



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSPA-140-73(5)/08

Warszawa, 5 września 2008 r.

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Przekazuję przyjęte przez Radę Ministrów stanowisko wobec poselskiego projektu ustawy

**- Przepisy wprowadzające ustawy
z zakresu ochrony zdrowia (druk nr 294).**

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

(-) Donald Tusk

**STANOWISKO RZĄDU
DO POSELSKIEGO PROJEKTU USTAWY – PRZEPISY WPROWADZAJĄCE
USTAWY Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA
(DRUK NR 294)**

Przekazany do zaopiniowania poselski projekt ustawy – *Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia* zawarty w druku sejmowym nr 294 jest jednym z projektów ustaw reformujących system ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Celem tego projektu ustawy jest wprowadzenie w życie pięciu ustaw reformujących ochronę zdrowia.

Zgodnie z zasadami techniki legislacyjnej celem sporządzenia odrębnej, od ustawy „głównej” (wprowadzanej), ustawy wprowadzającej jest odciążenie tej ustawy i uczynienie jej przepisów, dzięki temu zabiegowi, bardziej przejrzystymi i spójnymi. Konstrukcję ustawy wprowadzającej przyjmuje się w przypadku, gdy ustawa „główna” albo ustawy „główne” są:

- 1) szczególnie obszerne lub
- 2) zasadniczo zmieniają dziedzinę uprzednio regulowaną (w sposób merytorycznie odmienny od dotychczasowego).

Biorąc pod uwagę powyższe, w ocenie Rządu, celowym było przygotowanie poselskiego projektu ustawy – *Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia*.

Dokonując ponownej analizy przyjętego w dniu 11 czerwca 2008 r. stanowiska Rządu do poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz zmiany, jakie wprowadzono podczas prac sejmowej Podkomisji do spraw rozpatrzenia poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz Komisji Zdrowia Sejmu RP, Rada Ministrów proponuje dokonanie w omawianym projekcie ustawy zmian uwzględniających przyjęte podczas prac poselskich rozwiązania.

W związku z zasadą przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjne, prowadzące zakłady opieki zdrowotnej, Rząd uważa za niezbędne uwzględnienie w projekcie 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 wskaźników: „rentowności”, „koszt/przychód” i „płynności”, 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 przez biegłego rewidenta wskaźnik:

- a) rentowności jest dodatni,
- b) koszt/przychód jest równy lub mniejszy niż 1,
- c) płynności jest równy lub większy niż 1;

B - jeżeli ustalony przez biegłego rewidenta wskaźnik:

- a) rentowności wynosi od 0 do -5%.
- d) koszt/przychód wynosi od 1 do 1,1.
- e) płynności wynosi od 0,8 do 1;

C - jeżeli ustalone przez biegłego rewidenta wskaźniki, o których mowa powyżej uniemożliwiają zakwalifikowanie zakładu do kategorii A albo B.

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

a. Umorzeniu istniejących 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 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w najgorszej kondycji finansowej dodatkowym warunkiem umorzenia jest umieszczenie tego instrumentu w planie naprawczym.

b. Spłacie ze środków budżetu państwa istniejących na dzień 31 grudnia 2007 r. zobowiązań zakładu z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego, składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu

opieki zdrowotnej, jako płatnika, z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych, wraz z odsetkami za zwłokę.

Szacuje się, że wydatki z budżetu państwa na umorzenie i spłatę ww. zobowiązań publicznoprawnych istniejących na dzień 31 grudnia 2007 r. oraz na pożyczki i poręczenia Skarbu Państwa kształtowałyby się na poziomie 2,7 mld zł.

c. Zawarcie ugody z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, której to zawarcie będzie warunkiem uzyskania poręczenia, przy czym dla wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej poręczenie byłoby udzielane do wysokości dwukrotności kwoty umorzonych zobowiązań cywilnoprawnych.

d. Uzyskania pożyczki udzielanej przez Skarb Państwa (w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej należących do kategorii B o możliwości udzielania pożyczki będzie decydował Bank Gospodarstwa Krajowego, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej należących do kategorii C pożyczka będzie udzielna przez ten Bank, gdy plan naprawczy tak by stanowił).

