

UZASADNIENIE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 ust. 1 gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Jednocześnie zgodnie z art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym przepisy ustawy zasadniczej w istotny sposób określają, że do zapewnienia prawa do ochrony zdrowia nie jest wystarczające określenie zakresu świadczeń zdrowotnych, które są finansowane przez władze publiczne. Konieczne jest także ustanowienie ram ustawodawczych dla takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, który pozwoli na rzeczywistą realizację tychże świadczeń zdrowotnych.

Polski system ochrony zdrowia od wielu lat przeżywa poważne trudności, a głównymi przyczynami tego stanu są:

- 1) ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej,
- 3) ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Przedkładany projekt ustawy o działalności leczniczej jest odpowiedzią na niewątpliwą konieczność wprowadzenia zmian, zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Stanowi on systemową regulację dotyczącą organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia.

Celem projektowanej regulacji jest uporządkowanie i ujednolicenie form prawnych, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne. Jeden akt prawny kompleksowo reguluje zasady prowadzenia działalności leczniczej. Obowiązywać on będzie wszystkie podmioty prowadzące taką działalność.

W aktualnie obowiązującym porządku prawnym, podmioty udzielające świadczenia zdrowotne (prowadzące działalność leczniczą) można podzielić na kilka grup. Są to:

- 1) zakłady opieki zdrowotnej – publiczne lub niepubliczne,
- 2) indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie lub grupowe praktyki lekarskie,

- 3) indywidualne praktyki pielęgniarek, położnych, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek, położnych lub grupowe praktyki pielęgniarek, położnych,
- 4) osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej – na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) – należy wymienić następujące formy organizacyjno – prawne:

- 1) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,
- 2) jednostka budżetowa,
- 3) instytucja gospodarki budżetowej,
- 4) państwowy instytut badawczy (ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 615).

Podstawowe regulacje dla funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych zawierają następujące akty prawne:

- 1) ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),
- 2) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.),
- 3) ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, z późn. zm.),
- 4) ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 100, poz. 1083, z późn. zm.)

oraz akty wykonawcze wydane na ich podstawie.

Podstawowe założenia projektu ustawy:

I. Systematyka podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

W projekcie ustawy zaproponowano rezygnację z zakładu opieki zdrowotnej, jako dominującej obecnie formy prowadzenia działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Projekt jednocześnie wprowadza i definiuje pojęcia:

- działalności leczniczej,
- podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- podmiotu leczniczego,
- praktyki zawodowej.

Powyższe działanie podyktowane jest niejasnym statusem prawnym zakładu opieki zdrowotnej na gruncie dotychczasowych przepisów o zakładach opieki zdrowotnej w kontekście przepisów ogólnych prawa cywilnego, co w praktyce prowadziło do mnożenia wątpliwości interpretacyjnych i problemów z zastosowaniem dotychczasowych rozwiązań. Wspomniany niejasny status zakładu opieki zdrowotnej wiąże się z tym, że był on dotychczas definiowany jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych. Już *prima facie* definicja ta odbiega od definicji przedsiębiorstwa określonej w art. 55¹ Kodeksu cywilnego poprzez niezrozumiałe z cywilistycznego punktu widzenia połączenie czynnika ludzkiego i substratu majątkowego. Dodatkowo, chaos definicyjny potęgowało rozwiązanie, zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej. To ostatnie skutkowało w praktyce niejednokrotnie zagmatwaną strukturą zakładów opieki zdrowotnej w ramach innych zakładów opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym rozmyciu odpowiedzialności cywilnoprawnej i trudnościach z ustaleniem osób lub organów reprezentujących na zewnątrz tak organizacyjnie powiązane zakłady opieki zdrowotnej. Chaos potęgowało to, że jedna z form, w jakich dotychczas można było udzielać świadczeń zdrowotnych miała nazwę myląco podobną do ogólnej kategorii zakładów opieki zdrowotnej. Chodzi oczywiście o samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Wskazać wypada, że w dotychczasowej judykaturze, na kanwie powyżej opisanego skomplikowanego stanu prawnego, szukano wyjścia poprzez przyjęcie, że w ujęciu cywilistycznym zakłady opieki zdrowotnej są przedsiębiorcami wykonującymi działalność gospodarczą bez względu na formę.

W konsekwencji przyjmuje się w projektowanej ustawie - czytelny z cywilistycznego punktu widzenia - zespół norm, zgodnie z którym:

- podmioty wykonujące działalność leczniczą mają status przedsiębiorcy w rozumieniu art. 43¹ Kodeksu cywilnego; w ramach tej grupy znajdują się również przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, a więc te podmioty, które podlegają wpisowi do rejestru przedsiębiorców. Ta kategoria podmiotów wykonujących działalność leczniczą dzieli się zasadniczo na dwie grupy: podmioty lecznicze i praktyki zawodowe.
- podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzą przedsiębiorstwa (czyli substrat majątkowy służący do udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci

aparatury medycznej, czy też lokali do tego celu przeznaczonych), które są zespołem składników majątkowych

- działalność lecznicza wykonywana przez podmioty wykonujące działalność leczniczą jest działalnością gospodarczą – działalnością regulowaną. Należy zwrócić uwagę na wprowadzane projektem ustawy ograniczenia w zakresie swobody przedsiębiorczości oraz świadczenia usług, np. zakaz reklamowania usług przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, zakaz wykonywania przez podmiot leczniczy działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych oraz ich reklamie, czy też możliwość wykonywania zawodu przez lekarza, lekarza dentyście, pielęgniarkę i położną w przypadku praktyki grupowej jedynie w formie spółki cywilnej albo spółki partnerskiej. Ograniczenia te są uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego.

Ustawa stanowi, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do publicznej wiadomości informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednakże treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Regulacja powyższa służy zapewnieniu pacjentom obiektywnej i rzetelnej informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Z kolei ograniczenia wykonywania przez podmiot leczniczy innej działalności gospodarczej, w szczególności zakaz świadczenia i reklamy usług pogrzebowych ma na celu zapewnienie pacjentom komfortu leczenia i pobytu w szpitalu. Potrzeba takiej regulacji jest uzasadniona licznymi przypadkami nieprawidłowości i nadużyć związanych z prowadzeniem działalności pogrzebowej w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, agresywną reklamą takich usług oraz naciskami na rodziny osób zmarłych w szpitalu, utrudnianiem im lub wręcz uniemożliwianiem swobodnego wyboru firmy pogrzebowej. Rozwiązania powyższe funkcjonują aktualnie na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z projektem ustawy grupowa praktyka lekarska, pielęgniarki, położnej może być wykonywana w formie spółki cywilnej lub spółki partnerskiej. Rozwiązanie to wynika z zasad wykonywania zawodów zaufania publicznego, w przypadku których decydujące znaczenie ma substrat osobowy, a nie majątkowy. Ponadto w projekcie wyraźnie wskazano, że wykonywanie zawodu medycznego w ramach praktyki zawodowej, nie stanowi prowadzenia podmiotu leczniczego, co pozwoli na uniknięcie praktyki podwójnego wpisywania praktyki lekarskiej w rejestrze praktyk lekarskich (prowadzonego obecnie przez okręgowe izby lekarskie) i w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej - jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

W projekcie przyjęto koncepcję maksymalnego zachowania dotychczasowej siatki pojęciowej, aby był on dla praktyków zrozumiały i łatwo przyswajalny. Stąd dla określenia przedsiębiorstw podmiotów wykonujących działalność leczniczą projekt posługuje się znanymi dotychczas pojęciami, takimi jak szpital, ambulatorium, zakład opiekuńczo-leczniczy, a dla określenia jednej z form prowadzenia działalności leczniczej – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Pozwoli to w konsekwencji zaoszczędzić również środki wydatkowane celem dostosowania do nowego nazewnictwa i nie powinno spowodować konfuzji w odbiorze pacjentów.

Należy podkreślić, że w odniesieniu do jednostek sektora finansów publicznych wykonujących działalność leczniczą ich status prawny będzie co do zasady zbliżony do statusu innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, poza tym podmioty te będą przedsiębiorcami w rozumieniu Kodeksu cywilnego, lecz nie przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, co umożliwi im funkcjonowanie bez konieczności dokonywania wpisu do rejestru przedsiębiorców i spełniania obowiązków wynikających z przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Takie rozwiązanie jest zgodne ze wspomnianym dotychczasowym orzecnictwem Sądu Najwyższego. Należy podkreślić, że podmioty wykonujące działalność leczniczą będą w pełni poddane reżimowi ustawy o finansach publicznych, a ustawa o swobodzie działalności gospodarczej nie znajdzie do nich zastosowania w żadnym zakresie.

Podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych oraz fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie przez nie działalności leczniczej, kościoły lub związki wyznaniowe.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż mimo braku odrębnego przepisu pozwalającego na utworzenie podmiotu leczniczego przez pracodawcę wyłącznie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom, będzie to nadal możliwe, na zasadach ogólnych.

Praktyką zawodową jest zaś działalność gospodarcza wykonywana jako indywidualna lub grupowa praktyka lekarska albo praktyka pielęgniarki lub położnej.

Takie rozróżnienie oznacza odejście od koncepcji zakładu opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej w obecnym stanie prawnym mają znacząco ograniczoną samodzielność. Szczególnie widoczne jest to w przypadku niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, który nie posiada osobowości prawnej i nie występuje jako odrębny podmiot w obrocie prawnym. Regulacja powyższa pozostaje w sprzeczności z przepisami innych ustaw, np. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zgodnie z którą niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jest świadczeniodawcą i jako taki powinien być stroną umowy z NFZ. Z uwagi na fakt, iż nie posiada zdolności do czynności prawnych, umowę w tym przypadku zawiera podmiot, który zakład ten utworzył.

Działalność prowadzona przez te podmioty będzie działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095, z późn. zm.), dzięki czemu odbywać się ona będzie na ogólnych zasadach prowadzenia działalności gospodarczej. Pozwoli to na usprawnienie podejmowania i prowadzenia tej działalności.

W uzupełnieniu określonego w projekcie ustawy katalogu podmiotów uprawnionych do wykonywania działalności leczniczej, należy zauważyć, iż działalność taką wykonywać mogą również obywatele innych państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz obywatele Konfederacji Szwajcarskiej, świadczący usługi transgraniczne, zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Projekt ustawy określa warunki, jakie w celu wykonywania działalności leczniczej, spełniać powinny podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe, w tym wymagania dla pomieszczeń i urządzeń takich podmiotów – odpowiednio do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej.

Wszystkie kwestie dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą określi regulamin organizacyjny tego podmiotu.

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien ponadto zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z projektem ustawy Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej.

Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na przepis, który przewiduje wyłączenie stosowania ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 1997 r. Nr 9, poz. 43 z późn. zm.) w stosunku do spółki kapitałowej utworzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego wykonującej działalność leczniczą. Takie rozwiązanie wynika z dążenia do stworzenia spójnej, kompleksowej, jasnej regulacji dla prowadzenia działalności leczniczej, która opierać ma się na przedmiotowej ustawie i Kodeksie spółek handlowych. W przeciwnym razie istniałyby dwie drogi utworzenia spółki kapitałowej przez jednostkę samorządu terytorialnego: na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o gospodarce komunalnej, a spółka utworzona w trybie ustawy o gospodarce komunalnej działałaby częściowo według innych – niż pozostałe spółki (podmioty lecznicze) – przepisów. Ponadto wyłączenie stosowania ustawy o gospodarce komunalnej ma na celu uniknięcie tworzenia tzw. wydmuszek, tj. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, na których ciążyą wyłącznie zobowiązania.

Ustawa dopuszcza również możliwość utworzenia spółki kapitałowej w celu wykonywania działalności leczniczej przez uczelnię medyczną. Wartość nominalna udziałów lub akcji w takiej spółce należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51 % kapitału zakładowego spółki. Udziały lub akcje w tych spółkach poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

II. Rodzaje działalności leczniczej.

Projekt definiuje działalność leczniczą jako działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Może ona polegać również na promocji zdrowia lub na

realizacji zadań dydaktycznych i nadawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Projekt wymienia następujące rodzaje działalności leczniczej:

- świadczenia szpitalne,
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
- świadczenia ambulatoryjne.

Zgodnie z projektem działalność lecznicza może być wykonywana we wszystkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, przy czym szczególne regulacje wprowadza dla prowadzenia działalności szpitalnej. Mogą ją prowadzić samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, albo spółka kapitałowa. Ponadto projekt usankcjonuje prawnie szpitale, które udzielają świadczeń zdrowotnych z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin tzw. szpitale jednego dnia. Jest to forma organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pozwalająca maksymalizować sprawność działania szpitala i wykorzystanie jego zasobów, przy zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta gwarantowanego przez stacjonarny charakter podmiotu.

W odniesieniu do podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (także świadczeń szpitalnych) ustawa przewiduje szereg regulacji, wynikających z charakteru wykonywanej działalności. Dotyczą one sposobu postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta albo jego śmierci, wykonywania sekcji zwłok, zasad wypisania pacjenta oraz organizowania transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta, po zakończeniu hospitalizacji. Rozwiązania w tym zakresie są wzorowane na zawartych w obowiązującej obecnie ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Nowym rozwiązaniem w stosunku do aktualnego stanu prawnego jest dopuszczenie możliwości sprawowania wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym wyłącznie w warunkach domowych, bez konieczności posiadania pomieszczenia służącego udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Również świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej mogą być udzielane wyłącznie w warunkach domowych.

Podobnie jak ma to miejsce w obecnym stanie prawnym, również w proponowanej regulacji, przewidziana została instytucja czasowego zaprzestania działalności, przy czym jej zakres podmiotowy został rozszerzony na wszystkie podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczy to tylko szpitali). Wzmocniona została natomiast sankcja za nieprzestrzeganie określonego w ustawie trybu czasowego zaprzestania działalności leczniczej – wojewoda w takich przypadkach nakłada na kierownika podmiotu leczniczego karę pieniężną, uwzględniając rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.

Nową regulacją proponowaną w projekcie jest wprowadzenie obligatoryjnego stosowania znaków identyfikacyjnych zarówno osób zatrudnionych, jak i pacjentów szpitala. W odniesieniu do osób zatrudnionych realizacja tego obowiązku polega na noszeniu w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby. Pacjenci także będą zaopatrywani w znaki identyfikacyjne w sposób zapewniający ochronę ich danych osobowych, zaś szczegółowo kwestie te uregulowane zostaną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wprowadzenie omawianego obowiązku ułatwi pacjentom i osobom odwiedzającym łatwiejszy kontakt z personelem medycznym, a z drugiej strony szybką identyfikację pacjenta na terenie całego szpitala i udzielenie mu w razie potrzeby skutecznej pomocy.

III. Podmioty o szczególnych regulacjach.

Projekt wprowadza szczególne regulacje dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i jednostek budżetowych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Takie rozwiązanie zostało podyktowane względami obronności i bezpieczeństwa państwa. Szczególne regulacje – w odniesieniu do przepisów Kodeksu spółek handlowych - wprowadza projekt także dla podmiotów leczniczych w formie spółki kapitałowej utworzonej przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego, uczelnię medyczną, w którym podmioty te posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego. W takich spółkach uchwały zgromadzenia wspólników albo walnego zgromadzenia dotyczące rozwiązania spółki, zbycia przedsiębiorstwa spółki, zbycia zorganizowanej części przedsiębiorstwa spółki, zbycia udziałów albo akcji, które powoduje utratę udziału większościowego w kapitale zakładowym spółki, istotnej zmiany przedmiotu działalności spółki

wymagają uzyskania większości trzech czwartych głosów. Ponadto spółka taka nie może ulec podziałowi.

IV. Szczególne regulacje dla podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Do kategorii podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami ustawa zalicza samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej. Z tego względu proponowane w tym zakresie rozwiązania wzorowane są na obecnie obowiązujących przepisach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W szczególności dotyczą one następujących kwestii:

- ustrój takiego podmiotu leczniczego określa jego statut nadany przez podmiot tworzący,
- odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik wskazywany przez podmiot tworzący, przy czym zatrudnienie kierownika szpitala klinicznego wymaga uzyskania zgody Ministra Zdrowia,
- niektóre stanowiska w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą muszą być obsadzone w drodze konkursu, zgodnie z określonymi w ustawie zasadami,
- w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna, jako organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego, a jednocześnie doradczy kierownika; ustawa określa skład, tryb powołania oraz zadania rady społecznej,
- podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, które ustala kierownik zgodnie z regułami określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu; realizacja omawianego obowiązku podlega corocznej kontroli Ministra Zdrowia lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w stosunku do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dla których jest podmiotem tworzącym;
- ustawa zawiera przepisy wzmacniające nadzór podmiotu tworzącego, dotyczące zgody na podjęcie przez kierownika innego zatrudnienia czy na udzielanie przez kierownika (jeśli jest on osobą wykonującą zawód medyczny) świadczeń zdrowotnych.

