

SAMORZĄD i ADMINISTRACJA

tydzień z komentarzami

tygodnik dla
prenumeratorów

DGP
GAZETAPRAWNA.PL
DZIENNIK.PL
FORSAL.PL

Środa
24 SIERPNIA 2016 NR 163 (4310)



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



Szymon Lajszczak
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. poz. 960), której przepisy weszły w życie 15 lipca 2016 r., wprowadziła wiele istotnych zmian w obszarze funkcjonowania 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 położyliśmy na te spośród nowelizowanych 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 świadczącymi usługami 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 prezentujemy nowelizowane przepisy zawarte w dziale pierwszym (przepisy ogólne) oraz dwóch pierwszych rozdziałach działu drugiego (zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych) analizowanej ustawy. Komentarz obejmuje więc także zagadnienia jak wprowadzenie zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większośćowy 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, rezygnację z obowiązku posiadania ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych czy uregulowanie zasad współpracy podmiotów leczniczych z policją w ramach poszukiwania osób zaginionych. ©

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

Ustawę z 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. poz. 195) komentowaliśmy:

- cz. 1 – 23 marca 2016 r. (nr 57)
- cz. 2 – 27 kwietnia 2016 r. (nr 81)
- cz. 3 – 18 maja 2016 r. (nr 95)
- cz. 4 – 22 czerwca 2016 r. (nr 119)

Przeczytaj 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. 1

DZIAŁ I. PRZEPISY OGÓLNE

Art. 2 ust. 1 pkt 8

[Brzmienie pierwotne]:
przedsiębiorstwo – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;

[Brzmienie obecne]:
uchylony

komentarz

- Nowelizację otwierają przepisy zmieniające definicje pojęć zawartych w ustawowym słowniczku. Pierwszą dokonaną zmianą jest uchylenie terminu „przedsiębiorstwo”. Pod względem pojęciowym wiązała ona ustawę o działalności leczniczej z przepisami kodeksu cywilnego², w którego art. 55¹ zdefiniowano przed-

siębiorstwo jako zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej. W świetle prawa medycznego było to pojęcie o tyle istotne, że łącznie z terminem „działalność lecznicza” wchodziło w skład definicji słowa „szpital”.

- Ustawodawca postanowił uchylić termin „przedsiębiorstwo” ze względu na wprowadzenie w to miejsce nowego, ponieważ zastępującego go określenia – „zakład leczniczy”. Tym samym zmianie uległa definicja szpitala omówiona w następnym punkcie komentowanego artykułu.

Art. 2 ust. 1 pkt 9

[Brzmienie pierwotne]:
szpital – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje

działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;

[Brzmienie obecne]:
szpital – zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;

komentarz

- Ustawa o działalności leczniczej jako pierwsza wprowadziła definicję legalną pojęcia „szpital”. Termin ten – kluczowy dla systemu ochrony zdrowia – występował wprawdzie w wielu innych, wcześniejszych aktach normatywnych, np. w obowiązującej do 2011 r. ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, jednak brak precyzyjnej definicji nastręczał wiele trudności interpretacyjnych.
- Rozszyfrowanie zakresu pojęciowego terminu „szpital” wymagało jak do-

ład poprawnego zrozumienia autonomicznych składających się nań pojęć, tj. przedsiębiorstwa, podmiotu leczniczego, działalności leczniczej oraz świadczenia szpitalnego. Nowelizacja dokonała zmiany tylko jednego z nich – cywilistyczne określenie „przedsiębiorstwo” zastąpiono słowem „zakład leczniczy”. Terminem tym posługiwał się jeszcze przedwojenny ustawodawca – rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych³ zakładało, że termin ten oznacza ogół podmiotów zajmujących się ochroną zdrowia ludzi, m.in. szpitale. Zakład leczniczy we współczesnych przepisach pojawia się głównie w obszarze prawa karnego (jako przykład wskazać można art. 260 kodeksu postępowania karnego, zgodnie z którym ze względu na stan zdrowia oskarżone-

go tymczasowe aresztowanie może być wykonywane w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, brakowało jednak jak dotąd definicji legalnej tego pojęcia (zdefiniowane zostały jedynie zakłady lecznicze dla zwierząt, którym poświęcona jest odrębna regulacja – ustawa o zakładach leczniczych dla zwierząt). Odczytanie nowej definicji szpitala wymaga więc pełnego zrozumienia terminu „zakład leczniczy”. Analiza tego pojęcia dokonana zostanie w komentarzu do pkt 14 omawianego przepisu.

Art. 2 ust. 1 pkt 14

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:
zakład leczniczy – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

komentaryz

■ W tym miejscu ustawodawca wprowadza centralne dla całej nowelizacji pojęcie zakładu leczniczego. Termin ten złożony jest ze wskazania podmiotu, przedmiotu oraz jego funkcji. Zakładem leczniczym będzie więc tylko taki zespół składników majątkowych, który umożliwi wykonywanie działalności leczniczej podmiotowi leczniczemu.

■ Zauważyć należy, że definicja zakładu leczniczego jest zbieżna z 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. Pojawia się więc zasadne pytanie, czy dokonana zmiana ma charakter czysto semantyczny. W projekcie nowelizacji wskazano jedynie, że określenie zakład leczniczy bardziej odpowiada specyfice działalności leczniczej.

■ Termin „przedsiębiorstwo” w naturalny sposób kojarzony był z „przedsiębiorcą”, a więc osobą prowadzącą działalność gospodarczą. Sam ustawodawca w kodeksie cywilnym wskazuje, że na przedsiębiorstwo składa się zespół składników przeznaczonych funkcjonalnie do prowadzenia działalności gospodarczej. Podmiot leczniczy wcale nie musi jednak być przedsiębiorcą i takiej działalności prowadzić. Dzięki zastąpieniu jednego terminu drugim ustawodawca pragnął być może zmienić kontekst systemowy obecnego w ustawie pojęć, zapobiegając ewentualnym wątpliwościom interpretacyjnym.

Art. 2 ust. 3

[Brzmienie pierwotne]:
Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego jest jednostką lokalną w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24.

[Brzmienie obecne]:
Zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.), dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24.

komentaryz

■ Przywołana w przepisie ustawa o statystyce publicznej określa zasady i tworzy podstawy profesjonalnego prowadzenia badań statystycznych. Określenie „jednostka lokalna” występuje w niej tylko

w jednym miejscu, mianowicie w art. 42 ust. 4, zgodnie z którym jednostką lokalną jest zorganizowana całość (zakład, oddział, filia) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego prowadzona jest działalność co najmniej przez jedną osobę pracującą. Odniesienie to nie wywoływało wątpliwości interpretacyjnych. Dokonana zmiana ma więc jedynie charakter systematyzujący. Zastępuje uchylony termin „przedsiębiorstwo” terminem „zakład leczniczy” i precyzuje zawarte odesłanie do konkretnego przepisu innej ustawy.

Art. 4 ust. 3 pkt 5

3. Do instytutów badawczych, o których mowa w ust. 1 pkt 4, stosuje się, w zakresie nieuregulowanym ustawą z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych: **[Brzmienie pierwotne]:**
5) przepisy art. 118 ust. 1 pkt 2, ust. 3 i 4, art. 119, art. 120 oraz art. 122 – w zakresie dotyczącym kontroli pod względem medycznym.

