udziału publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w spółce na poziomie co najmniej 75%, bez możliwości zbywania akcji lub udziałów, w wyniku którego udział podmiotu publicznego w kapitale zakładowym byłby mniejszy niż 75%. W odniesieniu do pozostałych zakładów opieki zdrowotnej minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego ustalony został na 51%. Także w tym przypadku czynności prawne, w wyniku których udział ten byłby mniejszy niż 51%, są nieważne z mocy prawa. Zróżnicowanie zakładów opieki zdrowotnej w tym zakresie uzasadnione jest szczególnym charakterem i znaczeniem szpitali klinicznych, które udzielają wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, dysponują specjalistyczną aparaturą i sprzętem, a także doskonale wykwalifikowaną kadrą medyczną. Dodatkowo wykonują one zadania dydaktyczne, naukowe i badawcze.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które nie zostaną przekształcone w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną będą mogły nadal funkcjonować w dotychczasowej formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dobrowolność przekształcenia spowoduje z pewnością, iż w pierwszej kolejności skorzystają z tej możliwości najbardziej zainteresowane zakłady opieki zdrowotnej, znajdujące się w najlepszej sytuacji finansowej, a ich przykład może

zachęcić do naśladownictwa pozostałe.

Łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej uregulowane zostało analogicznie jak ma to miejsce w obecnie obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Odrębny rozdział poświęcony został zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność za zarządzanie ponosi kierownik zakładu, a w przypadku zakładu działającego w formie spółki - zarząd spółki, do którego stosuje się przepisy kodeksu spółek handlowych. Zarządowi podlega bezpośrednio kierownik medyczny, który zarządza zakładem pod względem diagnostyczno – leczniczym. Kierownika medycznego powołuje się również obligatoryjnie w przypadku powierzenia zarządzania zakładem zarządcy.

Ustawa określa wymagania, jakie spełniać powinien kierownik zakładu opieki zdrowotnej oraz okoliczności, w jakich kierownik zostaje odwołany. Wśród okoliczności tych po raz pierwszy znalazła odzwierciedlenie kwestia jego odpowiedzialności za sytuację finansową zakładu. Ustawa przewiduje możliwość powierzenia zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej osobie fizycznej lub prawnej. Dokonuje tego podmiot, który utworzył zakład z inicjatywy własnej lub na wniosek co najmniej 50% pracowników zakładu (musi wtedy wyrazić na to zgodę). Możliwe jest ustanowienie wspólnego zarządcy dla więcej niż jednego zakładu opieki zdrowotnej, także wtedy gdy zostały one utworzone przez różne podmioty. Zrezygnowano natomiast z powoływania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej rady społecznej, jako organu doradczego kierownika oraz inicjującego i opiniodawczego podmiotu, który zakład utworzył. Ze względu na skład rady oraz jej ograniczone do wyrażania wniosków i opinii kompetencje, odgrywają one w praktyce znikomą rolę w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej. Członkowie rady nie uczestniczą w podejmowaniu istotnych dla funkcjonowania zakładu decyzji, natomiast obowiązek uzyskania ich opinii w niektórych sprawach powoduje jedynie wydłużenie procedur postępowania.

W projekcie ustawy wprowadza się ograniczenie w zakresie udzielania przez podmioty niepubliczne na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych konkurencyjnych w stosunku do tych, których – zgodnie ze swoim statutem – udziela zakład publiczny, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Wyłączone z omawianej

regulacji rodzaje świadczeń mają szczególne, podstawowe znaczenie dla ochrony zdrowia. W licznych przypadkach, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, lekarze rodzinni i lekarze dentyści od wielu lat wykonują swoje praktyki w pomieszczeniach dzierżawionych lub wynajmowanych od publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie zakazu w tym zakresie oznaczałoby konieczność zmiany lokalizacji lub nawet w skrajnych przypadkach likwidacji ich gabinetów. Działania te doprowadzić mogłyby do ograniczenia dostępu pacjentów do świadczeń udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza dentystry. Jednocześnie należy podkreślić, iż z uwagi na fakt, iż świadczenia w omawianym zakresie udzielane są obecnie w znacznej większości przypadków przez podmioty niepubliczne, działania te nie naruszają interesów publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wpływają natomiast na bardziej równomierne rozmieszczenie placówek udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

Wynikający z art. 68 Konstytucji obowiązek władz publicznych zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, rozumiany być powinien i realizowany jako stworzenie podmiotom udzielającym tych świadczeń takich warunków funkcjonowania, aby dostęp taki mógł być zagwarantowany, również z punktu widzenia rozmieszczenia świadczeniodawców na określonym terenie.

W dziale VII ustawy doprecyzowane zostały zasady gospodarki finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w szczególności źródła pozyskiwania środków finansowych, a także cele, na jakie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskać dotację budżetową. Dodane zostały przepisy dotyczące finansowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie lotniczych zespołów transportu sanitarnego. Odrębny rozdział poświęcono gospodarce finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Będą obowiązywały dwie podstawowe zasady w tym zakresie, stanowiące, iż:

- 1) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz spółka publiczna – przeznaczanie zysku wyłącznie na cele statutowe,
- 2) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa ujemny wynik finansowy we własnym zakresie.

Określony został szczegółowo tryb postępowania w przypadku, gdy ujemny wynik finansowy nie może być pokryty przez zakład we własnym zakresie. Podmiot,

który utworzył zakład może wówczas pokryć ujemny wynik finansowy zakładu w stopniu umożliwiającym dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych, przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. Jednocześnie zakład zobligowany jest do opracowania programu naprawczego, określającego działania naprawcze mające na celu osiągnięcie przez zakład takiej sytuacji finansowo – ekonomicznej, która pozwoli na nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych. Sytuacja, w której podmiot tworzący pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu może nastąpić nie częściej niż raz na 3 lata.

W przypadkach, gdy ujemny wynik finansowy zakładu nie może być pokryty przez sam zakład ani przez podmiot, który zakład utworzył ustawa nakłada na podmiot tworzący zakład obowiązek zmiany formy zakładu albo jego likwidacji. Zaproponowane przepisy mają na celu wymuszenie na podmiotach tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej podejmowanie określonych działań w sytuacjach kryzysowych, tak aby uniknąć narastającego pogarszania się kondycji finansowej zakładów.

W odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej ustawa wprowadza ograniczenia w zaciąganiu zobowiązań. Zakład taki nie może zaciągać zobowiązań odpowiadających ponad połowie wartości jego aktywów, przy czym roczny koszt obsługi tych zobowiązań nie może być wyższy niż 15 % przychodów planowanych na dany rok obrotowy. Ponadto, zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości oraz zaciągnięcie zobowiązań o wartości przewyższającej 500 000 zł lub wysokość kapitału zakładowego wymaga zgody właściwego podmiotu. Należy podkreślić, że do tworzenia, prowadzenia i likwidacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej, utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, stosuje się w zakresie organizacji tych podmiotów przepisy o zakładach opieki zdrowotnej oraz w zakresie nieuregulowanym – przepisy Kodeksu spółek handlowych. Celem projektodawców jest wykluczenie w tym zakresie stosowania przepisów o gospodarce komunalnej.

Projekt ustawy stwarza możliwość nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji przez uprawnionych pracowników spoz-u, przekształcanego w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną. Wysokości udziału pracowników w publicznej spółce nie może przekraczać 15%.

Ustawa reguluje możliwość udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty je tworzące, innym zakładom opieki zdrowotnej oraz osobom wykonującym zawód medyczny. Zmiana w stosunku do obecnie obowiązującego stanu prawnego polega na umożliwieniu udzielenia zamówienia w trybie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej. Obecnie ustawa nie przewiduje takiej możliwości, co powoduje liczne wątpliwości co do dopuszczalności udzielenia takiego zamówienia publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej.

Ponadto wprowadzony zostaje obowiązek ustalenia przez kierownika zakładu plan ewakuacji osób w przypadku powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego zagrożenia w zakładzie (z wyłączeniem przychodni liczących nie więcej niż 6 gabinetów). Plan taki powinien być aktualizowany przynajmniej raz w roku i przekazywany wojewodzie do 31 marca każdego roku. Wprowadzenie takich zapisów pozwoli na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zarówno dla pacjentów, pracowników, zakładów. Ponadto plany takie będą bardzo przydatne wojewodom, bowiem na podstawie art. 15 pkt. 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie (Dz.U. z 2001 r. Nr 80, poz.872 z późn. zm.) wojewoda zapewnia współdziałanie wszystkich jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej działających na obszarze województwa i kieruje ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia, zdrowia. W dotychczas obowiązujących przepisach nie było regulacji w tym zakresie.

Przepisy dotyczące kontroli i nadzoru wzorowane są na obecnie obowiązujących regulacjach ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

Regulacja będzie miała wpływ na budżet przede wszystkim zakładów opieki zdrowotnej:

- 1) dodatkowe dochody z tytułu opłat za zapewnienie pomieszczenia „ponadstandardowego”;
- 2) wydatki z tytułu wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia OC;
- 3) pewne oszczędności przyniesie likwidacja rad społecznych – po stronie zakładu opieki zdrowotnej będą to oszczędności wynikające z zaprzestania finansowania obsługi rad społecznych, m.in. związanych z przygotowaniem posiedzenia - zaproszenia, drukowanie i przesyłanie materiałów dla wszystkich

członków, udostępnienie sali.

4) koszty z tytułu wyceny wartości nieruchomości w związku z przekształceniem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną.

Opłata za wycenę nieruchomości ustalana jest indywidualnie w umowie zawartej przez zamawiającego z rzeczoznawcą majątkowym. Jej wysokość uzależniona jest między innymi od miejsca położenia nieruchomości, charakteru, wielkości i rodzaju nieruchomości stanowiącej przedmiot wyceny, nakładu pracy rzeczoznawcy majątkowego niezbędnego do wykonania czynności, koniecznych dla właściwego przeprowadzenia procesu wyceny, terminu i warunków wykonania czynności szacunkowych, kosztów ponoszonych przez rzeczoznawcę majątkowego w związku z wykonanymi przez niego czynnościami (dojazd, wyszukanie i przygotowanie dokumentów źródłowych, opłaty, podatki). Szacuje się, iż wysokość takiej opłaty wynosiła będzie średnio 10 tys. zł.

Zakładane w projekcie zwolnienie na okres 3 lat z podatku dochodowego od osób prawnych dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej w zakresie dochodów uzyskiwanych ze środków publicznych przeznaczanych na cele statutowe (a nie tylko dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej) nie wpłynie na wysokość dochodów Skarbu Państwa z tytułu tego podatku, bowiem w obowiązującym stanie prawnym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są również zwolnione z tego obowiązku, a ewentualnymi płatnikami byłyby właśnie te zakłady po przekształceniu.

Regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

Akty wykonawcze na podstawie projektu ustawy:

1) Art. 8 ust. 3.

Ustawa wprowadza zasadę, iż zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych., wprowadzając jednocześnie obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Rozporządzenie Ministra właściwego do spraw instytucji finansowych określi szczegółowy zakres tego obowiązkowego ubezpieczenia, termin powstania

obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę zakres zadań realizowanych przez zakład. Rozporządzenie to zostanie wydane w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń,

2) Art. 10. ust. 2

Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym, co jest z jednej strony istotne z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony ich spełnianie jest podstawą istnienia zakładu opieki zdrowotnej. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3) Art. 16. ust. 5.

Ustawa stwarza możliwość udzielania zamówienia przez podmioty, które mogą tworzyć zakłady opieki zdrowotnej oraz przez zakłady opieki zdrowotnej na świadczenia zdrowotne innym zakładom opieki zdrowotnej, a także osobom wykonującym zawód medyczny. Następuje to w drodze procedury konkursowej. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, skład komisji konkursowej, tryb ogłaszania oraz sposób przeprowadzania konkursu ofert, a także zakres i tryb składania ofert, mając na względzie sprawne i rzetelne przeprowadzenie konkursu.

4) Art. 17 ust. 6

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie. Przyjmujący zamówienie jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii

Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres realizowanych zadań.

5) Art. 22 ust 2.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób postępowania szpitala w razie śmierci pacjenta oraz zakres czynności należących do obowiązków szpitala związanych z przygotowaniem zwłok pacjenta do wydania osobom uprawnionym do ich pochowania, uwzględniając konieczność poszanowania godności należnej zmarłemu.

6) Art. 23 ust. 2.

Szpital jest obowiązany zaopatrywać dzieci narodzone w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowane do szpitala w znaki tożsamości. Minister właściwy do spraw zdrowia określi warunki i tryb zaopatrywania dzieci w znaki tożsamości, sposób postępowania w razie stwierdzenia braku znaków tożsamości. Przy wydawaniu tego rozporządzenia winien kierować się potrzebą zapewnienia identyfikacji dzieci.

7) Art. 26 ust. 3.

Jeżeli pacjent po wypisaniu ze szpitala nie zostanie odebrany przez osoby wskazane w ustawie szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu pacjenta oraz organizuje na koszt gminy transport sanitarny tego pacjenta do miejsca zamieszkania lub pobytu. Gmina może zwrócić się do tych osób o zwrot kosztów transportu. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób pokrywania przez gminę kosztów transportu sanitarnego pacjenta w takim przypadku, mając na celu zapewnienie sprawnej organizacji tego transportu.

8) Art. 32 ust. 3.

Kierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego następuje na podstawie skierowania lekarza. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia wzór tego skierowania, uwzględniając zapewnienie przejrzystości tego skierowania.

9) Art. 36.

Ustawa wprowadza możliwość pobierania przez szpitale opłaty za leczenie w pomieszczeniach o wyższym standardzie. W tym celu konieczne jest określenie standardów „podstawowych”. W rozporządzeniu minister właściwy do spraw zdrowia standardy w zakresie wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniając rodzaje tych zakładów oraz zapewnienie poszanowania praw pacjenta i właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych.

10) Art. 44.

Ustawa wprowadza grupę zakładów opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji, wśród nich te utworzone przez Ministra Sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej. Ministrowie ci w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, każdy w zakresie swojego działania, określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli tworzonych przez siebie zakładów opieki zdrowotnej, uwzględniając szczególne warunki działania tych zakładów.

11) Art. 56 ust 3.

Jednym z podstawowych dokumentów w przypadku przekształcania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną jest kwestionariusz, który kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany doręczyć organowi dokonującemu przekształcenia.

Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór tego kwestionariusza oraz wykaz dokumentów niezbędnych do przekształcenia, kierując się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia

12) Art. 61 ust. 14.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może zostać przekształcony w

spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną na wniosek poparty przez ponad 50% pracowników zakładu w głosowaniu tajnym. Uprawnieni pracownicy mogą nabyć nieodpłatnie udziały albo akcje spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej objęte przez podmiot, który utworzył zakład w dniu wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców, stanowiące nie więcej niż 15 % kapitału zakładowego spółki.

