

SAMORZĄD i ADMINISTRACJA

tydzień z komentarzami

GAZETAPRAWNA.PL
DZIENNIK.PL
FORSAL.PLŚroda
28 WRZEŚNIA 2016 NR 188 (4335)

Paweł Kaźmierczyk
prawnik w kancelarii
Domański Zakrzewski
Palinka Sp. k.



Szymon Łajszczak
associate w kancelarii
Domański Zakrzewski
Palinka Sp. k.



Piotr Najbuk
associate w kancelarii
Domański Zakrzewski
Palinka Sp. k.



Jan Pachocki
associate w kancelarii
Domański Zakrzewski
Palinka Sp. k.

Ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 960), której przepisy weszły w życie 15 lipca 2016 r., wprowadziła wiele istotnych zmian w funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia. Celem niniejszego komentarza jest kompleksowe prześledzenie całokształtu dokonanych zmian obejmujące analizę każdego zmienionego przepisu ustawy o działalności leczniczej oraz innych aktów prawnych mających związek z wprowadzonymi przez ustawodawcę modyfikacjami. Szczególny nacisk położymy na te spośród znowelizowanych przepisów, które mają kluczowe znaczenie dla działania podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zmiany wynikające z nowelizacji zostały też ocenione pod kątem stosowanych w systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych, polegających na współpracy kapitału prywatnego ze świadczeniodawcami publicznymi. W komentarzu omawiamy ponadto motywy i założenia wskazane przez ustawodawcę w uzasadnieniu projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, konfrontując je z finalnym brzmieniem przepisów. W pierwszej części komentarza zaprezentowane zostały znowelizowane przepisy zawarte w dziale pierwszym (przepisy ogólne) oraz w dwóch pierwszych rozdziałach działu drugiego (zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych) analizowanej ustawy. Komentarz ten objął więc takie zagadnienia jak: wprowadzenie zakazu zbywania akcji albo

udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większościowy pakiet akcji albo udziałów, wprowadzenie zasady niewypłacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają ponad 51 proc. akcji albo udziałów, wprowadzenie zmian terminologicznych obejmujących zastąpienie określenia „przedsiębiorstwo” terminem „zakład leczniczy”, dopuszczenie możliwości tworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, rezygnacja z obowiązku posiadania ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych czy uregulowanie zasad współpracy podmiotów leczniczych z policją w ramach poszukiwania osób zaginionych. Prezentowana druga część zawiera kolejne zmiany dokonane w ustawie

o działalności leczniczej, a więc w dalszych rozdziałach działu drugiego oraz działach od trzeciego (czas pracy pracowników podmiotów leczniczych) do ósmego (przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe). Komentarz obejmuje m.in. takie zagadnienia jak: przywrócenie możliwości tworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zmiany postępowania w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, ujednoczenie terminologii polegające na zastąpieniu terminu „ujemny wynik finansowy” terminem „strata netto” czy też możliwość dokonania zmiany podmiotu tworzącego. W trzeciej części komentarza omówimy zmiany wprowadzone niniejszą nowelizacją w innych ustawach oraz przepisy wprowadzające nowelizację

TYDZIEŃ Z KOMENTARZAMI – BAZA PUBLIKACJI

Dotychczas w tygodniku Samorząd i Administracja komentowaliśmy ustawy:

- z 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych
- z 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej
- z 22 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych
- z 5 stycznia 2011 r. – Kodeks wyborczy
- z 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach
- z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej

- z 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. poz. 195), chodzi o program 500+.
- Część pierwszą zmian do ustawy do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.) wprowadzonych ustawą z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960) komentowaliśmy 24 sierpnia 2016 r. (nr 163)

Przeoczytę tygodnik?
Znajdziesz go w wydaniach DGP
na www.edgp.gazetaprawna.pl

Zmiany do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.) wprowadzone ustawą z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960) – cz. 2

Zmiany obejmujące Dział II.

Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych

Rozdział 3. Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami

Oddział 1. Przepisy ogólne

Art. 47 ust. 2

[Brzmienie pierwotne]:
Do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest żołnierzem zawodowym stosuje się przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, a do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębior-

cą, który jest funkcjonariuszem Służby Więziennej, Straży Granicznej albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego stosuje się odpowiednio przepisy o Służbie Więziennej, Straży Granicznej albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

[Brzmienie obecne]:
Do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest żołnierzem zawodowym, stosuje się przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, a do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest funkcjonariuszem Służby Więziennej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, stosuje się odpowiednio przepisy o Służbie Więziennej, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

komentarz

- Analizowany przepis reguluje status kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą i ma zastosowanie do wszystkich osób pełniących tę funkcję. Wskazuje m.in., że kierownik może udzielać świadczeń zdrowotnych, tylko jeżeli zawarta z nim umowa przewiduje taką możliwość oraz ma zakaz podejmowania innego zatrudnienia bez wyraźnej, wyrażonej w formie pisemnej, zgody podmiotu tworzącego. Znowelizowany ustęp dotyczy jednak wyłącznie kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, którzy podlegają szczególnym regulacjom innych ustaw (tzw. pragmatyk zawodowych).
- Pierwotnie przepis obejmował wyłącznie kierowników będących zara-

zem funkcjonariuszami Służby Więziennej, Straży Granicznej albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Nowelizacja poszerzyła katalog służb o Biuro Ochrony Rządu. Przypomnieć w tym miejscu należy, że omówione w pierwszej części komentarza znowelizowane przepisy rozdziału 2. Działu II ustawy o działalności leczniczej, dotyczące podmiotów leczniczych o szczególnej regulacji, także rozszerzały zakres służb mieszczących się w wynikających z nich normach, przykładowo w art. 40 ust. 3 komentowanej ustawy przywidziano dostęp do świadczeń udzielanych przez odpowiednio zorganizowane jednostki budżetowe utworzone przez ministra spraw wewnętrznych i administracji nie tylko dla ich funkcjonariuszy, ale także dla pracowników cywilnych policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony

Rządu oraz Straży Granicznej. Nowelizacja zakłada więc w uzasadnionych przypadkach objęcie przepisami ustawy o działalności leczniczej większej liczby służb.

- Zauważyć należy, że wskazanie katalogu służb ma w powyższym przypadku charakter przede wszystkim porządkowy, bowiem w przypadku kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, którzy spełniają określone kryteria zawodowe, wskazane przepisy i tak są stosowane z mocy prawa². Przepis ten wyłącza jednak możliwość uznania ustawy o działalności leczniczej za legem speciale, wyłączającej zastosowanie regulacji wskazanych w tym przepisie regulacji.
- Przepis zawiera odwołanie do odpowiednich przepisów o Służbie Więziennej, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szeffa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej.

Art. 48 ust. 3

3. Rady społecznej nie powołuje się w:

pkt 4 [Brzmienie pierwotne]: podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Szeffa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej.

pkt 4 [Brzmienie obecne]: podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Szeffa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szeffa Agencji Wywiadu, Szeffa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu.

komentarz

- Zasadą jest, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz doradcym kierownika. Do jej zadań należy m.in. przedstawianie podmiotowi tworzącemu i kierownikowi wniosków i opinii, dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej czy wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie. Radę społeczną powołuje i odwołuje oraz zwoluje podmiot tworzący. Również podmiot tworzący zwoluje jej pierwsze posiedzenie. W posiedzeniach rady społecznej uczestniczy zawsze kierownik oraz przedstawiciele organizacji związkowych działających w podmiocie leczniczym.
- Ustawodawca zwalnia jednak określone podmioty z obowiązku ustanowienia tego organu. Dotyczy to m.in. wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych, regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzonego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, podmiotów leczniczych tworzonych przez pracodawcę w celu ochrony pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowi-

ska pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę nad pracującymi, a także określonych podmiotów leczniczych będących jednostkami budżetowymi utworzonymi przez ministrów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i szefów określonych służb. Nowelizacja objęła tylko tę ostatnią grupę podmiotów.

