

UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Informacja o projekcie:

Tytuł	Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw
Autor	Ministerstwo Zdrowia
Projekt z dnia	30 marca 2016 r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	-----
Organizacja samorządowa	Związek Powiatów Polskich
Osoba do kontaktu	Bernadeta Skóbel
e-mail	bs@zpp.pl
tel.	18 477 86 00

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko resortu	Odniesienie do stanowiska resortu
1.	Art. 1 pkt 1 (zmiana art. 2 ust. 1 pkt 8 i 9 ustawy o działalności leczniczej)	Wykreślenie przepisu, ewentualnie wydłużenie okresu dostosowawczego oraz wprowadzenie zwolnienia dla podmiotów leczniczych w zakresie zmian w rejestrze.	Z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że jedynym argumentem dla wprowadzenia zmiany jest to, że słowo przedsiębiorstwo potocznie kojarzy się z działalnością produkcyjną. Innymi słowy zmiana nie niesie za sobą żadnej wartości dodanej zwłaszcza, jeżeli w przypadku aktów prawnych stosowanie wyrażen w znaczeniu odbiegającym od ich potocznego znaczenia ma charakter powszechny. W naszej ocenie zmiany przepisów, które w praktyce		

Wypełniony formularz należy przestać na adres: kwrist@mac.gov.pl w formacie umożliwiającym edycję.

Plik należy zapisać np.: MRiRW PROW - woj.zachodniopomorskie; MŚ udostępnianiu inf. o środowisku – m.Kraków.

			<p>spowodują daleko idące skutki związane w koniecznością wprowadzenia zmian w dokumentacji wewnętrznej podmiotu.</p> <p>Z projektu nie wynika jasno jak będzie wyglądał tryb zmiany wpisów w rejestrze, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej oraz w KRS.</p> <p>W tym miejscu należy zauważyć, że zmiany w rejestrach wiążą się z koniecznością ponoszenia opłat. Brak jest w tym zakresie przepisów dostosowujących.</p> <p>W OSR zupełnie pominięto skutki finansowe dla podmiotów leczniczych w zakresie konieczności wprowadzenia omawianej zmiany.</p> <p>Zwracamy również uwagę, że art. 34 projektu nowelizacji, chociaż zabezpieczający projektodawcę nie sprzyja przejrzystości przepisów prawa.</p>		
2.	Art. 1 pkt 4 (dodanie w art. 6 ustawy o działalności leczniczej pkt 4)	Uzupełnienie uzasadnienia oraz OSR o powody i skutki przywrócenia możliwości tworzenia SP ZOZ.	<p>Możliwość powstawania nowych SP ZOZ została ograniczona ustawą o działalności leczniczej. Wprowadzona wtedy zmiana spotkała się z przychylnym odbiorem ze strony podmiotów tworzących podmioty lecznicze.</p> <p>W uzasadnieniu przedłożonego projektu ustawy omówiono projektowaną regulację natomiast nie wskazano argumentów przemawiających za przywróceniem możliwości tworzenia SP ZOZ-ów.</p>		

3.	Art. 1 pkt 4 (dodanie w art. 6 ustawy o działalności leczniczej ust. 9 i 10)	Wykreślenie z projektu.	<p>W pierwszej kolejności należy podnieść, że projektowane przepisy naruszają art. 21, 64 ust. 2 i 3 oraz 165 Konstytucji t. j. naruszają uprawnienia jednostki samorządu terytorialnego w zakresie swobody wykonywania prawa własności.</p> <p>Nie można pomijać kontekstu w jakim dochodzi do zbycia udziałów w spółkach prowadzących działalność leczniczą na rzecz podmiotów spoza sektora finansów publicznych – przyczyną takiego stanu rzeczy jest permanentne niedofinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz brak środków finansowych po stronie samorządów na dostosowanie się do wymogów czy modernizację infrastruktury.</p> <p>Jeżeli Ministerstwo Zdrowia nie proponuje żadnych konkretnych rozwiązań, które posłużą poprawie sytuacji finansowej szpitali, zwłaszcza tych prowadzonych przez powiaty, dopóty przedstawione rozwiązanie jest nie do zaakceptowania, niezależnie od sygnalizowanej na wstępie niezgodności z Konstytucją projektowanych przepisów.</p> <p>Zupełnie niezrozumiały jest argument wskazany w</p>		
----	--	-------------------------	---	--	--

