



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, 12 czerwca 2008 r.

VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSPA-140 -66(3)/08
DSPA-140 -73(3)/08

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Przekazuję przyjęte przez **Radę Ministrów stanowisko** wobec poselskich projektów ustaw:

- **o zakładach opieki zdrowotnej** (druk nr 284),
oraz
- **Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia** (druk nr 294).

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do reprezentowania Rządu w tych sprawach w toku prac parlamentarnych.

(-) Donald Tusk

STANOWISKO RZĄDU DO:

- 1) POSELSKIEGO PROJEKTU USTAWY O ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ (druk nr 284)**
- 2) POSELSKIEGO PROJEKTU USTAWY- PRZEPISY WPROWADZAJĄCE USTAWY Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA (druk nr 294) – w części dotyczącej form pomocy państwa dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przekształcanych w spółki kapitałowe**

Poselskie projekty ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej oraz Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia stanowią część pakietu wniesionych przez Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej w dniu 18 stycznia 2008 r. do łaski marszałkowskiej projektów 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, Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290).

Ze względu na konieczność dokonania znaczących zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, projektodawcy za zasadne i celowe uznali 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. Nowe rozwiązania przyczynią się do uporządkowania przepisów oraz dostosowania ich do obecnej sytuacji prawnej i faktycznej.

Jedną z głównych zalet omawianego projektu jest umożliwienie działania zakładu opieki zdrowotnej na bardziej elastycznych i rynkowych zasadach, w szczególności dopuszczenie możliwości ich funkcjonowania w formie spółek handlowych.

Rząd pozytywnie odnosi się do zaprezentowanych zmian. Jednocześnie proponuje się przyjęcie zasady przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki oraz zniesienie podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Wprowadzenie w życie wymienionych propozycji przyczyni się do zwiększenia przejrzystości i efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce.

Niezależnie od powyższego proponuje się rozważenie dodatkowych zmian, które przyczynić się mogą do udoskonalenia projektowanych rozwiązań:

- 1) Proponuje się definicję zakładu opieki zdrowotnej rozumianego jako zespołu osób i środków majątkowych wyodrębnionych organizacyjnie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Taka zmiana

związana jest z potrzebą podkreślenia, iż celem prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej jest przede wszystkim udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W związku z faktem, iż definicja zakładu opieki zdrowotnej, jest definicją bardzo zbliżoną do definicji przedsiębiorstwa (rozumianego jako zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej), konieczne jest odwołanie się do art. 55¹ Kodeksu cywilnego. W związku z tym, że zgodnie z projektem ustawy, zakład opieki zdrowotnej będzie mógł być prowadzony w formie spółki kapitałowej (spółki z organiczną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej), to substratem majątkowym tej spółki będzie tenże zakład opieki zdrowotnej. Innymi słowy: zakład opieki zdrowotnej będzie przedsiębiorstwem spółki. W konsekwencji tej zmiany konieczne będzie posługiwanie się w całej ustawie pojęciem „nazwy zakładu” a nie „firmy zakładu”.

2) W związku z wątpliwościami dotyczącymi możliwości tworzenia i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej w zakładach karnych, proponuje się dodanie przepisu umożliwiającego prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej jako części innej jednostki organizacyjnej. Przepis ten powinien być zamieszczony w rozdziale projektu ustawy dotyczącym zakładów opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji. Należy również doprecyzować przepisy dotyczące możliwości tworzenia i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej w zakładach karnych, gdyż proponowane w projekcie regulacje nie są wystarczająco jednoznaczne, szczególnie w zakresie wskazania przepisów ustawy, które stosuje się do tych zakładów.

3) Proponuje się uzupełnienie projektu o przepis stanowiący, iż w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo-wychowawczych, w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, która będzie zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Jednostka ta udzielałaby świadczeń wyłącznie mieszkańcom domów opieki społecznej i tym samym przyczyniłaby się do pełniejszej realizacji art. 68 ust. 3 Konstytucji.