Zarząd spółki uzgadnia zasady nabycia tych akcji z organizacją związkową albo, gdy ta w zakładzie nie działa, z pracownikiem wybranym przez załogę do reprezentowania jej interesów. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przeprowadzania powyższego głosowania oraz wyboru reprezentującego załogę pracownika kierując się zapewnieniem zasad przejrzystości postępowania i równości traktowania.

13) Art. 67 ust. 2.

Ze względu na specyfikę zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów funkcjonujących na rynku konieczne jest zapewnienie odpowiednich kwalifikacji osób nimi kierujących. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia, dodatkowe wymagania i kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji kierownika zakładu opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej, kierując się koniecznością zapewnienia odpowiedniej wiedzy i doświadczenia w kierowaniu tymi zakładami oraz rzetelnego wykonywania funkcji kierowniczych w zakładzie.

14) Art. 79 ust. 6

Jednym ze źródeł, z których zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać środki finansowe są środki publiczne. Celem zapewnienia właściwego nimi gospodarowania Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy rachunek kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w zakresie, w jakim zakłady te dysponują środkami publicznymi, kierując się koniecznością ujednoczenia sposobu ewidencji, kwalifikacji i identyfikacji kosztów ponoszonych w zakładzie opieki zdrowotnej.

15) Art. 84 ust. 7.

Sprzedaż składnika aktywów trwałych spółek publicznych następuje w drodze przetargu publicznego z wyjątkiem przypadków gdy wartość księgowa tych składników odpowiada cenie rynkowej i jest oczywiste, że w drodze przetargu nie otrzyma się ceny wyższej,

koszty przeprowadzenia przetargu są niewspółmiernie wysokie w stosunku do możliwej do uzyskania ceny sprzedawanych składników. Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb organizowania publicznego przetargu oraz sposób udokumentowania zaistnienia przesłanek odstąpienia od przetargu, kierując się zasadami efektywności gospodarowania i uczciwej konkurencji.

16) Art. 101 ust. 4.

Specjalizacje w procesie kształcenia mogą prowadzić jednostki gwarantujące ich odpowiednią organizację i poziom. Organem prowadzącym rejestr organizatorów kształcenia jest Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu do rejestru jednostek, wzory dokumentów: wniosku o wpis do rejestru jednostek, zaświadczenia o wpisie do rejestru jednostek, sposób prowadzenia rejestru jednostek, mając na względzie konieczność ujednolicenia dokumentacji dotyczącej prowadzenia działalności w zakresie prowadzenia specjalizacji.

17) Art. 105 ust. 4.

Proces kształcenia powinien być centralnie koordynowany, może być także dofinansowany przez Ministra Zdrowia, który w drodze rozporządzenia określi limity miejsc szkoleniowych oraz kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w danym roku, uwzględniając w szczególności posiadane środki finansowe przeznaczone na ten cel i zapotrzebowanie na miejsca szkoleniowe.

18) Art. 108.

Proces kształcenia powinien być centralnie koordynowany, zarówno pod względem ilościowym jak i merytorycznym. Dla realizacji tego celu Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty oraz wykaz dziedzin, w których osoba wykonująca dany zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia może uzyskać tytuł specjalisty i odpowiadające im dziedziny medycyny, farmacji i inne dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, dla których zostali powołani konsultanci krajowi, uwzględniając potrzeby w zakresie kształcenia specjalistów w poszczególnych dziedzinach i staż pracy niezbędny do przystąpienia do specjalizacji w danej dziedzinie;

- 2) ramowy program specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia uwzględniając aktualny stan wiedzy w danej dziedzinie;
- 3) szczegółowe warunki i tryb prowadzenia specjalizacji, a w szczególności sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego, szczegółowe zadania kierownika specjalizacji oraz wzór karty specjalizacji, kierując się koniecznością zapewnienia wysokiej jakości kształcenia oraz prawidłowością dokumentowania przebiegu kształcenia;
- 4) sposób odbywania specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty, w tym sposób i tryb przeprowadzania państwowego egzaminu specjalizacyjnego uwzględniając specyfikę poszczególnych specjalizacji;
- 5) wzór dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty, kierując się koniecznością zapewnienia informacji o rodzaju specjalizacji;
- 6) sposób ustalania opłat za specjalizację uwzględniając w szczególności koszty związane z prowadzeniem specjalizacji;
- 7) tryb uznawania tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia uzyskanego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

19) Art. 110 ust. 9.

Zakład opieki zdrowotnej oraz jednostka badawczo – rozwojowa mogą rozpocząć oraz prowadzić udzielanie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu wpisu do Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia system resortowych kodów identyfikacyjnych nadawanych zakładom opieki zdrowotnej oraz jednostkom i komórkom organizacyjnym tych zakładów, szczegółowy sposób nadawania kodów uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji zakładów opieki zdrowotnej.

20) Art. 114.

Zakład opieki zdrowotnej oraz jednostka badawczo – rozwojowa mogą rozpocząć oraz prowadzić udzielanie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu wpisu do Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia szczegółowy zakres danych gromadzonych w rejestrze, wzór wniosku o wpis do rejestru, tryb dokonywania wpisów, zmian i wykreśleń z rejestru, sposób prowadzenia rejestru i udostępniania z

niego danych, uwzględniając zapewnienie przejrzystości i funkcjonalności rejestru.

21) Art. 116 ust. 5.

Minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda mają prawo przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb przeprowadzania kontroli w zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniając szczegółowe warunki i tryb przygotowania i prowadzenia czynności kontrolnych, dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych, sporządzania protokołu kontroli oraz wystąpień pokontrolnych, możliwości składania zastrzeżeń lub odmowy podpisania protokołu oraz wzory dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych, mając na uwadze konieczność sprawnego i bezstronnego przeprowadzania kontroli.

22) Art. 117 ust. 5.

Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda mogą zlecić odpłatne przeprowadzenie jednorazowej kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób zlecenia kontroli, jej organizację i sposób finansowania, tryb postępowania przy wykonywaniu czynności kontrolnych oraz sposób wynagradzania za te czynności, uwzględniając konieczność zapewnienia sprawnego i efektywnego przeprowadzenia kontroli.

23) Art. 118 ust. 6.

W ramach nadzoru podmiot, który utworzył zakład dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu. Rektor właściwej publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego są obowiązani przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 31 stycznia i dnia 31 lipca każdego roku, informację obejmującą wyniki takiej kontroli. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, jednolity wzór tej informacji, uwzględniając szczegółowy zakres i sposób jej sporządzania, a także sprawne przekazywanie wyników przeprowadzonej kontroli.

Warszawa, 29 stycznia 2008 r.

BAS – WAEM – 143/08

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia
w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu
ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (przedstawiciel wnioskodawców:
poseł Beata Małecka - Libera)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jednolity: Monitor Polski z 2002 r., Nr 23, poz. 398 z późn. zm.) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Przedstawiony do zaopiniowania projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje regulacje dotyczące określenia rodzajów zakładów opieki zdrowotnej, zasad ich funkcjonowania oraz trybu rejestracji, a także określa zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad tymi zakładami (art. 1 projektu).

W projekcie określono m.in. definicję zakładu opieki zdrowotnej (dalej: zoz), zakres działalności i odpowiedzialności zoz, zasady tworzenia, przekształcania likwidacji i funkcjonowania zoz. Projekt zawiera postanowienia regulujące zarządzanie oraz zasady gospodarki finansowej zoz, a także postanowienia dotyczące osób wykonujących zawód medyczny w zoz. Zgodnie z projektem ustawa ma również regulować zadania związane z nadzorem i kontrolą nad zoz. W projekcie zawarto również przepisy karne.

2. Stan prawa wspólnotowego w materii objętej projektem

Prawo Unii Europejskiej nie reguluje spraw objętych projektem ustawy.

3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa wspólnotowego

Zakres przedmiotowy projektu ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

4. Konkluzje

Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Opracował: Zespół Prawa Europejskiego

Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych

Michał Królikowski

Deskrytory bazy REX: Unia Europejska, ochrona zdrowia

Warszawa, 29 stycznia 2008 r.

BAS – WAEM – 144/08

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia
w sprawie czy poselski projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
(przedstawiciel wnioskodawców: poseł Beata Małecka - Libera) jest
projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej

Przedstawiony do zaopiniowania projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje regulacje dotyczące określenia rodzajów zakładów opieki zdrowotnej, zasad ich funkcjonowania oraz trybu rejestracji, a także określa zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad tymi zakładami (art. 1 projektu).

W projekcie określono m.in. definicję zakładu opieki zdrowotnej (dalej: zoz), zakres działalności i odpowiedzialności zoz, zasady tworzenia, przekształcania likwidacji i funkcjonowania zoz. Projekt zawiera postanowienia regulujące zarządzanie oraz zasady gospodarki finansowej zoz, a także postanowienia dotyczące osób wykonujących zawód medyczny w zoz. Zgodnie z projektem ustawa ma również regulować zadania związane z nadzorem i kontrolą nad zoz. W projekcie zawarto również przepisy karne.

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.

Opracował: Zespół Prawa Europejskiego

Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych

Michał Królikowski

Deskrytory bazy REX: Unia Europejska, ochrona zdrowia

Warszawa, dnia 08 lutego 2008 r.

NL. 0220-6,7,8/2008

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Wzrosty Paweł Jędruszek

W związku z otrzymanymi do opinii, przy piśmie z dnia 22 stycznia 2008 r.,
znak: PS-28/08, projektami ustaw:

- 1) o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

uprzejmie informuję, że z punktu widzenia wykonawcy, nie zgłaszam uwag do przedłożonych projektów.

z poleceniem

Sylwester Rypiński

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu *11.02.08r.*

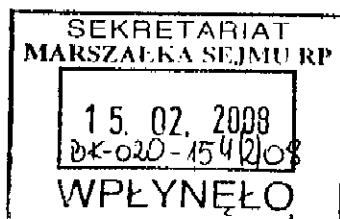


**PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**
Konstanty Radziwiłł

NRL/ZRP/EJ/161-21.240 /2008

Warszawa, 2008.02. *M*

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej



*BK-020-136/08
BK-020-137/08*

Stanisław Ponięcki

Przekazuję w załączeniu stanowiska przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską na posiedzeniu w dniu 8 lutego br. w sprawie poselskich projektów ustaw:

1. o zakładach opieki zdrowotnej,
2. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
3. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Pragnę podkreślić, iż Naczelna Rada Lekarska popiera zarówno proces przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również koncepcję dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, uznając, iż pozwoli to w niedługiej przyszłości w sposób zasadniczy zmienić sytuację w ochronie zdrowia, tj. zapewnić pacjentom jak najszerszą i najlepszą opiekę zdrowotną, a jednocześnie polepszyć sytuację finansową pracowników.

Jednakże zaproponowany tryb prac nad ww. projektami ustaw jest nie do przyjęcia. Projekty ustaw, tak istotnych z punktu widzenia obywateli, powinny być poddane jak najszerszym konsultacjom społecznym. Przyjęty tryb prac nad poselskimi projektami tego nie zapewni.

Za szerokimi konsultacjami przemawia także bardzo zła jakość merytorycznych rozwiązań i poziom legislacyjny projektów, bowiem istotą procesu uzgodnień jest uzyskanie jak najlepszej treści.

Przedstawiając powyższe uprzejmie proszę o uwzględnienie ww. stanowisk w toku dalszych prac.

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu *15.02.08r.*

*Z poważaniem
Konstanty Radziwiłł*

**STANOWISKO Nr 1/08/IV
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 8 lutego 2008 r.

w sprawie projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 22 stycznia 2008 r., znak PS-28/08, z dezaprobatą przyjmuje fakt, że akt prawny o charakterze rozwiązania systemowego nie przechodzi przez rządowy proces legislacyjny, poprzedzony szerokimi konsultacjami. W znaczny sposób ogranicza to możliwość wpływania na jego ostateczny kształt zarówno instytucjom państwowym, jak zainteresowanym organizacjom i obywatelom. Może to również doprowadzić do uchwalenia kontrowersyjnej ustawy, która już w chwili wejścia w życie będzie wymagała licznych zmian. Niezależnie od tego, Rada bardzo krytycznie ocenia merytoryczną zawartość projektu ustawy.

Naczelna Rada Lekarska potwierdza, że określenie czytelnych zasad przekształceń własnościowych publicznych placówek opieki zdrowotnej jest od wielu lat postulatem samorządu lekarskiego. W stanowiskach swoich najwyższych władz wyrażał on opinię o konieczności stworzenia prostych możliwości przechodzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Jednocześnie jednak podkreślał, że warunkami takich przekształceń dla znacznej części samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są systemowe rozwiązania problemu zadłużenia przed przekształceniem oraz zapewnienie poziomu finansowania przynajmniej na poziomie realnych kosztów po przekształceniu. W przeciwnym wypadku przekształcenia nie będą w ogóle możliwe lub mogą zagrozić poważnym niebezpieczeństwem pracownikom przekształcanych placówek, a przede wszystkim pacjentom mogącym stawać się przedmiotem tzw. hazardu moralnego osób odpowiedzialnych za stan finansów powstających spółek wynikającego z konfliktu między interesem finansowym placówki, a potrzebami pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza także, że wobec braku regulacji dotyczących: definicji różnego rodzaju zakładów opieki zdrowotnej, spraw związanych ze szczególnymi problemami zatrudnienia (zwłaszcza formy zatrudnienia



i czasu pracy lekarzy i lekarzy dentyków oraz szczególnych uprawnień pracowników) w zakładach opieki zdrowotnej, określenia zakresu, prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, zakazu reklamy, akredytacji i innych spraw dotychczas uregulowanych w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, nie sposób traktować niniejszego projektu jako mającego zastąpić dotychczasową ustawę. Rada uważa, że wyżej wymienione kwestie powinny pozostać uregulowane w jednym akcie prawnym, określającym prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej.