V. Wzmocnienie nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

W projektowanej regulacji dopuszcza się dalsze funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz wprowadza regulacje specyficzne dla

tej formy prawnej, które w dużej mierze są wzorowane na przepisach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Dotyczą one m.in.:

- procedury łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- zasad gospodarki finansowej,
- źródeł uzyskiwania środków finansowych,
- szczególnych uprawnień pracowników.

Projekt ustawy zawiera również – wzorowane na obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej – regulacje dotyczące odpowiedzialności za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w przypadku jednostek samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego. Sytuacja taka powstała, gdy w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył - kilka zakładów omyłkowo przyporządkowano niewłaściwym jednostkom samorządu terytorialnego. W związku z powyższym, przewiduje się szczególne regulacje dotyczące możliwości zawarcia porozumienia pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego. Na mocy nowych przepisów odpowiedzialność tych jednostek za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie ustalona w częściach ułamkowych w stosunku do zobowiązań, które powstały w okresach, w których ww. jednostki wykonywały funkcje podmiotu, który utworzył zakład.

Jednocześnie należy podkreślić, iż forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zarezerwowana została w projekcie dla już istniejących podmiotów, bez możliwości tworzenia nowych (z wyjątkiem powstałych w wyniku połączenia dwóch lub więcej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej). W związku z powyższym zasadnym wydaje się wprowadzenie przepisów mających na celu wzmocnienie nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za sytuację finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Proponuje się zatem przepis zobowiązujący podmiot tworzący do podjęcia określonych działań w przypadku ujemnego wyniku finansowego zakładu. Może on w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten powiększony o koszty

amortyzacji ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. Ujemny wynik finansowy i koszty amortyzacji dotyczą okresu objętego sprawozdaniem finansowym. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy podejmuje decyzję o zmianie formy organizacyjno–prawnej (przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową albo jednostkę budżetową) albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Rozwiązanie dotyczące pokrywania ujemnego wyniku finansowego tylko w sytuacji, gdy ujemny wynik finansowy powiększony o koszty amortyzacji nadal przyjmuje wartość ujemną, ma na celu wyeliminowanie przede wszystkim sytuacji dotyczącej prężnie działających zakładów opieki zdrowotnej dysponujących nowym majątkiem i w związku z tym ponoszących wysokie koszty amortyzacji. Zakłady dokonujące inwestycji w sprzęt czy też budynki, również w sytuacji, gdy środki na inwestycje pochodzą z dotacji budżetowych, ponoszą wysokie koszty amortyzacji, które bardzo trudno jest pokryć uzyskiwanymi przychodami. Sytuacja takich zakładów może być stabilna, jednak wysokość umorzeń środków trwałych powoduje generowanie ujemnych wyników finansowych.

Wprowadzony został również przepis uniemożliwiający „sztuczne” przedłużanie czasu trwania czynności likwidacyjnych - nie może być on dłuższy niż 12 miesięcy od otwarcia likwidacji. Sprzyja to ochronie interesów wierzycieli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, którzy powinni mieć możliwość zaspokojenia swoich roszczeń w racjonalnej perspektywie czasowej.

VI. Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę.

System ochrony zdrowia, ze względu na to, że działa na rzecz pacjentów, jest szczególnie wrażliwy na zmiany. Stąd też projektowana ustawa, mimo, że powszechnie znane są mankamenty samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie dąży do ich obligatoryjnego przekształcenia, pozostawiając decyzję w tej sprawie podmiotowi tworzącemu, zachowując tym samym zasadę poszanowania autonomii jednostek samorządu terytorialnego, o której mowa w art. 16 Konstytucji RP. Z drugiej strony projekt ustawy uniemożliwia tworzenie nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przypadku powstania nowego

zakładu w drodze połączenia co najmniej dwóch innych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Projektowane przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową pozwala na zmianę formy prawnej bez konieczności uprzedniej likwidacji zakładu. Forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie odpowiada potrzebom zmienionej po 1999 r. rzeczywistości prawnej, społecznej i gospodarczej. Forma spółki sprzyja zaś efektywnemu zarządzaniu, otwiera nowe możliwości uzyskiwania przychodów, racjonalizuje gospodarowanie. Spółka powstała w wyniku przekształcenia będzie następcą prawnym zakładu, wstępując w jego prawa i obowiązki.

Istotnym elementem procedury przekształcenia jest – w świetle projektowanej ustawy – ustalenie wskaźnika zadłużenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wskaźnik ten rozumiany jest jako relacja sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sumy jego przychodów. Od wartości tego wskaźnika zależy wartość zobowiązań zakładu, jakie w związku z przekształceniem przejmuje lub może przejąć podmiot tworzący. Regulacja powyższa ma na celu zapewnienie takich warunków powstania spółki kapitałowej, w których będzie ona mogła efektywnie i skutecznie podjąć działalność leczniczą. Jest to szczególnie istotne w przypadku bardzo zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których przekształcenie prowadziłyby do powstania spółki kapitałowej obciążonej tym długiem. Spółka taka byłaby zagrożona postawieniem w stan upadłości, co powoduje sytuację niekorzystną zarówno z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, jak i wierzycieli, którzy mogliby zaspokoić swoje roszczenia wyłącznie do wysokości majątku spółki.

Projekt ustawy zmierzając do wprowadzania systemowych zmian w ochronie zdrowia, przewiduje możliwość przekształcenia kilku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jedną spółkę kapitałową, pod warunkiem jednak, że wszystkie te zakłady mają ten sam podmiot tworzący. Wyjątkiem jest tu sytuacja, gdy podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego, które mogą zawrzeć porozumienie o przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (utworzonych przez różne jednostki samorządu terytorialnego) w jedną spółkę.

Projekt przewiduje wprowadzenie obowiązku dokonania jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w posiadaniu samodzielnego

publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na dzień poprzedzający dzień przekształcenia. Oszacowania takiego dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach i w sposób określony w ustawie o gospodarce nieruchomościami. Rozwiązanie to ma na celu określenie rzeczywistej wartości majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, co służy ustaleniu realnej wartości kapitału w nowopowstałej spółce.

VII. Szpitale kliniczne.

Szczególnym zadaniem szpitali klinicznych jest czynne uczestnictwo w rozwijaniu dziedzin medycyny prowadzonych w danej jednostce. Obowiązek ten pociąga za sobą konieczność posiadania stosownej bazy dydaktyczno – naukowej, organizowania staży i konsultacji z ekspertami.

Nowym rozwiązaniem jest wprowadzenie zadaniowego rozliczania czasu pracy. Uregulowana została także problematyka czasu pracy w szpitalu klinicznym nauczycieli akademickich oraz osób odbywających studia doktoranckie w uczelni medycznej. Powyższa regulacja ma na celu poprawę zarządzania czasem pracy nauczycieli akademickich uczestniczących jednocześnie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu klinicznym.

W związku z odmiennością misji podmiotów prowadzących działalność dydaktyczną w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, niezbędne jest uregulowanie o charakterze *lex specialis*, które pozwala na sprawowanie nadzoru przez uczelnię nad działalnością naukową i dydaktyczną w oddziale poprzez funkcjonowanie stanowiska kierownika kliniki, obok ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem. Wprowadzony został przepis odnoszący się do kierującego oddziałem lekarza, który będzie wskazywany przez kierownika podmiotu, a zatem będzie wyłączony z obowiązkowej procedury konkursowej. Konkurs będzie dotyczył wyłącznie stanowiska ordynatora.

Projekt zawiera szczegółowe regulacje w zakresie zasad współpracy pomiędzy uczelnią medyczną a szpitalem klinicznym. Wprowadzone zostało obligatoryjne zawarcie umowy cywilnoprawnej z ustawowo określonymi jej elementami oraz warunkami. Umowa pomiędzy uczelnią a podmiotem powinna zawierać: określenie czasu trwania umowy i warunków jej wcześniejszego rozwiązania, środki finansowe należne udostępniającemu z tytułu realizacji umowy, sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń, wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu realizacji umowy, sposób ich udostępniania oraz zasady i

warunki ich wykorzystywania, określenie liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich, mających wykonywać w udostępnianej jednostce organizacyjnej zadania, okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy, zasady odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, za szkody wyrządzone przez studentów, uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego w podmiocie leczniczym, zasady prowadzenia kontroli przez uczelnię medyczną w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych w udostępnionej jednostce organizacyjnej oraz zasady rozpatrywania sporów wynikających z realizacji umowy.

Zgodnie z regulacjami projektu uczelnia medyczna będzie zobligowana do przekazywania podmiotom udostępniającym jednostkę organizacyjną na potrzeby uczelni środków finansowych na prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej. Przekazywanie przez rektora uczelni medycznej środków na dydaktykę stanowi skuteczną gwarancję realizacji potrzeb uczelni w obszarze dydaktyki będącej jej zadaniem statutowym.