4) W art. 3 proponuje się odstępianie od definiowania pojęcia likwidacji, aktu założycielskiego spółki oraz od rozróżnienia na publiczny i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Proponuje się również zmianę przepisu definiującego osobę wykonującą zawód medyczny. Zmiana miałaby polegać na skreśleniu wyrazów „lub uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych” oraz dodaniu wyrazów „oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”. W większości przypadków kwalifikacje i tryb szkolenia osób wykonujących zawód medyczny nie wynikają z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

czy też z ustaw zawodowych (takich jak np.: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Dotyczy to np. zawodu fizjoterapeuty. Osoba, która legitymuje się nabyciem kwalifikacji fizjoterapeuty wykonuje zawód medyczny, o ile zostanie w zakładzie opieki zdrowotnej zatrudniona na takim stanowisku.

5) W art. 5 proponuje się wykluczenie z katalogu oznaczeń zarezerwowanych dla szczególnych zakładów opieki zdrowotnej wyrazu „klinika”. Wynika to z potrzeby uwzględnienia w przepisach aspektu praktycznego ich stosowania. Do organów prowadzących rejestr (Ministra Zdrowia i wojewodów) napływają liczne sygnały o zakładach opieki zdrowotnej, które chcą używać oznaczeń mini-klinika, poliklinika, czego ustawa wprost nie zakazuje. Ponadto w powszechnym odbiorze wyrazy „klinika” i „przychodnia” są odbierane jako tożsame. W związku z powyższym wydaje się, iż przyjęcie takiego rozwiązania, nie wywołując negatywnych skutków, wzmocni jednak poszanowanie dla prawa i nie będzie stwarzało powodów do jego obchodzenia.

6) W art. 6 proponuje się skorelowanie jego treści z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym w zakresie definicji „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego”.

7) W art. 7 proponuje się zastąpienie określenia „na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu zakładu opieki zdrowotnej” sformułowaniem „na terenie zakładu opieki zdrowotnej”. Takie określenie funkcjonuje w obecnie obowiązujących przepisach i jego stosowanie nie budzi jak dotychczas wątpliwości interpretacyjnych. Ponadto zasadne wydaje się także dodanie zakazu reklamy usług pogrzebowych, ponieważ taka reklama prowadzona w szpitalach jest dla wielu pacjentów oraz ich rodzin bardzo uciążliwa i negatywnie wpływa na komfort przebywania w zakładzie. Problem ten jest przedmiotem licznych skarg kierowanych do Ministra Zdrowia i wydaje się, iż tylko wyraźne wpisanie zakazu reklamy może przyczynić się do skutecznego ograniczania nieprawidłowości w tym zakresie.

8) Proponuje się rozważyć nałożenie na zakład opieki zdrowotnej obowiązku podawania do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych z zastrzeżeniem, iż treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

9) Zasadne wydaje się wprowadzenie mechanizmów kontrolnych mających na celu sprawdzanie wykonania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. Wprowadzenie takich regulacji jest konieczne ze względu na normę art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 124, poz.1152 z późn. zm.). Stosowną kontrolę mógłby sprawować organ prowadzący Krajowy Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych, na zasadach określonych w projekcie.

10) Celowa jest modyfikacja zakresu odpowiedzialności z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych poprzez rozciągnięcie jej na następstwa ich udzielania.

11) Zasadne jest całkowite odejście do formy prawnej „samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej” na rzecz zakładu prowadzonego przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, przy czym istotne jest, aby nie nastąpiło to z chwilą wejścia ustawy w życie, ale w dłuższym, rocznym okresie czasu przy jednoczesnym zastosowaniu rozwiązań związanych z restrukturyzacją finansową i organizacyjną określoną w projekcie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Taki kierunek zmian wynika z proponowanej zasady przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki.

12) Proponuje się, aby zakłady opieki zdrowotnej tworzone przez podmioty inne niż podmioty publiczne, mogły być prowadzone we wszystkich dopuszczalnych prawnie formach, w tym także w formie spółki cywilnej oraz spółki partnerskiej.