- Obecnie obowiązek powołania rady społecznej nie dotyczy nie tylko podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, ale także tych utworzonych przez szefa Agencji Wywiadu i szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego, a także ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i, co jest nowością wprowadzoną nowelizacją, Biura Ochrony Rządu. W tym przypadku ustawodawca zdecydował się zawęzić katalog służb objętych przedmiotową regulacją ustawy o działalności leczniczej. W tym zakresie bowiem poszerzenie katalogu oznacza właśnie wyłączenie zastosowania.

Art. 49 ust. 2

[Brzmienie pierwotne]: Konkurs na stanowisko kierownika oraz zastępcy kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.

[Brzmienie obecne]: Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.

komentarz

- W każdym podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko kierownika, zastępcy kierownika (w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem), ordynatora, naczelną pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej. Zasady przeprowadzania konkursu na najwyższe stanowiska reguluje art. 49 ustawy o działalności leczniczej oraz wydane na jego mocy przez ministra zdrowia rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą³ określające m.in. skład oraz tryb i warunki powoływania i odwoływania komisji konkursowej czy ramowy regulamin przeprowadzania takiego konkursu.
- Wprowadzana zmiana trybu postępowania w przypadku konkursu na stanowisko zastępcy kierownika. Dotychczas konkurs na tę posadę ogłaszał podmiot tworzący. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisu zadanie to przekazane zostało kierownikowi. Konkurs taki ogłaszany jest jednak niezmiennie – jak wynika z art. 49 ust. 1 analizowanej ustawy – tylko w takim przypadku, w którym kierownik nie jest jednocześnie lekarzem.
- Przesunięcie ciężaru związanego z ogłoszeniem konkursu z poziomu podmiotu tworzącego na kierownika ułatwia zarządzanie i zwiększa możliwości operacyjne podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą.
- W tym kontekście warto przywołać rozstrzygnięcie nadzorcze wojewody lubuskiego z 26 maja 2015 r. (NK-I.4131.93.2015.AHoR), w którym wskazano, że „określenie ogłasza należy rozumieć jako bezwzględny obowiązek ogłoszenia konkursu przez podmiot tworzący w razie waku na stanowisku kierownika (dyrektora) podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Z żadnego z przepisów ustawy o działalności leczniczej lub z innego aktu prawnego nie sposób wywieść upoważnienia do wydawania zarządzenia w przedmiocie powierzenia pełnienia obowiązków kierownika (dyrek-

tora) SP ZOZ. Powierzenie pełnienia obowiązków kierownika jednostki organizacyjnej musi bowiem wynikać wprost z przepisów powszechnie obowiązujących. Brak przepisu przyznającego *expressis verbis* upoważnienie do powierzenia pełnienia obowiązków dyrektora takiego podmiotu leczniczego oznacza niedopuszczalność wydania zarządzenia o tej treści”.

Art. 50a ust. 1

[Brzmienie pierwotne]: brak

[Brzmienie obecne]: Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielną publiczną opiekę zdrowotną, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

komentarz

- Poddany analizie w pierwszej części komentarza nowelizowany przepis art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej przywrócił Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę możliwość tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Przypomnijmy, że działalność samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej regulowana była pierwotnie ustawą z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.), a od roku 2011 ich funkcjonowanie poddano reżimowi ustawy o działalności leczniczej. Jednym z założeń dokonanej wówczas zmiany było zasadnicze ograniczenie możliwości powstawania nowych samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej jedynie do procesu połączenia tych dotychczas funkcjonujących. Wprowadzona nowela zakłada odwrócenie tej polityki publicznej. Skarb Państwa reprezentowany przez swe organy znow może tworzyć podmioty lecznicze w formie samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej, obok dotychczasowych form, tj. spółki kapitałowej, jednostki budżetowej i jednostki wojskowej. Wpisuje się to w politykę ponownego upubliczniania służby zdrowia, która została wyrażona m.in. w opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018.
- Dodany nowelizacją art. 50a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej reguluje tryb powstawania samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały utworzyć nowy podmiot tego typu. Ustawodawca wskazuje też kryteria, którymi należy się kierować przy powoływaniu nowych samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podmiot tworzący powinien uwzględnić konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Każdorazowo należy więc dokonać wyważenia wartości związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym człowieka a efektywnością systemu ochrony zdrowia.

Art. 50a ust. 2

[Brzmienie pierwotne]: Brak

[Brzmienie obecne]: Samodzielną publiczną opiekę zdrowotną podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. Z chwilą wpisania do tego rejestru samodzielną publiczną opiekę zdrowotną uzyskuje osobowość prawną.

komentarz

- Analizowany przepis jest konsekwencją przywrócenia możliwości tworzenia samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Określa on warunek konieczny do spełnienia w celu powołania takiego podmiotu oraz moment, w którym w świetle prawa nowy SPZOZ powstaje, czyli w którym uzyskuje osobowość prawną.
- Powołanie nowego samodzielną publicznego zakładu opieki zdrowotnej wiąże się z koniecznością dokonania wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. Rejestr ten, składający się łącznie z rejestru przedsiębiorców, rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także rejestru dłużników niewypłacalnych prowadzą w systemie teleinformatycznym sądy rejonowe (sądy gospodarcze) obejmujące swoją właściwością obszar województwa lub jego część. Rejestr obejmuje wszystkie podmioty, na które przepisy ustaw nakładają obowiązek uzyskania do niego wpisu, a zatem dotyczy także samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Postępowanie w sprawie uzyskania wpisu reguluje ustawa o Krajowym Rejestrze Sądowym⁴.
- Wpis do rejestru jest dokonywany na wniosek, który składa się na urzędowym formularzu albo na formularzu udostępnionym w systemie teleinformatycznym. Wniosek można także składać na niebarwnych formularzach stanowiących wydruki komputerowe lub będących kserokopiami formularzy urzędowych. Wzory, sposób i miejsca udostępniania urzędowych formularzy reguluje rozporządzenie ministra sprawiedliwości w sprawie określenia wzorów urzędowych formularzy wniosków o wpis do Krajowego Rejestru Sądowego oraz sposobu i miejsca ich udostępniania⁵.
- Zgodnie z przywołanym rozporządzeniem wzór formularza wniosku o rejestrację nowego samodzielną publicznego zakładu opieki zdrowotnej w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielną publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jest oznaczony symbolem KRS-W22 i stanowi załącznik nr 13 do rozporządzenia. Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi, drukowanymi literami. W formularzu wskazać należy m.in. sąd, do którego składany jest wniosek, siedzibę podmiotu, którego dotyczy wpis, dane wnioskodawcy, dane o NIP i REGON, informację o statucie podmiotu, organ uprawniony do reprezentacji podmiotu podlegającego rejestracji oraz cel działania podmiotu.
- Wypełniony wniosek składa się do sądu rejonowego (sądu gospodarczego) właściwego ze względu na siedzibę podmiotu, którego dotyczy wpis, dane wnioskodawcy, dane o NIP i REGON, informację o statucie podmiotu, organ uprawniony do reprezentacji podmiotu podlegającego rejestracji oraz cel działania podmiotu.
- Wypełniony wniosek składa się do sądu rejonowego (sądu gospodarczego) właściwego ze względu na siedzibę podmiotu, którego dotyczy wpis, dane wnioskodawcy, dane o NIP i REGON, informację o statucie podmiotu, organ uprawniony do reprezentacji podmiotu podlegającego rejestracji oraz cel działania podmiotu.
- Wypełniony wniosek składa się do sądu rejonowego (sądu gospodarczego) właściwego ze względu na siedzibę podmiotu, którego dotyczy wpis, dane wnioskodawcy, dane o NIP i REGON, informację o statucie podmiotu, organ uprawniony do reprezentacji podmiotu podlegającego rejestracji oraz cel działania podmiotu.
- Wypełniony wniosek składa się do sądu rejonowego (sądu gospodarczego) właściwego ze względu na siedzibę podmiotu, którego dotyczy wpis, dane wnioskodawcy, dane o NIP i REGON, informację o statucie podmiotu, organ uprawniony do reprezentacji podmiotu podlegającego rejestracji oraz cel działania podmiotu.
- Wpis do rejestru polega na wprowadzeniu do systemu telein-