[Brzmienie obecne]:
5) przepisy art. 118 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 i 4, art. 119 oraz art. 122 – w zakresie dotyczącym kontroli pod względem medycznym.

komentaryz

■ Analizowany przepis wskazuje, że podmiotami leczniczymi są m.in. instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy o instytutach badawczych¹, czyli instytuty prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych uczestniczące w systemie ochrony zdrowia. Znajdą względem nich zastosowanie m.in. przepisy ustawy o działalności leczniczej dotyczące kompetencji ministra zdrowia do przeprowadzania kontroli pod względem medycznym. Zmiana dokonana w komentowanym przepisie zakłada, że minister przestanie być zobowiązany do poinformowania podmiotu tworzącego o wynikach przeprowadzonej kontroli. To rozwiązanie porządkujące system prawny, zgodnie bowiem z art. 4 ustawy o instytutach badawczych, tworzy je Rada Ministrów w drodze rozporządzenia, na wniosek ministra właściwego ze względu na planowaną działalność instytutu. Informacja o wynikach kontroli będąca w dyspozycji ministra zdrowia jest zatem Radzie Ministrów dostępna, a konieczność przekazywania jej tego typu informacji wydaje się niezasadna. Zgodzić się więc należy z opinią wyrażoną w uzasadnieniu do projektu ustawy, zgodnie z którym, „o ile zatem niniejsza regulacja znajduje pełne zastosowanie w przypadku kontroli podmiotów leczniczych, nad którymi sprawują bezpośredni nadzór podmioty tworzące, o tyle w przypadku kontroli instytutów badawczych, nad którymi nadzór sprawuje minister zdrowia – nie znajduje ona racjonalnego i merytorycznego uzasadnienia”.

Art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a

2. Działalność lecznicza:
1) lekarzy może być wykonywana w formie:

[Brzmienie pierwotne]:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

[Brzmienie obecne]:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

komentaryz

■ Znowelizowany przepis wskazuje formy praktyk zawodowych lekarzy. Dokonana zmiana ma charakter ujednoliciący terminologię – indywidualna praktyka lekarska oraz indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska prowadzona będzie nie „wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”, lecz „wyłącznie w zakładzie leczniczym”. Poza zmianą nomenklatury nie rodzi to zatem żadnych zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu praktyk zawodowych.

Art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. a

2. Działalność lecznicza:
2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:

[Brzmienie pierwotne]:
jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

[Brzmienie obecne]:
jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

komentaryz

■ Analogicznie jak w przypadku lekarzy, praktyki zawodowe pielęgniarek wykonywane są w określonych ustawowo formach. Ustawodawca nie dokonał żadnej zmiany w tym zakresie poza ujednoliceniem terminologii, tj. zastąpieniem słowa „przedsiębiorstwo” terminem „zakład leczniczy”.

Art. 6 ust. 1 pkt 4

1. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewódę może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: **[Brzmienie pierwotne]:**
brak

[Brzmienie obecne]:
4) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

komentaryz

■ Analizę art. 6 ustawy o działalności leczniczej należy rozpocząć od

zwrócenia uwagi, że przepis ten należy odczytywać w związku z art. 2 ust. 1 pkt 4 tego aktu, który wskazuje, iż wskazany w nim krąg podmiotów nie zalicza się do grona przedsiębiorców. Stanowi on zatem podstawowe kryterium podziału podmiotów leczniczych na publiczne i niepubliczne. To zaś ma niebagatelne znaczenie w polityce publicznej dotyczącej ochrony zdrowia. Jak wskazał w oparciu jeszcze o relevantne przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 27 czerwca 2000 r. (sygn. akt K 20/99), „ustawa rozróżnia dwa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej: publiczne i niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, przedsiębiorstwo państwowe PKP, wojewodę (...) oraz jednostkę samorządu terytorialnego, natomiast niepubliczne – przez inne podmioty, działające najczęściej w formie spółek cywilnych, spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych”. Rozróżnienie to ma istotne znaczenie. Poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem „publicznych” ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego. Na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym lub samorządowym organom państwa, chociaż przez nadanie im osobowości prawnej uzyskały one duży stopień samodzielności oraz niezależną od Skarbu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego podmiotowość prawną (w sferze stosunków majątkowych). Okoliczność, iż w odniesieniu do publicznych, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub jednostki samorządu terytorialnego, stwarza gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono. Wiąże się z tym – w określonych ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani jednostka samorządu terytorialnego nie mogą się uwolnić od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji RP.

■ Przywołany art. 68 Konstytucji RP nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązek ten realizowany jest przez funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, którego podstawę stanowi m.in. sieć samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli podmiotów będących tylko i wyłącznie własnością publiczną, których głównym źródłem utrzymania są środki przekazywane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

■ Działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej regulowana była pierwotnie przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a od roku 2011 ich funkcjonowanie poddano reżimowi ustawy o działalności leczniczej. Jednym z założeń dokonanej wówczas zmiany było zasadnicze ograniczenie możliwości powstawania nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jedynie do procesu łączenia tych dotychczas funkcjonujących. Podmioty te krytykowane były powszechnie za generowanie olbrzymiego zadłużenia, które destabilizowało cały system ochrony zdrowia, oraz nieprzystawanie do zmieniających się realiów społecznych, w których za bardziej sprawczą formę umożliwiającą poprawne zarządzanie uznawane były spółki prawa handlowego. Zakładanym systemowym

rozwiązaniem tego problemu było odejście od monopolu władz publicznych w obszarze prowadzenia podmiotów leczniczych. Istniejące w momencie wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej miały być już tylko prowadzone przez podmioty publiczne, lecz przez nie nieutrzymywane. Wyłączona została też możliwość tworzenia nowych SPZOZ-ów.

- Nowela zakłada odwołanie wprowadzonej wówczas zmiany polityki. Skarb Państwa reprezentowany przez swe organy znów może tworzyć podmioty lecznicze w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, obok dotychczasowych form, tj. spółki kapitałowej, jednostki budżetowej i jednostki wojskowej. Wpisuje się to w politykę ponownego upubliczniania służby zdrowia.

Art. 6 ust. 2 pkt 3

2. Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:
[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:
3) samodzielne publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

komentarz

- Oprócz Skarbu Państwa możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej otrzymały także jednostki samorządu terytorialnego, do których zadań własnych należą m.in. sprawy związane z zapewnieniem ochrony zdrowia. Obowiązki w tym zakresie realizowane są na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa⁶ powierzono tym jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Ustawa o samorządzie powiatowym⁷ nakłada na powiaty obowiązek promocji i ochrony zdrowia. Wiąże się z tym konieczność zapewnienia obywatelom należytego, realnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na szczeblu powiatowym. Nie oznacza to jednak konieczności podjęcia konkretnych, określonych działań, np. prowadzenia szpitala w sposób bezpośredni. Istotne jest sprawowanie przez samorząd powiatowy należytej kontroli nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
- Zgodnie z art. 7 ustawy o samorządzie gminnym⁸, zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. Obejmuje ono m.in. sprawy ochrony zdrowia. Wskazany powyżej podział zadań wskazuje, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako elementy systemu służące realizacji obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, będą mogły być zakładane przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego.

Art. 6 ust. 6

[Brzmienie pierwotne]:
Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej.

[Brzmienie obecne]:
Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.

komentarz

- Ostatnim podmiotem publicznym, który uzyskał możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest uczelnia medyczna. Jak dotąd prowadzenie przez nią podmiotów leczniczych dopuszczalne było jedynie w formie spółki kapitałowej. Obecnie, obok spółek, będą one mogły tworzyć również SPZOZ-y. Zgodnie z art. 89 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą oraz jest zobowiązany 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.

Art. 6 ust. 7

[Brzmienie pierwotne]:
W spółce kapitałowej określonej w ust. 6 wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki. Udziały albo 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.