Wobec konieczności istnienia jednolitego systemu w obszarze świadczeń zdrowotnych projekt ustawy wprowadza obowiązek przeprowadzania przez uczelnię okresowej kontroli w jednostkach, dla których uczelnia pełni funkcję organu tworzącego. Kontrola ukierunkowana jest między innymi na ocenę dostępności i jakość udzielanych świadczeń. Przepisy nakładają na uczelnie medyczne obowiązek przekazywania wniosków z kontroli ministrowi właściwemu ds. zdrowia.

VIII. Rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Niezależnie od formy prawnej prowadzenia działalności leczniczej, podmioty ją wykonujące będą podlegały wpisowi do publicznego, jawnego rejestru, w miejsce obecnie funkcjonujących rejestrów prowadzonych odrębnie dla zakładów opieki zdrowotnej przez wojewodów lub Ministra Zdrowia, oraz rejestrów praktyk lekarskich lub praktyk pielęgniarek, położnych prowadzonych przez właściwe organy samorządów zawodowych. Ujednolicenie rejestru, przy zachowaniu jego jawności, przyczyni się do wzmocnienia praw pacjenta, przez zapewnienie szerszego i łatwiejszego dostępu do informacji o wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Wspólny rejestr zapewni również możliwość zgromadzenia danych dotyczących wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Wpis do rejestru będzie stanowił warunek sine qua non prowadzenia działalności leczniczej. Wpisów dokonywać będą wojewodowie właściwi ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego działalność leczniczą. O właściwości wojewody w przypadku podmiotu prowadzącego działalność na obszarze więcej niż jednego województwa, decydować będzie główna siedziba podmiotu. Organem odwoławczym w zakresie postępowania rejestrowego będzie Minister Zdrowia. Projekt zawiera regulacje w przedmiocie zakresu danych objętych rejestrem, które zostaną dookreślone w rozporządzeniu. Projekt ustawy zobowiązuje podmioty wykonujące działalność leczniczą do zgłaszania organowi prowadzącemu rejestr wszelkich zmian w zakresie danych objętych rejestrem, a w celu wyegzekwowania tego obowiązku wprowadza sankcję w postaci kary pieniężnej w przypadku jego niedopełnienia. Karę może nałożyć organ prowadzący rejestr, w drodze decyzji administracyjnej, uwzględniając wagę i rodzaj stwierdzonego naruszenia obowiązku. Maksymalną wysokość kary ustawa określa jako dziesięciokrotność minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Ustawa określa również przesłanki odmowy wpisu do rejestru oraz wykreślenia z rejestru. Nowym rozwiązaniem w tym zakresie jest wywiedziony z ustawy o swobodzie działalności gospodarczej przepis zakazujący ponownego wpisu do rejestru – przez okres 3 lat - podmiotu, który został z niego wykreślony z przyczyn wymienionych w ustawie.

Warunkiem rozpoczęcia działalności jest uzyskanie zaświadczenia o wpisie do tegoż rejestru, wydanego na podstawie wniosku o wpis oraz oświadczenia o spełnieniu warunków wykonywania działalności leczniczej. Oznacza to przyjęcie rozwiązania kontroli spełnienia tych warunków ex post. Odmowa wpisu do rejestru następuje w drodze decyzji administracyjnej.

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą podlega opłacie w wysokości 2 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego – w przypadku wpisu praktyk zawodowych, oraz 10 % – w przypadku podmiotów leczniczych.

Za rok 2009 wskaźnik ten wynosił ok. 3325 zł, co oznacza, iż 2% z tej kwoty stanowi kwotę 66 zł, natomiast 10% - kwotę 333 zł. W obecnym stanie prawnym, na podstawie stosownych rozporządzeń Ministra Zdrowia opłata za zarejestrowanie:

- praktyki pielęgniarki, położnej wynosi 50 zł, a w przypadku grupowej praktyki po 50 zł od każdej pielęgniarki, położnej;
- praktyki lekarskiej wynosi 350 zł – 450 zł, a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej 200 zł pomnożone przez liczbę lekarzy.

Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty za wpis. Opłaty te stanowią dochód budżetu państwa.

Zróżnicowanie w wysokości opłaty jest uzasadnione różnicą w zakresie działalności oraz stopnia skomplikowania i rozbudowania struktury organizacyjnej tych podmiotów, co przekłada się na zakres danych objętych wpisem do rejestru.

Z uwagi na fakt, iż projekt ustawy zakłada powstanie nowego, wspólnego dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą rejestru, wprowadzone zostały stosowne przepisy przejściowe. Dotychczasowy rejestr zakładów opieki zdrowotnej staje się rejestrem w rozumieniu niniejszej ustawy, a wpisy w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej stają się wpisami w nowym rejestrze. Podmiotem prowadzącym rejestr będzie właściwy miejscowo wojewoda, dlatego też Minister Zdrowia przekaze właściwym wojewodom posiadaną dokumentację dotyczącą spraw rejestrowych w zakresie dotychczasowych zadań Ministra Zdrowia. Natomiast lekarze, pielęgniarki, położne działający jako praktyki zawodowe – dotychczas podlegające wpisowi do rejestrów prowadzonych przez właściwe samorządy zawodowe – będą musieli złożyć wniosek o wpis do rejestru wojewody, zgodnie z nowymi zasadami. Po dokonaniu wpisu, wojewoda powiadomi podmiot prowadzący dotychczasowy rejestr, który na tej podstawie dokona wykreślenia ze swojego rejestru.

IX. Przekazywanie środków publicznych.

Podmioty prowadzące działalność leczniczą będą na jednakowych zasadach traktowane w zakresie dostępu do środków publicznych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz.1240, z późn. zm.). Otrzymywanie dotacji oraz wsparcia z programów wieloletnich, a następnie ich rozliczanie zostanie powiązane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Sposób tego powiązania będzie określony w formie wzoru:

$$W = K \times P_0$$

- gdzie współczynnik $P_0 = \left(\frac{a_0}{a_0 + b_0} \right)$, a poszczególne symbole oznaczają:

W – wysokość środków publicznych,

K – planowany koszt realizacji zadania, na które mają być przekazane środki publiczne,

a_0 – przychody podmiotu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

b_0 – przychody podmiotu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „ a_0 ” uzyskane w poprzednim roku obrotowym.

Środki będą przekazywali właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz wojewodowie i jednostki samorządu terytorialnego, z zastrzeżeniem, iż właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz wojewodowie dotacje na remonty oraz inwestycje przyznawać będą mogli wyłącznie utworzonym przez siebie podmiotom (samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz spółkom ze swoim większościovym udziałem).

X. Nadzór i kontrola.

Projekt ustawy zawiera przepisy dotyczące nadzoru sprawowanego nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przez podmiot tworzący. W ramach tego nadzoru podmiot tworzący dokonuje kontroli i oceny między innymi w zakresie realizacji zadań statutowych, prawidłowości gospodarowania mieniem i środkami publicznymi oraz gospodarki finansowej. W razie stwierdzenia, iż działania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą są niezgodne z prawem, podmiot tworzący wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonania takiej zmiany przez kierownika, przepis przewiduje możliwość jego odwołania. Rozwiązanie to jest jednym z elementów wzmocnienia nadzoru właścicielskiego nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – w szczególności nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Dodatkowo ustawa zobowiązuje uczelnię medyczną do przeprowadzania kontroli w omawianym zakresie, co najmniej raz na 6 miesięcy oraz do niezwłocznego przekazywania wniosków z kontroli Ministrowi Zdrowia.

W dalszych przepisach ustawa określa uprawnienia kontrolne Ministra Zdrowia, któremu przyznaje prawo do przeprowadzania kontroli wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod względem zgodności z prawem oraz pod względem medycznym. Minister Zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli wojewodom, konsultantom krajowym oraz jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym. W zakresie zagadnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ich jakością lub dostępnością Minister Zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli między innymi organom samorządów zawodowych, medycznym towarzystwom naukowym oraz specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny. Zawarty w projekcie ustawy system kontroli wzorowany jest na regulacjach obecnie obowiązujących, które są skuteczne i wystarczające z punktu widzenia zadań kontrolnych Ministra Zdrowia.

Kwestia odpowiedzialności kontrolera, który w większości przypadków jest członkiem korpusu służby cywilnej (pracownikiem urzędu wojewódzkiego) upoważnionego przez organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (tj. wojewodę) do przeprowadzenia kontroli jest uregulowana w ustawie z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej (Dz. U. Nr 227, poz.155, z późn. zm.). Ponadto kwestie odpowiedzialności, w tym sankcję za naruszenie obowiązków regulują przepisy zawarte w rozdziale 9 - odpowiedzialność dyscyplinarna członka korpusu służby cywilnej.

