Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Warszawa, marzec 2012 r.

1. **Cel projektowanej ustawy.**

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą", weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r. Jednocześnie ustawodawca przewidział dwunastomiesięczny okres na dostosowanie działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą do nowych przepisów. Siedmiomiesięczny okres obowiązywania ustawy pozwolił na wstępną ocenę jej funkcjonowania. W tym okresie adresaci norm prawnych zgłaszali wątpliwości interpretacyjne oraz postulaty związane ze stosowaniem w praktyce niektórych z przepisów przedmiotowej ustawy. Niniejsze założenia są odpowiedzią na powyższe. Celem ustawy opracowanej na ich podstawie jest usunięcie ujawnionych nieścisłości przez modyfikację i doprecyzowanie brzmienia przepisów, co pozwoli na usunięcie wątpliwości interpretacyjnych oraz ułatwi stosowanie ustawy w praktyce. W ocenie projektodawców wprowadzenie zmian zagwarantuje niezakłócone funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia po zakończeniu okresu dostosowawczego.

2. **Zasadnicze kwestie wymagające uregulowania.**

- *Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych*

Ustawa wprowadziła obowiązkowe ubezpieczenie podmiotów leczniczych prowadzących szpitale z tytułu zdarzeń medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr Dz Nr 52, poz. 417, z późn. zm.). W praktyce okazało się, że taki produkt ubezpieczeniowy oferuje tylko jeden ubezpieczyciel – PZU S.A., a proponowane przez niego składki ubezpieczenia przekraczają możliwości finansowe podmiotów. W związku z tym większość podmiotów leczniczych prowadzących szpitale nie spełniła dotychczas obowiązku ubezpieczenia, co jest podstawą do wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, po przeprowadzeniu przez wojewodę procedury określonej w ustawie.

W związku z powyższym proponuje się odejście od obligatoryjności w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Oznacza to, że w przypadku braku polisy pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych będą ponosiły podmioty lecznicze w granicach określonych w art. 67k ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Takie rozwiązanie pozwoli na swobodę w decydowaniu przez zarządzającego podmiotem leczniczym, czy podmiot ten sam będzie ponosił odpowiedzialność wobec pacjentów, czy będzie to ubezpieczyciel w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z tym podmiotem. Można zakładać, iż w miarę upływu czasu i analizy sytuacji w sferze zdarzeń medycznych (liczba wniosków, linia orzecznicza komisji)

zwiększać się będzie liczba produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez innych ubezpieczycieli.

- *Katalog podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzenie przez nie działalności leczniczej*

Okres wdrażania ustawy wykazał, że istnieją trudności z przypisaniem niektórych funkcjonujących podmiotów leczniczych do ustawowych kategorii podmiotów. Proponuje się dodanie do katalogu potencjalnych podmiotów leczniczych takich podmiotów jak organy rentowe oraz uczelnie, które są zainteresowane prowadzeniem działalności leczniczej bez konieczności tworzenia odrębnych podmiotów mających status przedsiębiorcy, takich jak np. spółki kapitałowe. W celu uniknięcia wątpliwości co do możliwości prowadzenia działalności leczniczej przez pracodawców na rzecz pracowników, proponuje się aby katalog podmiotów leczniczych objął także pracodawców.

Proponuje się także doprecyzowanie definicji przedsiębiorstwa przez jednoznaczne wskazanie, że w jednym przedsiębiorstwie wykonywany jest jeden rodzaj działalności leczniczej, co nie ogranicza możliwości wykonywania przez ten sam podmiot różnych rodzajów tej działalności. Dotychczasowa definicja nie dość jednoznacznie formułowała zasadę „jednorodzajowości" przedsiębiorstw podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Proponuje się ponadto uregulowanie, że działalność w zakresie ratownictwa medycznego może być wykonywana zarówno w ramach działalności ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej i całodobowej, w tym szpitalnej. Rozwiązanie powyższe odzwierciedla stan faktyczny w tym zakresie.

Ustawa wprowadziła zasadę, że działalność lecznicza jest regulowaną działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Powyższe rozwiązanie w zakresie podmiotów wykonujących działalność leczniczą jako działalność pożytku publicznego, uwzględnia w istocie stan prawny istniejący już od września 2006 r., kiedy to ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) przesądziła, że zakłady opieki zdrowotnej wykonują działalność gospodarczą. Uwzględniono także poglądy judykatury potwierdzające, że zakłady opieki zdrowotnej należy traktować jak przedsiębiorców (w tym:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września 2005 r., sygn. Akt FSK 2149/04, wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 6 października 2009 r., III SA/Wr 333/09, OwSS 2010/1/58), a w końcu przepis art. 9 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.), który przewiduje, że działalność pożytku publicznego może mieć charakter działalności odpłatnej, która w warunkach określonych w tym przepisie stanowi działalność gospodarczą. Biorąc pod uwagę fakt, że znacząca większość podmiotów wykonujących działalność leczniczą jako działalność pożytku publicznego, posiada umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia przewidujące wynagrodzenie za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, warunek wskazany w ww. art. 9, wydawał się być w sposób oczywisty spełniony. Jednakże, już po wejściu w życie ustawy, przedstawiciele ww. podmiotów wskazywali, że statuty tych organizacji przewidują, iż prowadzona przez nie działalność ma charakter nieodpłatnej działalności pożytku publicznego. Proponuje się w konsekwencji uwzględnić te postulaty przez wyłączenie stosowania do działalności leczniczej wykonywanej jako działalność pożytku publicznego przepisu stanowiącego, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, przy zachowaniu konsekwencji wynikających z cytowanego wyżej art. 9.