[Brzmienie obecne]:
W spółce kapitałowej określonej w ust. 6 wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki oraz uczelnia ta dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Udziały albo akcje w tej spółce poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

komentarz

- Przepis w zmienionym nowelizacją brzmieniu wymaga, by w spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej), a więc w spółce utworzonej przez uczelnię medyczną, to właśnie uczelnia dysponowała bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Złożeniem regulacji jest zapewnienie pełnej kontroli uczelni nad prowadzonym podmiotem leczniczym. Umożliwić ma to właściwą realizację zadań o charakterze publicznym, w tym przypadku przede wszystkim kształcenia przyszłej kadry lekarskiej. Przywołał w tym miejscu należy art. 4 ust. 3 prawa o szkolnictwie wyższym, zgodnie z którym uczelnie, pełniąc misję odkrywania i przekazywania prawdy poprzez prowadzenie badań i kształcenie studentów, stanowią integralną część narodowego systemu edukacji i nauki. Dokonana zmiana jest zatem integralnym elementem tworzenia narodowej służby zdrowia.

Art. 6 ust. 8

[Brzmienie pierwotne]:
Podmioty, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą przystępować do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą. Przepis ust. 5 stosuje się odpowiednio.

[Brzmienie obecne]:
Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę oraz jednostka samorządu terytorialnego mogą przystępować do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą. Przepis ust. 5 stosuje się odpowiednio.

komentarz

- Przepis w pierwotnej wersji zawierał odesłanie do podmiotów wymienionych w ust. 1 i 2 ustawy. W przepisach tych mowa była właśnie o Skarbie Państwa reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę oraz o jednostkach samorządu terytorialnego. Dokonana zmiana ma więc charakter czysto techniczny. Zamiast odesłania do wcześniejszego ustępu art. 6, komentowany przepis wprost wylicza podmioty, które

ustawodawca miał na myśli. Normatywne znaczenie tego przepisu pozostaje niezmiennione.

- Zmianie nie uległ także przywołany w treści nowelizowanego przepisu art. 6 ust. 5, zgodnie z którym niezmiennie utworzenie spółki kapitałowej przez Skarb Państwa reprezentowany przez centralny organ administracji rządowej wymaga odpowiednio zgody właściwego ministra w przypadku centralnego organu nadzorowanego przez tego ministra albo prezesa Rady Ministrów w przypadku centralnego organu nadzorowanego przez prezesa Rady Ministrów.

Art. 6 ust. 9

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:
W spółce kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 1 lub ust. 2 pkt 1, lub do której przystąpiły podmioty, o których mowa w ust. 8, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki oraz Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.

komentarz

- Dodany nowelizacją przepis znajdzie zastosowanie do podmiotów leczniczych utworzonych i prowadzonych w formie spółek kapitałowych przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego lub tych spółek, do których wskazane podmioty przystąpiły. Odnosi się więc do kręgu publicznych podmiotów leczniczych.
- Jednostka samorządu terytorialnego albo Skarb Państwa mogą dokonywać zbycia udziałów lub akcji kontrolowanych spółek jedynie pod warunkiem, że wartość nominalna należących do nich udziałów lub akcji będzie stanowić co najmniej 51 proc. kapitału zakładowego spółki. Na gruncie kodeksu spółek handlowych⁹ prawo do głosu jest związane co do zasady z własnością udziałów lub akcji. Posiadacz pakietu większościowego ma więc decydujący wpływ na działalność spółki.
- Podstawowym założeniem ustawodawcy było zapewnienie pełnej kontroli nad działalnością publicznych placówek zdrowotnych podmiotom publicznym. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano, że „posiadanie większościowego pakietu udziałów albo akcji, zapewni podmiotom publicznym decydujący wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, co jest niezbędne do realizacji zadań w zakresie odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne, jakoś i dostępność świadczeń zdrowotnych”. Nowelizacja ogranicza zatem pełną swobodę kształtowania struktury właścicielskiej publicznych spółek działających w obszarze ochrony zdrowia, wprowadzając de facto zakaz ich pełnej prywatyzacji.
- Naszym zdaniem podkreślić należy, że celem ustawodawcy nie była eliminacja podmiotów prywatnych z systemu opieki zdrowotnej, a jedynie uregulowanie zasad kształtowania struktury właścicielskiej w wąskiej grupie podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych. Potwierdza to m.in. stanowisko projektodawcy wyrażone w toku konsultacji publicznych projektu nowelizacji. Konwent Marszałków Województw RP wyraził obawy co do regulacji wprowadzającej zakaz prywatyzacji publicznych podmiotów leczniczych, twierdząc, że może to skutkować „obniżeniem poziomu inwestycji w obszar opieki zdrowotnej ze strony sektora prywatnego. W konsekwencji może to prowadzić do zahamowania rozwoju części podmiotów leczniczych, co w dłuższej perspektywie, niejednokrotnie skutkować może uniemożliwieniem funkcjonowania na rynku usług zdrowotnych. Podkreślamy, że w wielu przypadkach wprowadzenie kapitału prywatnego jest szansą na utrzymanie

prowadzonej przez jednostki działalności leczniczej. Środki niepubliczne w ochronie zdrowia są również szansą na optymalny rozwój lub zmniejszenie obciążeń publicznych, zwłaszcza w obszarze nowych regulacji, których następstwem będzie konieczność pokrycia strat generowanych przez nierentowny podmiot leczniczy ze środków publicznych. W naszej opinii, rozwiązanie to ogranicza także prawo samorządów do gospodarowania własnym mieniem, ma więc charakter restrykcji, a nie regulacji”. Strona rządowa nie podzieliła obaw Konwentu Marszałków Województw RP, wskazując, że „Proponowane przepisy nie ograniczają możliwości inwestorów prywatnych”.

- W świetle komentowanego przepisu pojawiły się wątpliwości dotyczące dopuszczalności zawierania przez podmioty publiczne umów z prywatnymi firmami, polegających na sprawowaniu zarządu nad zakładem leczniczym. Takie mechanizmy są dopuszczalne w świetle przepisów prawa, pod warunkiem, że nie dochodzi do zmiany struktury własności. Na rynku funkcjonują modele współpracy polegające na sprawowaniu zarządu nad zakładem leczniczym przez prywatny podmiot, nienaruszające omawianego przepisu. Przykładem są rozwiązania wykorzystujące instytucję dzierżawy operatorskiej. Przy ocenie danego rozwiązania kluczowym wymogiem jest również brak jakiegokolwiek ingerencji podmiotu prywatnego w strukturę własnościową, co oznacza, że majątek ma pozostać własnością podmiotów publicznych, tj. nie dochodzi do zbycia należącego do nich mienia. Ponadto, zgodnie z analizowanym przepisem art. 6 ust. 9, Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego ma dysponować bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.

Art. 6 ust. 10

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:
Przepisu ust. 9 nie stosuje się, jeżeli nabywcą lub obejmującym akcje spółki prowadzącej działalność w zakresie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 879), jest spółka kapitałowa, wobec której Skarb Państwa sprawuje kontrolę w rozumieniu art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634).

komentarz

- Przepis zawiera wyjątek od zasady wyrażonej w art. 6 ust. 9, a więc normy nakazującej Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego posiadanie co najmniej 51 proc. kapitału zakładowego spółki oraz dysponowanie bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.
- Pierwszym warunkiem zastosowania komentowanego przepisu jest wymóg, by spółka prowadziła działalność w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego, czyli działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w uzdrowionych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych takich jak właściwości naturalnych surowców leczniczych czy właściwości lecznicze klimatu oraz mikroklimatu, a także oferowanie zabiegów z zakresu fizjoterapii.
- Drugim warunkiem wyłączenia jest wymóg, by nabywcą lub obejmującym akcje była spółka kapitałowa kontrolowana przez Skarb Państwa. Oznacza to, że strona publiczna ma możliwość wywierania decydującego wpływu na jej działania poprzez np. dysponowanie bezpośrednio lub pośrednio większością

głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Przepis stanowi ułatwienie dla funkcjonowania kompleksów uzdrowiskowych, w których skład wchodzić będą podmioty lecznicze. Niemniej zachowana zostaje generalna zasada, że kontrola nad ich funkcjonowaniem zastrzeżona zostaje dla strony publicznej.