			<p>uzasadnieniu, że cyt. „<i>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, jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.</i>”, jeżeli jednocześnie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powszechnie dopuszcza się podmioty prywatne a takie warunki jak bezpieczeństwo, jakość i dostępność winien zagwarantować Minister Zdrowia oraz Fundusz przy kontaktowaniu świadczeń.</p> <p>Prowadzenie podmiotów leczniczych nie jest zadaniem obowiązkowym jednostek samorządu terytorialnego. Skutkiem wprowadzonej zmiany może być konieczność likwidacji publicznych placówek i sprzedaż majątku podmiotom prywatnym.</p> <p>Zwracamy również uwagę, że literalne brzmienie projektowanych przepisów uniemożliwia tworzenie i przystępowania do spółek kapitałowych przez więcej niż jedną jednostkę samorządu terytorialnego, jeżeli w sumie</p>		
--	--	--	--	--	--

			wartość nominalna ich udziałów/akcji wynosiłaby nie mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki.		
4.	Art. 1 pkt 7 (zmiana art. 17 ustawy o działalności leczniczej)	Doprecyzowanie przepisów. W zależności od kierunku zmian przyjętego przez projektodawcę zastrzegamy sobie prawo do zgłaszania dalszych uwag w tym zakresie.	Treść projektu ustawy różni się z treścią uzasadnienia. Z treści uzasadnienia wynika bowiem, że cyt. „odejście od obligatoryjności w zakresie ubezpieczenia nie spowoduje zwolnienia podmiotu leczniczego z odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego. Podmiot zawsze wstępuje w rolę ubezpieczyciela w przypadku braku takiego ubezpieczenia, o czym stanowi art. 67k ust. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r. poz. 186)”. Zupełnie inny wniosek wynika, z treści ustawy o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (projekt nowelizacji nie przewiduje zmian w zakresie postępowania w sprawie zdarzeń medycznych) – art. 67k ust. 10, na który powołuje się projektodawca w uzasadnieniu, będzie przepisem martwym z uwagi na przewidziane w przedłożonym projekcie nowelizacji uchylenie w art. 25 ustawy o działalności leczniczej ust. 1 pkt 2 oraz ust. 1e pkt 1. Jednocześnie w ustawie o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w wielu przepisach jest odwołanie do ubezpieczyciela, o którym mowa		

			<p>w art. 67i ust. 2 pkt 2, przez którego rozumie się ubezpieczyciela z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej. Ustawa nie precyzuje o jakie ubezpieczenie chodzi. Zatem po wykreśleniu w ustawy o działalności leczniczej przepisów o ubezpieczeniu od zdarzeń medycznych powstanie wątpliwość, czy tym ubezpieczycielem nie będzie ubezpieczyciel, z którym została zawarta umowa na podstawie art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.</p>		
5.	Art. 1 pkt 11 (dodawany art. 28a w ustawie o działalności leczniczej).	Doprecyzowanie przepisu	Należy dookreślić jakie dane ma przekazywać podmiot leczniczy. Procedura winna być zunifikowana w obrębie całego kraju.		
6.	Art. 53a	Doprecyzowanie przepisu	W przypadku jednostek samorządu terytorialnego należy dookreślić, który organ JST będzie właściwy do rozpatrzenia raportu i oceny sytuacji SP ZOZ. Przepisy ustrojowe dla gmin przewidują domniemanie kompetencji na rzecz rady, województwa na rzecz zarządu. W przypadku powiatów brak przepisów wprost przewidujących domniemanie kompetencji na rzecz któregoś z organów.		
7.	Art. 1 pkt 22 (zmiana art. 59 ust. 1 w ustawie	Przywrócenie w projekcie możliwości przekształcenia SP ZOZ w spółkę prawa	Przewidziana regulacja ograniczy możliwości działania jednostek samorządu terytorialnego. Jak wskazano w uzasadnieniu		

	o działalności leczniczej)	handlowego w przypadku nie pokrycia starty netto.	przekształcenie było stosowane incydentalnie - zatem jest to argument przemawiający za możliwością pozostawienia dotychczasowych rozwiązań, a nie jak przyjął projektodawca, za ich całkowitym usunięciem z ustawy.		
8.	Art. 1 pkt 22 (zmiana art. 59 ust. 4 w ustawie o działalności leczniczej)	Doprecyzowanie przepisu	W przypadku jednostek samorządu terytorialnego należy dookreślić, który organ JST będzie właściwy do rozpatrzenia programu naprawczego. Przepisy ustrojowe dla gmin przewidują domniemanie kompetencji na rzecz rady, województwa na rzecz zarządu. W przypadku powiatów brak przepisów wprost przewidujących domniemanie kompetencji na rzecz któregośkolwiek z organów.		
9.	Art. 19 pkt 1 (zmiana art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych)	Konieczna zmiana redakcji przepisu	W powołanym przepisie słowo przedsiębiorstwo jest użyte dwa razy. W projekcie przewidziano zmianę tylko pierwszego wyrażenia.		
10.	Art. 19 pkt 2 (dodawane art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).	Uwaga o charakterze ogólnym dotyczącym finansowania nowego zadania przez jednostki samorządu terytorialnego. Wniosek o zmianę treści uzasadnienia oraz uwzględnienie prognozowanych skutków finansowych dla JST oraz o	Projektowany przepis przewiduje możliwość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. W uzasadnieniu do projektu ustawy znalazł się zapis cyt. <i>„Podkreślić należy, iż projektowana ustawa nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku</i>		