13) Zasadne wydaje się stworzenie na potrzeby ustawy pojęcia „podmiotu, który utworzył zakład”, niezbędnego w kontekście brzmienia przepisów ustawy nakładających na ten podmiot prawa i obowiązki.

14) Potrzebne jest dodanie do form prawnych zakładu opieki zdrowotnej formy zakładu budżetowego, ponieważ w obecnym stanie prawnym te zakłady istnieją, m.in. w takiej formie działają zakłady będące jednostkami organizacyjnymi jednostek wojskowych będących zakładami budżetowymi.

15) Uzasadnione jest odejście od dotychczasowego przepisu art. 9 ust. 6, który *de facto* zakazuje tworzenia i prowadzenia szpitali przez gminy i powiaty. Regulacja ta może powodować rozliczne problemy, np.: własnościowe (odebranie majątku gminom i powiatom może skutkować koniecznością wypłaty rekompensat dla tych jednostek), czy konstytucyjne (przepis może być uznany za naruszający konstytucyjną zasadę ochrony prawa własności oraz zasadę pomocniczości). Propozycja ta wychodzi naprzeciw postulatom zgłaszanym podczas konferencji „Biały Szczyt”.

16) Proponuje się dodanie do ustawowego upoważnienia dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, obowiązku zasięgnięcia opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej.

17) Proponuje się zastąpienie określenia „statut zakładu opieki zdrowotnej” terminem „regulamin organizacyjny zakładu”, co ma na celu usunięcie ewentualnych wątpliwości semantycznych pomiędzy wyrażeniem „statut spółki” a „statut zakładu opieki zdrowotnej”,

będącego przedsiębiorstwem spółki. Ponadto taka zmiana brzmienie będzie współgrać z art. 35 Kc, zgodnie z którym powstanie, ustroj i ustanie osób prawnych określają właściwe przepisy, a w wypadkach i w zakresie przewidzianych w tych przepisach organizację i sposób działania osoby prawnej reguluje także jej statut.

18) Proponuje się pozostawienie podmiotowi, który utworzył zakład, swobody w określeniu struktury organizacyjnej zakładu, odpowiedniej do jego specyfiki, między innymi określenie sposobu kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi zakładu (odejście od pojęć systemu ordynatorskiego, konsultanckiego i ich określania). Pozwoli to na bardziej elastyczne zarządzaniem zakładem opieki zdrowotnej.

19) Proponuje się wprowadzenie jako elementu obligatoryjnego treści regulaminu organizacyjnego zakładu „miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych”, co ma istotne znaczenie w kontekście zmienionej formy prawnej zakładu opieki zdrowotnej.

20) Proponuje się określenie obowiązków szpitala w razie śmierci pacjenta w odrębnej ustawie.

21) Proponuje się wyłączenie stosowania przepisów dotyczących ustalenia planów ewakuacji wobec małych przychodni. Ponadto zasadne jest, aby w przypadku zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej – plan ewakuacji był przekazywany do wiadomości temu ministrowi.

22) Z uwagi na to, że propozycje art. 15 – 17 dotyczące wyłączenia trybu ustawy – Prawo zamówień publicznych w stosunku do zamówień na świadczenia zdrowotne mogą budzić wątpliwości konstytucyjne, problem ten wymaga pogłębionej analizy prawnej.

23) Proponuje się zdefiniowanie szpitala jako zakładu opieki zdrowotnej, który udziela przez całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie ratowania życia, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, w którym okres pobytu pacjenta nie powinien być dłuższy niż okres niezbędny do udzielenia tych świadczeń. Zaproponowana formuła określa czas hospitalizacji wskazując, iż okres pobytu pacjenta w szpitalu powinien być tak krótki, jak to jest możliwe, co wydaje się wystarczająco elastyczne, aby uwzględniać różnorodne przypadki i wskazania medyczne, a jednocześnie pozwalać na odróżnienie szpitala od zakładów opieki długoterminowej.

24) Proponuje się przeniesienie przepisów dotyczących aptek szpitalnych do ustawy - Prawo farmaceutyczne jako aktu prawnego całościowo regulującego zagadnienia gospodarki produktami leczniczymi.