Art. 6 ust. 11

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:

W spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki, nie wypłaca się dywidendy.

komentarz

Dotychczasowe przepisy nie regulowały w żaden sposób, na jakie cele powinny być przeznaczane zyski osiągane przez podmioty lecznicze będące spółkami kapitałowymi, w których podmioty publiczne posiadają ponad połowę udziałów lub akcji. Kwestie podziału zysku w tej materii podlegały ogólnym przepisom kodeksu spółek handlowych, zgodnie z którymi wspólnicy mają prawo do udziału w zysku wynikającym z rocznego sprawozdania finansowego i przeznaczonym do podziału uchwałą zgromadzenia wspólników. Dodatkowe pieniądze generowane przez dochodowe szpitale mogły być zatem dzielone przez zarządzające nimi podmioty i przeznaczane na cele niezwiązane z ochroną zdrowia.

W świetle obecnej polityki zdrowotnej, której wyrazem jest m.in. dokonana nowelizacja, rozwiązanie to było niewłaściwe dla spółek, w których Skarb Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego dysponują co najmniej 51 proc. kapitału zakładowego spółki. Zgodnie z ideą przyswiecającą ustawodawcy, zyski generowane przez służbę zdrowia powinny być wykorzystywane z korzyścią dla pacjenta, a więc przeznaczane na działalność leczniczą – świadczenia zdrowotne i promocję zdrowia oraz inwestycje, remonty, zakup sprzętu i aparatury, pokrycie strat z ubiegłych lat, podwyżki płac itp. Zgodnie z danymi przytoczonymi w założeniach do projektu ustawy nowelizującej, w 2014 r. 66 tego typu spółek osiągnęło zysk w wysokości 62 mln zł.

Zastrzec należy, że norma ta nie znajdzie zastosowania względem spółek, w których w dniu wejścia w życie ustawy podmioty publiczne nie miały 100 proc. udziałów albo akcji. Stanowi o tym przepis przejściowy, tj. art. 37 ust. 2 ustawy z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

Art. 7

[Brzmienie pierwotne]:
Podmioty, o których mowa w art. 6 ust. 1, 2 i 6, mogą prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

[Brzmienie obecne]:

uchylony

komentarz

Uchylenie art. 7 ustawy o działalności leczniczej jest konsekwencją zmian dokonanych w art. 6, które wskazują obecnie, że Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jednostka samorządu terytorialnego oraz uczelnia medyczna mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie m.in. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Norma wyrażona w art. 7 stała się zatem z przyczyn wewnętrznej systematyki, zbędna.

Art. 10

[Brzmienie pierwotne]:
Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowe lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całonocnym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

[Brzmienie obecne]:

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowe lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całonocnym 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.

komentarz

Przepis został poddany jedynie korekcie redakcyjnej – zwrot „w pomieszczeniach przedsiębiorstwa” zastąpiono określeniem „w pomieszczeniach zakładu leczniczego”, przez co dostosowano go do nowych definicji wprowadzonych nowelizacją. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych odbywa się na dotychczasowych zasadach, jak bowiem wskazywaliśmy w komentarzu do zmienionego słowniczka ustawowego, dokonana w tym zakresie modyfikacja ma charakter czysto semantyczny, nie kształtu odmienną normy działania.

Art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b

1. Podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:
4) zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia [Brzmienie pierwotne]:
na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

[Brzmienie obecne]:

uchylony

komentarz

Uchylenie wskazanego przepisu zwalnia podmioty lecznicze prowadzące szpital z obowiązku posiadania zawartej na rzecz pacjentów umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Obowiązujący dotychczas obowiązek ubezpieczeniowy dotyczył zdarzeń medycznych obejmujących zgodnie z art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przypadki zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, a także śmierci pacjenta będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną diagnozy (jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie lub opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się tym sposobem do rozwoju choroby), leczenia (w tym przede wszystkim wykonania zabiegu operacyjnego) lub zastosowania produktu leczniczego czy wyrobu medycznego.

Do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych powołano specjalne wojewódzkie komisje, których podstawowym zadaniem jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem jest szkoda (majątkowa lub niemajątkowa), kwalifikuje się jako zdarzenie medyczne. Systemową for-

mą zabezpieczenia finansów dużych podmiotów leczniczych na ten cel stał się obowiązek zawierania przez nie umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy, „podmioty lecznicze napotykały trudności z zawieraniem umów ubezpieczenia, przede wszystkim w wyniku ograniczonej oferty rynku usług ubezpieczeniowych. Powoduje to bardzo wysokie koszty polis stanowiące duże obciążenie dla budżetów poszczególnych podmiotów leczniczych”. W związku z powyższym przywołany obowiązek był wielokrotnie przekładany w czasie – zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw miał zacząć obowiązywać dopiero od 1 stycznia 2017 r. W aktualnej nowelizacji ustawodawca postanowił odstąpić od tego rozwiązania.

Zauważyć należy, że odstąpienie od wymogu obowiązkowego zawierania umowy ubezpieczenia w tym zakresie nie powoduje zwolnienia podmiotu leczniczego z odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentom wskutek zdarzeń medycznych. Dlatego nowelizacją objęto także relewantne przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które zostaną podane analizie w dalszej części komentarza.

Art. 17 ust. 4

[Brzmienie pierwotne]:
W celu monitorowania przestrzegania przepisów prawa pracy, kierownik raz na kwartał przekazuje Państwowemu Inspektorowi Pracy oraz właściwemu organom samorządu zawodów medycznych informacje o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną.

[Brzmienie obecne]:

uchylony

komentarz

Ustawodawca zdecydował się uchylić przepis zobowiązujący kierowników podmiotów leczniczych do informowania Państwowej Inspekcji Pracy oraz samorządów zawodów medycznych o liczbie osób pracujących na podstawie umów cywilnoprawnych. Miało to zapobiec zjawisku zatrudniania lekarzy w oparciu o normy kodeksu cywilnego, które nie regulują m.in. kwestii czasu pracy¹⁰. Uchyłony przepis zobowiązywał jedynie do podania informacji dotyczącej liczby osób. Podstawowym kryterium jej określenia była więc forma prawna umowy, a nie zakres pełnionych obowiązków.

Ustawodawca nie uzasadnił bliżej zmiany dokonanej w tym zakresie. Można się domyślać, że obowiązek przekazywania co kwartał informacji do właściwych instytucji stanowił dodatkowe obciążenie dla kierowników podmiotów leczniczych, ale nie przyczyniał się do realizacji celu w postaci zmiany form zatrudnienia i unormowania czasu pracy. Należy ponadto zauważyć, że nowelizacja wprowadza regulacje dotyczące doprecyzowania przepisów odnoszących się do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, które zostały omówione w dalszej części komentarza.

Uchylenie przepisu nie narusza uprawnień kontrolnego Państwowego Inspektora Pracy do kontroli podmiotów leczniczych w zakresie przestrzegania przepisów prawa pracy oraz legalności zatrudnienia, innej pracy zarobkowej czy wykonywania działalności, które wynika z ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy. Zainteresowane osoby mogą więc zgłaszać inspekcji ewentualne zastrzeżenia w tej materii.