- *Zamówienia na świadczenia zdrowotne*

Wychodząc naprzeciw postulatom podmiotów wykonujących działalność leczniczą proponuje się zmiany w zakresie określenia przedmiotu zamówienia, jakiego może udzielać podmiot wykonujący działalność leczniczą przez wskazanie, że może udzielać zamówienia na świadczenia, których sam nie wykonuje, a które mieszczą się w zakresie działalności podmiotu przyjmującego zamówienie. Spowoduje to rozszerzenie zakresu potencjalnych oferentów. Proponuje się również wyłączenie stosowania procedury konkursowej do zamówień, których wartość nie przekracza kwoty 14 000 euro. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759, z późn. zm) na takim samym poziomie ustanawia dolną granicę kwotową dla prowadzenia postępowań w sprawie zamówienia publicznego. Proponuje się także doprecyzowanie przepisów dotyczących rozwiązania umowy na udzielenie zamówienia. Nie znajduje uzasadnienia w praktyce konieczność zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli umowę wypowiada jedna ze stron ze względu na rażące naruszenie istotnych postanowień umowy przez drugą stronę.

Proponuje się, aby w takim przypadku umowa była rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym.

- *Zaopatrywanie pacjentów szpitali w znaki identyfikacyjne*

Proponuje się zmiany w zakresie przepisów dotyczących zaopatrywania pacjentów szpitali w znaki identyfikacyjne, dotyczące przede wszystkim określenia danych, jakie zawiera znak identyfikacyjny dla noworodka urodzonego w szpitalu. Ustalony w dotychczasowych przepisach ustawy zakres tych danych jest niewystarczający dla tej grupy pacjentów (brak danych matki, płci oraz godziny i minuty urodzenia dziecka). Z uwagi na fakt, iż z dniem 1 lipca 2012 r. utracą moc dotychczasowe regulacje w tym zakresie, niezbędne wydaje się rozszerzenie przepisu, co zapewni prawidłowe ustalenie tożsamości dziecka i pozwoli uniknąć pomyłek o poważnych konsekwencjach.

- *Kwestie finansowe*

Proponuje się wprowadzić regulacje, zgodnie z którymi nastąpi przeksięgowanie niezamortyzowanej części środków, która zwiększyła fundusz założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na rozliczenia międzyokresowe przychodów. Rozwiązanie to wyeliminuje negatywne skutki księgowania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej dotacji o charakterze inwestycyjnym oraz darowizn i innych środków, które zgodnie z nieobowiązującą już ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej zwiększały fundusz założycielski, a zatem w stosunku do których nie ma możliwości zrekompensowania kosztów amortyzacji odpowiednią wartością przychodów, co prowadzi do pogorszenia wyników finansowych. Proponuje się także wyłączenie zadań realizowanych w ramach programów zdrowotnych i promocji zdrowia finansowanych z wydatków bieżących z obowiązku stosowania algorytmu zawartego w art. 114 ustawy. W ramach wydatków bieżących finansujący zlecają m. in.: wykonywanie profilaktycznych badań, udzielanie świadczeń zdrowotnych, zakupi dystrybucję leków dla określonej w programie grupy chorych czy też realizację innych usług. Dotychczasowe brzmienie art. 114 ust. 2 ustawy uniemożliwia realizatorom programów zdrowotnych będących podmiotami leczniczymi wyłonionymi w postępowaniu konkursowym otrzymanie pełnej zapłaty za zlecone i wykonane usługi, w przypadku gdy uzyskują przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poniżej łącznych przychodów z tego tytułu zarówno ze środków publicznych jak i innych źródeł. Jednocześnie realizatorzy

niebędący podmiotami leczniczymi, spełniający wymogi określone programem, wyłonieni w postępowaniu konkursowym mogą uzyskiwać środki na realizację analogicznych zadań np. szkolenia, prowadzenie baz danych czy też promocję zdrowia w wysokości 100% kosztów. Zaproponowana zmiana zapewni równe traktowanie realizatorów wyłonionych w postępowaniach konkursowych oraz zabezpieczy realizację zadań finansowanych ze środków bieżących niezbędnych do osiągnięcia zamierzonych celów.