Wśród uwag szczegółowych Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na następujące sprawy:

1. W art. 3 ust. 1 pkt 1 i art. 13 ust. 2 pkt 4 zamiar potraktowania dokumentacji medycznej (także tej, która nie dotyczy konkretnego pacjenta) jako sprawy związanej wyłącznie z prawami pacjenta jest nieporozumieniem.
2. W art. 7 uznanie świadczenia usług pogrzebowych na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu zakładów opieki zdrowotnej za działalność uciążliwą dla pacjenta jest hipokryzją; w istocie w wielu przypadkach może to być znacznym ułatwieniem dla rodzin zmarłych pacjentów. Niedostatkami przepisu jest także brak definicji działalności uciążliwej dla pacjenta i przebiegu leczenia.
3. W art. 8 należy dodać, że minister właściwy do instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia powinien również zasięgnąć opinii reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.
4. Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje zawartą w art. 9 ust. 6 propozycję zezwalającą na prowadzenie szpitali tylko przez samorząd województwa.
5. Rada bardzo krytycznie ocenia treść art. 12, który w niezwykle uproszczony sposób potraktował problem kierowania oddziałem szpitalnym. Użyte w projekcie określenia „ordynator”, „konsultant” i odpowiadające im „systemy”, są bardzo niejednoznaczne i wymagałyby znacznie bardziej precyzyjnego zdefiniowania. W szczególności niezrozumiałe jest pominięcie roli ordynatora w doskonaleniu zawodowym medycznych pracowników oddziału (zwłaszcza lekarzy i lekarzy dentyków) oraz pominięcie sprawy odpowiedzialności administracyjno-gospodarczej konsultantów. Przede wszystkim jednak Rada stanowczo protestuje przeciw pomysłowi bezkonkursowego obsadzania stanowisk kierowniczych w oddziałach szpitalnych.



6. Regulacje art. 15 dotyczące zamówień na świadczenia zdrowotne udzielane przez placówki opieki zdrowotnej powinny dotyczyć wyłącznie podmiotów wskazanych w art. 9 projektu oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto w ust. 7 należy dookreślić, iż przepis ten przewiduje termin 3 dni roboczych.
7. Treść art. 19 w związku z art. 37 projektu wywołuje wątpliwość, czy w ramach szpitala może być prowadzona ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz czy mogą być w nim utworzone inne jednostki organizacyjne opieki zdrowotnej.
8. Wymóg spełniania standardów i możliwość pobierania opłat, o których mowa w art. 21, nie powinny być przedmiotem regulacji opiniowanej ustawy. W związku z tym należy także wskazać, iż treść art. 36 dotyczy świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ i również nie powinna być przedmiotem regulacji tej ustawy.
9. Regulacje art. 31 ust. 1-3 dotyczące zapewniania pacjentom przez zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz art. 32 i 33 dotyczące skierowań do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i zakładu rehabilitacji leczniczej powinny dotyczyć wyłącznie tych zakładów, które przyjmują pacjentów na podstawie umów z NFZ. Przepisy te powinny znaleźć swoje miejsce w nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. Art. 37 ust. 3 posługuje się niezdefiniowanym nazewnictwem (np. pogotowie ratunkowe, lecznica).
11. W art. 40 nieuzasadniony jest zakaz możliwości wykonywania świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej bez skierowania. Stwarza to niczym nie uzasadnioną nierówność podmiotów publicznych i niepublicznych.
12. Przepisy art. 46, w szczególności ust. 2, 3, 8, 11, powinny dotyczyć tylko zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto należy zwrócić uwagę, że zapewnienie bezpieczeństwa, czyli dostępu do świadczeń i możliwości kontynuacji leczenia, jest obowiązkiem płatnika.
13. Uregulowane w art. 59 ust. 1 zachowanie umów o pracę powinno być kontynuowane pod warunkiem nie wyrażenia sprzeciwu przez pracownika.



- Rada negatywnie opiniuje zasadę wygasania umów o pracę zawartych na podstawie powołania z chwilą przekształcenia placówki w spółkę (art. 59 ust.2).
14. W art. 61 ust. 13 pkt 2 definiującym „uprawnionych pracowników” zapis o rozwiązaniu umowy o pracę z przyczyn nie dotyczących pracowników może nie objąć pracowników, którzy przeszli na kontrakty. Proponuje się, by jedynie rozwiązanie umowy o pracę, z winy pracownika wyłączało uprawnienie do zakupu akcji.
15. W art. 72 w ust. 1 pkt 5 należy skreślić.
16. W art. 73 nieuzasadniony jest praktyczny zakaz jednoczesnego pełnienia funkcji członka zarządu spółki prowadzącej zakład opieki zdrowotnej i pracy w tym zakładzie (np. przez lekarza, lekarza dentystę).
17. W art. 82 ust. 1 pkt 2 nieuzasadnione jest obciążenie kosztami sanitarnego transportu lotniczego zakładów opieki zdrowotnej zlecających taki transport; może to prowadzić do powstrzymywania się tych zakładów od zlecenia niezbędnego transportu ze względów finansowych.
18. Zakaz tzw. działalności konkurencyjnej zawarty w art. 89 jest nieuzasadniony. Potwierdza to choćby wyjątek uczyniony w stosunku do podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Zakaz ten prowadzi w wielu przypadkach do trudności w zrealizowaniu zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a także do niemożności wykorzystania wolnych pomieszczeń i sprzętu należących do tego zakładu. Decyzje w tej sprawie należy pozostawić kierownikowi placówki.
19. W art. 91 zobowiązania dotyczące spłaty długu, rozliczeń i obowiązku pokrycia ujemnego wyniku finansowego nie mogą być wprowadzane przed zapewnieniem realnej wyceny procedur medycznych, co umożliwi powolne wprowadzenie równowagi finansowej placówek ochrony zdrowia. Jest to tym bardziej znaczące w związku z istniejącym ryzykiem ich likwidacji.
20. Zupełnie niezrozumiałe jest umieszczenie w projekcie przepisów art. 94-108 dotyczących doskonalenia zawodowego pracowników (czy tylko?) zakładów opieki zdrowotnej. Po pierwsze nie jest jasne, kogo one dotyczą: pracowników medycznych (czy także zawodów, w których doskonalenie jest już regulowane odrębnymi przepisami?), czy też wszystkich pracowników. Rada nie wyobraża sobie, aby przepisy te mogły dotyczyć kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów.



Po drugie przepis mówiący o obowiązku doskonalenia zawodowego ceduje (art. 103) całkowite koszty tego doskonalenia na pracownika (nie przewidując nawet ulg podatkowych w tym zakresie). Rada zdecydowanie potwierdza swoją dezaprobatę dla takiego rozwiązania. Jednocześnie Rada stoi na stanowisku, że miejsce tych przepisów jest poza omawianą ustawą – powinny one dotyczyć osób ze względu na ich zawód, a nie zatrudnienie w takiej czy innej jednostce.

21. Art. 95 ust. 7 w sposób zupełnie odmienny od dotychczasowej praktyki stwierdza, że tytuł specjalisty jest jednocześnie uprawnieniem do wykonywania określonych czynności. W obecnej praktyce tytuł specjalisty w zawodach medycznych jest raczej potwierdzeniem określonych programem wiedzy i umiejętności, a tylko w wyjątkowych, określonych konkretnymi przepisami przypadkach, bywa warunkiem objęcia niektórych funkcji lub wykonania niektórych czynności. Rada stanowczo protestuje przeciwko proponowanej zmianie tej zasady.
22. Niezrozumiały jest zawarty w art. 98 ust. 1 pkt 5 przepis powierzający prowadzenie rejestru osób posiadających tytuł specjalisty podmiotom prowadzącym kształcenie. Rejestry takie powinny być prowadzone przez podmioty prowadzące rejestry osób wykonujące określone zawody (np. samorzady zawodowe).
23. Nie jest jasne, jakiego rodzaju działalność opisywana jest w art. 99-102; czy dotyczy ona tylko prowadzenia specjalizacji, czy też innych rodzajów doskonalenia zawodowego (np. kształcenia ustawicznego?). Nie wydaje się, aby każdy rodzaj kształcenia w dowolnym zawodzie, przydatnym w ochronie zdrowia, wymagał takich regulacji; będzie to na pewno skomplikowane i bardzo kosztowne zadanie.
24. Zupełnie nie do przyjęcia jest przepis art. 105, w którym minister właściwy do spraw zdrowia miałby arbitralnie dokonywać wyboru organizatora prowadzącego specjalizację. Nie jest jasne, czy przepis ten ma dotyczyć także specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków.
25. W art. 116 ust. 2 należy stwierdzić, że czynności kontrolne może wykonywać osoba posiadająca zawód medyczny odpowiedni do rodzaju kontrolowanych świadczeń (np. czynności lekarza nie powinien kontrolować technik elektroradiologii).



26. Niezrozumiałe jest pojawienie się w projekcie przepisów art. 119; powinny się one znaleźć w nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezależnie od tego Rada negatywnie ocenia przepisy ust. 4-5. W opisywanym przypadku zakład opieki zdrowotnej, który wykonuje świadczenia musi otrzymać zapłatę niezwłocznie po wystawieniu faktury.

W związku z wymienionymi uwagami ogólnymi i szczegółowymi Naczelna Rada Lekarska jednoznacznie negatywnie ocenia przedstawiony projekt i zwraca się do Marszałka Sejmu o niepodjęcie dalszych prac nad nim w jego obecnej formie.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się jednocześnie do Rządu RP, aby po dokonaniu odpowiednich zmian, skierował projekt ustawy w przedmiotowej sprawie do uzgodnień w trybie wskazanym w Regulaminie prac Rady Ministrów, w tym poddał projekt konsultacjom zewnętrznym, które z uwagi na szczególną doniosłość społeczną i prawną przedmiotowego projektu są absolutnie niezbędne.

SEKRETARZ

Mariusz Janikowski

PREZES

Konstanty Radziwiłł



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Main Chamber of Nurses and Midwives

NRPiP/XIII/55/08

Warszawa, 22 lutego 2008 r.

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do pisma z dnia 22 stycznia 2008 roku (PS-28/08) dotyczącego zgłaszania opinii do poselskich projektów ustaw:

- 1) o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych,

uprzejmie informuję, iż opinie do powyższych projektów zostaną przesłane niezwłocznie po posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, które odbywać się będzie w dniach 11-13 marca 2008 r.

Z poważaniem

Elżbieta Buczkowska



Prezes NRPiP

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 26-02-2008



Warszawa 21 lutego 2008 r.

Pan
Lech CZAPLA
ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII SEJMU

Szanowny Panie Ministrze,

W imieniu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA” uprzejmie dziękuję za przesłanie do zaopiniowania kluczowych dla sektora ochrony zdrowia poselskich projektów ustaw:

1. o zakładach opieki zdrowotnej
2. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta
3. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Jednocześnie informuję, iż po zapoznaniu się z ww. projektami Izba nie zgłasza uwag merytorycznych do rozwiązań zaproponowanych w przekazanych ustawach, ponieważ są one bardzo szczegółowe i bezpośrednio nie wiążą się z działalnością naszej branży.

Przy tej okazji pragnę dodać, że Izba podejmując wielokrotnie dyskusję nt. naprawy systemu opieki zdrowotnej zwracała uwagę, iż wszelkie wprowadzane zmiany muszą uwzględniać przede wszystkim pacjenta, którego szeroko rozumiane bezpieczeństwo, w każdym proponowanym rozwiązaniu musi być celem nadrzędnym.

Założenia programowe, w których mówi się o zwiększeniu dostępności obywateli do świadczeń medycznych, uszczelnianiu systemu ochrony zdrowia oraz likwidacji zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej poprzez przekształcenie szpitali w podmioty z większościowym kapitałem samorządów oceniane w kategorii postulatów w połączeniu z zaproponowanymi rozwiązaniami prawnymi inicjują szeroką dyskusję, która już sama w sobie stanowić będzie pewien postęp w porównaniu z trwającą w latach ubiegłych stagnacją. Ponadto stabilność finansowa zakładów opieki zdrowotnej – może nie bezpośrednio – ale ma ogromny wpływ na działalność całego sektora farmaceutycznego.

Sprawnie działający system opieki zdrowotnej oparty na stabilnym systemie finansowym to również ułatwiony dostęp pacjenta do leczenia farmakologicznego,

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 25-02-2008

IZBA GOSPODARCZA „FARMACJA POLSKA”

Stowarzyszenie Producentów, Hurtowników i Importerów Leków

01-541 Warszawa, ul. Czarnieckiego 57, tel./fax: (0 22) 839 77 37, 839 99 10, e-mail: info@farmacja-polska.org.pl
BRE BANK S.A. Oddział w Warszawie, ul. Królewska 14, 00-065 Warszawa, Nr 11401010-00-564054-PLNGURR01-66

które w konsekwencji stanowi o sukcesie udzielanego świadczenia. Rozumiejąc w pełni potrzebę uporządkowania wielu krytycznych obszarów w ochronie zdrowia pragniemy podkreślić, że odpowiedzialność Państwa za zdrowie i życie obywateli stanowi podstawę do działań, których głównym beneficjentem powinien być pacjent.

Z zadowoleniem przyjęliśmy propozycję uregulowań, które koncentrują się na ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta, nadzieję budzi również propozycja powołania instytucji Rzecznika Praw Pacjenta niezależnego od innych organów państwowych i kontrolowanego przez Sejm RP.

Z wyrazami szacunku,

W imieniu Zarządu Izby Gospodarczej
„FARMACJA POLSKA”

Prezes 
Irena REJ



Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, 25 lutego 2008 r.

ZW/0714/70/08

Szanowny Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

Uprzejmie przesyłam do dalszego wykorzystania opinie dotyczące poselskich projektów ustaw:

- o zakładach opieki zdrowotnej
- o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych
- o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta

otrzymane z województw: opolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego.

Z wyrazami szacunku
Dyrektor Biura ZWRP
/-/ Bogdan Ciepielewski

WYDZIAŁ PREZYDENTA

L.dz.

Data wpływu 25-02-2008

Opinia o projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stwierdzam, że projekt ten nie zmienia merytorycznej materii prawnej w sposób dający nadzieję na poprawę stanu ochrony zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego. Wbrew zapowiedziom, zawiera starannie stonowane treści, które od dawna pojawiają się w rozmowach organizatorów ochrony zdrowia wszelkich zabarwień politycznych. Większość z proponowanych "nowości" jest stosowana na bazie obowiązującego dzisiaj prawa, oczywiście przy starannej jego falandyzującej interpretacji. Pierwotnie bardziej radykalne zapowiedzi, zostały złagodzone, jak sędzę zgodnie z sondażami społecznymi, a głównie sondażami internetowymi.

Projekt wyraźnie został stworzony doraźnie przez trzech autorów, biegłego w starej ustawie i czytanego w prasie medycznej, biegłego w Kodeksie Prawa Handlowego i zapewne prezesa spółki medyczne, autora statutu spółki. Tekst jest kompilacją tych trzech składowych.