Art. 18 ust. 1 pkt 3

1. Lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać następujące warunki:

[Brzmienie pierwotne]:

3) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, oraz posiadać opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków wymaganych przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń udzielanych w zakresie określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464);

[Brzmienie obecne]:

3) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;

komentarz

W art. 18 ustawy o działalności leczniczej określono warunki konieczne do wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej. Lekarz pragnący wykonywać zawód w tej formie musi spełnić wiele warunków formalnych, takich jak posiadanie prawa wykonywania zawodu, uzyskanie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej czy zawarcie wymaganej prawem umowy ubezpieczenia. Jedynym warunkiem materialnym jest dysponowanie odpowiednim pomieszczeniem i sprzętem potrzebnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Przepis w pierwotnym brzmieniu wymagał łącznego spełnienia trzech warunków. Pierwszym z nich było dysponowanie pomieszczeniem, w którym pacjent będzie mógł skorzystać ze świadczeń. Drugi warunek stanowiło odpowiednie wyposażenie gabinetu w dostosowane do poziomu prowadzonych zabiegów produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny. Ostatnim warunkiem było uzyskanie pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu dwóch pierwszych wymagań.

W wyniku nowelizacji ustawodawca zaostriął wymogi materialne stawiane lekarzom pracującym w formie indywidualnych praktyk lekarskich. Odesłanie do art. 22 tej samej ustawy wskazuje, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać wymaganiom dotyczącym przede wszystkim warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych.

Wskazane wymogi określone są m.in. w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Rozporządzenie wskazuje minimalne standardy techniczne, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia m.in. szpitala, ambulatorium, centrum krwiotwórczości i krwiolecznictwa czy zakładu rehabilitacji leczniczej.

Art. 18 ust. 4

[Brzmienie pierwotne]:
Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.

[Brzmienie obecne]:

Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.

komментарz

■ Przepis został zmieniony ze względu na zmianę ustawowej terminologii. Indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego zastąpiono indywidualną praktyką lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym. Zmiana ta stanowi zatem konsekwencję wprowadzenia w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej nowego terminu. Sama norma dotycząca obowiązku spełnienia w takim przypadku jedynie wymogów formalnych prowadzenia działalności w formie indywidualnej praktyki pozostaje bez zmian.

Art. 18 ust. 6**[Brzmienie pierwotne]:**

Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5 oraz w ust. 2 pkt 2.

[Brzmienie obecne]:

Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5 oraz w ust. 2 pkt 2.

komментарz

■ Analogicznie jak w przypadku wcześniejszego ustępu komentowanego artykułu ustawy o działalności leczniczej, dokonana nowelizacja objęła jedynie kwestie terminologiczne związane z zastąpieniem na gruncie ustawy określenia „przedsiębiorstwo” określeniem „zakład leczniczy”. Sama norma wyrażona w przepisie pozostaje niezmieniona.

Art. 19 ust. 1 pkt 5

1. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

[Brzmienie pierwotne]:

5) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;

[Brzmienie obecne]:

5) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny;

komментарz

■ Artykuł 19 ustawy o działalności leczniczej określa warunki dla pielęgniarek wykonujących zawód w formie indywidualnej praktyki. Dokonana w nim zmiana jest relevantna względem art. 18 tej ustawy, który ustanawia wymogi dla praktyk zawodowych lekarzy. Podobnie więc jak lekarze, oprócz spełnienia wielu wymogów formalnych, takich jak wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej czy zawarcie umowy ubezpieczenia, pielęgniarki muszą dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny.

Art. 19 ust. 4**[Brzmienie pierwotne]:**

Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7.

[Brzmienie obecne]:

Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7.

komментарz

■ Także w przypadku tego przepisu ustawodawca nie zdecydował się na dokonanie modyfikacji wynikającej z niego normy, lecz usystematyzowanie terminologii pod kątem dokonanych w jej zakresie zmian. „Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” zostało konsekwentnie zastąpione „zakładem leczniczym”. Zmiana objęła teoretycznie także zakres odesłania – wyłącznie punktów 1, 3 i 4 art. 19 ust. 1 komentowanej ustawy zastąpiono wskazaniem punktów 1-4. Punkt 2 został uchylony ustawą z 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw¹, zmiana ta nie wpływa na znaczenie tego przepisu.

Art. 19 ust. 6**[Brzmienie pierwotne]:**

Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

[Brzmienie obecne]:

Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

komментарz

■ W przypadku tego przepisu pozostają aktualne uwagi dotyczące wcześniejszego ustępu, tj. art. 19 ust. 4. Dokonana zmiana wprowadza jedynie pojęcia zakładu leczniczego w miejsce przedsiębiorstwa i modyfikuje sposób zapisu przepisów zawartych w odesłaniu, bez jednoczesnej ingerencji w ich zakres.

Art. 20**[Brzmienie pierwotne]:**

Miejscem wezwania, o którym mowa w art. 18 ust. 3 i 5 oraz w art. 19 ust. 3, nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

[Brzmienie obecne]:

Miejscem wezwania, o którym mowa w art. 18 ust. 3 i 5 oraz w art. 19 ust. 3, nie może być zakład leczniczy.

komментарz

■ Przepis precyzuje obowiązki związane z wykonywaniem praktyk zawodowych przez lekarzy i pielęgniarki. Istotą praktyki w miejscu wezwania jest wykonywanie czynności medycznych wyłącznie w miejscu, w którym znajduje się pacjent potrzebujący pomocy. Miejscem tym nie może być zatem lokalizacja przystosowana do tego, by świadczenia zdrowotne udzielane w niej były w stały, systematyczny sposób, a więc np. szpital, przychodnia. Miejsca takie kwalifikowały się pod dotychczasową definicję pojęcia „przedsiębiorstwo” podmiotu leczniczego, które po nowelizacji zastąpiono „zakładem leczniczym”. Wyrażony w komentowanym przepisie zakaz pozostaje więc w dalszym ciągu aktualny.

Art. 22 ust. 4b**[Brzmienie pierwotne]:**

brak

[Brzmienie obecne]:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone na podstawie ust. 5 dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonu-

jący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.

komментарz

■ Dodany nowelizacją przepis zobowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (tj. podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek) do stosowania odpowiednich względem zakresu świadczeń lub rodzaju działalności leczniczej standardów organizacyjnych.

■ Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą określa minister zdrowia, kierując się przede wszystkim potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Do tej pory przygotowano cztery zbiory standardów organizacyjnych. Regulują je:

- rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które określa standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w zakresie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu, niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji, udzielanych przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa oraz lekarza w trakcie specjalizacji²;

- rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego zawierające standardy stosowane w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (rozporządzenie wchodzi w życie 31 sierpnia 2016 r.)³;

- rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, określające standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych⁴;

- rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porogu oraz opieki nad noworodkiem określające poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia kroczka, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności⁵.

Art. 22 ust. 4c**[Brzmienie pierwotne]:**

brak

[Brzmienie obecne]:

Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

komментарz

■ W przepisie ustawodawca wskazuje zakres regulacji zawartych w standardach organizacyjnych opieki zdrowotnej. Ujęty on został przez posłużenie się dość ogólnymi sformułowaniami sprawowania opieki nad pacjentem oraz wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

■ Przez standardy organizacyjne opieki zdrowotnej należy rozumieć zbiory rekomendacji (które poprzez ujęcie w formie rozporządzenia naberają mocy normatywnej) dotyczących interakcji pacjenta w sytuacji korzystania przez niego z pomocy systemu ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych. Wskazany w komentowanym przepisie zakres standardów organizacyjnych pozwala uznać je za prawną formę standardów medycznych, czyli zbiorów wytycznych, rekomendacji i zaleceń opracowywanych przez naukowców i ekspertów z danej dziedziny.