W związku z nowymi zasadami prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, samorządy zawodowe utracą posiadane dotychczas uprawnienia w zakresie prowadzenia rejestru praktyk zawodowych. Bezpośrednio związane z prowadzeniem rejestru jest uprawnienie do nadzoru i kontroli nad praktykami zawodowymi. Konsekwencją wprowadzenia jednolitego rejestru wszystkich podmiotów prowadzących działalność leczniczą (w tym praktyk zawodowych) prowadzonego przez wojewodę jest przekazanie do jego uprawnień także nadzoru i kontroli. Natomiast samorządy zawodowe nadal będą prowadzić rejestry osób wykonujących zawód medyczny (lekarzy, pielęgniarek i położnych), a zatem nie utracą uprawnienia wynikającego z art.17 ust. 1 Konstytucji RP, w myśl którego samorządy zawodowe, reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Dodatkowym narzędziem w tym

zakresie będzie możliwość przeprowadzenia przez samorządy zawodowe wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez lekarza, pielęgniarkę lub położną wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

XI. Mechanizmy wsparcia.

W związku z faktem, iż przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe będzie następować bez uprzedniej likwidacji zakładu opieki zdrowotnej, w projekcie proponuje się wprowadzenie mechanizmów wsparcia tego procesu, dzięki którym powstająca spółka miałaby zapewnioną możliwość działania, bez obciążenia długami samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W przeciwnym razie, mogłyby zdarzyć się sytuacje, w których spółka powstała w wyniku przekształcenia w krótkim czasie byłaby zagrożona upadłością (w przeciwieństwie do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej spółka kapitałowa ma zdolność upadłościową). Byłaby to sytuacja niepożądana zarówno z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, w szczególności dostępności do świadczeń zdrowotnych, jak i z punktu widzenia wierzycieli samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którzy w takiej sytuacji mogą zaspokoić swoje roszczenia do wysokości majątku spółki. Natomiast na podstawie obecnie obowiązujących przepisów, w przypadku likwidacji wszystkie zobowiązania zakładu opieki zdrowotnej przejmuje podmiot tworzący (w zdecydowanej większości przypadków jest to jednostka samorządu terytorialnego).

Wsparcie adresowane jest do podmiotów tworzących, które dokonają przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach określonych w niniejszej ustawie w okresie do dnia 31 grudnia 2010 r.

Elementami wsparcia będzie umorzenie zobowiązań publicznoprawnych zakładu oraz udzielenie dotacji podmiotom tworzącym w wysokości wartości umorzonych, w wyniku ugody, kwoty głównej lub odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych lub zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684, z późn. zm.), pozostałych do spłaty. Proponuje się również uwzględnienie w kwocie dotacji wartości uiszczzonego przez podmiot tworzący podatku od towarów i usług od wniesionego do spółki aportu lub kwoty zobowiązania wynikającego z pożyczki, udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, na podstawie umowy zawartej przed dniem 31.12.2009 r. według

stanu na dzień przekształcenia, jednak nie większej, niż pozostała do spłaty w dniu 31.12.2009 r. Ponadto, wartość dotacji ustalana będzie z uwzględnieniem kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości będących w posiadaniu przekształcanego w spółkę kapitałową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Należy podkreślić, że proponowane rozwiązania w zakresie odpowiedzialności podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz przekazywania dotacji związanych z procesem przekształcenia w spółki kapitałowe nie naruszają przepisów o pomocy publicznej. Twierdzenie takie jest uzasadnione przyjętym założeniem, iż podmioty te (oddłużone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i powstałe w wyniku przekształcenia spółki kapitałowe) będą udzielały świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zaś innych świadczeń jedynie incydentalnie. W związku z tym nie zachodzi obawa naruszenia zasad konkurencji.

Należy również uwzględnić kwestię ewentualnego wpływu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zachowanie zasady trwałości projektów finansowanych ze środków pochodzących z Unii Europejskiej na rozwój i inwestycje, realizowanych dotychczas (bądź planowanych do realizacji) przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Powyższa zasada nie zostanie naruszona jeżeli:

- majątek wytworzony z udziałem środków unijnych (infrastruktura wybudowana lub zakupiona w ramach projektu) będzie faktycznie wykorzystywany przez spółkę w takim samym celu jak przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (czyli udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych),
- majątek, w oparciu o który podmiot będzie wykonywał świadczenia, będzie nadal *de facto* majątkiem jednostki samorządu terytorialnego (za pośrednictwem kontrolowanej spółki, tj. ww. jednostka będzie posiadała 100% akcji albo udziałów w takiej spółce),
- zachowana zostanie pełna kontrola jednostki samorządu terytorialnego nad spółką – posiadanie 100 % udziałów lub akcji.

Jak wynika z powyższego, w przypadku beneficjenta dofinansowania ze środków wsparcia z funduszy europejskich posiadającego status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, przekształcanego w spółkę kapitałową, z uwagi na konieczność zachowania zasady trwałości projektów, o której mowa między innymi w art. 57 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r., zmiany

struktury własności tego podmiotu, mogą w praktyce podlegać istotnym ograniczeniom. W celu zachowania zasady trwałości projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej – podmioty tworzące w okresie 5 lat od:

- dnia podpisania umowy o dofinansowanie/wydania decyzji o dofinansowaniu, w odniesieniu do perspektywy 2004-2006,
- zakończenia realizacji projektu, w odniesieniu do perspektywy 2007-2013,

nie będą mogły zbywać udziałów albo akcji w spółkach powstałych w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Konsekwencją ewentualnego ich zbycia byłyby bowiem konieczność zwrotu uzyskanych środków finansowych.

XII. Regulacje dotyczące czasu pracy w podmiotach leczniczych.

W zakresie czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych projekt zachowuje przywileje, jakie obecnie przysługują pracownikom zakładów opieki zdrowotnej. Wyjątkiem jest rezygnacja ze skróconej normy czasu pracy dla pracowników zakładów (pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki oraz medycyny sądowej lub prosektoriów, w oparciu o opinie specjalistów z zakresu prawa pracy oraz w związku z uregulowaniami zawartymi w ustawie - Prawo atomowe. Wskazać należy, iż kierunek proponowanych zmian znajduje swoje odzwierciedlenie m.in. w opinii Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, w której stwierdzono, iż skracanie czasu pracy nie jest skuteczną i optymalną metodą zapobiegania negatywnym skutkom wykonywania pracy w szkodliwych warunkach. Jako najbardziej efektywną i zalecaną metodę Instytut wskazuje respektowanie przez pracodawców przepisów Kodeksu pracy, a w szczególności obowiązku przestrzegania przepisów bhp oraz systematycznego monitorowania wszystkich zagrożeń na poszczególnych stanowiskach pracy. Należy zauważyć także, iż na brak uzasadnienia dla obowiązywania skróconych norm czasu pracy z punktu widzenia bezpieczeństwa pracy i potencjalnych następstw zdrowotnych narażenia zawodowego wielokrotnie wskazywali również Konsultanci Krajowi m. in. w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Medycyny Pracy, Radioterapii Onkologicznej oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Z informacji uzyskanych z 24 państw Unii wynika, iż w żadnym z nich nie obowiązują skrócone normy czasu pracy, których wymiar odpowiadałby normie 5 godzin na dobę oraz przeciętnie 25 godzin na tydzień.

XIII. Przepisy przejściowe.

Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy obecny rejestr zakładów opieki zdrowotnej stanie się rejestrem określonym w projekcie i z mocy prawa przeniesione zostaną wpisy obecnie funkcjonujących podmiotów leczniczych.

Organy prowadzące dotychczasowe rejestry praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą te rejestry na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2011 r. W tym terminie lekarze oraz pielęgniarzki i położne, prowadzący praktyki zawodowe są zobowiązani do złożenia wniosku o wpisanie do rejestru prowadzonego przez wojewodę. Niedotrzymanie tego terminu wywołuje takie same skutki co wykreślenie z rejestru. Wnioski o wpisanie do rejestru są w tym przypadku wolne od opłat.

W przypadku złożenia wniosku o wpisanie do rejestru, organ prowadzący rejestr niezwłocznie powiadamia organy prowadzące dotychczasowe rejestry praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych o wpisie danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą do tego rejestru. Na podstawie tego powiadomienia organ prowadzący dotychczasowy rejestr praktyk lekarzy albo pielęgniarek i położnych, wykreśla z urzędu podmiot objęty powiadomieniem. Wykreślenie to jest skuteczne od dnia wpisu podmiotu do rejestru.