formatycznego danych zawartych w postanowieniu sądu rejestrowego niezwłocznie po jego wydaniu. Wpis uznaje się za dokonany z chwilą zamieszczenia danych w rejestrze. W tym momencie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną, czyli staje się podmiotem praw i obowiązków, może też dokonywać we własnym imieniu czynności prawnych.

- Powyższa regulacja pozostaje w zgodzie z zasadą wyrażoną w art. 37 kodeksu cywilnego¹⁰, zgodnie z którym jednostka organizacyjna uzyskuje osobowość prawną z chwilą jej wpisu do właściwego rejestru, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

Art. 50a ust. 3

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:
Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała, o których mowa w ust. 1, zawierają:

- 1) nazwę i siedzibę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 2) określenie rodzaju działalności leczniczej;
- 3) określenie mienia, w które wyposaża się samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

komentarz

■ Zgodnie z nowo dodanym art. 50a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały, utworzyć nowy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. W ustępie trzecim analizowanego przepisu ustawodawca wskazuje obowiązkową zawartość aktu ustanawiającego nowy SPZOZ.

■ Akt prawny powołujący nowy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej powinien wskazywać nazwę i siedzibę nowego podmiotu, określać rodzaj prowadzonej w nim działalności leczniczej oraz wskazywać mienie, w które się go wyposaża.

Przez nazwę należy rozumieć oznaczenie indywidualizujące dany samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej np. SPZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny. W przypadku siedziby należy przywołać art. 41 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym jeżeli ustawa lub oparty na niej statut nie stanowi inaczej, siedzibą osoby prawnej jest miejscowość, w której ma siedzibę jej organ zarządzający. Co do zasady więc siedzibą samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie miejscowość, w której jest lub będzie on położony.

■ Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała musi ponadto wskazywać określenie rodzaju działalności leczniczej. Zauważyć należy, że zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, działalność ta polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (świadczenia te mogą być również udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności). Działalność lecznicza może również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne i inne niż szpitalne) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

■ Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na:

- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych

osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;

- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;
- sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów.

■ Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

■ Akt prawny powołujący nowy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej wskazuje też mienie, w które wyposaża się nowy podmiot. Mieniem jest własność i inne prawa majątkowe, czyli np. własność nieruchomości lub ruchomości, w tym urządzeń, materiałów, towarów i wyrobów, oraz inne prawa rzeczowe do nieruchomości lub ruchomości, prawa wynikające z umów najmu i dzierżawy nieruchomości lub ruchomości oraz prawa do korzystania z nieruchomości lub ruchomości wynikające z innych stosunków prawnych, wierzytelności, prawa z papierów wartościowych i środki pieniężne, majątkowe prawa autorskie i majątkowe prawa pokrewne, patenty i inne prawa własności przemysłowej.

Oddział 2.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Art. 54 ust. 1

[Brzmienie pierwotne]:

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym).

[Brzmienie obecne]:
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje posiadanym mieniem.

komentarz

■ Przepis stanowi podstawę zasad gospodarowania majątkiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

■ Przypomnieć należy, że przejęte z dniem 1 stycznia 1999 r. przez jednostki samorządu terytorialnego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej na mocy art. 47 ust. 3 przepisów wprowadzających ustawę reformującą administrację publiczną przejęły na własność powierzony im majątek ruchomy. Stąd też dotychczasowy przepis czynił rozróżnienie na trzy kategorie:

- przekazane w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego,

- przekazany w nieodpłatne użytkowanie majątek Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, oraz - majątek własny.

■ Ustawodawca w związku z nową zasadą wyposażania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zrezygnował z tego podziału. Ponadto, jak wskazano w uzasadnieniu projektu nowelizacji, niejednoznaczne brzmienie tego przepisu powodowało, że był on interpretowany w różny sposób. Także orzecznictwo i praktyka w tym zakresie pozostawały rozbieżne. Dlatego też, zgodnie z uzasadnieniem do nowelizacji „Proponowane brzmienie zakłada swobodę podmiotu tworzącego w zakresie wyposażania swojego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w nieruchomości. Podmiot tworzący będzie mógł przekazać samodzielnemu publicznemu zakładowi w nieodpłatne użytkowanie (najczęstsza sytuacja), przekazać je na własność albo na podstawie innego tytułu prawnego. Niezależnie od sposobu przekazania mienia, zgodnie z projektowanym przepisem (co do zasady) samodzielnym publiczny zakład opieki zdrowotnej samodzielnie gospodaruje mieniem”.

■ Aktualne pozostają natomiast inne podstawowe zasady gospodarowania majątkiem. Tak więc zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie w dalszym ciągu może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący, przy czym zasady te polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego. Tak samo wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu, które wykonują działalność leczniczą, jest nadal zabronione. W przypadku spółek, fundacji lub stowarzyszeń, wykonujących inną działalność, dokonanie tych czynności wymaga zgody podmiotu tworzącego.

■ Także czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może w dalszym ciągu nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący, inaczej jest nieważna.

Art. 55 ust. 1

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

pkt 6 [Brzmienie pierwotne]:
na pokrycie ujemnego wyniku finansowego, o którym mowa w art. 59 ust. 2.

pkt 6 [Brzmienie obecne]:
na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1.

komentarz

■ Analizowany przepis reguluje zasady uzyskiwania środków finansowych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Wskazuje źródła ich pozyskiwania, do których zalicza pieniądze z odpłatnej działalności leczniczej (chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej), z wydzielonej działalności innej niż odpłatna działalność lecznicza, z odsetek od lokat, z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, a także cele, na które mogą być pozyskiwane - m.in. realizacja zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, remonty, realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne czy realizacja celów określonych w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych.

■ Publiczny zakład opieki zdrowotnej mógł do tej pory uzyskiwać środki finansowe na pokrycie ujemnego wy-

ku finansowego za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, miał wartość ujemną. Co ważne, w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w ten sposób, podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu określonego terminu wydawał rozporządzenie, zarządzenie albo podejmował uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

■ Obecnie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe na pokrycie straty netto za rok obrotowy tego zakładu. W analizowanym przepisie ustawodawca dokonał jedynie zmiany terminologicznej - zwrot „ujemny wynik finansowy” zastąpiono zwrotem „strata netto”. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu nowelizacji, „Obecnie obowiązujące przepisy posługują się zamiennie pojęciami straty netto oraz ujemny wynik finansowy, które są pojęciami tożsamymi. Proponuje się zatem uporządkowanie przepisów w tym zakresie i zastąpienie pojęcia ujemnego wyniku finansowego pojęciem straty netto. Jest to pojęcie używane w przepisach rachunkowych i księgowych, natomiast zwrot »ujemny wynik finansowy« ma bardziej potoczny charakter”.