Klika przykładów przeciw temu projektowi:

1. Wyłączenie możliwości funkcjonowania zoz w formie spółki cywilnej naruszać może równość podmiotów wobec prawa, co czyni zapis niezgodny z ustawą zasadniczą i prawem UE.
2. Propozycja fakultatywna wprowadzenia anglosaskiego modelu konsultanckiego możliwa jest jedynie w dużych ośrodkach akademickich i instytutach, gdzie powinna zostać zastosowana, bo doprowadzi do rozbitcia układów, nie może być zastosowana w małych ośrodkach, ze względu na niedobór kadry.
3. Nie do przyjęcia jest pobieranie opłat za podwyższony standard w szpitalu, bo po pierwsze generalnie nie ma takich możliwości, a po drugie różnicuje to pacjentów na lepszych i gorszych w publicznym zoz. Możliwy jest taki wariant w komercyjnym wariacie szpitala, gdzie chory za wszystko sam płaci.
4. Zasoby materialne szpitali publicznych w dniu przekształcenia w spółkę stają się jej własnością, ten zapis zgodny z wypowiedzią znanej posłanki ubiegłej kadencji staje się rzeczywistością, jako symbol rozdrapywania przez kapitał resztek zasobów materialnych publicznej ochrony zdrowia stanie się poważnym problemem politycznym, na miarę reelekcji parlamentarnej. I na nic tłumaczenie, że po likwidacji spółki majątek wraca w ręce publiczne, kiedy istnieją sposoby pozbycia się majątku spółki w czasie jej istnienia.
5. Dlaczego minimalny udział publiczny w spółce określono na poziomie 51%, a nie zapisano zabezpieczenia formułą uniemożliwiającą wrocie jej przejęcie.
6. Rezygnacja z powoływania rady społecznej przy sp zoz jest błędem, gdyż ta dziwna struktura jednak się sprawdziła, często jest pomocna. Należało ją zachować, a wet wprowadzić niewielkie diety dla radnych tych rad. Sędzę, że ich likwidacja spowodowana jest wrodzoną niechęcią polityków liberalnych do pracy bez gratyfikacji.
7. Brakuje w projekcie przekonywujących zapisów, które umożliwią władzy publicznej realizację zapisu konstytucji, dotyczącego zapewnienia równego dostępu świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom. Ten fakt otwiera drogę do Trybunału Konstytucyjnego dla tego projektu ustawy.
8. Zapis, że sp zoz pokrywa ujemny wynik finansowy we własnym zakresie to jawny żart kabaretowy, jeszcze w towarzystwie zapisu, że przechodzi ten fant na organ założycielski. W Kluczborku jest zoz w formie spółki, proszę tam zadzwonić i spytać

Starosty Kluczborskiego, ile milionów zalega on z racji zadłużenia pochodzącego z działalności protoplasty tej spółki?. Przecież misją tego projektu jest próba odcięcia szpitali od kategorii finansowej, która nazywa się długiem publicznym. To się uda tylko na krótką metę.

9. Ograniczenie zaciągania zobowiązań do wysokości kapitału zakładowego, uniemożliwia na starcie zoz-owi zakup nowoczesnego sprzętu medycznego, otwierając drogę do szybkiej marginalizacji zakładu lub oddają go w ręce czekających na takie sytuacje „inwestorów”, o czym informowała obywateli pewna posłanka na podglądzie.
10. Wreszcie zapis o zwolnieniu zoz-u na okres 3 lat z podatku dochodowego od osób prawnych obnaża **komercyjnego ducha projektu ustawy**. Zysk przy nieoszacowanych stawkach NFZ za usługi zdrowotne, może być dokonany tylko kosztem pacjenta, lub pracownika, który zapewne zgodzi się na głodową pensję i opt-out, byle zachować pracę. Już w pierwszym art. projektu określono cel zoz-u, którym jest „działalność gospodarcza”. Jest to naciągana z filozoficznego punktu widzenia interpretacja. Usługa zdrowotna, jako usługa niechciana, podobnie jak usługa prawna, nie jest wartością rynkową. Czy ktoś widział prywatny sąd prowadzący działalność gospodarczą?

Znalazłem również zapisy, które można uznać za krok w odpowiednim kierunku:

1. Ustanowienie jednorodnego organu założycielskiego w regionie dla wszystkich szpitali, jest kapitalnym postępek w kierunku tworzenia zdroworozsądkowej regionalnej sieci szpitali, oby publicznych. Regiony już mają wiedzę, które jednostki pozostawić w sieci, a które dać do prywatyzacji. To faktyczne uszczelnienie systemu finansowania usług stacjonarnych. Nastąpi konsolidacja oddziałów, szpitali i jednostek organizacyjnych. Na to czekają organizatorzy opieki zdrowotnej w regionach. Niewiele czasu upłynie do momentu sprzężenia się sieci regionalnych szpitali publicznych w krajową sieć szpitali publicznych, którą minister okraśni jednostkami klinicznymi i instytutami.
2. Umożliwienie wspólnego zarządcy dla więcej niż jednego zakładu opieki zdrowotnej w szczególnych przypadkach jest również krokiem do przodu. Jest wzorowane na sprawdzonej przez Niemców zasadzie konsolidacji zarządzania szpitalami, również przez prywatyzację zarządzania, którą zastosowano przejmując zasoby szpitalne na terenie NRD. Na określonym etapie zarządzania szpitalami jest to sprawdzona i skuteczna metoda.
3. Możliwość łączenia się zoz-ów jest również pozytywnym zapisem, który umożliwi dojrzałym organizatorom ratowanie sąsiadujących ze sobą słabych jednostek szpitalnych przez konsolidację oddziałów, całych szpitali i reorganizację kontraktów z płatnikiem.

Cały projekt ustawy nie wnosi wartości formalnoprawnych pozwalających na nadanie uzdrawiającego kierunku rozwoju szpitalnictwa polskiego. Nie spełnia oczekiwań społecznych, oczekiwań menadżerów i wymogów konstytucji, nie daje również przesłanek na spokój społeczny w kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego. Przez odcięcie od instytucji długu

publicznego, szpitale zaczną upadać, cofać się w technologiach medycznych, krótkotrwały romans z kapitałem doprowadzi do utraty najlepszych zasobów materialnych szpitalnictwa publicznego i zmusi wkrótce władze publiczne do budowy nowych samorządowych szpitali. Tak jak to miało miejsce w gminie Deming w Stanie Nowy Meksyk. Dlatego też w USA jest 40% szpitali publicznych, które zaspokajają podstawowe potrzeby zdrowotne zwykłych obywateli. Warto poczytać Nolena „Jak zostałem chirurgiem”.

Projekt powinien wrócić do ministra i stać się przedmiotem wszechstronnej dyskusji przy udziale wszelkich opcji społecznych. Szczególnie obecnie, kiedy niemal wszyscy uczestnicy rynku zdrowia uznali, że nie forma własności, lecz skuteczność zarządzania decyduje o wyniku finansowym podmiotu gospodarczego.

Uwagi do projektu ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Projekt nie wnosi nowych wartości, gdyż stanowi próbę usystematyzowania i zgromadzeniu w jednym dokumencie praw pacjenta i zapisów o rzeczniku, zawartych w licznych innych dokumentach prawnych. I to jest jego zaletą. Nie wnosi jednak żadnych delegacji odnoszących meritum problemów do środków budżetowych. W zapisach tego projektu umieszczono chałupniczy pomysł zawarty w art.33 a stanowiący, że odwołanie od orzeczenia lekarskiego pacjent będzie kierował do komisji lekarskiej. Jest to zapis nieeuropejski, odwołanie od orzeczenia chory winien kierować do sądu. To jest główny słaby punkt tego projektu.

Uwagi do projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Projekt w całości jest chybiony, gdyż:

1. Wzrost poziomu finansowania szpitali jest możliwy bez wprowadzania ubezpieczeń zdrowotnych i bez podnoszenia składki zdrowotnej.
2. Wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń różnicuje społeczeństwo na tych których stać i tych których nie stać na dodatkowe ubezpieczenia.
3. Płacenie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nie gwarantuje płacącemu produktu za który zapłacił. Polskie szpitale nie są przygotowane do oferty lepszej bazy hotelowej płatnikom dodatkowych ubezpieczeń.
4. Droga składki dodatkowej jest już w projekcie ustawy ciemniasta i nie wiadomo kiedy, gdzie i w jakiej okrojonej przez biurokrację kwocie dotrze.
5. Powoływanie po raz drugi niepotrzebnej instytucji UNUZ jest nieporozumieniem. Projekt pisał prawdopodobnie młody absolwent zarządzania zdrowiem, który w książce wyczyta o strukturze UNUZ i wpisał go na prędce do projektu. Ja pamiętam

funkcjonowanie tego urzędu, miałem wielokrotnie bliski kontakt z nim i pamiętam argumenty za jego rozwiązaniem, a są one nadal są aktualne.

Andrzej Mazur

UWAGI

do projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Generalnie projektu ustawy jest bardzo obszernym dokumentem, można wręcz powiedzieć „przewodnikiem po zakładach opieki zdrowotnej”. Zawiera szczegółowe opisy poszczególnych czynności, dotyczących zoz-ów, które konsumują niektóre wcześniejsze zapisy rozporządzeń wykonawczych a nawet niezbędnych elementów, właściwych dla umów, które są oczywiste bo wynikają wprost z regulacji kodeksowych.

Ponadto niepotrzebne wydają się być niektóre określenia zamieszczone na końcu danej normy prawnej, informujące jakim celom ma służyć regulacja, np. zapis mówiący, iż: „minister (...) określi w drodze rozporządzenia skład komisji konkursowej, tryb ogłaszania konkursu (...) zakres i tryb składania ofert, mając na względzie sprawne i rzetelne przeprowadzenia konkursu”, itp.

Zakres spraw przekazanych do unormowania określa się w sposób precyzyjny, usystematyzowany a nie obrazowy. Przepis nie powinien zawierać wypowiedzi, które nie służą wyrażaniu norm prawnych nie mają formy normatywnej a w szczególności nie powinien zawierać postulatów, zaleceń oraz uzasadnień do formułowanych norm.

Ponadto przedstawiam poniżej swoje spostrzeżenia:

Art 6 – wstawić po wyrazach przepisów słowo „ustawy” i przywołać jej pełne brzmienie.

Art. 7 – kto i na podstawie jakich uregulowań stwierdzi działalność „uciażliwą” dla pacjenta lub przebiegu leczenia, nieprecyzyjne określenie. Jak rozumieć działalność uciażliwą.

Art.9 ust.3 - przepis nieczytelny, usystematyzować jednostkami redakcyjnymi podmioty mogące tworzyć zoz-y. Ponadto przepis zawiera pewną niekonsekwencję , bowiem daje przyzwolenie spółce cywilnej jako niemającej osobowości prawnej do tworzenia i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej w formach przewidzianych dla działalności gospodarczej z wyjątkiem prowadzenia jej w ramach spółki cywilnej.

Art.25 ust.1 pkt 3 - powinna to być regulacja porządkowa zawarta w regulaminie porządkowym a nie w ustawie, przecież takie postępowanie jest oczywiste.

Art. 25 ust.3 - ostatnie zdanie jest uproszczeniem postępowania, dlatego proponuje się zapis „ w przypadku zaistnienia przeszkody uniemożliwiającej uzyskanie oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej”.

Art. 31 ust.3 :

- wyrazy „ potrzebne do kontynuacji leczenia” przenieść do art. 31, ust.1 do zakresu świadczeń udzielanych przez zakład opiekuńczo-leczniczy,
- wykreślić wyraz „ oraz” przed wyrazem „produkty lecznicze”.

Art. 32 ust.3 - niepotrzebne ostatnie zdanie informujące " o zapewnieniu przejrzystości skierowania" o czym mowa wyżej, bowiem nie służy ono wyrażeniu normy prawnej. Ustawodawca posiada instrumenty prawne, za pomocą których precyzuje wymagane kryteria i nie musi zapowiadać wcześniej czemu to robi.

Art.39 ust.2 - wyrazy „Państwowe Ratownictwo Medyczne” powinny być użyte w dopełniaczu i w cudzysłowie.

Art. 46 ust.4 - brakuje literki „w” przed wyrazem „przypadku”.

Art.56 ust.3 - zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika” bowiem nie służy ono wyrażeniu normy prawnej,

Art. 61 ust.14 – zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się zapewnieniem zasad przejrzystości...”, podobnie jak poprzednio nie ma potrzeby informowania o intencjach ustawodawcy, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej. W zapowiadającym rozporządzeniu będą zawarte kryteria spełniające zasady przejrzystości i równości.

Art. 67 ust.2 - zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się koniecznością zapewnienia odpowiedniej wiedzy i doświadczenia”, podobnie jak poprzednio nie ma potrzeby informowania o intencjach ustawodawcy, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej. Zbędna zapowiedź, czym będzie się kierował minister w konstrukcji dodatkowych wymagań dla kadry zarządzającej.

Art. 72 ust.1, pkt 1 – chyba powinno być „ wymagania określone w art. 67 ust.1 pkt 1”, pominięto „ust.1”

Art. 91 ust.5 - zamiast wyrazu "obowiązany" powinien być wyraz „zobowiązany”.

Art. 91 ust.7 - a co z wykreśleniem zakładu z Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej w oparciu o art. 109 ust.1 projektu

Art.101 ust.4 - zbędne ostatnie zdanie od słów " mając na względzie konieczność ujednolicenia dokumentacji” podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art.104 ust.2 - w miejsce wyrazu "pracownia" powinno być „pracownika”.

Art. 108 pkt 3 - zbędne ostatnie zdanie od słów" kierując się koniecznością", podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art.14 - zbędne ostatnie podobnie w art. zdanie od słów" uwzględniając zapewnienie przejrzystości....." ,podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art. 116 ust.5 - ostatnie zdanie zbędne z powodów jak wyżej.

Art. 117 ust.3 - wyrazy „ poczynione spostrzeżenia” zastąpić wyrazami „wyniki kontroli”,

Art. 117 ust.4 - w miejsce wyrazów „ wydawanie decyzji administracyjnych nakazujących” powinno być „ wydać decyzję administracyjną nakazującą”,

Art. 117 ust.5 - ostatnie zdanie zbędne z powodów jak wyżej , nie zawiera formy normatywnej.

Art. 119 ust.1 - w miejsce wyrazów „ działań zmierzających do zapewnienia dostępu” powinno być „ działań zapewniających dostęp”.

Szczecin 2008-01-28

Pan
Marek Hok
Członek Zarządu Województwa
Zachodniopomorskiego.

Dotyczy: projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Przygotowany projekt nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w przeważającej części dotyczy przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego i przewiduje, że większościowy udział w szpitalach- -spółkach ma należeć do samorządów województw. Takiego prawa nie będą mieć powiaty i gminy, do których obecnie należy większość zakładów opieki zdrowotnej.

Z całą pewnością zmierza to do likwidacji części szpitali powiatowych. Stanowi to również ogromne ryzyko finansowe i organizacyjne dla samorządów województw. Nacisk ustawodawcy na prowadzenie szpitali w formie spółek prawa handlowego może stać się dla województw dużym obciążeniem finansowym i może się również okazać, że samorzady województw nie będą zainteresowane przekształceniem szpitali w spółki, bo nie będzie ich stać na spłatę ich długów.