Należy podkreślić, że wprowadzenie jednego rejestru dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą we wszystkich formach, nie pozbawia samorządów zawodowych uprawnień wynikających z nadzoru nad działalnością zawodową swoich członków a *de facto* je wzmacnia. Przede wszystkim organy samorządów zawodowych będą uprawnione do prowadzenia wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu, które w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, mogą zakończyć się powiadomieniem rzecznika odpowiedzialności zawodowej i wszczęciem postępowania dyscyplinarnego.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Pracownicy tych zakładów stają się pracownikami podmiotów leczniczych niebędącymi przedsiębiorcami.

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej – stają się podmiotami leczniczymi.

Podmioty prowadzące zakłady opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, dostosują swoją działalność do nowych przepisów w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Umowy o pracę pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym w dniu wejścia w życie ustawy dostosowuje się do przepisów działu III projektowanej ustawy w terminie 3 miesięcy. Powyższa norma przejściowa obliguje pracodawców do zmiany pod względem formalnoprawnym istniejących umów o pracę, w przypadku gdy ich treść różni się od przepisów wprowadzonych projektowaną ustawą.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań, będzie zobowiązany dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania tego podmiotu do wymagań w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r. Regulacja powyższa dotyczyć będzie wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym praktyk zawodowych.

XIV. Zmiany w obowiązujących przepisach.

Ze względu na zmianę systemową w zakresie terminologii i form organizacyjno-prawnych, konieczne jest dostosowanie w tym zakresie innych aktów prawnych. W ustawie - Prawo farmaceutyczne wyrażenie: „zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej” zastąpione zostało wyrażeniem „w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej”. Zmiana wynika z zmiany terminologii, a ponadto przez podmioty nadzorowane przez ww. ministra należy rozumieć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej przezeń utworzone, jednostki budżetowe, jak i jednoosobowe spółki skarbu państwa w stosunku, do których ww. minister wykonuje uprawnienia Skarbu Państwa. W każdym z wymienionych przypadków ww. minister nadzoruje ww. podmioty.

Dokonano również zmiany merytorycznej w ustawie o podatkach i opłatach lokalnych w zakresie zgodnym z propozycją zmiany tej ustawy w nowelizacji zawartej w druku sejmowym nr 2879. Zaproponowana w niej stawka preferencyjna (4, 27 zł od 1 m² powierzchni użytkowej) znajdzie zastosowanie do budynków lub ich części związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i obejmie powierzchnie zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio związane z udzielaniem tych świadczeń.

Ponadto w projekcie zmienia się następujące ustawy: ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawę z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony

Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, ustawę z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, ustawę z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ustawę z dnia 7 kwietnia 1989 r. – Prawo o stowarzyszeniach, ustawę z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych, ustawę z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, ustawę z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, ustawę z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, ustawę z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko–Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko–Reformowanego w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko–Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników, ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawę z dnia 30 maja 1996 r. o uposażeniu byłego Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, ustawę z dnia 27 czerwca 1997 r. o bibliotekach, ustawę z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, ustawę z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym, ustawę z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, ustawę z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, ustawę z dnia 23 września 1999 r. o

zasadach pobytu wojsk obcych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasadach ich przemieszczania się przez to terytorium, ustawę z dnia 9 września 2000 r. o podatku od czynności cywilnoprawnych, ustawę z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, ustawę z dnia 30 marca 2001 r. o kosmetykach, ustawę z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawę z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej, ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, ustawę z dnia 21 kwietnia 2005 r. o opłatach abonamentowych, ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, ustawę z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy, ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, ustawę z dnia 4 marca 2010 r. o świadczeniu usług na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej i ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

Trzymiesięczny okres *vacatio legis* dla całej ustawy wydaje się wystarczający. Należy jednak podkreślić, iż w odniesieniu do niektórych szczególnie istotnych regulacji okres ten został wydłużony.

Obowiązek zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, albo jego likwidacji, jeżeli ujemny wynik finansowy tego zakładu nie może być pokryty, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy. Przy założeniu, że ustawa wejdzie w życie w pierwszej

połowie 2011 r., ww. obowiązek, który wiąże się z istotnymi konsekwencjami dla podmiotu tworzącego (pokrycie ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za ostatni rok obrotowy) powstanie w 2012 r. Ponadto w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy podmiot leczniczy dokona zmian wpisów w rejestrze w zakresie wynikającym z niniejszej ustawy. Minister Zdrowia, który aktualnie prowadzi rejestr dla niektórych zakładów opieki zdrowotnej przekaże wszelką dokumentację związaną z prowadzeniem tego rejestru wojewodom w terminie 13 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i nie podlega notyfikacji.

Projektowane rozwiązania nie stanowią naruszenia przepisów o pomocy publicznej. Zakłada się, że podmioty będące ich adresatami będą udzielały świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zaś innych świadczeń jedynie incydentalnie. Nie zachodzi zatem obawa naruszenia zasad konkurencji na rynku świadczeń zdrowotnych.

Projekt ustawy, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), został opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. W trybie określonym tą ustawą zainteresowanie pracami nad projektem zgłosił jeden podmiot, tzn. Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów Kas Chorych. Uwagi stowarzyszenia dotyczyły między innymi konieczności określenia w rozporządzeniu wymagań dla kierownika podmiotu leczniczego, ze względu na rodzaj wykonywanej działalności leczniczej. W opinii Ministerstwa Zdrowia, wymagania ustalone w ustawie są w tym zakresie wystarczające i nie ma potrzeby określania ich szczegółowo w rozporządzeniu. Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów Kas Chorych proponuje ponadto umożliwienie praktykom zawodowym – w okresie 5 lat od wejścia w życie ustawy – złożenia wolnego od opłaty wniosku o wyrejestrowanie z jednoczesną rejestracją podmiotu leczniczego. Uwaga powyższa nie znajduje uzasadnienia. Zmiany organizacyjne, o których mowa, mogą być dokonane na zasadach ogólnych przewidzianych w ustawie. W odniesieniu do uwagi dotyczącej uniknięcia obowiązku

zawierania podwójnego ubezpieczenia OC przez podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, należy zwrócić uwagę na art. 24 ust. 5, zgodnie z którym obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC, o której mowa w ust. 1, nie dotyczy czynności, których obowiązek ubezpieczenia wynika z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej, z wyjątkiem przepisów dotyczących czasu pracy, które są zgodne z dyrektywą 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącą niektórych aspektów organizacji czasu pracy.

Ocena Skutków Regulacji

1) Podmioty, na które oddziałuje ustawa

Projektowana ustawa będzie oddziaływała na:

- podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym obecne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie oraz indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek, położnych,
- podmioty tworzące obecne zakłady opieki zdrowotnej, zarówno publiczne (jednostki samorządu terytorialnego, ministrów lub centralne organy administracji rządowej, wojewodów, publiczne uczelnie medyczne) jak i niepubliczne (osoby fizyczne lub prawne tworzące zakład),
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- wojewodów,
- organy samorządów zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych,
- pracowników obecnych zakładów opieki zdrowotnej,
- pacjentów.

Obecnie funkcjonuje:

- 50.087 praktyk lekarskich,
- 15.708 praktyk pielęgniarek i położnych,
- 22.885 praktyk lekarzy dentystów.
- 18.082 zakładów opieki zdrowotnej, w tym: 2451 publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz 15 631 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wśród 763 zakładów opieki zdrowotnej stanowią szpitale posiadające co najmniej 50 łóżek, w tym:
 - Szpitale wojewódzkie – 220
 - Szpitale powiatowe – 232
 - Szpitale miejskie – 57
 - Szpitale kliniczne – 42
 - Instytuty – 14
 - Szpitale utworzone przez Ministra Zdrowia – 3
 - Szpitale utworzone przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji – 22
 - Szpitale utworzone przez Ministra Obrony Narodowej – 16
 - Niepubliczne szpitale samorządowe – 76
 - Pozostałe niepubliczne szpitale – 81.