Ponadto proponuje się jednoznacznie określić, że wysokość przyznanych przez podmioty tworzące środków finansowych może być niższa niż maksymalna kwota wynikająca ze wzoru w art. 114 ustawy. Zmiana umożliwi dofinansowanie przez podmiot tworzący części zadania na zasadzie partycypacji w kosztach przez podmiot leczniczy i podmiot tworzący.

Proponuje się również określenie zasad ustalania wysokości dotacji i sposobu jej rozliczenia dla podmiotów utworzonych w tym samym roku, w którym następuje przekazanie środków. Nowoutworzone podmioty lecznicze będą mogły na określone zadania otrzymać środki publiczne w wysokości kosztów koniecznych do realizacji tych zadań, natomiast rozliczenie przez nowoutworzony podmiot leczniczy przekazanych i wykorzystanych środków publicznych będzie uwzględniało udział przychodów ze środków publicznych w sumie przychodów podmiotu.

Proponuje się także wprowadzenie przepisów umożliwiających uwzględnienie w rozliczeniu przyznanych środków rzeczywistych kosztów wykorzystanych na realizację zadania, gdy koszt rzeczywisty był niższy od planowanego.

Ponadto w regulacjach dotyczących rozliczania dofinansowania ze środków publicznych proponuje się uwzględnić fakt niższego dofinansowania, w przypadku przyznania podmiotowi leczniczemu przez podmiot tworzący środków finansowych w wysokości niższej niż maksymalna kwota wynikająca ze wzoru określonego w art. 114 ustawy.
Ponadto proponuje się w Dziale V określającym zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą dodanie przepisu stanowiącego, że dotacje niewykorzystane albo wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, czy też pobrane w nadmiernej wysokości podlegają zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

- *Wsparcie związane z przekształceniem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową*

Proponuje się rozszerzenie instrumentów wsparcia procesu przekształceń, przez wprowadzenie możliwości uzyskania dotacji z budżetu państwa w wysokości spłaconych przez podmioty tworzące kredytów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spłaconych przez te podmioty z tytułu udzielonego poręczenia. Należy podkreślić, iż zmiana powyższa rozszerza listę tytułów do uzyskania dotacji, jednak w ramach tych samych środków finansowych przeznaczonych na wsparcie procesów przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe.

Proponuje się także wydłużenie okresu, w jakim można wnioskować o takie wsparcie. Pierwszy raz obowiązek zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jego likwidacji powstanie, zgodnie z art. 216 ustawy, po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy po dniu wejścia w życie ustawy. Oznacza to, że będzie to dopiero w roku 2013. A zatem podmioty tworzące dokonujące przekształceń w tym trybie, chcąc uzyskać dotację, miałyby niezwykle mało czasu na przeprowadzenie procesu przekształcenia, który jest warunkiem ubiegania się o wsparcie, bowiem termin na składanie wniosków o jego udzielenie upływa z dniem 31 grudnia 2013 r. Zasadne jest zatem jego przedłużenie do dnia 31 grudnia 2014 r., co może wpłynąć na zwiększenie liczby przekształconych w spółki kapitałowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Proponuje się doprecyzowanie, że wskaźnik zadłużenia ustala się na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, zamiast na dzień poprzedzający dzień przekształcenia (art. 71 ust. 1 ustawy). Dniem przekształcenia jest dzień wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców. Ustalenie wskaźnika na dzień poprzedzający dzień przekształcenia może powodować trudności, z uwagi na fakt, iż w praktyce trudne jest precyzyjne ustalenie dnia, w którym sąd dokona wpisu, natomiast na dzień złożenia wniosku podmiot leczniczy ma wpływ. Jednocześnie, proponuje się doprecyzowanie, że do obliczania omawianego wskaźnika uwzględniane są przychody ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy, natomiast dane o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych - według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o przekształcenie.

- *Podmioty lecznicze o szczególnej regulacji*

Z uwagi na specyficzny charakter podmiotów leczniczych, które posiadają w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych (jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej) proponuje się wyłączenie stosowania do nich przepisów dotyczących obowiązku powołania rady społecznej oraz wybierania kandydatów na stanowiska kierownicze w trybie konkursu określonego w art. 49 ustawy. Proponowana zmiana nie będzie dotyczyć pozostałych podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej. Ponadto, proponuje się wyłączenie stosowania przepisów ustawy dotyczących kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, wobec kierowników będących funkcjonariuszami Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Straży Granicznej. Zastosowanie będą miały w tym przypadku odpowiednio przepisy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo o Straży Granicznej.

Proponuje się również rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez jednostkę budżetową utworzoną przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Obecnie takie uprawnienie zarezerwowane zostało wyłącznie dla funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Zmiana przepisów dopuści możliwość korzystania z tych świadczeń także przez osoby zatrudnione w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, niebędące funkcjonariuszami.