3. Poddaniu zakładów objętych kategorią C, czyli o najgorszej kondycji finansowej – na wniosek podmiotów, które utworzyły zakłady (w tym jednostek samorządu terytorialnego) planowi naprawczemu, który może przewidywać poddanie takiego zakładu przymusowemu zarządowi. Zarząd ten byłby jednym z elementów (obok dopasowanych dla nich form wsparcia państwa) planu naprawczego. W związku z tym, że realizacja programu naprawczego wiąże się z zaangażowaniem środków publicznych kluczową rolę w ustanawianiu i nadzorowaniu wdrożenia planu naprawczego pełniłby Bank we współpracy z podmiotem, który utworzył zakład oraz kierownikiem tego zakładu. Plan naprawczy byłby przez podmiot, który utworzył zakład – w tym przypadku konieczna byłaby akceptacja planu przez Bank, a w przypadku braku akceptacji i konieczności uwzględnienia uwag Banku, możliwe byłoby zwrócenie się przez podmiot tworzący do Banku o pomoc w sporządzeniu planu.

Rząd po analizie propozycji zawartych w projekcie ustawy zawartym w Sprawozdaniu Komisji Zdrowia Sejmu RP proponuje, aby przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej następowało, w okresie dwóch lat od dnia wejścia w życie ustawy, na wniosek podmiotów, które utworzyły zakłady. Dniem przekształcenia będzie dzień wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców. Zakłady, które w ww. okresie, nie przekształcają

się w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjne, prowadzące zakłady opieki zdrowotnej, zostaną wykreślone z Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych, o którym mowa w projekcie ustawy zawartym w Sprawozdaniu Komisji Zdrowia Sejmu RP, oraz z Krajowego Rejestru Sądowego.

W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez:

- 1) ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę - czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonywać będzie minister właściwy do spraw Skarbu Państwa;
- 2) jednostkę samorządu terytorialnego – czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonywać będzie organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych – czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonywać będzie rektor tej uczelni;
- 4) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonywać będzie dyrektor tego Centrum.

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez centralny organ administracji rządowej w ww. spółkę wymagać będzie zgody odpowiednio właściwego ministra nadzorującego ten organ albo Prezesa Rady Ministrów.

Organ dokonujący przekształcenia powinien sporządzać akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w ww. spółkę. Akt ten powinien zawierać:

- 1) akt założycielski spółki;
- 2) imiona i nazwiska członków organów pierwszej kadencji;
- 3) pierwszy regulamin organizacyjny zakładu opieki zdrowotnej.

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

Rząd proponuje również, by powstałe z przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej spółki kapitałowe, prowadzące zakłady opieki zdrowotnej, były zwolnione z podatku dochodowego od osób prawnych przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie omawianego projektu ustawy. Zwolnienie to Rząd, uwzględniając rozwiązania zaproponowane w art. 5 poselskiego projektu ustawy - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, proponuje zastosować także do obecnych niepublicznych zakładów

opieki zdrowotnej, w których jednostki samorządu terytorialnego posiadałyby na dzień 1 stycznia 2009 r. pośrednio akcje albo udziały stanowiące większość kapitału zakładowego.

Ponadto, w ocenie Rządu proces planowany przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjne prowadzące zakłady opieki zdrowotnej będzie wymagał przeszacowania wartości nieruchomości będących we władaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W tym celu proponuje się rozważenie wprowadzenia w projekcie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia dodatkowej regulacji w brzmieniu:

„Art. 1. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej dokonują, na własny koszt, jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w ich posiadaniu, według stanu na dzień 1 stycznia 2009 r. w terminie do dnia 30 czerwca 2009 r.

2. Określenia wartości rynkowej nieruchomości dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach i w sposób określony w ustawie z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz. U. z 2004 r. Nr 261, poz. 2603).

3. Ilekroć w ustawie jest mowa o nieruchomościach rozumie się przez to nieruchomości o których mowa, w art. 3 ust.1 pkt 15 lit a, ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm).”.

Biorąc pod uwagę zniesienie w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zawartym w Sprawozdaniu Komisji Zdrowia Sejmu RP podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz rezygnacji z formy organizacyjno – prawnej „samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej” konieczne jest dokonanie odpowiednich zmian w szeregu ustaw.

W zakresie ustaw regulujących stosunek Państwa do poszczególnych Kościołów i związków wyznaniowych, tj. ustaw: z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko – Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 30 czerwca 1995 r. o

stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej) sformułowanie „świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej” proponuje się zastąpić sformułowaniem „świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych”. Uczniowie oraz studenci szkół prowadzonych przez kościelne osoby prawne mają bowiem, zgodnie z przepisami ww. ustaw prawo do świadczeń zdrowotnych na równi z uczniami szkół publicznych. W myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wszyscy uczniowie i studenci w Polsce mają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jako osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym – art. 66 ust. 1 pkt 17 i 20 albo jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej – art. 66 ust. 2 ww. ustawy. Stąd też ww. propozycja zmian w wymienionych ustawach, jest w ocenie Rządu uzasadniona.