■ Nadanie samoregulacyjnym normom wiążącej mocy prawnej oznacza wzmocnienie standardu opieki sprawowanej nad pacjentem. Standardy wynikające z rozporządzeń powinny zostać wdrożone i przestrzegane przez wszystkie zobowiązane do tego mocą ustawy podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Art. 22 ust. 5**[Brzmienie pierwotne]:**

Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

[Brzmienie obecne]:

Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

komментарz

■ Zmiana przepisu polega na zastąpieniu fakultatywnego upoważnienia ustawowego dla ministra zdrowia do wydania standardów postępowania medycznego upoważnieniem (także fakultatywnym) do wydania standardów organizacyjnych. Jest to odpowiedź na głos środowiska lekarskiego, z którego wynika, że właściwymi do określania standardów medycznych są lekarskie towarzystwa naukowe, a nie minister zdrowia. Tak też było i jest w rzeczywistości. W związku z tym zmiana proponuje rozdzielenie dwóch standardów oraz podmiotów, które są odpowiedzialne:

- standardy medyczne, które od lat wydają towarzystwa naukowe;
- standardy organizacyjne opieki zdrowotnej – wydawane przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia.

■ Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej określać mają wzajemne zależności oraz zakres i podział zadań (uprawnien i odpowiedzialności) związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. To może oznaczać w szczególności kwalifikacje personelu medycznego uczestniczącego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, kolejność wykonywania czynności medycznych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz relacje kompetencyjne występujące między personelem, jak również zakres ich odpowiedzialności.

Art. 23**[Brzmienie pierwotne]:**

Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.

[Brzmienie obecne]:

1. Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych

przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do praktyk zawodowych, o których mowa w art. 18 ust. 4 i 6 oraz art. 19 ust. 4 i 6.

komentarz

- Przepis pozwala wyodrębnić hierarchię aktów regulujących proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Sprawy dotyczące tego obszaru określone są przede wszystkim na poziomie ustawowym. W zgodzie z normami zawartymi w ustawach muszą pozostawać postanowienia statutów podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Kwestie nieuregulowane w ustawie lub statucie powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.
- Ustawodawca zachował w mocy dotychczasową treść przepisu, zmieniając jednak jego zakres zastosowania w wyniku dodania ustępu drugiego zawierającego wyjątek. Dotyczy on:
 - lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
 - lekarzy wykonujących indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
 - pielęgniarek wykonujących indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
 - pielęgniarek wykonujących indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.
- Wskazane podmioty zostały zwolnione z obowiązku posiadania regulaminów organizacyjnych. Oznacza to m.in., że w zakresie rejestracji praktyk lekarskich przedstawienie tego typu dokumentu przestanie być konieczne.

Art. 24 ust. 1 pkt 3

1. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:

[Brzmienie pierwotne]: strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;

[Brzmienie obecne]: strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;

komentarz

- Przepis stanowi kolejny przykład dostosowania brzmienia przepisu do zmienionego definiendum określenia zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. W miejsce przedsiębiorstwa ustawodawca wprowadził zakład leczniczy.
- Przez strukturę organizacyjną zakładu leczniczego należy rozumieć, podobnie jak miało to miejsce w przypadku przedsiębiorstwa, wewnętrzny podział obowiązków i pracy, czyli jednostki organizacyjne oraz komórki organizacyjne. W tym przypadku konsekwencją zmiany brzmienia terminologicznej dokonanej w ustawie stanie się konieczność dostosowania treści regulaminów organizacyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą do pojęcia zakładu leczniczego.

Art. 24 ust. 1 pkt 6

[Brzmienie pierwotne]: przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem

właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;

[Brzmienie obecne]: przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;

komentarz

- Zmiana treści komentowanego przepisu podyktowana jest jedynie ujednoliceniem ustawowej terminologii. Podobnie jak w przypadku wcześniejszych punktów komentowanego artykułu, określenie przedsiębiorstwo zastąpione zostało zakładem leczniczym, co w niczym nie zmienia normy wynikającej z treści przepisu. Powyższe oznacza, że regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą w dalszym ciągu powinien zawierać zasady przyjęte do poszczególnych jednostek lub komórek podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Konieczne będzie jednak dostosowanie treści regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą do pojęcia zakładu leczniczego.

Art. 24 ust. 1 pkt 7

[Brzmienie pierwotne]: organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;

[Brzmienie obecne]: organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;

komentarz

- Podobnie jak we wcześniejszych przepisach, także i w tym przypadku ustawodawca dostosowuje jedynie terminologię do potrzeb nowego pojęcia, jakim jest zakład leczniczy. Realizacja normy zawartej w komentowanym przepisie prowadzi się więc do określenia w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą dokładnego podziału prac i obowiązków wykonywanych w poszczególnych jego wewnętrznych częściach.
- Definicja zakładu leczniczego tożsama z wcześniejszą definicją przedsiębiorstwa rozumianego jako określony zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, nie powoduje tu żadnej praktycznej zmiany. Konsekwencją będzie jednak wymóg dokonania ewentualnej zmiany treści regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą z uwzględnieniem pojęcia zakładu leczniczego.

Art. 24 ust. 1 pkt 13

[Brzmienie pierwotne]: sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

[Brzmienie obecne]: sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

komentarz

- Także w przypadku tego przepisu dokonana zmiana semantycz-

na nie przekłada się w żaden sposób na normę wynikającą z treści aktu prawnego, natomiast skutkiem może być obowiązek dokonania dostosowania brzmienia postanowień regulaminu organizacyjnego do nowo wprowadzonego pojęcia. Modyfikacja wewnętrznych dokumentów w wielu krajowych podmiotach udzielających świadczeń medycznych z uwagi na fakt, że w ocenie ustawodawcy słowo „przedsiębiorstwo” kojarzy się z działalnością produkcyjną¹⁶ wydaje się nieproporcjonalnym rozwiązaniem.

Art. 25 ust. 1 pkt 2

1. Umowa ubezpieczenia:

[Brzmienie pierwotne]:

- 2) z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

[Brzmienie obecne]: uchyłony

komentarz

- Artykuł 25 należy odczytywać w związku z uchyłonym art. 17 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, który zobowiązywał podmiot leczniczy do zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych w komentowanym obecnie przepisie.
- Ustawodawca postanowił zmienić zakres przedmiotowy zawieranej obligatoryjnej umowy. W mocy pozostaje odpowiedzialność cywilna obejmująca szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Wskazany zakres obejmuje więc np. pogorszenie stanu zdrowia wskutek niewłaściwie prowadzonego leczenia lub też powikłania związane z niepodjęciem przez lekarza koniecznych czynności zaradczych. Podkreślić należy, że szkoda musi być następstwem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie innych towarzyszących mu czynności, np. niewłaściwego wyżywienia.
- Usunięto zapis dotyczący ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷ obejmujących zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Przypomnieć należy, że obowiązek zawarcia umowy w tym zakresie wskutek przesunął się wszedł nigdy w życie.