Projekt ustawy nie precyzuje kompetencji organów uprawnionych do podejmowania określonych czynności wobec zozów. Ustawodawca posługuje się wyrażeniem „podmiot który utworzył zakład” – brak wyraźnego określenia który z organów samorządu województwa jest właściwy (zarząd czy sejmik) – np. przepisy o nadaniu statutu lub udzieleniu zgody na udostępnienie oddziału klinicznego (art. 24 ust. 2)

Ustawodawca nie precyzuje jakie dotacje może otrzymywać zoz – pisze się o „budżetowych” – jednakże w świetle ustawy o finansach publicznych taki rodzaj dotacji nie istnieje – są dotacje z budżetu (czyjego?) – zgodnie z najnowszym orzecznictwem zoz może otrzymywać dotacje celowe (obecny art. 55) .

Poprzednia ustawa, aczkolwiek, niedoskonała stworzyła pewne praktyki i ugruntowała orzecznictwo w określonych zagadnieniach. Nowe uregulowania zmierzają do przetransportowania przepisów Kodeksu spółek handlowych , jednakże tak „po swojemu” i wybiórczo.

Oceniając projekt ustawy pod kątem zachowania zasad wynikających z technik prawodawczych, należy zwrócić uwagę, iż ustawa jest nieczytelna poprzez wiele odwołań do innych przepisów. Należy podkreślić, iż zakres materii zawartej w jednym akcie prawnym jakim jest ustawa wydaje się zbyt szeroki – jest to swoiste Prawo o zakładach opieki zdrowotnej – gdyż wiele regulacji dotąd zawartych w odrębnych ustawach (Kodeks spółek handlowych, o zawodzie lekarza , udzielanie świadczeń zdrowotnych itp.) w części zostało doklejonych do nowego projektu.

Małgorzata Jurgiel

radca prawny

Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – uwagi

1. Majątek szpitali powiatowych przejmie samorząd województwa. Powiaty boją się, że marszałek będzie inwestował w duże, wojewódzkie szpitale kosztem restrukturyzacji i ograniczania działalności tych mniejszych. Samorządowcy obawiają się masowej likwidacji placówek powiatowych. Samorządy wojewódzkie nie będą zainteresowane przekształceniem szpitali w spółki, bo nie będzie ich stać na spłatę ich długów.
2. Każdy szpital będzie mógł funkcjonować w formie spółki prawa handlowego - spółki akcyjnej lub z ograniczoną odpowiedzialnością. Jednak zmiana formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ nie będzie obowiązkowa. Szpitale nie będą mogły prowadzić spółki cywilne. Spółki cywilne stracą również prawo zakładania niepublicznych ZOZ-ów. Większość POZ będzie zmuszona do zmian.
3. Spółka prawa handlowego będzie musiała przejąć wszelkie zobowiązania przekształcanego SP ZOZ-u, w tym ewentualne zadłużenie starej jednostki. Grunty Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego mają być przekazywane spółkom na własność. Na własność spółki - nieodpłatnie - mają też przejść budynki i urządzenia użytkowane dotychczas przez szpital. Prawdziwa rewolta i hojna ręka rządu do samowolki gruntami i nieruchomościami (*może p. Sawicka na ławce w parku z agentem CBA miała rację, że niedługo zarobi krocie na zoz-ach*).
4. Według projektodawców szpital prowadzony w formie spółki powinien dysponować kapitałem zakładowym w wysokości minimalnie 5 mln zł. Ma to zagwarantować "powstawanie silnych finansowo podmiotów". Jego siłę na pewno osłabią wszystkie przejęte zobowiązania. Co z poręczeniami kredytów lub obligacjami?
5. W projekcie przewidziano, że minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego w spółce, która prowadzi publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie wynosił 51%. Jeżeli wartość ta zmniejszy się, a tym samym organ władzy publicznej przestanie dysponować pakietem większościowym, wówczas szpital straci status zakładu publicznego. Natomiast w przypadku szpitali klinicznych proponuje się ustalenie wysokości udziału - publicznej uczelni medycznej - w spółce na poziomie minimalnie 75%. Według projektodawców różnicowanie ZOZ-ów w tym zakresie uzasadnione jest "szczególnym charakterem i znaczeniem szpitali klinicznych, które udzielają wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, dysponują specjalistyczną aparaturą i sprzętem, a także doskonale wykwalifikowaną kadrą medyczną. Dodatkowo wykonują one zadania dydaktyczne, naukowe i badawcze". Jest to słabe uzasadnienie, bo wiele szpitali wojewódzkich ma lepszy status niż kliniczne, jedyna różnica to zadania dydaktyczno-naukowe.
6. Z dniem przekształcenia pracownicy SP ZOZ-u z mocy prawa staną się pracownikami spółki. Jednak stosunki pracy z tymi osobami będą wygasać w terminie 6 miesięcy od dnia przekształcenia, jeżeli nie zostaną z nimi nawiązane nowe stosunki pracy na dalszy okres. A gdzie programy osłonowe dla zwalnianych pracowników.

7. Zrezygnowano z powoływania w publicznym ZOZ rady społecznej. „Członkowie rady nie uczestniczą w podejmowaniu istotnych dla funkcjonowania zakładu decyzji, natomiast obowiązek uzyskania ich opinii w niektórych sprawach powoduje jedynie wydłużenie procedur postępowania” - słuszny kierunek, natomiast oszczędności nie będą tu znaczące.
8. Jeżeli zakład nie będzie w stanie we własnym zakresie pokryć ujemnego wyniku finansowego, wówczas zobowiązania finansowe placówki będzie mógł regulować podmiot, który utworzył ZOZ. Jednak tego typu wsparcie nie będzie mogło przeciągać się w czasie i trwać dłużej niż 6 miesięcy. Zgodnie z projektem zakład będzie zobligowany do opracowania programu naprawczego. Podmiot tworzący nie będzie mógł pokrywać ujemnego wyniku finansowego zakładu częściej niż raz na 3 lata. W tej chwili wiele zakładów czerpie korzyści finansowe od organu tworzącego bez żadnych ograniczeń.
9. Jeżeli ani zakład, ani organ założycielski nie będzie mógł pokryć ujemnego wyniku finansowego placówki, wówczas podmiot tworzący będzie zobowiązany zmienić formę zakładu lub go zlikwidować.
10. Szpital się przekształcił po wyrażeniu zgody przez pracowników. Nie odnotowano dotychczas problemów w tym zakresie, bowiem zachętą jest pozyskanie udziałów. Jednak kontraktowi pracownicy szpitali nie będą mieli prawa do bezpłatnych akcji spółek, co jest krzywdzące dla zdecydowanej większości pracowników.
11. W projekcie przewidziano również wprowadzenie obowiązku zawierania przez każdy zakład opieki zdrowotnej - niezależnie od tego, czy udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych czy też na zasadach wyłącznie komercyjnych - umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby udzielające tych świadczeń w zakładzie. Nawet minimalne kwoty ubezpieczenia będą poważnie obciążały budżet jednostek. Podobna sytuacja będzie w przypadku obowiązku posiadania systemu zarządzania jakością ISO.
12. Zdaniem większości prawników w żadnym przypadku nie należy wyprowadzać majątku szpitali (budynki i aparatura) poza jednostki samorządu, natomiast dobrym rozwiązaniem jest możliwość dzierżawienia tego majątku przez spółki prawa handlowego w celu zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańców gminy, powiatu, województwa, kraju. Takie rozwiązanie gwarantuje, że budynki i aparatura nie zostaną nigdy zlicytowane przez komornika, natomiast spółki prawa handlowego nie będą mogły się zadłużać bo nikt im nie da niczego na kredyt. W razie bankructwa takiej spółki można szybko powołać nową i na bazie budynków i sprzętu, które przecież będą należały do samorządu kontynuować funkcjonowanie szpitala.
13. przejęcie nowych szpitali to wzrost zatrudnienia w administracji marszałka, w naszym przypadku będzie to jeszcze raz tyle łóżek szpitalnych.

14. skoro marszałek ma mieć tylko szpitale to co z zakładami ambulatoryjnymi, wompami i ratownictwem medycznym?
15. za mało jest info temat skierowań do ZOL, od lat to marszałek wydaje decyzje, nie ma definicji lekarza leczącego, a w zmian ustawą podaje lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, potrzeba więcej szczegółów.
16. realizacja art. 68 konstytucji RP poprzez odpowiednie rozmieszczenie terytorialne zoz, w jaki sposób i jakimi kryteriami lub wskaźnikami.
17. nowe rozporządzenie o dostosowaniu fachowo-sanitarnym, czy wydłuży się również czas dostosowania dla zoz do tychże wymogów.
18. ujednoczony plan kont/rachunek kosztów dla wszystkich zoz, nie będziemy musieli wprowadzać naszego wewnętrznego planu kont.

Sp. Dorota Łabnowicz

28.01.2008 r.

Sergiusz Karpiński
Tel. 516 069 166
Mail: serkar@31.pl

Art. 2 pkt 2 (działalność gospodarcza polegająca na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych). Nie wydaje się aby właściwe było narzucenie zoz-om jako głównego obowiązku prowadzenia działalności gospodarczej, a już szczególnie poprzez dydaktykę i badania naukowe.

Art. 3 ust. 3 (słowniczek):

pkt 2 (określenie likwidacji) Dlaczego wprowadza się definicję pojęcia „likwidacja”, a nie ma definicji „przekształcenia”?

pkt 3 (definicja niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej) Definiuje się nzoz poprzez określenie rodzaju podmiotu, który go utworzył, przy czym przywołany przepis określa formy prowadzenia działalności z zakresu ochrony zdrowia przez niektóre podmioty prawa handlowego. Nie jestem pewien, czy podane formy wyczerpują pełen asortyment podmiotów.

pkt 6 (definicja publicznego zakładu opieki zdrowotnej) Uwagi podobne do powyższych, przy czym w obu przypadkach przymiotnik „publiczny” lub „niepubliczny” zoz odnosi się do cech organu założycielskiego, a nie do samego zoz-u.

Art. 4 (zasady prowadzenia kształcenia i dokształcania kadr medycznych) Może zamiast odwoływać się do „odrębnych przepisów” po prostu przywołać te przepisy?

Art.5 ust. 1. (nakaz użycia w nazwie określenia „zakład opieki zdrowotnej”) Wydaje się, że w zupełności wystarczyłoby użycie w nazwie określenia opisującego rodzaj zoz-u, przy zastrzeżeniu, że nazwy te przysługują zoz-om spełniającym warunki niezbędne do zakwalifikowania do danej grupy zoz-ów.

Art. 6 (nakaz udzielenia pomocy medycznej) Zbyt ogólne przywołanie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 9 ust. 6. (wyłączenie samorządu wojewódzkiego na prowadzenie szpitala) Przepis absolutnie nietrafny, gdyż musiałby dotyczyć wyłącznie nieprzekształconych szpitali (spzoz-ów i jednostek budżetowych), a więc chyba najgorszych. Jeżeli z tego przepisu miałby wynikać obowiązek przekazania województwom także spółek miejskich i powiatowych prowadzących szpitale, to napotka to zdecydowany opór dotychczasowych właścicieli. Poza tym co zrobić w przypadku, gdy spółka prowadzi nie tylko szpital, ale i inne formy jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych? Czy trzeba je będzie wydzielić? Istotą przekształcenia spzoz-u w spółkę winna być możliwość dzielenia się własnością i odpowiedzialnością. Nic nie stoi na przeszkodzie, by część udziałów lub akcji szpitala wojewódzkiego na terenie miasta została wykupiona przez to miasto, by miasto miało możliwość dokapitalizowania tego szpitala, by wreszcie mogło także uczestniczyć w podejmowaniu przez szpital najistotniejszych decyzji.

Art. 11 ust 1 (co nie w ustawie, to w statucie) Wystarczyłoby napisać, że statut podstawą działalności zoz-u jest jego statut. Tym bardziej, że w kolejnych ustępach określa się zakres spraw regulowanych przez statut.

ust. 3 i 4 (definiowanie systemu ordynatorskiego i konsultanckiego) Definicje tych systemów powinny być przeniesione do odrębnych przepisów, bo tak naprawdę nie mają nic wspólnego z materią statutową.

Art. 13 ust. 2 pkt 2 (nakaz umieszczenia w regulaminie porządkowym organizacji zoz-u) Wymóg umieszczenia w regulaminie „zakresu czynności osób udzielających świadczeń zdrowotnych” jest chyba zbytym uszczegółowieniem. Przecież w dużych jednostkach są to setki osób!

Art. 14 ust. 1. (nakaz ustalenia planu ewakuacji) Należy zmienić szyk: „Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przychodni liczącej do 6 gabinetów (...)”

ust. 3 (aktualizacja) Czy rzeczywiście niezbędna jest coroczna aktualizacja takiego planu?

Art. 15 – 17 (zamówienia na świadczenia zdrowotne) Bardzo szczegółowo opisuje się tryb udzielenia zamówienia, choć jednocześnie upoważnia się (art. 16 ust. 3) ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w tej sprawie. W art. 17 ust. 6 ponownie upoważnia się ministra finansów do wydania tego samego rozporządzenia, co w art. 8 ust. 3.

Art. 20 (wymóg posiadania apteki szpitalnej) Nie wiem, czy „posiadanie” 150 łóżek jest kategorią prawną, czy nie powinno być „zgłoszonych w rejestrze” lub w innym dokumencie prawnym.

Art. 29 ust. 1. (czasowe zaprzestanie działalności) Objęcie tym zapisem wszystkich, a więc także nieudzielających świadczeń medycznych, jednostek i komórek organizacyjnych szpitala jest chyba nieuzasadnione. Na czasowe zamknięcie np. kuchni szpitalnej, przy zapewnieniu żywienia dla pacjentów zgoda wojewody byłaby przesadą.

Art. 31 (definicje zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego) Wydaje się, że definicje obu form winny być zapisane w odrębnych przepisach (artykułach).

Art. 36 (rozporządzenie o wyposażeniu pomieszczeń) Zapewnienie „poszanowania praw pacjenta” winno wynikać z przepisów ustawy o prawach pacjenta.

Art. 46 ust.2 (informowanie o przejściu udziału) Czym różni się „część udziału” od „ułamkowej części udziału”?

ust. 4 (zarząd spółki jako kierownik zakładu) Oba zdania tego ustępu stanowią odrębne przepisy i winny być ujęte w różnych ustępach.

ust. 5 i dalsze (kapitał zakładowy spółki) Odwołanie się do ust. 2 jest nieprecyzyjne, gdyż mowa tam, w różnych kontekstach, o dwóch rodzajach spółek.

ust. 10 – po słowie „jest” należy wstawić przecinek.