25) Celowe jest ograniczenie zakresu obowiązków szpitala wobec pacjenta do sytuacji w których świadczenia finansowane są ze środków publicznych. W ramach środków publicznych szpital zapewnia: świadczenia zdrowotne, produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenie odpowiadające wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy oraz wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Oznacza, to że wszystko co szpital zapewnia ponadto może być finansowane z innych źródeł. W odniesieniu do świadczeń finansowanych ze źródeł prywatnych (np. przez pacjenta, czy ubezpieczyciela) zakres obowiązków szpitala określa umowa.

26) Proponuje się wprowadzenie regulacji dotyczących przechowywania zwłok przez szpital – obowiązek bezpłatnego przechowywania do 72 godzin; dłuższe przechowywanie wiązałoby się z pobieraniem opłat od osób lub instytucji obowiązanych do pochowania zwłok na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których konieczne jest przechowywanie zwłok w związku z toczącym się postępowaniem (prokuratura, sądy).

27) Proponuje się odstąpienie od szczegółowego określania istotnych elementów treści umowy pomiędzy szpitalem a uczelnią o udostępnianiu oddziału klinicznego, podkreślając znaczenie zasady swobody umów, wynikającej z art. 353¹ Kodeksu cywilnego.

28) Proponuje się w art. 26 projektu wyłączenie opiekuna faktycznego, jako osoby obowiązanej do pokrywania kosztów pobytu w szpitalu pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego. Wydaje się bowiem, że przyjęte w projekcie rozwiązanie jest zbyt daleko idące.

29) Wydaje się, iż rozporządzenie określające sposób pokrywania przez gminę kosztów transportu sanitarnego pacjenta powinno zostać wydane przez Prezesa Rady Ministrów (nie zaś przez Radę Ministrów, jak proponuje projekt poselski), który jest organem nadzoru nad działalnością jednostek samorządu terytorialnego.

30) Proponuje się objęcie obowiązkiem powiadamiania wojewody o zaprzestaniu działalności jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala wyłącznie bezpośrednio związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

31) Proponuje się, aby przepisy, dotyczące obowiązku zaopatrywania dzieci do lat 7 w znaki tożsamości miały zastosowanie także w innych niż szpitale stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Mogą w nich być bowiem leczone także dzieci do lat 7.

32) Proponuje się bardziej czytelne, jednoznaczne określenie odrębności pomiędzy zakładem opiekuńczo-leczniczym a pielęgniacyjno-opiekuńczym.

33) Nie jest wskazane wprowadzenie nowego trybu kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych. Zatem zasadne jest odstąpienie od potwierdzania skierowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co mogłoby tylko wydłużyć czas oczekiwania na umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub pielęgnacyjno – opiekuńczym.

34) Proponuje się odstąpienie od określania standardów wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów w szpitalu. Minimalne wymagania dla pomieszczeń i urządzeń zakładu określi rozporządzenie wydane na podstawie art. 10 ust. 2 projektu. Przy takiej regulacji możliwe będzie również pobieranie opłat za warunki przewyższające te określone w rozporządzeniu.

35) Proponuje się dopuszczenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez ambulatoria wyłącznie w warunkach domowych, bez konieczności posiadania pomieszczenia spełniającego wymagania i dostosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie zakładu. Brzmienie przepisu art. 37 ust.2 nie wskazuje jednoznacznie na tę intencję i może budzić wątpliwości, co do możliwości tworzenia i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych wyłącznie w domu pacjenta – zakład taki byłby zobowiązany do posiadania jedynie pomieszczeń, w których przechowywany będzie sprzęt i dokumentacja medyczna. Jak wynika z doświadczeń Ministerstwa Zdrowia praktyka taka jest stosowana, co świadczy o zapotrzebowaniu na tego typu placówki. Zasadne wydaje się zatem stworzenie wyraźnej podstawy prawnej dla ich istnienia.