2) Konsultacje społeczne

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji następującym podmiotom:

Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców, Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Izbie Lecznictwa Polskiego, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdańskiemu Związkowi Pracodawców, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu, Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców SP ZOZ, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Unii Szpitali Klinicznych, Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy Radiologów, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych „Medyk”,

Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkowi Zawodowemu Farmaceutów, Związkowi Zawodowemu Anestezjologów, Związkowi Zawodowemu Chirurgów Polskich, Związkowi Zawodowemu Neonatologów, Związkowi Zawodowemu Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Fizjoterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych, Stowarzyszeniu Magistrów i Techników Farmacji, Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Stowarzyszeniu Menedżerów Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Business Center Club, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Związkowi Miast Polskich, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Unii Uzdrowisk Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentowi Marszałków Województw, Stowarzyszeniu Primum Non Nocere, Krajowej Radzie Transplantacyjnej, Federacji Pacjentów Polskich, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, uczelniom medycznym, instytutom badawczym prowadzącym działalność medyczną, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – PZH, Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, Polskiej Izbie Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „POLFARMED”, Izbie Gospodarczej „Farmacja Polska”, Izbie Gospodarczej „Apteka Polska”, Polskiemu Związkowi Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Stowarzyszeniu Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskiemu Stowarzyszeniu Producentów Leków bez Recepty PASMI, Unii Farmaceutów Właścicieli Aptek, Związkowi Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związkowi Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Krajowej Izbie Gospodarczej, Polskiemu Towarzystwu Ortoptyki i Protetyki Narządu Ruchu, Polskiemu Towarzystwu Ortopedycznemu i Traumatologicznemu, Polskiemu Towarzystwu Neurologicznemu, Polskiemu Towarzystwu Chirurgii Onkologicznej, Polskiemu Towarzystwu Urologicznemu, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej, konsultantom medycznym.

Najistotniejsze uwagi zgłoszone w trakcie konsultacji społecznych dotyczyły następujących kwestii:

1) Zmiany w zakresie wymiaru czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, polegającej na odstąpieniu od szczególnej regulacji dla pracowników zakładów (pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki oraz medycyny sądowej oraz prosektoriów. Zgodnie z projektem czas pracy w tych przypadkach nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięcioletnim tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym. W obecnym stanie prawnym (na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) czas pracy tych pracowników nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięcioletnim tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym. Regulacja powyższa spotkała się ze sprzeciwem środowiska radiologów, w szczególności Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektromedycyny. Uwagi w tym zakresie nie zostały uwzględnione. Proponowane w ustawie rozwiązanie uwzględnia opinie specjalistów z zakresu prawa pracy oraz uregulowania zawarte w ustawie - Prawo atomowe. Podkreślić należy również, iż kierunek proponowanych zmian znajduje odzwierciedlenie m.in. w opinii Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, w której stwierdzono, iż skracanie czasu pracy nie jest skuteczną i optymalną metodą zapobiegania negatywnym skutkom wykonywania pracy w szkodliwych warunkach. Jako najbardziej efektywną i zalecaną metodę Instytut wskazuje respektowanie przez pracodawców przepisów Kodeksu pracy, a w szczególności obowiązku przestrzegania przepisów bhp oraz systematycznego monitorowania wszystkich zagrożeń na poszczególnych stanowiskach pracy. Na brak uzasadnienia dla obowiązywania skróconych norm czasu pracy z punktu widzenia bezpieczeństwa pracy i potencjalnych następstw zdrowotnych narażenia zawodowego wielokrotnie wskazywali również Konsultanci Krajowi m. in. w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Medycyny Pracy, Radioterapii Onkologicznej oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Z informacji uzyskanych z 24 państw Unii wynika, iż w żadnym z nich nie obowiązują skrócone normy czasu pracy, których wymiar odpowiadałby normie 5 godzin na dobę oraz przeciętnie 25 godzin na tydzień.

2) Stworzenia wspólnego rejestru wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Uwagi w tym zakresie zgłosiły samorządy zawodów medycznych, które w obecnym stanie prawnym prowadzą rejestry indywidualnych i

grupowych praktyk lekarskich oraz pielęgniarek i położnych. Podmioty te argumentują, iż przekazanie zadań w tym zakresie wojewodom, pozbawia samorządy zawodowe uprawnień w zakresie kontroli prawidłowości prowadzenia praktyk zawodowych oraz nadzoru nad działalnością regulowaną w tych zawodach, co w konsekwencji wyłącza możliwość sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów medycznych. Należy wobec powyższego podkreślić, iż samorządy zawodowe nadal będą prowadziły rejestry lekarzy, pielęgniarek i położnych, a zatem nie utracą one uprawnień wynikających z art.17 ust. 1 Konstytucji, w myśl którego samorządy zawodowe, reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

3) Przepisów regulujących wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz mechanizmów wsparcia w procesie przekształceń w spółki kapitałowe. Uwagi w tym zakresie zgłosił Związek Powiatów Polskich w ramach Zespołu ds. Ochrony Zdrowia Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zdaniem ZPP przepisy w tym zakresie wprowadzają obciążenie jednostek samorządu nadmiernymi wydatkami. Należy w tym miejscu wyjaśnić, iż obowiązek pokrywania ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez podmiot tworzący istnieje w obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Podmioty prowadzące szpitale mają odpowiedni czas na reakcję na powstające zadłużenie (12 miesięcy roku budżetowego + 3 miesiące po jego zakończeniu). Dodatkowo ZPP zgłasza uwagę, iż proponowane w projekcie rozwiązania spowodują obniżenie dochodów gmin z tytułu podatku od nieruchomości. W odniesieniu do powyższego należy wyjaśnić, iż gminy nie mają obowiązku ustawowego umorzenia podatku od nieruchomości analogicznie jak inne podmioty publiczne. Ustawa daje gminom taką możliwość, fakultatywnie, po podjęciu stosownej uchwały przez radę gminy. Kolejny zarzut odnosi się do warunków wsparcia finansowego, które są – zdaniem ZPP – gorsze niż w tzw. „planie B”. Projekt ustawy zawiera korzystniejsze regulacje niż „plan B” (dodano nowy tytuł do uzyskania dotacji – pożyczki udzielone przez podmiot tworzący), pomoc finansową w przekształceniach zwiększono o niemal 500 mln. zł, wydłużono również termin funkcjonowania programu przekształceń do końca roku 2013.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projekt ustawy przewiduje powstanie jednego, centralnego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Koszty jego stworzenia oraz przeniesienia danych z rejestru Ministra Zdrowia wyniosą ok. 5 mln zł. Będą to środki pochodzące z programów realizowanych ze środków unijnych.

Ponadto projekt przewiduje podniesienie minimalnego kapitału zakładowego (w stosunku do minimum określonego w kodeksie spółek handlowych) do kwoty 5 mln złotych dla spółek prowadzących szpitale oraz 10 mln złotych w przypadku szpitali klinicznych. Jednak majątek, jakim dysponują potencjalnie przekształcane zakłady jest wystarczający dla spełnienia tego warunku, a to oznacza, iż przepisy te nie będą wiązały się z koniecznością poniesienia wydatków na podniesienie kapitału przez podmioty tworzące.

Szacunkowe skutki finansowe z tytułu ewentualnego pokrywania ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez ich organy tworzące.

Z danych sprawozdawczych przekazywanych przez spzoz do Ministerstwa Zdrowia wynika, że ujemna wartość wyniku finansowego obliczonego poprzez zsumowanie ujemnego wyniku finansowego oraz kosztów amortyzacji wykazanych w sprawozdaniach finansowych przez 228 jednostek wyniosła łącznie ok. 408,2 mln zł, w tym dla spzoz tworzonych przez:

- jednostki samorządów terytorialnych – 346 mln zł (dotyczy 211 spzoz),
- uczelni medycznych - 48 mln zł (dotyczy 9 spzoz),
- ministra zdrowia - 14,7 mln zł (dotyczy 8 spzoz).

Powyższe dane nie uwzględniają spzoz utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, którzy nie są zobowiązani do przekazywania danych. Z uwagi na wejście tego przepisu w życie od 2012 roku, w odniesieniu do sprawozdań za 2011 rok, przy postępującym procesie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, oraz stałym zmniejszaniu się odsetka samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej niewykazujących straty, można spodziewać się, że skutki finansowe dla podmiotów tworzących będą znacząco niższe.

Koszty z tytułu przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjne:

- wycena wartości nieruchomości; 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.
- wycena wartości mienia ruchomego; wysokość opłaty za taką wycenę szacuje się średnio na 5 tys. zł.
- koszty rejestracji - szacunkowy koszt rejestracji 1 spółki – 1.000 zł.
- koszty funkcjonowania rad nadzorczych. Przyjmuje się, iż średnia liczba członków rady nadzorczej to 3 osoby (średnie miesięczne wynagrodzenie członka rady to 2.500 zł brutto, co daje rocznie 30 tys. zł, a zatem szacunkowy roczny koszt funkcjonowania rady w 1 spółce może wynieść ok. 100 tys. zł).