Art. 56 ust. 2

[Brzmienie pierwotne]:

Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnie publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub mienia uczelni medycznej.

[Brzmienie obecne]:

Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnie publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie.

komentarz

■ Fundusz założycielski to wkład majątkowy państwa na początku funkcjonowania określonego podmiotu publicznego. Stanowi jego pierwsze wyposażenie, ale pod względem właścicielskim pozostaje własnością Skarbu Państwa. Analizowany przepis stanowi podstawę obliczenia wartości funduszu założycielskiego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wskazując, że stanowi on wartość wydzielonej samodzielnie publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej. Nowelizacja precyzuje, że na wartość funduszu założycielskiego składa się także wartość mienia przekazanego w nieodpłatne użytkowanie.

Art. 57 w ust. 1

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

pkt 3 [Brzmienie pierwotne]:
kwoty środków pieniężnych przekazane na pokrycie ujemnego wyniku finansowego, o którym mowa w art. 59 ust. 2.

pkt 3 [Brzmienie obecne]:
kwoty środków pieniężnych przekazane na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1.

komentarz

■ Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej to wartość jego majątku pomniejszona o wartość funduszu założycielskiego¹¹. Analizowany przepis wskazuje podstawy określania wartości majątku konkretnego SPZOZ.

■ Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększa się o zysk netto, kwoty zwiększenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przesza-

cowania tych aktywów oraz własnie kwoty środków pieniężnych przekazane na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Fundusz zakładu zmniejsza się zaś o stratę netto oraz kwoty zmniejszenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów.

W analizowanym przepisie ustawodawca dokonał jedynie zmiany terminologicznej – zwrot „ujemny wynik finansowy” zastąpiono zwrotem „strata netto”, czyli terminem używanym powszechnie w przepisach rachunkowych i księgowych.

Art. 59

[Brzmienie pierwotne]:

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.
2. Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, 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, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości.
3. Ujemny wynik finansowy i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.
4. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w ust. 2 podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2 wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

[Brzmienie obecne]:

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1.
2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:
 - 1) 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo
 - 2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.
3. Strata netto i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.
4. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1, na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

komentarz

- Analizowany przepis art. 59 ustawy o działalności leczniczej określa postępowanie w przypadku wystąpienia straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dokonana w tym zakresie zmiana to jedna z najistotniejszych modyfikacji wynikających z nowelizacji.

W art. 59 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej ustawodawca wprowadził wyłącznie zmianę terminologiczną – zwrot „ujemny wynik finansowy” zastąpiono zwrotem „strata netto”, zgodnie z założeniem, że „Obecnie obowiązujące przepisy posługują się zamiennie pojęciami straty netto oraz ujemny wynik finansowy, które są pojęciami tożsamymi”.

- Najistotniejsza zmiana dotyczy pozostałych ustępów komentowanego przepisu. Dotychczasowa procedura postępowania w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej okazała się stosunkowo mało skuteczna. Rodziło to olbrzymi problem dla kondycji finansowej i funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej. Z uwagi na to, że możliwość zmiany formy organizacyjno-prawnej SPZOZ w przypadku niepokrycia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) była stosowana jedynie incydentalnie, ustawodawca zaproponował odstąpienie od tego rozwiązania. Jednocześnie nie wprowadzono obowiązku pokrywania straty przez podmiot tworzący w sytuacji, gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie mógł pokryć stratę we własnym zakresie, tj. z funduszu zakładu.

- Przypomnieć należy, że sposób pokrywania straty netto określa art. 57 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym fundusz zakładu jest zmniejszany o stratę netto. Jeśli fundusz zakładu nie wystarczy na pokrycie straty netto, wówczas podmiot tworzący zobowiązany jest do pokrycia pozostałej części, jednak nie więcej niż do wysokości wynikającej z sumy straty netto i kosztów amortyzacji. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu nowelizacji, „w takim przypadku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od pokrycia straty przez podmiot tworzący, sporządza program naprawczy, na okres nie dłuższy niż 3 lata. Program naprawczy musi zyskać akceptację podmiotu tworzącego. Wprowadzenie obowiązku sporządzania i realizowania programu naprawczego służy wzmocnieniu odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego za jego wynik finansowy i przyczyni się do prowadzenia racjonalnej gospodarki finansowej. Samo przekazywanie środków z budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego czy też uczelni medycznych na pokrycie straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej nie gwarantuje bowiem racjonalności i roztropności ich wydatkowania. Drugim z możliwych działań podmiotu tworzącego, w przypadku gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest w stanie samodzielnie pokryć straty netto (ujemnego wyniku finansowego), jest likwidacja podmiotu leczniczego”.

Art. 67a ust. 1

[Brzmienie pierwotne]: Brak.

[Brzmienie obecne]:
Zmiany podmiotu tworzącego dokonuje się na podstawie porozumienia zawartego pomiędzy podmiotem, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (podmiot przekazujący), a podmiotem, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (podmiot przejmujący).

komentarz

- Nowo dodany przepis dopuszcza możliwość przekazywania między różnymi podmiotami obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego samodzielnemu publicznyemu zakładowi opieki zdrowotnej. Dotychczasowe przepisy nie przewidywały w ogóle możliwości dokonania takiej zmiany.

- Jak wskazano w uzasadnieniu projektu nowelizacji, „zmiana w tym zakresie ma na celu umożliwienie zawarcia porozumienia podmiotu, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (podmiot przekazujący) z podmiotem, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (podmiot przejmujący). Przykładowo jednostka samorządu terytorialnego będzie mogła przekazać swój samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej innej jednostce samorządu terytorialnego albo publicznej uczelni medycznej”.
- W ocenie ustawodawcy przyjęte rozwiązanie ma pozwolić na lepsze, bardziej racjonalne wykorzystanie potencjału ochrony zdrowia. Skupienie kilku podmiotów leczniczych w rękach jednego podmiotu tworzącego ma umożliwić lepsze zarządzanie i skuteczniejsze prowadzenie polityki zdrowotnej.

Art. 67a ust. 2

[Brzmienie pierwotne]: brak

[Brzmienie obecne]: Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie podmiotów: przekazującego i przejmującego;
- 2) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;
- 3) zasady odpowiedzialności za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;
- 4) zasady przejścia mienia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;
- 5) postanowienie o przekazaniu na własność podmiotowi przejmującemu nieruchomości będących w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których właścicielem przed dniem zawarcia porozumienia jest podmiot przekazujący.

komentarz

- Analizowany przepis konkretyzuje, co powinno zawierać porozumienie dotyczące zmiany podmiotu tworzącego zawierane pomiędzy podmiotem przekazującym i przejmującym. Wskazana zostaje w nim minimalna treść takiego aktu.
- Po pierwsze, konieczne jest oznaczenie głównych podmiotów związanych z porozumieniem, to jest samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia, podmiotu, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (czyli podmiotu przekazującego), oraz podmiotu, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (czyli podmiotu przejmującego).
- Po drugie, zawarte porozumienie musi określać zasady odpowiedzialności za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia. Ustawodawca musi określać zatem, który z podmiotów, pomiędzy którymi dokonywane jest przekazanie obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego, odpowiedzialność tę ponosi.
- Po trzecie, porozumienie musi regulować dalsze kwestie związane z majątkiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Składają się na nie zasady przejścia mienia SPZOZ będącego przedmiotem porozumienia, które strony porozumienia mogą swobodnie ukształtować. Ustawodawca jednoznacznie przesądza, że konieczne jest zawarcie postanowienia o przekazaniu na własność podmiotowi przejmującemu nieruchomości będących w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których właścicielem przed

dniami zawarcia porozumienia jest podmiot przekazujący.