Art. 48 ust. 1. (minima kapitałów zakładowych) Z przepisu tego nie wynika możliwość obejmowania udziałów lub akcji innej jednostki samorządu terytorialnego. Czy w przypadku spółki, w której po 50% udziałów miałyby województwo i miasto, na terenie którego spółka działa spełniony byłby warunek przepisu? Czy w przypadku spółki, w której 60% udziałów miałyby uczelnia medyczna, a po 20% województwo i miasto, na terenie których spółka działa, byłaby to sytuacja niedopuszczalna? Pytania te rodzą się w świetle ust. 5, w którym wyróżnia się spółki jednoosobowe.

ust. 3. (zgoda ministra na przekształcenie) Proponuję brzmienie: „Uchwała senatu i zarządzenie dyrektora, o których mowa w ust. 2, w sprawie likwidacji lub ograniczenia zakresu udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych wymaga (...)”. Kwestia „istotne ograniczenie” jest nieprecyzyjna i może budzić kontrowersje.

ust. 4 (następstwa braku zgody ministra) Czy to oznacza, że w przypadku nieudzielenia zgody na ograniczenia działalności minister przejmuje finansowanie zakładu?

ust. 5 (opinia wojewody) Proponuje zapisać ten przepis bezpośrednio po ust. 1 albo wraz z ust. 1 zapisać jako odrębny artykuł.

Art. 52 ust. 2 (przekształcenia spółek) Czy naprawdę chodzi o to, że spółki mogą się łączyć, ale nie mogą się dzielić (z wcześniejszych przepisów wynika, że nie mogą tworzyć spółek-córek)?

Art. 55 ust. 4 (zgoda organu założycielskiego na przekształcenie) Czy nie należałoby zapisać, że nierozpatrzenie wniosku w terminie 30 dni oznacza zgodę?

ust. 5 (doręczenie kwestionariusza) Proponuje zamiast „doręczyć” wpisać „złożyć”.

Art. 56 (kwestionariusz) Przepisy tego artykułu, wraz z ust. 5 poprzedniego powinny stanowić odrębny przepis dotyczący w całości kwestionariusza. Ustępy 6 – 8 poprzedniego artykułu powinny następować po nim.

Art. 58 ust. 5 (dzień wydania decyzji) Zamiast „wydawana jest w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia” wpisać „wydawana jest nie później niż w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia”. Obecny zapis oznacza, że decyzja musi zapaść dokładnie ostatniego dnia miesiąca, w którym wpisano spółkę do rejestru przedsiębiorców, co nie zawsze może być wykonalne.

Art. 59 ust 3 zdanie drugie (powołanie pierwszego zarządu) Z przepisu wynika, że zarząd spółki jest jednoosobowy. Czy takie są rzeczywiste intencje ustawodawcy?

Art. 64 ust. 1 pkt 2 (wpis do rejestru) po określeniu „w rejestrze,” należy dodać: „o którym mowa w art.109,”.

Art. 67 ust. 1 (kwalifikacje kierownika) Proponuję pkt 1 przenieść na koniec zestawu wymagań.
ust. 2 (upoważnienie dla ministra zdrowia) przecinek występujący po słowie „zdrowia” należy przenieść za słowo „określi”.

Art. 72 (odwołanie kierownika) Każda próba enumeratywnego wypisania okoliczności pozwalających na odwołanie kierownika zoz-u narażona jest na konflikt z rzeczywistością. Wśród wymienionych przypadków brakuje np. wniosku kierownika bądź osiągnięcia przez niego wieku emerytalnego.

Art. 73 ust. 1 (członek zarządu) Przepis oderwany od zakładów opieki zdrowotnej. Nieuzasadniony, jeżeli nie występuje w Kodeksie spółek handlowych.

ust. 3 (kierownik medyczny) Po raz pierwszy pojawia się termin „kierownik medyczny” nie wyjaśniając jego charakteru.

Art. 74 ust. 2 (powierzenie zarządzania) Wprowadzenie punktu drugiego uważam za zbędne. Trudno mi sobie wyobrazić sytuację, gdy załoga będzie chciała zarządcy. A jeśli nawet, to i w tym przypadku podmiot tworzący może przejąć inicjatywę wprowadzenia zarządu. W trakcie prac nad projektem mogą padać pytania dlaczego, jeżeli wolę taką wyrazi podmiot tworzący, nikt nie pyta o zdanie załogi?

Art. 75 ust. 2 (powołanie kierownika medycznego) W zoz-ie oddanym w zarząd powołuje się kierownika medycznego, przy czym w dalszym ciągu nie wiadomo nic o jego kompetencjach.

ust. 3 (kto powołuje kierownika medycznego) Mimo, że kierownika medycznego powołuje się w każdym zoz-ie oddanym w zarząd, to powołuje go podmiot, który utworzył wyłącznie publiczny zoz. Coś tu nie gra.

Art. 76 (kierownik medyczny) Co oznacza „zarządzanie zakładem pod względem diagnostyczno-leczniczym” w oderwaniu od „zwykłego” zarządzania? Jaki jest stopień podległości kierownika medycznego i kierownika?

Art. 77 ust. 1 (rozwiązanie umowy o zarządzanie) Co oznacza określenie „w sposób istotny”? Czy można naruszyć umowę w sposób nieistotny? Czy podane przypadki dotyczą także sytuacji, w której zarządcą jest osoba prawna?

Art. 78 ust. 2 (wspólny zarządcą zakładów różnych właścicieli) Na czym miałyby polegać porozumienie właścicieli o wspólnym zarządcy? W jaki sposób takie porozumienie odnosiliby się do umów o zarządzanie zawarte (niezależnie) z poszczególnymi podmiotami?

Art. 84 ust. 5 (zgoda na obciążenie praw do nieruchomości) Przepis w zdaniu drugim odwołuje się do zgody, o której mowa w ust. 1, choć ustęp ten nie mówi nic o jakiegokolwiek zgodzie.

Art. 89 (zakaz prowadzenia działalności konkurencyjnej) dlaczego z aktualnego brzmienia art. 1 ust. 5 ustawy o zoz-ach skreślono „inne podmioty”? Czy zapis ten wyczerpują pozostałe punkty 1 – 3?

Art. 90 ust. 2 (podział zysku) Czy zapis o przeznaczeniu zysku wyłącznie na działalność statutową nie koliduje z prawem spółek handlowych, z „obdarowywaniem” udziałami lub akcjami pracowników? Jeżeli w spzoz-ach można było dowolnie decydować o podziale zysku, to dlaczego takie ograniczenia nakłada się na spółki?

Art. 94- 107 (doskonalenie zawodowe, w tym specjalizacja) Nie jestem pewien, czy ustawa o zoz-ach jest najwłaściwszym miejscem do regulowania kwestii doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawody medyczne.

PKPP/81/KT/2008

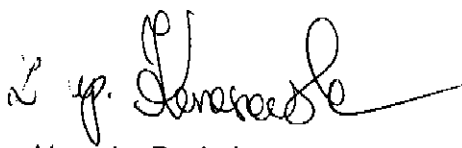
Warszawa, 18 lutego 2008 r.

Pan Lech Czapla
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie,

W odpowiedzi na pismo PS - 28 / 08, które wpłynęło do Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan przesyłamy w załączeniu opinię do projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Z poważaniem,



Henryka Bochniarz
Prezydent
Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan

Do wiadomości:

Ewa Kopacz – Minister Zdrowia
Michał Boni – Sekretarz Stanu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu **22.02.2008**

Opinia Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan do projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan nie jest w stanie jednoznacznie określić przekazanego do konsultacji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Projekt ten pomija wiele kwestii, które były regulowane w istniejącej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku, w tym m. in. kwestie: uprawnień i obowiązków pracowników, akredytacji zakładów, praw pacjenta, sporządzania i wykorzystywania dokumentacji medycznej, zakazu reklamy. Projekt ustawy o prawach pacjenta, do którego z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku przeniesiono wiele zapisów dotyczących praw pacjenta i dokumentacji medycznej jest obecnie przedmiotem konsultacji społecznych, a prace nad ustawami regulującymi sprawy pracownicze i akredytację nie zostały jeszcze zakończone. W związku z powyższym opiniowanie ww. projektu jest znacznie utrudnione, ponieważ akty prawne, które są silnie z nim powiązane nie mają jeszcze formy ostatecznej.

Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej powinien być opiniowany wraz z projektami tych ustaw, które swoim zakresem mają objąć sprawy regulowane przez obecnie obowiązującą ustawę. Uważamy ponadto, iż zarówno obecnie opiniowana ustawa, jak i ustawa o prawach pacjenta oraz ustawy dopiero zapowiadane przez resort zdrowia powinny wchodzić w życie z tą samą datą. W przeciwnym wypadku, obecny projekt musi utrzymać w mocy niektóre zapisy ustawy obecnie obowiązującej albo odpowiednio je nowelizować.

Uwagi szczegółowe

art. 9 ust. 6

Artykuł ten przewiduje, że jednostką samorządu terytorialnego, która może tworzyć i prowadzić szpital jest wyłącznie samorząd województwa. Zdaniem PKPP Lewiatan ten zapis nie pozostaje w

odpowiedniej spójności z innymi częściami tego projektu. Nawet, gdyby art. 9 ust. 6 w intencjach projektodawców tego zapisu dotyczył wyłącznie szpitali tworzonych po wejściu w życie tej ustawy, czyli pozostawionoby inne jednostki samorządu terytorialnego jako podmioty tworzące szpitale już obecnie działające (niepodlegające dobrowolnym przekształceniom w trybie przewidywanym tą ustawą), to sam zapis art. 9 ust. 6 wydaje się być niewystarczającym. Nie określono bowiem, w jakim trybie grunty i majątek użytkowany dotąd przez szpital powiatowy, który byłby przekształcany w jedną ze spółek miałby stać się majątkiem spółki tworzonej przez inny samorząd terytorialny – samorząd wojewódzki. Gdyby zapis tego artykułu miał dotyczyć wszystkich szpitali, czyli również tych, które obecnie działają jako samodzielne publiczne i podlegają powiatom, ale nie będą przekształcane w spółki, to projekt ustawy w ogóle nie określił trybu przekazywania majątku jednej jednostki samorządowej do innej. Nie określono również okresu, do którego miałyby następować przeniesienie praw majątkowych ani zadań z zakresów właściwych dla organu, który utworzył i prowadzi szpital. Reasumując uważamy, że propozycja, aby spośród samorządów terytorialnych tylko samorząd wojewódzki prowadził szpitale nie jest możliwa do wdrożenia w Polsce.

art. 14 ust. 4

Wskazane jest naszym zdaniem dodanie, w jakim terminie należy zapoznać wszystkich pracowników zakładu z planem ewakuacji ustalonym przez kierownika zakładu. Ponadto należy dodać, że owo zapoznanie musi obejmować również te osoby, które wykonują zadania w zakładzie ale nie są zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

art. 26 ust. 2

Zdaniem PKPP Lewiatan wskazane jest określenie, co rozumie się przez koszty pobytu pacjenta w szpitalu, w sytuacji, gdy pacjent nie wymaga dalszego leczenia w tymże szpitalu. Należy też dodać zapis, że informacja o kosztach pobytu w danym szpitalu jest udostępniana publicznie na terenie szpitala przez kierownika zakładu w miejscu zwyczajowo przyjętym jako właściwe.

art. 35

Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan art. 35 nakładający na stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej obowiązek prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością jest zapisem, który w rzeczywistości będzie motywował do działań głównie o charakterze biurokratycznym. Bez żadnego problemu kierownik zakładu będzie bowiem mógł wykazać, że prowadzi system zarządzania jakością. Nie można oczekiwać poprawy jakości opieki zdrowotnej z tego tytułu, że w zakładzie prowadzi się nakazaną ustawą analizę jakości udzielanych świadczeń. Uważamy, że doskonalenie jakości opieki musi być zapewniane innymi metodami aniżeli nakładanie ustawą obowiązku prowadzenia analizy jakości, gdyż samo powołanie komisji nie zagwarantuje zwiększenia jakości świadczonych przez zakład usług.

art. 36

Od wielu lat powraca problem określenia standardów w zakresie wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Głównym powodem oczekiwania, że minister właściwy do spraw zdrowia określi takie standardy są pomysły, aby za pobyt w tzw. ponadstandardowych warunkach pacjent korzystający ze świadczeń opłacanych ze środków publicznych wnosił specjalne opłaty. Przychody z tych opłat postrzegane są - naszym zdaniem - niezasadnie, jako szczególnie wydajne źródło przychodów stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej.

Istnieją również koncepcje rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, dzięki którym pacjenci posiadający polisy takich ubezpieczeń asekurowaliby się na wypadek ryzyka ponoszenia kosztów opieki w takich ponadstandardowych warunkach.

PKPP Lewiatan uważa, że określenie takich standardów wyposażenia dla poszczególnych rodzajów zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej, zarówno dla prywatnych, jak i publicznych (co przewiduje art. 36) jest niemożliwe. W związku z powyższym art. 36 będzie zapisem martwym, gdyż odpowiednie rozporządzenie nigdy się nie ukaże. Dlatego też Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan proponuje skreślić ten artykuł z proponowanego projektu.

art. 40

Wydaje nam się, iż art. 40 projektowanej ustawy zawiera błąd. Domniemamy, iż wymóg posiadania skierowania na badania diagnostyczne miał dotyczyć badań finansowanych ze środków publicznych, a nie udzielanych w zakładach publicznych. Jeśli dla jakichkolwiek badań, z uwagi na ich wpływ na zdrowie pacjenta, istnieje medyczne uzasadnienie, aby ich wykonywanie było wyłącznie ze skierowaniem lekarza, to właśnie taki zapis powinien być tutaj umieszczony i powinien dotyczyć wszystkich zakładów, a nie tylko publicznych. Poza powyższym wymóg posiadania skierowania na badania, gdy są one finansowane ze środków publicznych, powinien być w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a nie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto przepis ten nie powinien w ogóle znaleźć się w projektowanej ustawie, ponieważ ani wymóg posiadania skierowania, gdy badanie ma być wykonywane w zakładzie publicznym (a tak jest w obecnym zapisie projektu ustawy), ani ewentualny wymóg posiadania skierowania, gdy wykorzystywane są środki publiczne (gdyby takie były intencje projektodawców, ale błędnie je zapisano) nie powinny być nią regulowane, lecz powinny znaleźć się w ustawie o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

art. 49

Uważamy, że podobnie jak jest to określone w art. 49 ust. 3 dla zakładów o których mowa w art. 49

ust. 2, w art. 49 ust. 5 powinno być dodane, że jeśli w wyniku likwidacji lub przekształcenia zakładu, dla którego uchwałę o takiej zmianie podejmuje samorząd terytorialny, nastąpiłoby istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności i udzielanych świadczeń, wymagana jest zgoda wojewody. W obecnym zapisie art. 49 ust. 5 jest mowa jedynie o konieczności uzyskania opinii wojewody, gdy zakład samorządowy byłby likwidowany lub przekształcany. Nie określono, jakie skutki miałyby negatywna opinia wojewody odnośnie likwidacji lub przekształcenia, a naszym zdaniem powinno to być uregulowane ustawą. Dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli zakłady prowadzone przez samorząd terytorialny mają w niektórych regionach równie duże znaczenie jak zakłady prowadzone przez podmioty wskazane w art. 49 ust. 2.

art. 61 ust. 13

Zwracamy uwagę, że gdyby pozostawiona była w wersji obecnej definicja osób uprawnionych do bezpłatnego nabycia udziałów lub akcji, powstałaby w zakładach motywacja do zmiany podstawy zatrudnienia personelu z dość powszechnych kontraktów na umowy o pracę. Tylko w ten sposób osoby, które mają od wielu lat umowy, ale nigdy nie pracowały na etatach w danym zakładzie oraz osoby, które pracowały poprzednio, ale krócej niż 10 lat, nabywałyby prawo do udziałów lub akcji. Uważamy, że pracownicy wykonujący zawód na podstawie kontraktów z danym zakładem przez wiele lat, powinni również mieć prawo do nabycia udziałów czy akcji.