Z kolei w ustawach: z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera; z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin. z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach, z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej, z dnia 21 kwietnia 2005 r. o opłatach abonamentowych oraz z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, występują pojęcia publicznego zakładu opieki zdrowotnej i niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Pojęcia te Rada Ministrów proponuje zastąpić terminem „zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez spółki kapitałowe z jednoosobowym udziałem podmiotów wymienionych w art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) oraz zakładów opieki zdrowotnej prowadzone w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego” – w przypadku dotychczasowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz terminem „innego zakładu opieki zdrowotnej” (niż zakład określony powyżej) albo „zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej” – w przypadku niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W związku z tym, że od 1 stycznia 2011 r. nie będzie już samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, koniecznym jest dokonanie zmian w ustawie z dnia 23 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, w zakresie chociażby zmiany nazwy „rejstru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” na „rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji”. W konsekwencji należy dokonać także zmian w ustawach: z dnia 7 kwietnia 1989 r. - Prawo o stowarzyszeniach, z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników oraz z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy.

Zmiany w Prawie upadłościowym i naprawczym powinny ograniczyć się do uchylenia, z dniem 1 stycznia 2011 r., pkt 3w art. 6 (jako dotyczącego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej).

W związku ze zniesieniem formy organizacyjno – prawnej jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej należy również dokonać zmian w ustawie z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami, w zakresie uchylenia przepisów regulujących wynagradzanie kierowników tych zakładów.

Odpowiedniej zmiany należy również dokonać w ustawie z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, w zakresie definicji przedsiębiorcy. Od 1 stycznia 2011 r. definicja ta nie powinna obejmować samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Spółki kapitałowe prowadzące zakłady opieki zdrowotnej powstałe z przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie będą jednostkami sektora finansów publicznych, stąd też konieczne jest wykreślenie z katalogu jednostek sektora finansów publicznych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (skreślenie pkt 7 w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych).

W pozostałych ustawach, tj. w ustawach:

- 1) z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej;

- 2) z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- 3) z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- 4) z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- 5) z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji;
- 6) z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- 7) z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
- 8) z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej;
- 9) z dnia 30 maja 1996 r. o uposażeniu byłego Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy;
- 11) z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi;
- 12) z dnia 23 września 1999 r. o zasadach pobytu wojsk obcych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasadach ich przemieszczania się przez to terytorium;
- 13) z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe;
- 14) z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach;
- 15) z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej;
- 16) z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych;
- 17) z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne;
- 18) z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym;
- 19) z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-privatnym

- zakres koniecznych zmian jest uzależniony od tego w jaki sposób i w jakim zakresie przepisy ww. ustaw odsyłają do regulacji obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Dla przykładu niektóre z ww. ustaw odsyłają do obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej tylko w zakresie rozumienia niektórych definicji ustawowych (np.: świadczenia zdrowotnego), część z nich nakłada obowiązki na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (wobec czego obowiązki takie można nałożyć wyłącznie na spółki kapitałowe z jednoosobowym udziałem podmiotów wymienionych w art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej), a część posługuje się pojęciem „publicznego zakładu opieki zdrowotnej”, pomimo, iż z treści merytorycznej konkretnego przepisu wynika, że mogłyby to być każdy zakład opieki zdrowotnej.

W związku z proponowanym w Sprawozdaniu Komisji Zdrowia RP brzmieniem art. 10 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, należy skreślić treść art. 8 projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, w myśl którego samorząd województwa wstępuje w prawa i obowiązki podmiotu tworzącego zakład opieki zdrowotnej w odniesieniu do szpitali, dla których podmiotem tworzącym zakład w dniu poprzedzającym ten dzień była inna jednostka samorządu terytorialnego z obszaru danego województwa. Powyższy przepis był konsekwencją przepisu art. 9 ust. 6 poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (zawartego w druku nr 284) na podstawie, którego jednostką samorządu terytorialnego, która może tworzyć i prowadzić szpital, jest wyłącznie samorząd województwa. Przepis ten *de facto* zakazywał tworzenia i prowadzenia szpitali przez gminy i powiaty. W Sprawozdaniu Komisji Zdrowia Sejmu RP odstąpiono do tej regulacji, tak więc odpowiedniego dostosowania w tym zakresie wymagają przepisy wprowadzające.