Art. 67a ust. 3

[Brzmienie pierwotne]: Brak

[Brzmienie obecne]:
Podmiot przejmujący dostosowuje, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 1, skład rady społecznej do przepisów art. 48.

komentarz

- Ostatnim obowiązkiem związanym z procesem przekazywania pomiędzy różnymi podmiotami obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego samodzielnemu publicznyemu zakładowi opieki zdrowotnej jest wymóg dostosowania w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia porozumienia do przepisów art. 48 ustawy o działalności leczniczej.
- Przypomnijmy, że rada społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz doradczym kierownika w każdym podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Radę społeczną powołuje i odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie podmiot tworzący. W posiedzeniach rady społecznej uczestniczą kierownik oraz przedstawiciele organizacji związkowych działających w podmiocie leczniczym. Skład rady społecznej działającej w podmiocie leczniczym uzależniony jest od formy prawnej podmiotu tworzącego.
- W skład rady społecznej, działającej w podmiocie, dla którego podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, wchodzi:
 - jako przewodniczący:
 - przedstawiciel rektora uczelni albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, a jako członkowie:
 - przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - przedstawiciel wojewody,
 - przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa,
 - przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej,
 - przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych,
 - osoby powołane odpowiednio przez senat albo radę naukową – w liczbie nieprzekraczającej 5.
 - W skład rady społecznej działającej w podmiocie, dla którego podmiotem tworzącym jest jakkolwiek inny podmiot tworzący:
 - jako przewodniczący:
 - przedstawiciel organu administracji rządowej – w podmiotach utworzonych przez ten organ,
 - wójt (burmistrz), prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa lub osoba przez niego wyznaczona w podmiotach utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego,
 - jako członkowie:
 - przedstawiciel wojewody – w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego,
 - przedstawiciele wybrani przez odpowiednio: radę gminy lub radę powiatu – w liczbie określonej przez podmiot tworzący, albo przez sejmik województwa – w liczbie nieprzekraczającej 15 osób, albo przez podmiot tworzący podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą o ogólnokrajowym lub ponadwojewódzkim obszarze działania – w liczbie nieprzekraczającej 15 osób, w tym po jednym przedstawicielu Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
 - przedstawiciel uczelni medycznej wybrany przez rektora albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w szpitalu, w którym jest jednostka organizacyjna udostępnio-

na na podstawie art. 89 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

- Członkowi rady społecznej przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w jej posiedzeniach, za co może także żądać od podmiotu tworzącego rekompensaty w wysokości utraconych zarobków, jeżeli z powodu uczestnictwa w posiedzeniu rady pracodawca udzielił członkowi na ten czas zwolnienia z wykonywania obowiązków pracowniczych bez zachowania prawa do wynagrodzenia. Pamiętaj, należy, że członkiem rady społecznej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może być osoba zatrudniona w tym podmiocie.

Zmiany obejmujące Dział III.

Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych.

■ **Art. 95 ust. 1**

[Brzmienie pierwotne]:

Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego.

[Brzmienie obecne]:

Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.

■ **komentarz**

- Jak wskazywaliśmy, centralnym dla całej nowelizacji pojęciem jest zakład leczniczy, który oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Definicja „zakładu leczniczego” jest zbliżona z dotychczasową definicją „przedsiębiorstwa”. Zespół składników majątkowych, pomimo oderwania go od terminu „przedsiębiorstwo”, nadal należy rozumieć jako zespół składników niematerialnych i materialnych w myśl art. 55¹ kodeksu cywilnego.

- W opinii projektodawcy zakład leczniczy to pojęcie jednoznacznie kojarzące się z działalnością leczniczą. Jak wskazano w uzasadnieniu nowelizacji, „obecnie funkcjonujący termin »przedsiębiorstwo« (podmiotu leczniczego) na określenie zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, potocznie kojarzy się z działalnością produkcyjną (lecznicze odbywa się w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, tj. np. w przychodni)».

Dzięki zastąpieniu jednego terminu drugim ustawodawcy pragną jak można sądzić, zmienić kontekst systemowy obecnych w ustawie pojęć, zapobiegając ewentualnym wątpliwościom interpretacyjnym.

W związku z powyższym nowelizacja analizowanego przepisu obejmuje wyłącznie dostosowanie użytych w nim słów do nowej terminologii ustawowej. Dyżurem medycznym jest więc w dalszym ciągu wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, a czas jego pełnienia wlicza się do czasu pracy.

Zmiany obejmujące Dział IV.

Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

■ **Art. 100 ust. 1**

1. Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot lec-

niczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwanego dalej „rejestr”, zawierający następujące dane:

pkt 6 [Brzmienie pierwotne]:
nazwę przedsiębiorstwa, oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

pkt 6 [Brzmienie obecne]:
nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

■ **komentarz**

- Wykonywanie działalności leczniczej w formie podmiotu leczniczego wiąże się z koniecznością wpisu do centralnego rejestru danych, jakim jest rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Rejestr ten prowadzi się w systemie teleinformatycznym, a podmiotem odpowiedzialnym za jego funkcjonowanie jest jednostka podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Dokładny sposób prowadzenia rejestru i funkcjonowania systemu teleinformatycznego określają przepisy ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia¹².

Organem prowadzącym rejestr, o którym mowa w komentowanym przepisie, jest:

- w odniesieniu do podmiotów leczniczych – wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego;
- w odniesieniu do praktyk zawodowych lekarzy – okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza, a w odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej – Wojskowa Rada Lekarska,
- w odniesieniu do praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych – okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę.

- W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru wpisuje się numer książki rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) oznaczenia podmiotu leczniczego: firmę, nazwę albo imię i nazwisko, adres podmiotu, numer REGON, Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 2) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 7) datę wpisu do rejestru;
- 8) datę zmiany wpisu do rejestru;
- 9) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 10) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego;
- 11) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
- 12) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

- Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Do wniosku załączało się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej.

W związku z powyższym zakresem danych wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi zawierać m.in. nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana

z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Nowelizacja nie wprowadziła w tym zakresie żadnej zmiany merytorycznej. W związku z nowo przyjętą terminologią informacja o „nazwie przedsiębiorstwa” zastąpiona została informacją o „nazwie zakładu leczniczego”.

■ **Art. 100 ust. 1a**

[Brzmienie pierwotne]:

Nazwa przedsiębiorstwa, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego, zgodnie z ust. 1 pkt 1.

[Brzmienie obecne]:

Nazwa zakładu leczniczego, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego zgodnie z ust. 1 pkt 1.

■ **komentarz**

- Konsekwencją przyjęcia nowej terminologii ustawowej i związanej z nią modyfikacją treści art. 100 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej jest ujednolicenie słownictwa w całym analizowanym przepisie. W związku z tym „nazwa przedsiębiorstwa” zastąpiona została „nazwą zakładu leczniczego”. Oznacza to, że nazwa zakładu leczniczego obejmuje co do zasady te same dane identyfikacyjne, co uprzednio nazwa przedsiębiorstwa.

■ **Art. 100 ust. 4**

[Brzmienie pierwotne]:

Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, z zastrzeżeniem art. 25 ust. 3.

[Brzmienie obecne]:

uchylony

■ **komentarz**

- Przypomnieć należy, że nowelizacja uchyliła art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który zobowiązywał kierownika podmiotu leczniczego do niezwłocznego, nie później jednak niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, przekazania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumentów ubezpieczenia potwierdzających fakt zawarcia umowy ubezpieczenia wystawionych przez ubezpieczyciela.