36) Proponuje się wprowadzenie pojęcia „zakładu badań diagnostycznych” jako ambulatoryjnego zakładu opieki zdrowotnej w art. 37 ust. 3 pkt 3 projektu w miejsce „medycznego laboratorium diagnostycznego” i jego zdefiniowanie. Zmianę taką dyktuje zbieżność określenia „medyczne laboratorium diagnostyczne” z używanym w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 z późn.zm.). W związku z tym zasadne jest wprowadzenie pojęcia innego, które oznaczać będzie zakłady, wykonujące szeroko rozumianą diagnostykę, przy jednoczesnym wprowadzeniu do katalogu zakładów opieki zdrowotnej o szczególnej regulacji (art. 42 projektu) medycznego laboratorium diagnostycznego z powołaniem przepisów o diagnostyce laboratoryjnej.

37) Zasadne jest wprowadzenie nowej kategorii zakładu opieki zdrowotnej „ośrodka terapii uzależnień”. Ośrodek udzielałby całodobowych świadczeń z zakresu leczenia odwykowego oraz leczenia i rehabilitacji uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych poprzez realizowanie programów psychoterapii uzależnień oraz udzielanie indywidualnych świadczeń

zapobiegawczo - leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

38) Proponuje się zmianę definicji „przychodni” w art. 38 projektu w związku z tożsamością pojęcia „podstawowa opieka zdrowotna” z określeniem „doraźna pomoc ambulatoryjna (świadczenia zdrowotne udzielane na miejscu w zakładzie)”, które stanowi zbędne dookreślenie pojęcia „podstawowa opieka zdrowotna”.

39) Zasadne jest objęcie zakresem przedmiotowym art. 42 pkt 2 wszystkich centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa (np. resortowe), a nie tylko regionalnych.

40) Proponuje się ograniczenie odrębności występujących w regulacjach dotyczących zakładów utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych jedynie do kwestii nadzoru i kontroli nad tymi zakładami.

41) Wprowadzone projektem zmiany zasad organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej wprowadzają formę spółki akcyjnej i z ograniczoną odpowiedzialnością, których działalność opierać się będzie na Kodeksie spółek handlowych. Jednocześnie zasadne jest stworzenie dla „spółki z jednoosobowym lub większościowym udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub publicznej uczelni medycznej”, szczególnych regulacji. Jednocześnie nadal będą funkcjonowały zakłady i jednostki budżetowe, w związku z czym potrzebne jest wprowadzenie odrębnego rozdziału, dotyczącego tworzenia, przekształcenia i likwidacji zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego przy jednoczesnym usunięciu regulacji dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

42) W związku z proponowaną zmianą form organizacyjno - prawnych, w jakich mogą działać zakłady opieki zdrowotnej, zmianie powinny ulec przepisy o zarządzaniu zakładem. Jeżeli w zakładzie nie byłoby kierownika i jego funkcje pełniłby zarząd, co najmniej jeden z jego członków powinien spełniać, określone ustawą, wymagania dla kierownika. Doprecyzowane winny być także zadania, jakie w zakładzie wykonuje kierownik medyczny.

43) W związku z proponowaną zmianą form organizacyjno-prawnych, w jakich mogą działać zakłady opieki zdrowotnej, zmianie winny ulec przepisy o gospodarce finansowej. Konieczne jest ponowne uregulowanie niezbędnych spraw związanych z dotacjami i innymi środkami publicznymi dla spółek kapitałowych z jednoosobowym albo większościowym udziałem podmiotów publicznych, spraw związanych z gospodarką finansową jednostek i zakładów budżetowych, oraz spraw związanych z gospodarowaniem mieniem i zaciąganiem zobowiązań przez ww. spółki. Wskazana wydaje się rezygnacja z ograniczenia, w myśl którego spółka z jednoosobowym albo większościowym udziałem podmiotu publicznego nie

może zaciągać zobowiązań odpowiadających ponad połowie wartości jej aktywów. Nie jest również celowe nakładanie na taką spółkę obowiązku uzyskiwania zgody podmiotów tworzących (właścicieli) na zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości, zaciągnięcie zobowiązań o wartości przewyższającej równowartość 500 000 zł lub wysokość kapitału zakładowego. Wystarczające wydają się regulacje ogólne zawarte w przepisach Kodeksu spółek handlowych. Zasadne jest odstąpienie od zasady przeznaczania zysku przez spółki kapitałowe z jednoosobowym albo większościowym udziałem podmiotów publicznych wyłącznie na cele statutowe. Pozwoli to na bardziej efektywną alokację zysków spółki.