		<p>wskazanie źródeł finansowania zadania.</p>	<p><i>finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość. Projektowana ustawa nie nakłada tym samym na jednostki samorządu terytorialnego nowych zadań i nie ma potrzeby przyznania w tym zakresie jednostkom nowych, dodatkowych środków finansowych.</i> Zawarte w uzasadnieniu twierdzenie jest niezgodne z prawdą i obowiązującym stanem prawnym. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym do zakresu działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów. Powyższe oznacza, że gmina może wykonywać zadania m.in. z zakresu ochrony zdrowia tylko w takim zakresie w jakim zadania te nie leżą w kompetencji innych podmiotów. Zadania z zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującym stanem prawnym wykonują Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Zatem w obecnym stanie prawnym gmina nie posiada kompetencji do finansowania świadczeń a zatem projektowanej regulacji nie można uznać za jedynie cyt. „określenie wyrażnie podstawy prawnej”.</p>		
--	--	---	--	--	--

			<p>Zgodnie z wprowadzeniem do wyliczenia w art. 4 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym. W odniesieniu do ochrony zdrowia, wbrew twierdzeniu zawartemu w uzasadnieniu do projektu ustawy, powiat realizuje wskazane w ustawach zadania z zakresu ochrony zdrowia wynikające z ustawy o działalności leczniczej (w tym prowadzenie podmiotów leczniczych), ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wskazane w art. 8 ustawy), czy z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wskazać należy, że każde rozszerzenie w ustawach szczególnych zadań powiatów uznaje się za zmianę w zakresie przyznanых zadań.</p> <p>Zgodnie z art. 167 ust. 3 Konstytucji zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. W powołanym przepisie nie wskazano na rozróżnienie zadań obligatoryjnych i fakultatywnych. Gdyby przyjąć, że jednostki samorządu terytorialnego mają zapewnione środki wyłącznie na realizację zadań obligatoryjnych</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>to wskazywanie zadań fakultatywnych w ustawach byłoby bezcelowe.</p> <p>W kontekście proponowanych regulacji być może należałoby rozważyć zmianę zapisu podmiotowego przepisu</p>		
11.	Art. 19 pkt 2 (dodawane art. 9b ust. 3 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).	Większa elastyczność przepisów.	<p>Z jednej strony w uzasadnieniu do projektu ustawy wskazuje się na pozytywne aspekty projektowanej regulacji z drugiej wskazano na ograniczenia, które jednoznacznie pokazują, że głównym beneficjentem nowej regulacji będzie Narodowy Fundusz Zdrowia a nie mieszkańcy.</p> <p>W ust. 3 przesłanką do zawarcia umowy w własnym podmiocie winna być możliwość udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a nie jego faktyczne udzielanie przez podmiot leczniczy.</p> <p>W przeciwnym wypadku SP ZOZ, który nie zawarł umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń nie będzie miał możliwości zawarcia umowy z podmiotem tworzącym pomimo posiadania potencjału do ich udzielania. Z punktu widzenia interesu mieszkańców jest to o tyle niezrozumiałe, że może rodzić konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów transportu do dalej położonego podmiotu leczniczego.</p>		

			<p>Powołane przepisy nie dają również możliwości zawarcia umowy przez jednostkę samorządu terytorialnego w przypadku, jeżeli większościowy pakiet udziałów/akcji w spółce będzie należał w sumie do więcej niż jednej jednostki samorządu terytorialnego ale żadna z jednostek nie będzie miała samodzielnie pakietu większościowego.</p> <p>Przepisy nie dają również możliwości bezpośredniego sfinansowania świadczeń przez gminy, bez konieczności przeprowadzania procedury konkursowej, w podmiocie leczniczym prowadzonym przez inną jednostkę samorządu terytorialnego szczebla np. powiat, na obszarze, którego leży ta gmina.</p> <p>Zupełnie niezrozumiałe z punktu widzenia interesów mieszkańców jest ograniczenie wynikające z ust. 5 projektowanego przepisu. Skutkiem projektowanego przepisu będzie nie tylko przeciwdziałanie podwójnemu finansowaniu świadczeń ale niemożność sfinansowania innych świadczeń lub pokrycie kosztów udzielenia świadczenia w wyższym standardzie niż gwarantuje to Narodowy Funduszu Zdrowia.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że jednostka samorządu terytorialnego będzie mogła finansować świadczenia w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie z NFZ (tzw. nadlimity). W tym kontekście zwracamy uwagę, na potrzebę modyfikacji treści uzasadnienia w uwagi na fakt, że zakres zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców determinowany jest nie tylko postanowieniami umownymi ale także z ustawy, zasad współzycia społecznego oraz ustalonych zwyczajów (art. 155 ustawy o świadczeniach w związku z art. 56 Kodeksu cywilnego). Jest to szczególnie istotne w kontekście świadczeń udzielanych w stanach nagłych.</p>		
12.	Art. 34 ust. 2	Niezależnie od uwagi zgłoszonej w punkcie 1 ustawodawca powinien maksymalnie ograniczyć liczbę sytuacji, w których w innych ustawach zachowanie zostanie nazewnictwo niezgodne z ustawą o działalności leczniczej.	<ul style="list-style-type: none"> - art. 16 i 18 ustawy o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (nazewnictwo jeszcze z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej); - art. 24 ustawy o służbie medycyny pracy (nazewnictwo jeszcze z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej); - art. 2 pkt 10 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych; 		