- W związku z uchyleniem analizowanego przepisu wskazany obowiązek wygasa. Należy zwrócić uwagę, że dotyczy on także umów odpowiedzialności cywilnej obejmujących szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, których zawarcie wciąż jest wymagane przepisami prawa. Zastąpiono to wymogiem złożenia oświadczenia o zawarciu wymaganej umowy odpowiedzialności cywilnej.

- Spójność regulacji wymagała, by w związku z uchyleniem obowiązku przekazania organowi prowadzącemu rejestr dokumentów ubezpieczenia, uchylić także odpowiedni przepis dotyczący zasad funkcjonowania rejestru. W tym przypadku jest to art. 100 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej traktujący o załączeniu tego rodzaju dokumentów.

Niniejsza zmiana nie oznacza wcale zwolnienia z przestrzegania wymogów. Oznacza jedynie, że główny ciężar dokonania oceny w przedmiocie tego, czy podmiot leczniczy spełnia warunki wymagane do wykonywania działalności leczniczej, będzie leżał na wnioskodawcy. Jednocześnie niniejsza zmiana sugeruje, że organy rejestrowe po rozpoczęciu działalności leczniczej będą dokonywały weryfikacji w przedmiocie tego, czy stan rzeczy wisty odpowiada stanowi deklarowanemu, czyli czy podmiot wykonujący działalność rzeczywiście spełnia wymogi do wykonywania działalności leczniczej.

- Pragniemy przypomnieć, że w przypadku stwierdzenia rażących naruszeń wymogów ustawy o działalności leczniczej organ rejestrowy może wykreślić podmiot wykonujący działalność leczniczą z rejestru. W takiej sytuacji przedsiębiorca będzie mógł ubiegać się ponownie o wpis dopiero po trzech latach od wykreślenia podmiotu z rejestru. W związku z tym w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do działania w zgodzie z przepisami, zalecamy zakomunikowanie ich organowi rejestrowemu przed rozpoczęciem wykonywania działalności leczniczej.

■ **Art. 100 ust. 5**

[Brzmienie pierwotne]:

Dokumentem potwierdzającym spełnienie warunków, o których mowa w art. 22, jest, wydawana w drodze decyzji administracyjnej, opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

[Brzmienie obecne]:

Uchylony

■ **komentarz**

- Uchylenie przepisu ma na celu zachowanie spójności w kontekście zastąpienia konieczności składania dokumentów potwierdzających spełnienie wymogów z ustawy o działalności leczniczej oświadczeniem o spełnieniu przedmiotowych wymogów.

- Znowelizowana wersja ustawy zwalnia zatem podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą, od obowiązku przedstawienia dokumentu potwierdzającego spełnienie warunków, o których mowa w art. 22 ustawy o działalności leczniczej, który był jak dotąd wydawany w drodze decyzji administracyjnej jako opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa za to oświadczenie, że znane mu są i spełnia on warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie o działalności leczniczej.

■ **Art. 101 ust. 3**

[Brzmienie pierwotne]:

Przepisy art. 100 ust. 2-5 stosuje się.

[Brzmienie obecne]:

Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.

■ **komentarz**

- Także lekarz, który zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, musi złożyć odpowiedni organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis zawierający następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko lekarza;
 - 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
 - 3) formę działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wizań i przechowywania dokumentacji medycznej;
 - 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
 - 6) adres do korespondencji;
 - 7) posiadane specjalizacje.

- W pozostałej materii do wpisu dotyczącego lekarza stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące wniosków składanych przez podmioty, które zamierzają wykonywać działalność leczniczą jako podmioty lecznicze. W związku z uchyleniem przepisu art. 100 ust. 4 i 5 ustawy o działalności leczniczej odesłanie do nich stało się bezprzedmiotowe. Ustawodawca zmienił więc jego zakres.

- Oznacza to, że lekarz oprócz złożenia wniosku zawierającego wspomniane dane musi złożyć oświadczenie dotyczące tego, że:
 - dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - znane mu są i spełnia on warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie o działalności leczniczej.

Oświadczenie musi zawierać ponadto imię i nazwisko wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis osoby uprawnionej.

Art. 102 ust. 3

[Brzmienie pierwotne]:
Przepisy art. 100 ust. 2-5 stosuje się.

[Brzmienie obecne]:
Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.

komentarz

- Także pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru zawierający zakres informacji analogiczny do wniosku składanego przez lekarza.
- W pozostałej materii do wpisu dotyczącego pielęgniarki stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące wniosków składanych przez podmioty, które zamierzają wykonywać działalność leczniczą jako podmioty lecznicze. W związku z uchynieniem przepisu art. 100 ust. 4 i 5 ustawy o działalności leczniczej odesłanie do nich stało się bezprzedmiotowe. Ustawodawca zmienił więc jego zakres.
- Oznacza to, że pielęgniarka oprócz złożenia wniosku zawierającego wspomniane dane musi złożyć oświadczenie dotyczące tego, że:
 - dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - znane jej są i spełnia ona warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie o działalności leczniczej.

Oświadczenie musi zawierać ponadto imię i nazwisko wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis osoby uprawnionej.

Art. 105 ust. 4a

[Brzmienie pierwotne]:
Organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym jego przedsiębiorstwa resortowe kody identyfikacyjne, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

[Brzmienie obecne]:
Organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym jego zakładu leczniczego resortowe kody identyfikacyjne, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

komentarz

- Resortowe kody identyfikacyjne są nadawane na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej, albo we wniosku o zmianę wpisu w tym rejestrze.
- Szczegółową regulację w tej materii zawiera rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania³. Wskazuje ono, że system resortowych kodów identyfikacyjnych składa się z dziesięciu części:
 - Część I systemu stanowi numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - Część II systemu stanowi 7-znakowy identyfikator jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się siedziba albo miejsce zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - Część III systemu stanowi 2-znakowy kod podmiotu tworzącego,

- Część IV systemu stanowi 4-znakowy kod określający formę organizacyjno-prawną podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- Część V systemu stanowi 2-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej tego podmiotu,
- Część VI systemu stanowi kod rodzaju działalności leczniczej,
- Część VII systemu stanowi 3-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej tego podmiotu,
- Część VIII systemu stanowi 4-znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej,
- Część IX systemu stanowi kod funkcji ochrony zdrowia,
- Część X systemu stanowi kod charakteryzujący dziedzinę medycyny albo pielęgniarstwa, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.

- Organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą nadaje tylko kod stanowiący część I systemu. Kod stanowiący część II systemu jest określony w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy o statystyce publicznej⁴, a kody stanowiące pozostałe części systemu nadawane są na podstawie wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Nowelizacja analizowanego przepisu obejmuje jednak wyłączenie dostosowanie użytych w nim słów do nowej terminologii ustawowej, nie zmieniając nic w powyżej wskazanym zakresie.

Art. 106 ust. 3

3. W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

pkt 6 [Brzmienie pierwotne]:
dane dotyczące struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

pkt 6 [Brzmienie obecne]:
dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

komentarz

- Analizowany przepis wskazuje zakres danych zawartych w rejestrach prowadzonych w systemie teleinformatycznym przez wojewodów, okręgowe rady lekarskie oraz okręgowe rady pielęgniarzek i położnych.
- Jak wskazano w uzasadnieniu nowelizacji, termin „przedsiębiorstwo” na określenie zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, kojarzy się głównie z działalnością produkcyjną. Dlatego też zastąpiono go terminem „zakład leczniczy”, który w opinii projektodawcy jednoznacznie kojarzy się z działalnością leczniczą.
- W związku z powyższym normy wynikające z analizowanego przepisu nie uległy zmianie - dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego to te same dane, co dane dotyczące struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa.