44) Proponuje się odstąpienie od ustanawiania wysokości minimalnego udziału Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, uczelni medycznej w spółkach prowadzących zakłady opieki zdrowotnej.

45) Proponuje się doprecyzowanie przepisu w zakresie niezbędnych informacji dotyczących kierownika zakładu ujawnionych w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej i jednostek badawczo-rozwojowych. Zmiana zapewni zgodność projektu ustawy z ustawą o ochronie danych osobowych (na potrzebę doprecyzowania wskazywał Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych w swoich uwagach dołączonych do projektu ustawy – do druku 284). Zasadne jest także dodanie, że w rejestrze tym są gromadzone: imię i nazwisko kierownika zakładu albo imiona i nazwiska członków zarządu i kierownika medycznego w spółce kapitałowej z jednoosobowym albo większościowym udziałem podmiotu publicznego. Proponuje się również, aby spółka kapitałowa informowała organ prowadzący rejestr, o tym czy jest jednoosobową lub większością spółką Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, czy też utraciła ten status.

46) Proponuje się, by wśród danych zbieranych w rejestrze znalazła się także informacja o miejscu udzielania świadczeń oraz proponuje się wprowadzenie obowiązku załączania dokumentów będących podstawą dokonania zmian zawartych w rejestrze przez organ prowadzący rejestr.

47) Proponuje się uporządkowanie zasad, określenia sytuacji, w których następuje wykreślanie zakładu z rejestru „z urzędu” przez organ prowadzący rejestr.

48) Zasadne jest odmienne uregulowanie kwestii nadzoru. Winien on być sprawowany wyłącznie pod względem kryterium legalności oraz pod względem medycznym (projekt przewiduje także nadzór pod względem celowości i gospodarności działania zakładu). Jest to związane z zasadą przekształceń w spółki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Obowiązywać będą w tym zakresie przepisy Kodeksu spółek handlowych.

49) Zasadne wydaje się wykreowanie dla Ministra Zdrowia uprawnienia do przejęcia udziałów albo akcji w spółkach z jednoosobowym albo większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, po uzyskaniu informacji od wojewody, w przypadku wystąpienia okoliczności zagrażających zapewnieniu dostępu do określonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

50) Proponuje się rozszerzenie projektu o regulację przewidującą, że członkowie rad nadzorczych w jednoosobowych spółkach Skarbu Państwa prowadzących zakład opieki zdrowotnej będą powoływani spośród osób, które złożyły egzamin, o którym mowa w przepisach o komercjalizacji i prywatyzacji, lub zostały zwolnione z obowiązku złożenia egzaminu zgodnie z tymi przepisami. W przypadku rad nadzorczych pierwszej kadencji członkowie powinni być zobowiązani do złożenia przedmiotowego egzaminu w okresie 12 miesięcy od dnia powołania.

51) Proponuje się odstępianie od zakazu prowadzenia działalności konkurencyjnej na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu zakładu opieki zdrowotnej. Wystarczające wydają się przepisy Kodeksu spółek handlowych, zakazujące działalności na szkodę spółki. Zaś w przypadku jednostek i zakładów budżetowych, ze względu na ich specyfikę, nie ma zagrożenia prowadzenia działalności konkurencyjnej.

52) Proponuje się rezygnację z rozwiązań dotyczących możliwości ustanowienia zarządcy dla zakładu opieki zdrowotnej. Wydaje się, że w świetle tego, że w modelu docelowym zakłady opieki zdrowotnej będą w głównej mierze prowadzone przez spółki kapitałowe, spółki te mogą, na zasadach ogólnych, ustanowić prokurentów.