Rada Ministrów pozytywnie ocenia regulację projektowaną w art. 11 ust. 1, która określa normy tygodniowego czasu pracy lekarzy stażystów oraz odbywających specjalizację zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej w ramach stosunku pracy, która nie może przekraczać przeciętnie 56 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepis ten w sposób pełny wdraża przepisy dyrektywy 2003/88/WE w sprawie niektórych aspektów czasu pracy, bowiem zgodnie z rozszerzoną wykładnią pojęcie „*doctor in training*” zawarte w przepisach ww. dyrektywy oznacza zarówno lekarza stażystę jak i lekarza odbywającego specjalizację. Rząd pozytywnie odnosi się również do autopoprawki zgłoszonej przez wnioskodawców w dniu 29 lutego 2008 r., dotyczącej treści art. 37 projektu ustawy i dołączonej do druku nr 294.

W ocenie Rządu pewne wątpliwości budzi także przepis art. 31 projektu ustawy wprowadzający zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) w zakresie zmiany art. 5 pkt 30. Wprowadzenie do definicji programu zdrowotnego wydatków inwestycyjnych oznacza, że Narodowy Fundusz Zdrowia, w zakresie programów przez niego finansowanych, będzie zobowiązany do finansowania także takich wydatków. W obecnie obowiązującym stanie prawnym podstawowym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast sprawy majątkowe świadczeniodawców (wyposażenie, warunki materialne udzielania świadczeń np.: w zakresie

sprzętu i aparatury medycznej) nie były przedmiotem finansowania przez Fundusz. Stąd też Rząd proponuje zrezygnować z tej regulacji.

Ponadto w ocenie Rządu, w zakresie dotyczącym zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie jest wskazane wprowadzenie nowego trybu kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (podobnego jak w przypadku leczenia uzdrowiskowego). Skierowanie to powinien wydawać lekarz leczący konkretnego pacjenta, jeżeli świadczenia zdrowotne udzielane w tych zakładach mają być finansowane ze środków publicznych powinien to być lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Przyjęcie tej propozycji oznacza dokonanie zmiany w projekcie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia polegającej na skreśleniu pkt 2 w art. 31.

Ponadto rozumiejąc intencje przedstawione podczas prac poselskich nad przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczącymi szpitali, Rząd proponuje dokonanie zmian w art. 87 Prawa farmaceutycznego w następującym brzmieniu:

a) w ust. 1 pkt 2 proponuje się aby otrzymał brzmienie:

„2) szpitalne, zaopatrujące oddziały szpitalne lub inne niewymienione z nazwy zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w tym zakładzie lub jednostce organizacyjnej wchodzącej w skład zakładu – tworzone w jednostkach posiadających więcej niż 150 łóżek;”

b) proponuje się dodać ust. 5 w brzmieniu:

„5. W jednostkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 posiadających nie więcej niż 150 łóżek kierownik szpitala jest obowiązany, uwzględniając zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital, zatrudnić osobę sprawującą nadzór nad gospodarką produktami leczniczymi lub zawrzeć umowę ze szpitalem posiadającym aptekę szpitalną lub dział farmacji szpitalnej w zakresie wykonywania usług, o których mowa w art. 86 ust. 2 – 4.”

Rząd popiera inicjatywę poselską dotyczącą przeniesienia żłobków z systemu ochrony zdrowia, jednakże w ocenie Rządu żłobki powinny być umiejscowione w dziale „sprawy

rodziny” nie w dziale „edukacja”. Zaproponowane w projekcie regulacje dotyczące żłobków są niewystarczające, projekt należałoby rozszerzyć o regulacje dotyczące m. in. określenia formy organizacyjno – prawnej żłobków, ich finansowania w nowym systemie, a także umożliwiające sprawowanie opieki nad dziećmi w żłobku przez opiekunki dziecięce oraz inne niż pielęgniarka osoby wykonujące pozostałe zawody medyczne. Mając powyższe na uwadze, niezbędne jest wypracowanie kompleksowych rozwiązań systemowych odnoszących się do funkcjonowania i finansowania żłobków. Stąd też Rząd proponuje dokonanie odpowiedniej zmiany ustawy o świadczeniach rodzinnych, przy jednoczesnym funkcjonowaniu żłobków w dotychczasowej formie jeszcze przez okres dwóch lat.