Art. 25 ust. 1a-1f

[Brzmienie pierwotne]:

- 1a. Suma ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest uzależniona od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego, oraz wynosi nie mniej niż 300 000 zł.
- 1b. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1000 zł.
- 1c. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) w zakresie lecznictwa szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10 proc..
- 1d. Umowa ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 2, może być zawarta również z zastosowaniem:

- 1) zagregowanej franszyzy integralnej (oznaczającej łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela) w wysokości określonej w tej umowie, nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia ustalonej w sposób określony w ust. 1a-1c, albo
- 2) proporcjonalnego udziału własnego podmiotu leczniczego w wysokości określonej w tej umowie, nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia ustalonej w sposób określony w ust. 1a-1c.
- 1e. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1d pkt 1:
 - 1) podmiot leczniczy jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego;
 - 2) ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku wypłaty przez podmiot leczniczy świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, o łącznej wartości odpowiadającej wysokości zagregowanej franszyzy integralnej.
- 1f. W przypadku wypłaty, o której mowa w ust. 1e pkt 1, podmiot leczniczy jest obowiązany powiadomić ubezpieczyciela o wypłacie świadczenia, w terminie 14 dni od dnia dokonania wypłaty.

[Brzmienie obecne]: uchyłony

komentarz

- Powyższe przepisy wskazywały w sposób szczegółowy warunki umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta. W związku ze zniesieniem obowiązku zawierania tego typu kontraktu wskazana powyżej regulacja stała się bezprzedmiotowa.

Art. 25 ust. 3

[Brzmienie pierwotne]:

Kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 100, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

[Brzmienie obecne]: uchyłony

komentarz

- 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. Na mocy uchyłonego przepisu należało dostarczyć organowi rejestrowemu także dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy.
- W związku z uchyleniem anizowanego przepisu wskazany obowiązek wygasa. Należy zwrócić uwagę, że obejmuje on także umowy odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, których zawarcie wciąż jest wymagane przepisami prawa. Zastąpiono go wymogiem złożenia oświadczenia o zawarciu wymaganej umowy o odpowiedzialności cywilnej.

ZMIANY OBEJMUJĄCE DZIAŁ II**ZASADY FUNKCJONOWANIA
PODMIOTÓW LECZNICZYCH****Rozdział 1. Podmiot leczniczy
wykonujący działalność leczniczą
w rodzaju stacjonarne i całodobowe
świadczenia zdrowotne****Art. 28a****[Brzmienie pierwotne]:**
brak**[Brzmienie obecne]:**

1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.
2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. z 2015 r. poz. 355, z późn. zm.).

komentarz

- Dodanie tego przepisu do ustawy podyktowane jest zamiarem usprawnienia współpracy podmiotów wykonujących działalność leczniczą z policją. Zakłada dodanie nowych obowiązków komunikacyjnych związanych z osobami, w przypadku których zachodzi podejrzenie, że mogą być poszukiwane przez rodzinę lub bliskich.
- Przepis wskazuje, że zgłoszenie dokonywane jest na podany przez jednostkę policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej. Ustawodawca nie sprecyzował jednak, w jakiej formie ma nastąpić przekazanie tych danych i na jakim szczeblu się odbywa – czy jest to jeden numer ogólnopolski, czy też kontakt należy nawiązać z lokalną jednostką. Zgłoszenie w takiej postaci jest odformalizowane, obejmuje przekazanie prostej informacji o przyjęciu pacjenta spełniającego ustawowe kryteria.
- Pierwszy wskazany przypadek dotyczy pacjenta małoletniego, czyli zgodnie z art. 10 kodeksu cywilnego osoby, która co do zasady nie ukończyła 18 lat. Obowiązek zgłoszenia aktualizuje się jednak dopiero w sytuacji, w której nie można uzyskać kontaktu z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym takiej osoby. Przedstawicielem ustawowym takiej osoby może być rodzic, osoba, która ją przysposobiła, opiekun lub kurator (odpowiednio art. 98, art. 121 par. 1, art. 155 par. 2 oraz art. 178 par. 2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego⁸). Przekazanie informacji powinno nastąpić w ciągu czterech godzin od przyjęcia. Ustawodawca nie wskazał jednak precyzyjnie, od jakiego dokładnie momentu zaczyna się proces przyjęcia, a więc jakie zdarzenie powinno rozpoczynać upływ tego czasu.
- Drugi przypadek dotyczy przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość. Obejmuje więc m.in. przypadki przyjęć osób nieprzytomnych lub z innych przyczyn niezdolnych do nawiązania komunikacji, przy których nie znaleziono dokumentów potwierdzających tożsamość (dowód osobisty, paszport), czy śmierć pacjentów, którzy nie podali wcześniej swej tożsamości i nie posiadali wskazanych dokumentów. Poinformowanie policji powinno nastąpić odpowiednio w ciągu 8 godzin od przyjęcia lub zgonu.
- Jak podkreślono w projekcie uzasadnienia, obowiązek ten byłby realizowany przez przekazanie informacji o przyjęciu takiej osoby, bez podawania dodatkowych informacji ją identyfikujących

(wzrostu, wagi, płci, cech szczególnych, przypuszczalnego wieku itp.).

- Podmiot wykonujący działalność leczniczą jest ponadto zobowiązany do udzielania informacji o osobie zaginionej, za którą zgodnie z ustawą o policji¹⁹ należy rozumieć osobę, którą na skutek wystąpienia zdarzenia uniemożliwiającego ustalenie miejsca jej pobytu należy odnaleźć w celu zapewnienia ochrony życia, zdrowia lub wolności. Informacja obejmowała dane o osobie, a nie o jej stanie zdrowia.

Art. 29 ust. 1**[Brzmienie pierwotne]:**

- Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie;
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

[Brzmienie obecne]:

- Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

komentarz

- Przepis reguluje zasady wypisywania pacjentów. Zauważyć należy, że ustawodawca nie dokonał w nim żadnej zmiany merytorycznej, ograniczając się do zastąpienia terminologii wynikającej ze znowelizowanego słownika ustawowego. Wypisanie następuje więc z zakładu leczniczego podmiotu leczniczego zamiast z przedsiębiorstwa zakładu leczniczego.

Art. 33**[Brzmienie pierwotne]:**

- W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy.

[Brzmienie obecne]:

- W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowa-

dzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy.

komentarz

- Zmiana brzmienia przepisu podyktowana była ujednoliceniem ustawowej terminologii. Ustawodawca nie wprowadził żadnego nowego rozwiązania w zakresie praw i obowiązków. Kształt normy wynikającej z art. 33 ustawy o działalności leczniczej pozostaje zatem bez zmian.

Art. 34 ust. 1 pkt 2

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:

[Brzmienie pierwotne]:

- 2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.

[Brzmienie obecne]:

- 2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.

komentarz

- Także przywołany w nowelizacji przepis dotyczący zasad zaprzestawiania działalności leczniczej został jedynie dostosowany do zmienionych w słowniczku ustawowym pojęć „przedsiębiorstwo” zastąpiono „zakładem leczniczym”. Nie wpływa to w żadnym stopniu na normatywną treść tego przepisu.

Art. 35 ust. 1**[Brzmienie pierwotne]:**

W przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, bez zachowania trybu określonego w art. 34, wojewoda nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

[Brzmienie obecne]:

W przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, bez zachowania trybu określonego w art. 34, wojewoda nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

komentarz

- Zmiana brzmienia przepisu jest następstwem zmiany terminologii ustawowej. Określenie „zakład leczniczy podmiotu leczniczego” należy rozumieć tak samo jak „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”. Termin ten, jak zostało to wcześniej wskazane, w zamyśle ustawodawcy kojarzyć ma się jednoznacznie z działalnością leczniczą, a nie produkcją.

Art. 36 ust. 1**[Brzmienie pierwotne]:**

Osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.

[Brzmienie obecne]:

Osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego zakładem leczniczym jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.

komentarz

- Nowelizacja przepisu sprowadza się wyłącznie do ujednolicenia zawartych w nich pojęć do reszty ustawy o działalności leczniczej. Szpital będący zakładem leczniczym podmiotu leczniczego powinien być rozumiany analogicznie jak szpital będący przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego. Prezentowana norma nie uległa więc zmianie.