53) Proponuje się przeniesienie przepisów dotyczących specjalizacji, jako nie dotyczących wyłącznie pracowników zakładów opieki zdrowotnej, do projektu ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, co będzie skutkowało zmianą zakresu i tytułu tej ustawy.

Ponadto, projekt ustawy należy uzupełnić o przedstawienie skutków finansowych projektowanych regulacji.

Rząd popiera także inicjatywę poselską dotyczącą wyłączenia żłobków z systemu ochrony zdrowia. Jednakże w ocenie Rządu niezbędne jest wypracowanie kompleksowych rozwiązań systemowych odnoszących się do funkcjonowania żłobków. Zasadne jest, aby żłobki zostały włączone do systemu polityki społecznej (rodzinnej).

W związku z zasadą przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjne, prowadzące zakłady opieki

zdrowotnej, w rocznym okresie czasu, Rząd uważa za niezbędne wprowadzenie do projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia rozwiązań związanych z restrukturyzacją finansową i organizacyjną samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które polegałyby na:

1) Kategoryzacji ww. zakładów w zależności od ich rentowności w oparciu o przeprowadzone przez biegłego rewidenta, niezwłocznie po dniu wejścia w życie ustawy, badania rachunkowości oraz działalności zakładu.

Proponuje się, by zakłady były podzielone na trzy kategorie:

A – jeżeli ustalony w opinii biegłego rewidenta wskaźnik rentowności jest dodatni,

B - jeżeli ustalony w opinii biegłego rewidenta wskaźnik rentowności wynosi od 0 do -5,

C - jeżeli ustalony w opinii biegłego rewidenta wskaźnik rentowności jest niższy niż -5.

2) Zastosowaniu opcjonalnych, uzależnionych od ww. kategorii, mechanizmów finansowych:

a) umorzeniu znanych na dzień 31 grudnia 2007 r. zobowiązań publicznoprawnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wraz z odsetkami dla zakładów zakwalifikowanych do wszystkich kategorii (proponuje się, aby umorzenie to następowało z chwilą wpisu spółki powstałej w wyniku przekształcenia do rejestru przedsiębiorców; w odniesieniu do spzoz w najgorszej kondycji finansowej dodatkowym warunkiem umorzenia jest umieszczenie tego instrumentu w planie naprawczym sporządzonym przez wyspecjalizowaną agencję państwową nadzorującą restrukturyzację danego spzoz),

b) zawarciu ugody z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, której to zawarcie będzie warunkiem uzyskania poręczenia (dla kategorii A i B) albo pożyczki lub poręczenia (dla kategorii C); poręczeń i pożyczek udzielałaby państwowa agencja, a byłyby one przeznaczone na spłatę zobowiązań cywilnoprawnych, przy czym dla wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej poręczenie byłoby udzielane do wysokości dwukrotności kwoty umorzonych zobowiązań cywilnoprawnych.

3) Poddaniu zakładów objętych kategorią C, czyli o najgorszej kondycji finansowej – na wniosek podmiotów które utworzyły zakłady (w tym jednostek samorządu terytorialnego) przymusowemu zarządowi, który byłby jednym z elementów (obok dopasowanych dla nich form wsparcia państwa) planu naprawczego. Plan ten byłby sporządzony przez państwową agencję nadzorującą proces naprawy danego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na wniosek podmiotu, który utworzył ten zakład.

4) Zwolnieniu z podatku dochodowego od osób prawnych spółek kapitałowych powstałych z przekształcenia wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na okres dwóch lat.

Proponuje się, ażeby przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej następowało na wniosek podmiotów, które utworzyły zakłady. Dniem przekształcenia będzie dzień wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców. Zakłady, które nie przekształcą się w okresie roku od dnia wejścia w życie ustawy zostaną wykreślone z rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz z Krajowego Rejestru Sądowego.

Pomimo wskazanych powyżej zastrzeżeń oraz zaproponowanych rozwiązań, Rząd pozytywnie opiniuje ww. poselskie projekt ustaw i uważa za wskazane kontynuowanie nad nimi prac parlamentarnych.