Projekt zakłada umorzenie części zobowiązań przekształcanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wobec ZUS (1. 644 mln zł – stan na dzień 31.12.2009 r.) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne (22, 46 % od kwoty ok. 1. 644 mln zł., co daje ok. 369 mln. zł. Ponadto umorzeniu podlegałyby inne zobowiązania publicznoprawne, tj. z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych, wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz z tytułu: opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska, opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo ochrony środowiska, opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo wodne – stanowiących przychody Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin, niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład, a także z tytułów: administracyjnych kar pieniężnych określonych w ww. ustawach, opłat za użytkowanie wieczyste

gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa. Umorzeniu podlegają również zobowiązania z ww. tytułów, w stosunku do których do dnia przekształcenia, zostały wydane decyzje rozkładające ich spłatę na raty lub odraczające termin ich płatności, albo gdy zobowiązania te stanowią należności sporne; opłaty prolongacyjne ustalone w związku z ww. decyzjami, koszty egzekucyjne dotyczące zobowiązań z ww. tytułów. Zobowiązania z ww. tytułów wynoszą 411 mln zł (stan na 31.12.2009 r.). A zatem całość zobowiązań publicznoprawnych podlegających umorzeniom wynosi ok. 780 mln zł (369 mln zł + 411 mln zł).

Zakłada się, że na podstawie projektowanej ustawy przekształconych zostanie w przybliżeniu 40% wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej tj. ok. 500 z 1700 zakładów. Założenie to przyjęte zostało przy uwzględnieniu doświadczeń z funkcjonowania tzw. „planu B”, gdzie zakładano przekształcenie 30 % zakładów opieki zdrowotnej. Trzeba przy tym zauważyć, iż procedura przekształcenia na potrzeby „planu B” była bardziej skomplikowana i czasochłonna. Jak wynika z informacji przekazywanych podczas spotkań i konferencji dotyczących „planu B” w przypadku uproszczenia procedury zainteresowanie podmiotów tworzących byłoby większe, wobec czego podwyższenie tego założenia o 10% jest w pełni uzasadnione.

A zatem kwota umorzonych zobowiązań publicznoprawnych wyniosłaby w przybliżeniu 312 mln zł. (40% od kwoty 780 mln zł).

Przepisy projektowanej ustawy zakładają możliwość ubiegania się o dotacje podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które zostaną przekształcone w spółkę kapitałową do dnia 31.12.2013 r.

Wartość dotacji odpowiadałaby kwocie:

- umorzonych na podstawie ugody wierzytelności lub odsetek z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek),
- przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej,

- uiszczonego przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu,
- pozostałego do spłaty zobowiązania wynikającego z pożyczki, udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, zawartej przed dniem 31.12.2009 r.

Według stanu na dzień 31.12.2009 r. zobowiązania cywilnoprawne (bez pożyczki BGK, pożyczek udzielanych przez jednostki samorządu terytorialnego innych pożyczek i kredytów) wynoszą ok. 3.337 mln zł. Przy założeniach, że przekształceni podlegałyby 40% samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, natomiast średnia kwota umorzenia wynikająca z ugód z wierzycielami wyniosłaby 8 % (dotychczasowe doświadczenia postępowań ugodowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazują, że w ich wyniku zostaje umorzonych średnio 8% zobowiązań cywilnoprawnych) koszt dotacji z tytułu umorzeń ustalonych w ugodach wyniesie w związku z tym ok. 138 mln zł.

Kwota pozostałych do spłaty zobowiązań z tytułu kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosi 1,24 mld zł. Daje to koszt całkowity ok. 500 mln zł.

Kwota podatku od towarów i usług uiszczonego przez podmioty tworzące, które przekształciły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe od wniesionego do tej spółki aportu wyniosłaby ok. 1.250 mln. zł (w odniesieniu do wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej). A zatem w przypadku przekształcenia, zakładanych 40%, tych zakładów kwota dotacji z tego tytułu wyniesie ok. 500 mln zł.

Kwota pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej wynosi ok. 516 mln zł. Kwota dotacji z tego tytułu (40 % ww. kwoty) wynosi ok. 206 mln zł.

Po zsumowaniu kwot wynikających z poszczególnych tytułów (138 mln + 500 mln + 500 mln + 206 mln) kwota dotacji opiewa na 1.354 mln zł.

Natomiast kwota wynikająca z omówionych obu instrumentów wsparcia procesu przekształceń tj. umorzenia i dotacji (312 mln + 1.354 mln) wynosi ok. 1.666 mln zł (w zaokrągleniu 1,7 mld zł). Obserwując przebieg procesów „przekształceń” od 1999 r., zwłaszcza tych, które odbywały się w latach, gdy funkcjonowały regulacje

oferujące wsparcie finansowe dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji) lub jednostek samorządu terytorialnego, które dokonały przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, jak to ma miejsce w planie B, należy zauważyć, że proponowane mechanizmy wsparcia miały stymulujący wpływ na procesy przekształceń. Biorąc pod uwagę uwarunkowania gospodarcze, społeczne i polityczne szacuje się, że najwięcej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zostanie przekształconych w ostatnim roku planowanego w niniejszej ustawie wsparcia finansowego, a najmniej w pierwszym roku jej działania. Wiąże się to bezpośrednio z wysokością wydatków budżetowych z tym związanych, biorąc pod uwagę wszystkie instrumenty wsparcia należy szacować, że w 2011 r. wyniosą ok. 300 mln zł, w 2012 r. ok. 500 mln zł, a w 2013 r. wyniosą ok. 600 mln zł.

Realizacja zadań kontrolnych Ministra Zdrowia odpłatnie zleczanych wymienionym w ustawie podmiotom nie spowoduje w roku 2011 zwiększenia wydatków – będą one realizowane w ramach posiadanych środków. Należy przy tym podkreślić, iż w praktyce kontrole takie zlecane są głównie konsultantom krajowym i koszty ich przeprowadzenia pokrywane są w ramach przysługującego konsultantom wynagrodzenia.

Projekt przewiduje utworzenie nowego składnika wynagrodzenia pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z osobami skazanymi, zatrudnionych w Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu, Branicach oraz w Starogardzie Gdańskim oraz w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. W związku z powyższym zostaje nałożony na Ministra Zdrowia obowiązek zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych na wynagrodzenia dla w/w ośrodków. Minister Zdrowia musi zabezpieczyć skutki finansowe w wysokości 2.454.000 zł, jeśli dodatek będzie wynosił 10%, natomiast 12.270.000 zł jeśli dodatek będzie wynosił 50%. Ponadto od w/w kwot należy zabezpieczyć środki na pochodne od wynagrodzeń stanowiące odpowiednio dla 10% 410.000 zł, a 2.048.000 zł dla 50%. Łącznie do zabezpieczenia w budżecie Ministra Zdrowia na 2012 r. niezbędna będzie kwota w wysokości 2.864.000 zł, jeśli dodatek będzie wynosił 10%, a 14.318.000 zł, jeśli dodatek wyniesie 50%.

Podsumowując, szacunki dla budżetu państwa dotyczące wszystkich wydatków związanych z wprowadzeniem niniejszej regulacji powinny zamknąć się w sumie 1.730 mln zł.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5) Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana ustawa przyczyni się do podniesienia poziomu konkurencyjności gospodarki. Będzie mieć także wpływ na funkcjonowanie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, ponieważ wprowadza rozwiązania uproszczające, a w konsekwencji usprawniające prowadzenie działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Przybliżenie wykonywania działalności leczniczej do ogólnych zasad prowadzenia działalności gospodarczej będzie sprzyjać efektywnemu zarządzaniu, otworzy nowe możliwości uzyskiwania przychodów oraz zracjonalizuje gospodarowanie posiadanymi zasobami.

6) Wpływ na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana ustawa nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny. Jednakże wprowadzenie mechanizmów wsparcia procesu przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, może przyczynić się do poprawy sytuacji poszczególnych regionów. Projektowana regulacja umożliwi konsolidację i restrukturyzację samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu regionalnym, dla których podmiotem tworzącym są samorzady województw. Ustawa umożliwia przekształcenie większej liczby zakładów w jedną spółkę, co pozwoli na racjonalizację wykorzystania zasobów materialnych i osobowych w celu efektywnego ich wykorzystania.

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Projektowana ustawa nie będzie miała bezpośredniego wpływu na zdrowie ludności, gdyż dotyczy ono w głównej mierze organizacji systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak z uwagi na projektowane zmiany, przyczyni się do uelastycznienia zarządzania w ochronie zdrowia i poprawy jego efektywności.

8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej, z wyjątkiem przepisów dotyczących czasu pracy, które są zgodne z dyrektywą 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącą niektórych aspektów organizacji czasu pracy.

9) Wpływ na środowisko

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na środowisko.