Uważamy również, że gdyby utrzymany został zapis art. 61 ust. 13, pkt. 2, przyznający prawo do udziałów bądź akcji byłym etatowym pracownikom, którzy przepracowali co najmniej 10 lat - to taki sam okres powinien być wprowadzony dla osób, które mają z danym zakładem kontrakty na świadczenia zdrowotne i wykonują pracę w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pracy pracowników etatowych.

Zwracamy jednocześnie uwagę, że osoba obecnie pracująca miałaby prawo do nieodpłatnego nabycia udziałów czy akcji, niezależnie od tego, jak długo pracuje w danym zakładzie, podczas gdy byli pracownicy musieliby wykazać, że pracowali minimum 10 lat.

Art. 71 ust. 2

Uważamy, że dla zwiększenia sprawności zarządzania zakładem, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie powinien mieć prawa wykonywania zawodu medycznego wtedy, gdy pełni funkcję kierownika zakładu. W myśl zapisów tego projektu członek zarządu spółki, która jest publicznym zakładem nie może jednocześnie wykonywać zawodu medycznego w zakładzie (art. 73 ust.2). Zdaniem PKPP Lewiatan podobny zapis powinien być wprowadzony w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

art. 72 ust.2

Zdaniem PKPP Lewiatan, zapis o możliwości rozwiązania stosunku pracy albo umowy z kierownikiem samodzielnego zakładu w przypadkach, o których mowa w tym artykule, spowoduje duże problemy z obsadzeniem stanowisk kierowniczych. Już obecnie często zdarzają się sytuacje długiego kierowania zakładami opieki zdrowotnej przez osoby o statusie p.o. kierownika, ponieważ brakuje odpowiednio przygotowanych osób zainteresowanych pełnieniem funkcji kierownika samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Proponowany zapis, dający możliwość rozwiązania umowy z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej za np. niedoprowadzenie do zmniejszenia zobowiązań wymagalnych do 20% w okresie 3 miesięcy nie jest zapisem właściwym. Zdaniem PKPP Lewiatan w miejsce obecnej regulacji należy wprowadzić zapis analogiczny jak dla zakładów publicznych będących spółkami, czyli tak, jak w art. 84 ust. 1 należy wprowadzić górne pułapy, do których publiczny zakład opieki zdrowotnej może zaciągać zobowiązania i ponosić koszty obsługi zobowiązań. Wciąż wiele jest czynników powodujących powstawanie zobowiązań w publicznych zakładach, na które kierujący nie mają większego wpływu, przy jednoczesnej społecznej i politycznej presji na podtrzymywanie działalności zakładu mimo braku możliwości pokrywania kosztów. W takiej sytuacji nie jest zasadnym, aby na kierowników samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej nakładane były sankcje zapisane w art.72. ust.2.

art. 79 ust. 2

Zdaniem PKPP Lewiatan w artykule tym powinno być dodane, że środkami, o których mowa w ust.1 pkt 1 - poza wymienionymi w projekcie ustawy powinny również być środki uzyskane od podmiotów prawnych, z którymi zakład zawarł umowę o zapewnianiu świadczeń zdrowotnych. Mogą to być, np. inne zakłady opieki zdrowotnej, które w danym zakładzie zakupują jakiegokolwiek świadczenia. Przy obecnym zapisie żadna z wymienionych kategorii środków nie obejmuje podanych w tym przykładzie, natomiast tego rodzaju transakcje występują obecnie i powinny być dopuszczone w przyszłości do listy środków jakie publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać.

art. 85

W obecnej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej istnieje przepis obligujący podmiot, który utworzył zakład do określenia zasad dzierżawy czy najmu majątku oddanego w użytkowanie publicznego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Wiele samorządów wprowadziło zasadę, że każdorazowa decyzja o dzierżawie czy najmie, nawet gdy dotyczy małej powierzchni, musi pozyskać akceptację poprzez uchwałę samorządu terytorialnego. Rozwiązanie takie powoduje bardzo często paraliż decyzyjny i jest powodem strasznej biurokracji. Jednostki samorządu terytorialnego nie radzą sobie z nadzorem nad finansami swoich zakładów, dopuszczają zaciąganie wysokich zobowiązań, ale jednocześnie, pozorując wykonywanie funkcji dobrego nadzorca są bardzo rygorystyczne w ustalaniu zasad najmu czy dzierżawy, paraliżując sprawność

zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej, które właściwie prowadzą gospodarkę finansową. Zgodnie z obecnymi przepisami – które nie ulegają zmianie - w wielu regionach zakłady opieki zdrowotnej często muszą czekać na prawomocną uchwałę samorządu, aby np. wynająć pomieszczenie na kiosk z gazetami w szpitalu czy na szatnię w budynku przychodni, prowadzoną przez zewnętrzną firmę. W tej dziedzinie mamy bowiem do czynienia z dużą nadgorliwością wielu samorządów, które nie pozwalają kierującym zakładami na żadne decyzje odnośnie wynajmu czy dzierżawy bez ich każdorazowej zgody. W związku z powyższym Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan uważa, że należy w tym zakresie zwiększyć autonomię kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej drogą ustawy, ograniczając nadzór nad gospodarowaniem mieniem do spraw istotniejszych aniżeli podawane w przykładach powyżej.

art. 90

Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan nie ma uzasadnienia dla wprowadzenia zakazu przeznaczania zysku na cele inne aniżeli statutowe. Prawo do wypłacania dywidendy nie jest zadaniem statutowym, a pozbawienie udziałowców czy posiadaczy akcji prawa do dywidendy może oznaczać, że nikt nie będzie zainteresowany nabywaniem udziałów czy akcji w spółce. Przy zachowaniu wskazanej w projekcie przewagi udziału jednostek publicznych nie ma obaw, aby zysk był przeznaczany na inne cele, jeśli zdaniem organu, który utworzy spółkę zysk w pierwszej kolejności powinien być przeznaczony na cele statutowe.

art. 91 ust. 1

Uważamy, że konieczność pokrycia długu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez organ, który utworzył zakład nie powinna być uzależniona od dwóch czynników, tj. tego, że zakład nie może zarówno pokryć długu, jak i tego, że ujemny wynik finansowy powoduje zaprzestanie udzielania świadczeń. Może bowiem wystąpić sytuacja, w której zakład ma coraz większe zobowiązania, a mimo to nadal udziela świadczeń. W tej sytuacji zapis art. 91 nie będzie obligował organu, który utworzył zakład do pokrywania ujemnego wyniku finansowego zakładu i długi tego zakładu będą rosły. Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan konieczność pokrycia ujemnego wyniku finansowego zakładu przez organ, który utworzył zakład powinna występować, gdy dług zakładu przekroczy określony w ustawie pułap np. określony przez stosunek długu do uzyskiwanych przychodów albo wartości aktywów.

Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan poza powyższymi uwagami szczegółowymi zwraca również uwagę, że w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie podano oceny skutków regulacji (OSR) wymaganej w przepisach dotyczących inicjatyw legislacyjnych.

Zakończenie

Zdaniem PKPP Lewiatan błędem jest przenoszenie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej, obecnych w aktualnej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, do projektu ustawy o prawach pacjenta. Dokumentacja medyczna (zasady jej tworzenia, przechowywania, udostępniania) nie są sprawami należącymi głównie do zakresu związanego z prawami pacjenta. Są to kwestie o bardzo dużym znaczeniu dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i działania innych podmiotów prawem dopuszczonych oraz dla osób wykonujących zawody medyczne. Naszym zdaniem w przepisach dotyczących praw pacjenta mogą być odwołania do dokumentacji medycznej, ale główne regulacje odnośnie dokumentacji powinny być umieszczone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Uważamy również, iż do opiniowanej ustawy powinny być przeniesione przepisy zawarte w projekcie ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych dotyczące możliwości wykorzystywania publicznego majątku użytkowanego przez publiczne samodzielne zakłady opieki zdrowotnej na cele związane z zapewnianiem świadczeń zakupywanych przez pacjentów z dochodów osobistych. Przeniesienie tychże przepisów powinno być dokonane z uwzględnieniem zmian, jakie PKPP Lewiatan zawarła w opinii do projektu ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Uważamy ponadto, że dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i ochrony finansów publicznych należy wprowadzić przepisy określające zasady, które będą chroniły zakłady opieki zdrowotnej funkcjonujące w formie spółki przed upadłością. Te szczególne zasady powinny dla niektórych zakładów tworzyć warunki ochrony przed upadłością w trybie wynikającym wyłącznie z kodeksu spółek handlowych, ponieważ błędem będzie dopuszczenie do upadłości jedyne na określonym obszarze publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zdaniem PKPP Lewiatan nie można odebrać możliwości leczenia społeczności lokalnej w niektórych specjalnościach medycznych tylko dlatego, że publiczny zakład opieki zdrowotnej ogłosił upadłość, a na danym terenie ani w bliskiej odległości nie ma niepublicznego, ani innego publicznego zakładu, który bez naruszenia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców przejąłby zadania upadającego zakładu.

Warszawa, 18 lutego 2008 r.

PKPP/81/MZ/2008

Zakończenie

Zdaniem PKPP Lewiatan błędem jest przenoszenie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej, obecnych w aktualnej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, do projektu ustawy o prawach pacjenta. Dokumentacja medyczna (zasady jej tworzenia, przechowywania, udostępniania) nie są sprawami należącymi głównie do zakresu związanego z prawami pacjenta. Są to kwestie o bardzo dużym znaczeniu dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i działania innych podmiotów prawem dopuszczonych oraz dla osób wykonujących zawody medyczne. Naszym zdaniem w przepisach dotyczących praw pacjenta mogą być odwołania do dokumentacji medycznej, ale główne regulacje odnośnie dokumentacji powinny być umieszczone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Uważamy również, iż do opiniowanej ustawy powinny być przeniesione przepisy zawarte w projekcie ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych dotyczące możliwości wykorzystywania publicznego majątku użytkowanego przez publiczne samodzielne zakłady opieki zdrowotnej na cele związane z zapewnianiem świadczeń zakupywanych przez pacjentów z dochodów osobistych. Przeniesienie tychże przepisów powinno być dokonane z uwzględnieniem zmian, jakie PKPP Lewiatan zawarła w opinii do projektu ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Uważamy ponadto, że dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i ochrony finansów publicznych należy wprowadzić przepisy określające zasady, które będą chroniły zakłady opieki zdrowotnej funkcjonujące w formie spółki przed upadłością. Te szczególne zasady powinny dla niektórych zakładów tworzyć warunki ochrony przed upadłością w trybie wynikającym wyłącznie z kodeksu spółek handlowych, ponieważ błędem będzie dopuszczenie do upadłości jedyne na określonym obszarze publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zdaniem PKPP Lewiatan nie można odebrać możliwości leczenia społeczności lokalnej w niektórych specjalnościach medycznych tylko dlatego, że publiczny zakład opieki zdrowotnej ogłosił upadłość, a na danym terenie ani w bliskiej odległości nie ma niepublicznego, ani innego publicznego zakładu, który bez naruszenia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców przejąłby zadania upadającego zakładu.

Warszawa, 18 lutego 2008 r.

PKPP/81/KT/2008



**GENERALNY INSPEKTOR
OCHRONY DANYCH
OSOBYWYCH**
Michał Serzycki

DOLIS-033-24/08/5053

Warszawa, dnia 19 lutego 2008 r

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu
ul. Wiejska 2/4/6
00 – 902 Warszawa

Sezonowy Panie Ministrze!

w odpowiedzi na pismo z dnia 23 stycznia 2008 roku (znak PS-28/08) dotyczące projektów:

- 1) ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

uprzejmie informuję, iż do projektów tych ustaw zgłaszam następujące uwagi.

ad. 1) Z uwagi na wiążącą administratorów danych zasadę adekwatności przetwarzanych danych w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane (art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), doprecyzowania wymaga pojęcie „dane” (kierownika zarządu lub zarządcy zakładu opieki zdrowotnej) z art. 109 ust. 8 pkt 13 projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę, iż pojęcie to ma charakter nieostry i obejmuje swoim zakresem potencjalnie nieograniczony zakres informacji o osobie, niezbędne jest także jego dookreślenie w cytowanym przepisie, by nie powstawały wątpliwości jakie dane osobowe kierowników (członków zarządu lub zarządców) zakładów opieki zdrowotnej winny być zawarte w jawnym Krajowym Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych.

Podobnego skonkretyzowania wymaga sformułowanie „informacja o kadrze dydaktycznej” – zawarte w art. 100 ust. 3 pkt 2 opiniowanego projektu ustawy. W wypadku gdyby „informacja” ta miała obejmować dane osobowe członków kadry dydaktycznej organizatora kształcenia, niezbędnym byłoby jednoznaczne wskazanie w przedmiotowym przepisie, jakie dane tych osób będą przetwarzane we wniosku o wpis do rejestru organizatorów kształcenia.