Art. 106 ust. 3

3. W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

pkt 13 [Brzmienie pierwotne]:
informacje, o których mowa w art. 25 ust. 3.

pkt 13 [Brzmienie obecne]:
Uchylyno

komentarz

- Jak już pisaliśmy, nowelizacja uchyliła art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który wskazywał, że kierownik podmiotu leczniczego niezwłocznie, nie później niż w terminie siedmiu dni od zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej, obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przekazując organowi prowadzącemu rejestr dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.
- W związku z powyższym uchylono także przepis dotyczący zamieszczenia informacji o zawartej umowie w rejestrze.

Art. 106 ust. 4

4. W przypadku praktyki zawodowej do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

pkt 11 [Brzmienie pierwotne]:
informacje, o których mowa w art. 25 ust. 3.

pkt 11 [Brzmienie obecne]:
uchylyno

komentarz

- W związku z uchynieniem art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej uchylono także przepis dotyczący obowiązku zamieszczania wynikającej z niego informacji w rejestrze.

Art. 109 ust. 1

Brzmienie pierwotne:
Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1 pkt 1, dokonuje zmiany wpisu do rejestru polegającej na wykreśleniu przedsiębiorstwa w przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 pkt 3 i 4, dotyczących wyłącznie tego przedsiębiorstwa.

Brzmienie obecne:
Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1 pkt 1, dokonuje zmiany wpisu do rejestru polegającej na wykreśleniu zakładu leczniczego w przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 pkt 3 i 4, dotyczących wyłącznie tego zakładu leczniczego.

komentarz

- Zmiana dokonana w analizowanym przepisie polega wyłącznie na dostosowaniu terminologii. Termin „przedsiębiorstwo” stosowany na określenie zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, zastąpiono terminem „zakład leczniczy”. Nie ma to wpływu na prawa i obowiązki wynikające z niniejszego przepisu.

Art. 109 ust. 2

Brzmienie pierwotne:
Przepis ust. 1 stosuje się wyłącznie w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzącego więcej niż jedno przedsiębiorstwo.

Brzmienie obecne:
Przepis ust. 1 stosuje się wyłącznie w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzącego więcej niż jeden zakład leczniczy.

komentarz

- Zmiana dokonana w analizowanym przepisie polega wyłącznie na dostosowaniu terminologii. Termin „przedsiębiorstwo” stosowany na określenie zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony

rodzaj działalności leczniczej, zastąpiono terminem „zakład leczniczy”. Nie ma to wpływu na prawa i obowiązki wynikające z niniejszego przepisu.

Art. 111a ust. 7

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:
Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 111 i art. 112.

komentarz

- Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.
- Organ prowadzący rejestr wszczyna kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przypadku otrzymania informacji określonej w art. 6 ustawy Prawo farmaceutyczne⁵, czyli informacji o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew zakazowi.
- Zgodnie z nowelizacją do kontroli tej stosuje się przepisy art. 111 i art. 112 ustawy o działalności leczniczej. W ocenie ustawodawcy usunąć ma to wątpliwości interpretacyjne związane z faktem, że komentowana ustawa nie zawierała dotąd przepisów określających szczegółowy tryb kontroli dotyczącej łamania zakazu obrotu produktami leczniczymi, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi.
- Powyższe oznacza m.in., że kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych, które mają prawo żądania informacji i dokumentacji, oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą, udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej oraz żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień. Organ prowadzący rejestr może zlecić przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim lub jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ.
- Z przeprowadzanych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:
 - 1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo firmę, albo nazwę oraz adres siedziby;
 - 2) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
 - 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności kontrolne;
 - 5) opis stanu faktycznego;
 - 6) stwierdzone nieprawidłowości;
 - 7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne;
 - 8) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
 - 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu oraz o przyczynie tej odmowy.
- Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić

protokół. Nie stanowi to jednak przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

- Co ważne, na podstawie ustaleń zawartych w protokole organ prowadzący rejestr wykreśla podmiot wykonujący działalność leczniczą lub wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

Zmiany obejmujące Dział VI. Kontrola i nadzór.

Art. 119 ust. 4

[Brzmienie pierwotne]: Osobie przeprowadzającej kontrolę na podstawie ust. 1 i 2 przysługują uprawnienia określone w art. 118 ust. 2 pkt 1-3.

[Brzmienie obecne]: Osobie przeprowadzającej kontrolę na podstawie ust. 1 i 2 przysługują uprawnienia określone odpowiednio w art. 118 ust. 2 lub 3.

komentaryz

- Ustawodawca wskazuje, że zmiany w zakresie przepisów dotyczących kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą mają przede wszystkim charakter porządkujący i doprecyzujący. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy, „zmiana ma na celu ujednoczenie przepisów określających zakres czynności kontrolnych wykonywanych przez ministra zdrowia oraz przez podmioty, którym minister zdrowia zlecił przeprowadzenie takiej kontroli, np. wojewodów. W obowiązującym stanie prawnym uprawnienia osób przeprowadzających kontrolę zleconą przez ministra zdrowia, niezależnie od rodzaju tej kontroli (tj. od faktu, czy jest to kontrola pod względem zgodności z prawem, czy też pod względem medycznym), są zawężone do czynności odnoszących się w głównej mierze do kontroli pod względem medycznym. Skoro kontrola jest zlecona przez ministra zdrowia, zasadne jest ukształtowanie zakresu uprawnień kontrolnych przysługujących osobom ją przeprowadzającym w sposób analogiczny do uprawnień, które przysługują ministrowi zdrowia”.

- Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem lub medycznym. W ramach kontroli minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) wizytacji pomieszczeń;
 - 2) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;
 - 3) oceny uzyskanej dokumentacji medycznej;
 - 4) oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna;
 - 5) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w za-

kresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;

- 6) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w pozostałym zakresie;
- 7) oceny gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.

- W ramach kontroli podmiotów leczniczych pod względem medycznym minister właściwy do spraw zdrowia jest jednak uprawniony wyłącznie do wizytacji pomieszczeń, obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta, oceny uzyskanej dokumentacji medycznej oraz oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

- Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli wojewodom, konsultantom krajowym lub jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra. Odpłatne przeprowadzenie jednorazowej kontroli podmiotów leczniczych pod względem medycznym można także zlecić organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym lub specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny.

- Nowelizacja sprecyzowała, że osobie, której zlecono przeprowadzenie kontroli, przysługują wymienione powyżej uprawnienia określone odpowiednio w art. 118 ust. 2 lub 3 ustawy o działalności leczniczej, a nie jak miało to miejsce do tej pory, wyłącznie w zakresie wynikającym z art. 118 ust. 2 pkt 1-3 komentowanej ustawy (czyli wyłącznie prawo wizytacji pomieszczeń, obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta oraz oceny uzyskanej dokumentacji medycznej).

- Ustawodawca poszerza zatem uprawnienia kontrolerów. Należy uznać to za rozwiązanie zgodne z przedstawionym w uzasadnieniu projektu założeniem, że „kontrola przeprowadzana w podmiotach leczniczych jest kontrolą szczególną, ukierunkowaną przede wszystkim na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów m.in. w zakresie prawidłowości udzielania im świadczeń opieki zdrowotnej. Należy przy tym zauważyć, iż co do zasady kontrole podmiotów leczniczych powinny być realizowane w jak najkrótszym czasie, możliwie sprawnie i szybko, bowiem ich celem jest niejednokrotnie sprawdzenie, czy zaistniały nieprawidłowości mające wpływ na zdrowie lub życie pacjentów”.