Rozdział 2**Podmioty lecznicze o szczególnej
regulacji****Art. 37 ust. 3****[Brzmienie pierwotne]:**

Do jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1184) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1415, z późn. zm.) oraz przepisów wydanych na ich podstawie, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 44–50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

[Brzmienie obecne]:

Do jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1184) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. z 2016 r. poz. 713 i 904) oraz przepisów wydanych na ich podstawie, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 44–49 i art. 50 ust. 1–3a oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

komentarz

- Służba medycyny pracy co do zasady działa w celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli stanu ich zdrowia.
- Przepis odnosi się do służby medycyny pracy Służby Więziennej. Zgodnie z art. 112 ustawy o Służbie Więziennej²⁰ zadania z zakresu ochrony zdrowia funkcjonariuszy przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem służby i sposobem jej pełnienia oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej nad funkcjonariuszami wykonują jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej. Dokładne zasady ich działania reguluje ustawa o służbie medycyny pracy²¹.
- Przepis wskazuje zakres, w jakim pracę służby medycyny pracy Służby Więziennej regulują przepisy ustawy o działalności leczniczej. Nowelizacja ogranicza jednak krąg przepisów wyłączonych o art. 50 ust. 4 i 5. Oznacza

cza to, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (jakim mogą być jednostki organizacyjne służby medycyny pracy Służby Więziennej) zatrudnia się pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska. Zastosowanie znajdzie także upoważnienie ministra zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w takich podmiotach.

Art. 37 ust. 4

[Brzmienie pierwotne]:

Do podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 34, art. 35, art. 44-46, art. 48-50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

[Brzmienie obecne]:

Do podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. poz. 557, z późn. zm.) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 34, art. 35, art. 44-46, art. 48, art. 49 i art. 50 ust. 1-3a oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

komentarz

■ Funkcjonowanie podmiotów leczniczych utworzonych przez ministra sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności określone zostało w ustawie o działalności leczniczej, kodeksie karnym wykonawczym²¹ oraz ustawie o Służbie Więziennej. Szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności i nadzorowanych przez ministra sprawiedliwości zawiera rozporządzenie ministra sprawiedliwości w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności²².

■ Przepis poszerza normy regulujące funkcjonowanie podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności o przepisy ustawy o działalności leczniczej. Nowelizacja ogranicza jednak krąg przepisów wyłączonych o art. 50 ust. 4 i 5. Oznacza to, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą utworzonym dla osób pozbawionych

wolności zatrudnia się pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska. Zastosowanie znajdzie także upoważnienie ministra zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w takich podmiotach.

Art. 37 ust. 5

[Brzmienie pierwotne]:

Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej przepisu art. 49 nie stosuje się.

[Brzmienie obecne]:

Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, przepisów art. 49 nie stosuje się.

komentarz

■ Zgodnie z art. 49 ustawy o działalności leczniczej w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowiska kierownika, zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, ordynatorem, naczelną pielęgniarką lub przełożoną pielęgniarką oraz pielęgniarką oddziałową. Przepis ten reguluje też w sposób szczegółowy tryb przeprowadzania konkursu.

■ Do tej pory z procedury określonej w art. 49 ustawy o działalności leczniczej wyłączone były jedynie podmioty lecznicze działające w formie jednostek budżetowych utworzone przez szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej. Nowelizacja poszerza krąg podmiotów objętych wyłączeniem o jednostki utworzone przez szefa Agencji Wywiadu, szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz jednostek utworzonych w ramach jednostek organizacyjnych Biura Ochrony Rządu.

Art. 37 ust. 5a

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:

Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego, przepi-

sów art. 35 i art. 50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

komentarz

■ Ustawodawca postanowił wyłączyć zastosowanie art. 35 i art. 50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II w odniesieniu do podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych utworzonych przez szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, szefa Agencji Wywiadu oraz szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego. Wyłączenie obejmuje zatem obowiązek stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, nakładania kar pieniężnych w przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego oraz normy dotyczące funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to podyktowane jest względami organizacyjnymi.

Art. 40 ust. 2

[Brzmienie pierwotne]:

Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości lub Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całonocowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych osobom, o których mowa w art. 56 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2015 r. poz. 144) i funkcjonariuszom Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej oraz Straży Granicznej.

[Brzmienie obecne]:

Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szef Agencji Wywiadu lub Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całonocowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych osobom, o których mowa w art. 56 ustawy z dnia 21 listopada

1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2015 r. poz. 827, z późn. zm.), i funkcjonariuszom Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej oraz Straży Granicznej, weteranom funkcjonariuszom i weteranom poszkodowanym - funkcjonariuszom Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu oraz pracownikom zatrudnionym w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu lub Centralnym Biurze Antykorupcyjnym na podstawie umowy o pracę.

komentarz

■ Przepis określa krąg podmiotów uprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych we wskazanych jednostkach. Ustawodawca postanowił poszerzyć go o funkcjonariuszy Agencji Wywiadu, weteranów funkcjonariuszy i weteranów poszkodowanych - funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu oraz pracowników zatrudnionych w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu lub Centralnym Biurze Antykorupcyjnym na podstawie umowy o pracę.

Art. 40 ust. 3

[Brzmienie pierwotne]:
brak

[Brzmienie obecne]:

Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całonocowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych pracownikom cywilnym Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu oraz Straży Granicznej.

komentarz

■ Ustawodawca przewidział dostęp do świadczeń udzielanych przez odpowiednio zorganizowane jednostki budżetowe utworzone przez ministra spraw wewnętrznych i administracji nie tylko dla ich funkcjonariuszy, lecz także dla pracowników cywilnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu oraz Straży Granicznej. Komentowany przepis poszerza zatem krąg podmiotów uprawnionych do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całonocowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. ©

Przypisy

- [1] Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.).
- [2] Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 380 ze zm.).
- [3] Rozporządzenie prezydenta Rzeczypospolitej z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. z 1928 r. nr 38, poz. 382).
- [4] Ustawa z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1068 ze zm.).
- [5] Ustawa z 30 kwietnia 2010 r. o instytucjach badawczych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 371 ze zm.).
- [6] Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 486 ze zm.).
- [7] Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1445 ze zm.).
- [8] Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 446 ze zm.).
- [9] Ustawa z 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1030 ze zm.).

- [10] Por. J. Nowak-Kubiak „Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz”, Warszawa, 2012.
- [11] Ustawa z 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1640).
- [12] Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. z 2013 r. poz. 15).
- [13] Rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. z 2015 r. poz. 1997).
- [14] Rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie

- położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2007).
- [15] Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r. poz. 1100).
- [16] Por. uzasadnienie projektu ustawy z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

- [17] Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186, 823).
- [18] Ustawa z 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2082 ze zm.).
- [19] Ustawa z 6 kwietnia 1990 r. o Policji (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 355 ze zm.).
- [20] Ustawa z 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 713 ze zm.).
- [21] Ustawa z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1184 ze zm.).
- [22] Ustawa z 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. nr 90, poz. 557 ze zm.).
- [23] Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. z 2012 r. poz. 738).

PRENUMERATA:

Cena prenumeraty DZIENNIKA GAZETA PRAWNA: Wersja Standard - miesięczna (sierpień 2016 r.): 110,00 zł; sierpień-grudzień 2016 r.: 503,50 zł; Wersja Premium - miesięczna (sierpień 2016 r.): 127,60 zł; sierpień-grudzień 2016 r.: 588,30 zł. Wszystkie ceny brutto (zawierają 8% VAT). Więcej informacji na stronie www.gazetaprawna.pl/prenumerata