Niezależnie od powyższego informuję, że art. 46 ust. 8 zdanie drugie powołanego projektu ustawy odsyła do nieistniejącego art. 46 ust. 9 zdanie drugie.

ad. 2) W art. 43 pkt 1 projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta w sposób niejasny określono kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta do zapoznawania się z aktami i dokumentami zawierającymi dane osobowe. Wobec braku jakichkolwiek wskazówek interpretacyjnych w – dość lakonicznym – uzasadnieniu projektu ustawy, przepis ten – w zaproponowanym brzmieniu – stanowić może podstawę do żądania przez Rzecznika Praw Pacjenta wszelkich akt i dokumentów, a w konsekwencji upoważniać Rzecznika Praw Pacjenta do przetwarzania danych osobowych wszystkich kategorii, w tym także danych szczególnie chronionych w rozumieniu art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych. W ocenie organu do spraw ochrony danych osobowych zakres kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta do przetwarzania danych osobowych winien być zaś określony bardziej precyzyjnie i – zgodnie z dyspozycją art. 35 ust. 1 opiniowanego projektu ustawy – ograniczony do spraw związanych z ochroną praw pacjenta.

Zachodzi sprzeczność pomiędzy treścią art. 57 projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta a dyspozycją art. 58 tego aktu prawnego. Zgodnie bowiem z art. 58, ustalanie przez Rzecznika Praw Pacjenta wysokości kar pieniężnych, o których mowa m.in. w art. 57, powinno następować z uwzględnieniem okresu, stopnia i okoliczności naruszenia przepisów cytowanej ustawy oraz faktu ewentualnego uprzedniego naruszenia jej przepisów. Tymczasem art. 57 za nieprzekazanie Rzecznikowi Praw Pacjenta dokumentów oraz informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż wywołują zagrożenie zbiorowych praw pacjentów, przewiduje jednoznacznie oznaczoną sankcję w kwocie 50000 złotych. Zaproponowane brzmienie art. 57 opiniowanego projektu ustawy wyłącza więc możliwość stopniowania przez Rzecznika Praw Pacjenta – w oparciu o przesłanki wskazane

w art. 58 – wysokości kary pieniężnej za naruszenie obowiązku przekazania dokumentów lub informacji.

Niezależnie od powyższego informuję, że art. 51 ust. 1 powołanego projektu ustawy odsyła do art. 47 ust. 1 tejże ustawy dotyczącego zupełnie innych kwestii.

ad. 3) W art. 10 ust. 3 i art. 17 ust. 6 projektu ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** użyto nieostrego i niezdefiniowanego zwrotu „dane umożliwiające identyfikację świadczeniobiorcy”, a co za tym idzie – względ na zasadę adekwatności przetwarzanych danych w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane (art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych), wymaga stosownego doprecyzowania tego pojęcia, przy odpowiednim zastosowaniu wskazówek zawartych w pkt 1 niniejszego pisma.

Proponowane w art. 17 pkt 4 projektu ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** brzmienie art. 188 g ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) jest wadliwe, albowiem reguły logicznego rozumowania prowadzą do wniosku, iż w prawie Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych do żądania udostępnienia mu przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokumentów (lub ich kopii) związanych z działalnością Funduszu mieści się uprawnienie do zapoznawania się z ich treścią.

Niezależnie od – opisanych wyżej – rozwiązań wadliwych w świetle przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, przedstawiony do zaopiniowania projekt ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** zawiera następujące błędy o charakterze technicznym:

1. art. 7 pkt 2 w zakresie odesłania do „ust. 3 pkt 2”; art. 8 ust. 1; art. 188 p ust. 1 i art. 188 w ust. 2 w zakresie odesłania do „art. 188 d ust. 3” odsyłają do przepisów nieistniejących,
2. art. 188 z ust. 1 w zakresie odesłania do „art. 188 g, 188 j” odsyła do przepisów dotyczących zupełnie innych kwestii, niż w nim uregulowana.

2 *Porozumienie*

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
z up. Z - ca Generalnego Inspektora

Andrzej Lewiński
Andrzej Lewiński



FEDERACJA ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ
00-024 Warszawa; Al. Jerozolimskie 30; tel:(22) 629-02-49; fax: (22)621-55-86
Regon 001086340 NIP 526-025-14-63 KRS 0000184071

RADA KRAJOWA

Warszawa, 25. 02. 2008r.

Ldz. OP XI / 28 / 2008

Pan
Lech CZAPLA
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu RP

W odpowiedzi na przekazany do Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, przy piśmie z dnia 22 stycznia 2008r.:

poselski projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej -
uprzejmie przekazuję w załączeniu opinię Federacji ZZPOZ i PS do niniejszego projektu ustawy.

Łączę wyrazy szacunku

PRZEWODNICZĄCA

Urszula Michalska

GABINET MARSZAŁKA SEJMU
Wydział Prezydialny

wpływ: 2008. 02. 28

O p i n i a
Federacji Związków Zawodowych Pracowników
Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej
do poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej przeprowadziła szerokie konsultacje społeczne wśród członków organizacji związkowych zrzeszonych w Federacji do **poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej** wniesionego przez Klub Parlamentarny Platforma Obywatelska, przekazanego przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 22 stycznia 2008r. i przedkłada poniżej opinię do przedmiotowego projektu.

Na wstępie niniejszej opinii – Federacja zwraca uwagę na kilka aspektów natury ogólnej związanej zarówno z trybem prac nad projektami przekazanymi do zaopiniowania, jak też kierunkiem zmian systemowych stanowiących materię projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:

1. Przedłożenie 3 projektów ustaw systemowych: 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 ocenione przez Federację jednoznacznie negatywnie.
2. 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 projekcie ustawy o zoz należy zauważyć, iż wyłączonych jest szereg istotnych obszarów, które zgodnie z intencją autorów mają stanowić odrębne regulacje. **Zdaniem Federacji ZZPOZ i PS powinien powstać jeden akt prawny rangi ustawowej – ustawa o ustroju ochrony zdrowia, zawierający w szczególności** problematykę organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, sprawy pracownicze, dokumentacji medycznej, akredytacji, niektórych zawodów medycznych, praw pacjenta. Ujęcie w jednym akcie prawnym większości problematyki ochrony zdrowia znacznie ułatwiłoby poruszanie się po systemie.

3. W świetle wyłączeń niektórych obszarów będących przedmiotem obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Federacja zwraca szczególną uwagę na jeden z istotniejszych aspektów regulujący **szczególne uprawnienia pracownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej**. Wyłączenie obowiązujących przepisów zawartych w rozdziale 4a – Szczególne uprawnienia pracowników zatrudnionych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej z obecnego projektu poselskiego zostało bardzo negatywnie odebrane przez środowisko związkowe pracowników ochrony zdrowia. Zwracamy uwagę, iż podstawowym warunkiem spokoju społecznego potrzebnego do przeprowadzenia trudnych zmian systemowych jest wypracowanie regulacji o szczególnych uprawnieniach pracowników zoz w drodze dialogu i z poszanowaniem głosu środowiska pracowniczego.
4. Odnosząc się do poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Federacja ZZPOZ i PS pozytywnie ocenia przygotowanie **nowego aktu prawnego a nie kolejną nowelizację ustawy**.
5. Federacja podtrzymuje prezentowane od dawna stanowisko swoich organów statutowych, aby **szpitale były tworzone wyłącznie przez samorząd województwa**. W naszej ocenie uporządkowanie ilości organów założycielskich wzmocni nadzór i odpowiedzialność za organizację i prowadzenie opieki zdrowotnej w regionie oraz za zarządzanie szpitalami.
6. Federacja wielokrotnie apelowała o **równoległe przedłożenie przez rząd propozycji rozwiązań ustawowych związanych z konwersją zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej**. Wyrażamy wątpliwość, czy projektowane zmiany 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.
7. Art.59 stanowiący, iż z dniem przekształcenia **pracownicy samodzielnego publicznego zakładu pracownicy przekształconego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się z mocy prawa, pracownikami spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej - jest bezwzględnym warunkiem zgody Federacji ZZPOZ i PS na przekształcenia**

szpitali. Nie można dopuścić do sytuacji by pracownicy po raz kolejny ponosili największe koszty przekształceń w ochronie zdrowia.

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

Uszczegóławiając powyższe - w opinii Federacji ZZPOZ i PS 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 ustalonym na poziomie 51% oraz 75% jest niezbędnym minimum i dalsza dyskusja w tym zakresie powinna być kontynuowana wyłącznie pod kątem zwiększenia tego progu procentowego, nie zaś jego obniżania.

9. Zasadnym jest wyłączenie z przepisów ustawy regulacji związanych z działalnością obecnie funkcjonujących rad społecznych w zakładach opieki zdrowotnej. Praktyka pokazała, iż są to ciała opiniodawcze 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 czy realizacja dydaktyki, to zaś z kolei może być uznane jako prowadzenie działalności gospodarczej. Definicja nie

podkreśla ponadto prowadzenia badań naukowych i prac badawczo- rozwojowych w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych przez zakład opieki zdrowotnej.

- 2) **art.7** – wskazanie **jakiego rodzaju działalności nie można wykonywać na terenie zoz** było szersze zakresowo w dotychczasowej ustawie o zoz (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”.

- 3) 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.

- 4) **art.12 ust. 3 i 4** – wprowadzenie nowych modeli alternatywnego kierowania oddziałami w szpitalach poprzez **system ordynatorski i system konsultancki** wymaga naszym zdaniem doprecyzowania zapisów. Konieczne jest uzupełnienie, iż konsultant ponosi także odpowiedzialność za kierowanie oddziałem pod względem administracyjno - gospodarczym, jak ordynator. Wątpliwości budzi „zespół konsultantów” – czy zamiarem jest wprowadzenie odpowiedzialności zbiorowej?

- 5) zgodnie z **art.13 ust.2 pkt.6** w związku z uwagami w pkt. 9) dopuszcza się **możliwość dodatkowych opłat za zapewnienie pacjentowi na jego życzenie pomieszczenia o wyższym standardzie.**

Federacja ZZPOZ i PS nie sprzeciwia się wprowadzeniu takiej formy dopłat, należy jednak uszczegółwić przepisy m.in. poprzez określenie procentowego wskaźnika pomieszczeń ponadstandardowych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej z zachowaniem uprawnień świadczeniobiorców w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a zwłaszcza wyeliminowania zjawiska ograniczania liczby łóżek „standardowych” dla chęci większego zysku.

- 6) **art.18 ust.2** – zwracamy uwagę , iż **katalog stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej** nie uwzględnia *szpitala uzdrowskiego* – 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.

Podział zakładów opieki zdrowotnej na zakłady stacjonarne i ambulatoryjne należy ocenić bardzo pozytywnie, z uwzględnieniem zamkniętego katalogu tych zakładów.

- 7) **W art.19** należy doprecyzować – jakie podstawowe oddziały powinien posiadać szpital? Wyeliminuje to kilkułóżkowe „szpitale” wykonujące wybiórcze procedury. Poza tym należy odnieść się także do szpitali wąskoprofilowych np. zakaźnych, ginekologiczno – położniczych itp.
- 8) **art. 26 ust.2 zdanie drugie** – przepisy związane z wypisem pacjenta ze szpitala – pojawia się nowy przepis regulujący możliwość egzekwowania przez gminę zwrotu kosztów transportu pacjenta, który nie jest odbierany ze szpitala w wyznaczonym terminie. W opinii Federacji konieczne jest uszczegółowienie tego przepisu w części dotyczącej egzekwowania należności tych przez szpitale, aby nie były one uwikłane w długotrwałe procesy i dodatkowe koszty. W przeciwnym wypadku przepisy mogą okazać się „martwe” w praktyce.
- 9) **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?
- 10)**art.37 – katalog ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej** – wykreślone zostały: pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji oraz żłobek (o żłobku – oddzielnie w uwadze 12).
- 11)**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.

12) **wykreślenie żłobka z katalogu zakładów opieki zdrowotnej. Niezrozumiałym jest dla nas fakt umieszczenia żłobka w projekcie ustawy o systemie oświaty a nie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej jako zakład opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji.**

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?

13) **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.

Federacja wyraża opinię, iż kwotę tę należałoby podnieść, co zgodnie z intencją ustawodawców zagwarantuje powstawanie silnych finansowo podmiotów.

14)art.48: procentowy udział kapitału zakładowego spółki.

- w ocenie Federacji ZZPOZ i PS **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 podmiotów publicznych na działalność spółki.**
- odnośnie 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 % uważamy za **niezbędne minimum (ust.1).** W tym miejscu należałoby zadać pytanie do projektodawców o uzasadnienie zróżnicowania udziału procentowego podmiotu publicznego w kapitale zakładowym spółki w odniesieniu do szpitali klinicznych i szpitali pozostałych.
- w ocenie Federacji należy rozważyć by w początkowym etapie przekształceń udział podmiotu publicznego: Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego był **100%.**
- 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 czy w pozostałej części (odpowiednio 49% i 25%).**

W ocenie Federacji udziały albo akcje pracownicze nabyte nieodpłatnie przez uprawnionych pracowników określonych w ustawie powinny być poza większościowym udziałem podmiotu publicznego. 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 (art. 61 ust.8) - zaburzałoby to publiczny charakter spółki i

po 2 latach procentowy udział kapitału zakładowego spółki mógłby być znacznie zmodyfikowany.

- 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 (ust.2).

15) **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) dotyczące trybu uzgodnień odnośnie podziału udziałów albo akcji.**

- w ocenie Federacji zasadnym jest rozważenie **zwiększenia możliwości nabywania przez pracowników akcji i udziałów spółki powyżej wysokości 15 %.**
- **Federacja ZZPOZ i PS wnosi o zagwarantowanie udziału przedstawicieli organizacji związkowych w składzie rad nadzorczych spółek.**
- **ust.6 – należy wykreślić przepis stanowiący o prawie do dziedziczenia akcji lub udziałów nabytych nieodpłatnie przez uprawnionych pracowników – w sytuacji dopuszczenia dziedziczenia część akcji tzw. pracowniczych znajdzie się poza kontrolą, a nie powinno być to założeniem ustawodawcy.**
- **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 1974 r. Kodeks pracy 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 Federacji 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).

- 16) **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).
- 17) **art.52 ust. 1 pkt.2** – należałoby wyjaśnić intencję projektodawcy zakładającą, iż przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej może polegać również na zmianie – zgodnie z pkt.2 - „zakresu lub rodzaju udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych” .
- 18) **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.
- 19) przepisy zawarte w rozdziale 5 – od art. 66 - regulujące kwestie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej wzmacniają 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).

20) art.79 – Federacja opowiada się za zrównaniem publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie możliwości pobierania środków finansowych uzyskanych od pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane ponad limit z NFZ. Należy jednak doprecyzować przepisy w tym zakresie.

21) 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.

22) 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 także ich obowiązek. Tym bardziej nie może się to odbywać wyłącznie środkami osoby szkolącej się.

Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej wyraża gotowość do zgłaszania dodatkowych uwag w trakcie prac legislacyjnych w Sejmie.

Z poważaniem

PRZEWODNICZĄCA

Urządła Michalska