Art. 121 ust. 2

[Brzmienie pierwotne]: Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym.

[Brzmienie obecne]: Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.

komentaryz

- W uzasadnieniu projektu nowelizacji wskazano, że „zmianom w ustawie przyswiera idea zwiększenia odpowiedzialności podmiotów tworzących wobec swoich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Proponuje się zatem wprowadzenie narzędzi umożliwiających skuteczniejsze sprawowanie nadzoru i posiadanie jednolitej, aktualnej wiedzy na temat sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego”.

- Zgodnie z komentowanym przepisem nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (a więc np. nad samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową) sprawuje podmiot tworzący. Oprócz dotychczasowego zakresu nadzoru może on także zwać nad celowością, gospodarnością i rzetelnością podmiotu leczniczego.

- W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień i dokumentów oraz dokonuje kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola i ocena obejmują w szczególności realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem i środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową. Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonywania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną.

Art. 121 ust. 6

[Brzmienie pierwotne]: Uczelnia medyczna jest obowiązana do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 3, co najmniej raz na 6 miesięcy.

Brzmienie obecne: uchylony

komentaryz

- Przypomnieć należy, że wskutek nowelizacji uczelnie medyczne uzyskały możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dotychczas jedyną formą, w jakiej mogły one prowadzić podmioty lecznicze, była spółka kapitałowa. Obecnie obok spółek będą one mogły tworzyć również SPZOZ.

- Zgodnie z art. 89 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą oraz jest obowiązany do realizacji zadań polegających na kształceniu przed i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Jest to więc działalność lecznicza polegająca m.in. na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
- Ustawodawca zwolnił z obowiązku cyklicznego przeprowadzania kontroli oraz dokonywania oceny działalności kontrolowanego podmiotu uczelnie medyczne. Jak dotąd był to jedyny zobligo-

wany do tego w takiej formie podmiot, co ustawodawca musiał uznać za nieuzasadnione.

Art. 121 ust. 7

[Brzmienie pierwotne]: Wnioski z kontroli, o której mowa w ust. 6 i w art. 89 ust. 5 pkt 7, przekazuje się niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

[Brzmienie obecne]: Wnioski z kontroli, o której mowa w art. 89 ust. 5 pkt 7, przekazuje się niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

komentaryz

- W wyniku nowelizacji uchylono przepis art. 121 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej. W związku z tym bezprzedmiotowe stały się wszelkie odesłania do przywołanej regulacji. Przykładem usystematyzowania ustawy pod tym kątem jest omawiany przepis.

Zmiany obejmujące Dział VIII.

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe.

Art. 204 ust. 1

[Brzmienie pierwotne]: Od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy nie mogą być tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstałych w wyniku łączenia na zasadach określonych w niniejszej ustawie oraz z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 2.

[Brzmienie obecne]: Uchylony

komentaryz

- Analizowany przepis jest zgodny z wyrażoną w nowelizacji nową polityką dotyczącą samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu: „wobec faktu, że ustawa zawiera przepisy dotyczące funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, brak jest uzasadnienia istnienia zakazu tworzenia tych podmiotów. Decyzja o formie, w jakiej jest prowadzony podmiot leczniczy, powinna być podejmowana samodzielnie przez podmiot tworzący, po uwzględnieniu wszystkich okoliczności”.
- W pierwszej części komentarza przedstawione zostały przepisy, które umożliwiają tworzenie przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego lub publiczną uczelnię medyczną nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- Treść art. 204 ustawy o działalności leczniczej, który zakazywał powoływania nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stałaby w oczywistej sprzeczności z przyjętymi w tym zakresie rozwiązaniami. Uzasadniało to uchylenie przepisu. ☺☺

Przypisy

- [1] Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.).
- [2] Por. komentarz do art. 47 [w:] M. Dercz, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2014.
- [3] Ustawa z 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 713).
- [4] Ustawa z 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1402 ze zm.).
- [5] Ustawa z 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 552 ze zm.).

- [6] Ustawa z 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1929).
- [7] Rozporządzenie ministra zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. z 2012 r. poz. 182).
- [8] Ustawa z 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 687).
- [9] Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 21 grudnia 2000 r. w sprawie określenia

- wzorów urzędowych formularzy wniosków o wpis do Krajowego Rejestru Sądowego oraz sposobu i miejsca ich udostępniania (Dz.U. z 2015 r. poz. 724).
- [10] Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 380 ze zm.).
 - [11] Por. J. Nowak-Kubiak, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2012.
 - [12] Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 636 ze zm.).

- [13] Rozporządzenie ministra zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r. poz. 594).
- [14] Ustawa z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 591 ze zm.).
- [15] Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.).

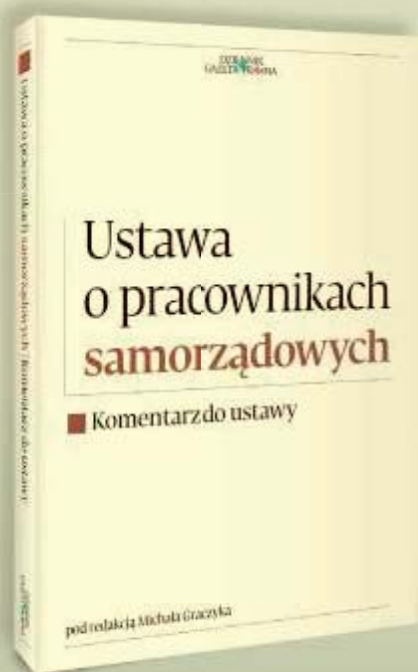
PRENUMERATA:

Cena prenumeraty DZIENNIKA GAZETA PRAWNA: Wersja Standard – miesięczna (wrzesień 2016 r.): 110,00 zł; wrzesień – grudzień 2016 r.: 399,00 zł; Wersja Premium – miesięczna (wrzesień 2016 r.): 127,60 zł; wrzesień – grudzień 2016 r.: 466,20 zł; wszystkie ceny brutto (zawierają 8% VAT). Więcej informacji na stronie www.gazetaprawna.pl/prenumerata

DZIEŃNIK
GAZETA PRAWNA poleca

Fachowe publikacje

DLA URZĘDNIKÓW, SAMORZĄDOWCÓW I ADMINISTRACJI



Jak stosować zmienione przepisy przy zatrudnianiu pracowników samorządowych

Obszerne omówienie zmian, liczne przykłady, wzory dokumentów

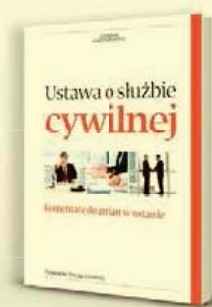
- wymagania przy zatrudnianiu i naborze pracowników na szczelbu samorządowym
- nawiązanie stosunku pracy oraz zmiany tego stosunku
- obowiązki i uprawnienia pracownika samorządowego

Cena promocyjna: 69,00 zł
zamiast 99,00 zł

Ustawa o służbie cywilnej Komentarz do zmian w ustawie

- omówienie najnowszych zmian ■ Rada Służby Publicznej
- nowe zasady obsadzania wyższych stanowisk
- wynagrodzenia oraz inne świadczenia przysługujące członkom korpusu służby cywilnej

Cena: 49,00 zł



PODATKI I KSIĘGOWOŚĆ

FIRMA I PRAWO

SAMORZĄD I ADMINISTRACJA

KADRY I PŁACE

PRAWO DLA KAŻDEGO

Zamów: www.sklep.infor.pl/inforbiznes | e-mail: bok@infor.pl | tel. 22 761 31 27