W związku z rozwiązaniami przyjętymi w art. 33 pkt 1 projektu ustawy, wprowadzającym zmiany do art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.), polegającymi na ustanowieniu autonomii w kształtowaniu dochodów i wydatków Rzecznika Praw Pacjenta, Rząd stojąc na stanowisku, iż nie ma potrzeby ustanawiania powyższej autonomii, oraz biorąc pod uwagę rozwiązania instytucjonalne zawarte w poselskim projekcie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w wersji przyjętej w Sprawozdaniu Komisji Zdrowia Sejmu RP), proponuje aby Rzecznik Praw Pacjenta był dysponentem części budżetowej. Pozwoli to na zachowanie niezależności finansowej od budżetu Ministra Zdrowia.

Rząd proponuje także zmianę w art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398, z późn. zm.), tak by to Rzecznik Praw Pacjenta, a nie sam pacjent, był ujęty w katalogu podmiotów zwolnionych z obowiązku uiszczania kosztów sądowych.

Istotne zastrzeżenia budzi propozycja zawarta w art. 33 pkt 2, rozszerzająca normę art. 170 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.) o nowy ust. 1a. Przepis obarczony jest nie tylko wadami o charakterze systemowym, ale przede wszystkim będzie stanowił poważne zagrożenie dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego, a tym samym dla realizacji zadań publicznych. Nie uwzględnia, iż kwota długu jednostek samorządu, wynika m.in. z inwestycji własnych, które samorząd sfinansował środkami zwrotnymi – kredytami, pożyczkami, wyemitowanymi papierami wartościowymi. Rozwiązanie zawarte w ust. 1a, pomimo wejścia w życie od dnia 1 stycznia 2011r. (art. 38 projektu), będzie prowadzić do zaburzenia polityki finansowej

samorządów w latach następnych, przede wszystkim w zakresie spłaty zobowiązań finansowych.

Ponadto, w ocenie Rządu, w projekcie ustawy należy dokonać szeregu zmian o charakterze redakcyjnym oraz uzupełnić projekt ten o przepisy przejściowe i dostosowujące dotyczące m.in.:

1. Ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarcom, położnym i technikom medycznym oraz o umarzaniu tych kredytów.

Rada Ministrów proponuje, aby z uwagi na zniesienie podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, uchylić ww. ustawę (jako przyznającą możliwość uzyskania dopłaty do oprocentowania kredytu w przypadku rezygnacji z pracy w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz utworzenia przez lekarza, lekarza dentystę, pielęgniarkę, położną i technika medycznego niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej) oraz wprowadzić przepis przejściowy, zgodnie z którym w oparciu o dotychczasowe przepisy udzielone dopłaty będą rozliczane, umarzane i zwracane.

2. Konsultantów krajowych i wojewódzkich powołanych przed dniem wejścia w życie nowych ustaw.

Rada Ministrów stoi na stanowisku, iż należy wyraźnie określić, iż konsultanci krajowi i wojewódzcy powołani przed dniem wejścia w życie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, stają się z dniem wejścia w życie tej ustawy konsultantami krajowymi i wojewódzkim w rozumieniu ustawy z dnia ... 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia.

3. Powołania pierwszej Rady Akredytacyjnej i przygotowania pierwszych standardów akredytacyjnych.

Powołanie pierwszej Rady Akredytacyjnej powinno nastąpić w terminie 60 dni od dnia wejścia w życie ustawy z dnia ...2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Natomiast standardy akredytacyjne, ośrodek akredytacyjny powinien opracowania w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie tej ustawy.

4. Sytuacji osób wykonujących zawód medyczny, które przed dniem wejścia w życie nowych ustaw, uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia na podstawie przepisów dotychczasowych.

Należy jednoznacznie zachować kwalifikacje i wynikające stąd uprawnienia ww. osób bez konieczności odbycia specjalizacji, o której mowa w projektowanych przepisach o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej.

5. Uregulowania sytuacji obecnego Biura Praw Pacjenta działającego przy Ministrze Zdrowia, tak by mogło być one Biurem Rzecznika Praw Pacjenta.

Rada Ministrów uznaje za wskazane, by Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia z dniem 1 stycznia 2009 r., stało się Biurem Rzecznika Praw Pacjenta. Dotychczasowe przepisy regulujące organizację i funkcjonowanie Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia powinny zachować moc do czasu wejścia w życie statutu Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Rada Ministrów, po dokonaniu analizy projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, z zastrzeżeniem uwag i propozycji zgłoszonych powyżej, pozytywnie opiniuje ww. projekt ustawy i opowiada się za prowadzeniem dalszych prac parlamentarnych nad tym projektem ustawy, jako spinającym pakiet ustaw skierowanych do Sejmu RP przez Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej.