



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IV kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-144-03

Druk nr 2278

Warszawa, 28 listopada 2003 r.

Pan
Marek Borowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy, stanowiący realizację Strategii Gospodarczej Rządu „Przedsiębiorczość-Rozwój-Praca”,

**- o pomocy publicznej i restrukturyzacji
publicznych zakładów opieki
zdrowotnej oraz o zmianie niektórych
ustaw wraz z projektami podstawowych aktów
wykonawczych.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

(-) Leszek Miller

U S T A W A

z dnia

o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz
o zmianie niektórych ustaw ¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady i warunki restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) tryb postępowania w sprawie restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 3) zasady udzielania pomocy publicznej publicznym zakładom opieki zdrowotnej.

Art. 2. 1. Restrukturyzacją finansową mogą być objęte:

- 1) publiczne zakłady opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie ustawy prowadzone w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) jednostki badawczo-rozwojowe realizujące zadania określone w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy wymienionej w pkt 1
– zatrudniające na dzień 31 marca 2003 r. powyżej 50 osób, zwane dalej „zakładami”.

2. Zakład może być objęty restrukturyzacją finansową na podstawie przepisów ustawy tylko jeden raz.

Art. 3. Ilekoć w ustawie jest mowa o:

- 1) podmiocie, który utworzył zakład – należy przez to rozumieć organy:
 - a) wymienione w art. 8 ust. 1 pkt 1-4 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
 - b) sprawujące nadzór nad jednostkami badawczo-rozwojowymi w rozumieniu ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz.U. z 2001 r. Nr 33, poz. 388, z późn.zm.³⁾);
- 2) kierownikowi zakładu – należy przez to rozumieć również dyrektora jednostki badawczo-rozwojowej, o której mowa w pkt 1 lit. b;
- 3) spółce użyteczności publicznej – należy przez to rozumieć spółkę, o której mowa w art. 35b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Rozdział 2

Restrukturyzacja finansowa

Art. 4. Restrukturyzacja finansowa zakładów obejmuje znane na dzień 31 marca 2003 r.:

- 1) zobowiązania publicznoprawne;
- 2) zobowiązania cywilnoprawne;
- 3) indywidualne roszczenia pracowników wynikające z art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2, późn. zm.⁴⁾)
– powstałe w okresie od dnia 1 stycznia 1999 r. do dnia 31 marca 2003 r.

Art. 5. 1. Restrukturyzacja finansowa zakładów polega na:

- 1) umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych wymienionych w art. 6 ust. 1, po spełnieniu warunków określonych w art. 6 ust. 2;
- 2) rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek wymienionych w art. 7;
- 3) zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych;
- 4) zawarciu przez zakład ugód z pracownikami w zakresie roszczeń wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3.

2. Postępowanie restrukturyzacyjne prowadzone w stosunku do zakładów na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców (Dz. U. Nr 155, poz. 1287 i z 2003 r. Nr 56, poz. 498);
 - 2) ustawy z dnia 30 października 2002 r. o pomocy publicznej dla przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu dla rynku pracy (Dz. U. Nr 213, poz. 1800 i z 2003 r. Nr 90, poz. 844)
- podlega z mocy prawa umorzeniu w zakresie należności wymienionych w art. 6 ust. 1.

Art. 6. 1. Umorzeniu podlegają zobowiązania publicznoprawne zakładu wraz z odsetkami:

- 1) z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych;
- 2) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne;
- 3) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

4) z tytułu:

- a) opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 31 stycznia 1980 r. o ochronie i kształtowaniu środowiska (Dz. U. z 1994 r. Nr 49, poz. 196, z późn. zm.⁵⁾),
- b) opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2001 r. Nr 62, poz. 627, z późn. zm.⁶⁾),
- c) opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 24 października 1974 r. – Prawo wodne (Dz. U. Nr 38, poz. 230, z późn. zm.⁷⁾)

– stanowiących przychód Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej oraz wojewódzkich, powiatowych i gminnych funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej, niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład, z zastrzeżeniem art. 9;

- 5) z tytułu administracyjnych kar pieniężnych określonych w przepisach ustaw wymienionych w pkt 4;
- 6) z tytułu opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa, w części stanowiącej dochód budżetu państwa;
- 7) z tytułu odsetek za zwłokę, opłaty prolongacyjnej, opłaty dodatkowej, kosztów upomnienia oraz kosztów egzekucyjnych, od zaległości wymienionych w pkt 1-6.

2. Zobowiązania publicznoprawne podlegają umorzeniu, jeżeli zakład w dniu wydania decyzji o zakończeniu restrukturyzacji:

- 1) nie posiada zaległości z tytułu zobowiązań, o których mowa w art. 7;

- 2) nie posiada zaległości z tytułu zobowiązań publicznoprawnych powstałych przed dniem 1 stycznia 1999 r. oraz po dniu 31 marca 2003 r., z zastrzeżeniem ust. 3;
- 3) spełnia warunki do przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej na zasadach i w trybie określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;
- 4) zrealizował ugodę zawartą z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych w zakresie określonym w art. 13 ust. 1 pkt 1-4 i 6 oraz dokonał spłaty wierzytelności, o których mowa w art. 13 ust. 2, o ile jest prowadzone postępowanie w sprawie restrukturyzacji zobowiązań cywilnoprawnych;
- 5) zaspokoił roszczenia pracowników wynikające z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3 lub wykonał ugody, o których mowa w art. 15 ust. 1, w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 1.

3. Warunek o nieposiadaniu zaległości z tytułu zobowiązań publicznoprawnych uznaje się za spełniony, jeżeli zobowiązania te wraz z odsetkami za zwłokę, nieobjęte postępowaniem restrukturyzacyjnym, zostaną przed wydaniem decyzji o zakończeniu restrukturyzacji rozłożone na raty albo odroczone terminy ich zapłaty na zasadach określonych w odrębnych przepisach dotyczących tych zobowiązań.

4. Przychody z tytułu umorzenia zobowiązań publicznoprawnych nie stanowią przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, z wyjątkiem zobowiązań zaliczonych do kosztów uzyskania przychodów.

Art. 7. Zobowiązania zakładu z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z odsetkami za zwłokę podlegają spłacie w ratach, w okresie 24 miesięcy od dnia wydania przez organ restrukturyzacyjny, o którym mowa w art. 18, decyzji o warunkach restrukturyzacji.

Art. 8. 1. Restrukturyzacji finansowej podlegają również:

- 1) zobowiązania z tytułów wymienionych w art. 6 ust. 1 i art. 7, w stosunku do których do dnia 31 marca 2003 r. zostały

wydane decyzje rozkładające ich spłatę na raty lub odraczające termin ich płatności, albo gdy zobowiązania te stanowią należności sporne;

- 2) opłaty prolongacyjne ustalone w związku z decyzjami, o których mowa w pkt 1;
- 3) koszty egzekucyjne dotyczące zobowiązań z tytułów wymienionych w art. 6 ust. 1 i art. 7.

2. Restrukturyzacji finansowej nie podlegają zobowiązania zakładów z tytułu:

- 1) zaległości podatkowych i celnych określonych w decyzji właściwego organu podatkowego, organu celnego lub organu kontroli skarbowej;
- 2) składek na ubezpieczenia społeczne, składek na Fundusz Pracy;
- 3) wpłat do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 4) opłat i kar dla Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich, powiatowych i gminnych funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej;
- 5) opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa, określone w wyniku postępowania kontrolnego
 - jeżeli zaległości te określone zostały w związku z dokonywaniem czynności prawnych mających na celu obejście przepisów podatkowych, o należnościach celnych, o ubezpieczeniach społecznych lub przepisów dotyczących wymiaru i poboru tych należności.

Art. 9. 1. Przepisy dotyczące umorzenia zobowiązań publicznoprawnych stosuje się odpowiednio do należności z tytułu zobowiązań podatkowych stanowiących dochody budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz zobowiązań publicznoprawnych, o których mowa w art. 6 ust.1 pkt 4 i 5, w części dotyczącej przychodów wojewódzkich, powiatowych i gminnych funduszy ochrony środowiska,

jeżeli organ stanowiący właściwej jednostki samorządu terytorialnego podejmie uchwałę o restrukturyzacji tych należności.

2. Umorzenie należności jednostek samorządu terytorialnego na podstawie ustawy nie uprawnia tych jednostek do rekompensaty ubytku ich dochodów z tego tytułu przez budżet państwa.

Art.10. 1. Restrukturyzacja finansowa zobowiązań cywilnoprawnych polega na zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych wymienionymi w spisie, o którym mowa w art. 19 ust. 2 pkt 5.

2. Do ugody restrukturyzacyjnej nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 8 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn.zm.⁸⁾).

Art. 11. 1. Restrukturyzacja finansowa zobowiązań cywilnoprawnych obejmuje kwotę główną wraz z odsetkami naliczonymi do dnia zawarcia ugody restrukturyzacyjnej.

2. Restrukturyzacji finansowej zobowiązań cywilnoprawnych nie podlegają zobowiązania z tytułu zaciągniętych kredytów objętych poręczeniami albo gwarancjami Skarbu Państwa.

Art.12. 1. Ugoda restrukturyzacyjna jest zawarta, jeżeli opowie się za nią ponad 50% wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych mających łącznie ponad 50% ogólnej sumy wierzytelności przysługujących wierzycielom wymienionym w spisie, o którym mowa w art. 19 ust. 2 pkt 5.

2. Ugoda restrukturyzacyjna wiąże wszystkich wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych wymienionych w spisie, o którym mowa w art. 19 ust. 2 pkt 5.

3. Warunki ugody restrukturyzacyjnej mogą być zróżnicowane w zakresie określonym w tej ugodzie w stosunku do danej grupy wierzycieli, z zachowaniem zasady równoprawnego traktowania uczestników tej ugody.

Art. 13. 1. Przedmiotem ugody restrukturyzacyjnej może być restrukturyzacja zobowiązań cywilnoprawnych polegająca na:

- 1) umorzeniu tych zobowiązań w całości albo w części;
- 2) rozłożeniu spłaty tych zobowiązań na raty;

- 3) odroczeniu terminu spłaty tych zobowiązań;
- 4) przejęciu nie więcej niż 50% zobowiązań zakładu przez jednostkę samorządu terytorialnego, która utworzyła zakład;
- 5) objęciu, w zamian za wierzytelności, akcji albo udziałów w podwyższonym kapitale zakładowym spółki użyteczności publicznej, z zastrzeżeniem zachowania przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub inny podmiot, który utworzył zakład, co najmniej 75% udziałów albo akcji po podwyższeniu kapitału zakładowego tej spółki;
- 6) zamianie tych zobowiązań na obligacje, o których mowa w art. 30 ust.1 pkt 1.

2. Wierzytelności wierzycieli cywilnoprawnych podlegają spłacie w całości, jeżeli suma wierzytelności każdego z nich nie przekracza kwoty 2000 zł.

Art. 14. 1. Ugodę restrukturyzacyjną zawiera się w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Ugoda restrukturyzacyjna może być wypowiedziana w czasie postępowania restrukturyzacyjnego tylko z ważnych powodów, leżących po stronie zakładu, jeżeli wypowie ją ponad 50% wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych mających łącznie ponad 50% ogólnej sumy wierzytelności objętych ugodą.

3. W przypadku wypowiedzenia ugody restrukturyzacyjnej, organ restrukturyzacyjny umarza postępowanie restrukturyzacyjne; przepisy art. 27 i 28 stosuje się odpowiednio.

4. Ugoda restrukturyzacyjna nie może być wypowiedziana przez wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych, którzy otrzymali obligacje, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 1, w zamian za posiadane wobec zakładu wierzytelności.

5. Ugoda restrukturyzacyjna nie może być wypowiedziana po sporządzeniu aktu przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej.

Art. 15. 1. Restrukturyzacja indywidualnych roszczeń pracowników zakładu wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3 polega na zawarciu przez zakład ugody z pracownikiem.

2. Przedmiotem ugody, o której mowa w ust. 1, może być:

- 1) rozłożenie zobowiązań zakładu wobec pracownika na raty wraz z określeniem harmonogramu ich spłaty;
- 2) odstąpienie od naliczania odsetek od zobowiązań, o których mowa w pkt 1;
- 3) objęcie, w zamian za wierzytelności, akcji albo udziałów w podwyższonym kapitale zakładowym spółki użyteczności publicznej, z zastrzeżeniem zachowania przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub inny podmiot, który utworzył zakład, co najmniej 75% udziałów albo akcji po podwyższeniu kapitału zakładowego tej spółki.

3. W przypadku gdy indywidualne roszczenia pracowników wynikające z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3 podlegają spłacie, spłaty tej dokonuje się do dnia wydania decyzji o zakończeniu restrukturyzacji.

4. Przepisów art. 12, 13 i 14 ust. 2-4 nie stosuje się do uгод zawartych przez zakład z pracownikami.

Rozdział 3

Postępowanie restrukturyzacyjne

Art. 16. 1. Do postępowania restrukturyzacyjnego stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.

2. Do restrukturyzacji finansowej zobowiązań publicznoprawnych stosuje się odpowiednio przepisy:

- 1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. Nr 137, poz. 926, z późn. zm.⁹⁾) w zakresie należności wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1;
- 2) dotyczące wymiaru i poboru należności wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 2-7 i art. 7, chyba że ustawa stanowi inaczej.

Art. 17. 1. Organ restrukturyzacyjny wszczyna postępowanie restrukturyzacyjne na wniosek zakładu albo podmiotu, który utworzył zakład, złożony w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

2. W przypadku gdy wniosek o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego składa podmiot, który utworzył zakład, podmiot ten zawiadamia o tym niezwłocznie kierownika zakładu.

3. W przypadku gdy wniosek jest niekompletny lub nie zawiera wystarczających informacji dla wszczęcia postępowania, organ restrukturyzacyjny wzywa zakład albo podmiot, który utworzył zakład, do jego uzupełnienia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem odrzucenia.

4. Wniosek złożony po terminie, o którym mowa w ust. 1, pozostawia się bez rozpatrzenia.

5. Wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego następuje w formie postanowienia.

6. Organ restrukturyzacyjny wydaje postanowienie, o którym mowa w ust. 5, w terminie 7 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku.

7. Organ restrukturyzacyjny przekazuje postanowienie, o którym mowa w ust. 5, do wiadomości organowi prowadzącemu postępowanie restrukturyzacyjne na podstawie odrębnych ustaw.

8. Organ restrukturyzacyjny odmawia, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego, jeżeli brak jest pozytywnej opinii podmiotu, który utworzył zakład, z zastrzeżeniem art. 20 ust. 3.

Art. 18. Organem restrukturyzacyjnym jest dla zakładu utworzonego przez:

- 1) jednostkę samorządu terytorialnego – wojewoda;
- 2) podmiot inny niż wymieniony w pkt 1 – minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 19. 1. Wniosek zakładu albo podmiotu, który utworzył zakład, o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego zawiera:

- 1) nazwę zakładu, jego siedzibę i adres;

- 2) okoliczności, które uzasadniają złożenie wniosku oraz ich uprawdopodobnienie;
- 3) liczbę osób, według stanu na dzień złożenia wniosku oraz na dzień 31 marca 2003 r.:
 - a) świadczących w zakładzie pracę,
 - b) do których ma zastosowanie art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3.

2. Do wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego należy dołączyć:

- 1) sprawozdania finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości, za poszczególne lata obrotowe począwszy od 1999 r. do 2003 r.;
- 2) sprawozdania z działalności zakładu za poszczególne lata obrotowe począwszy od 1999 r. do 2003 r.;
- 3) spis dłużników z podaniem wysokości zobowiązań każdego z nich wobec zakładu, w podziale na kwotę wierzytelności głównej i odsetki, według stanu bieżącego oraz na dzień 31 marca 2003 r., a także listę zabezpieczeń tych wierzytelności;
- 4) spis wierzycieli wierzytelności publicznoprawnych ze wskazaniem kwot zaległości i odsetek, według stanu bieżącego oraz na dzień 31 marca 2003 r., a także listę zabezpieczeń tych wierzytelności;
- 5) spis wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych, z podaniem wysokości wierzytelności każdego z nich w podziale na kwotę wierzytelności głównej i odsetki, według stanu bieżącego oraz na dzień 31 marca 2003 r., z wyodrębnieniem zobowiązań powstałych na skutek zaciągania kredytów, o których mowa w art. 11 ust. 2, a także listę zabezpieczeń tych wierzytelności;

- 6) wykaz zobowiązań pozabilansowych z podaniem wysokości każdego z nich według stanu bieżącego oraz na dzień 31 marca 2003 r.;
- 7) kopie tytułów egzekucyjnych lub wykonawczych wystawionych wobec zakładu;
- 8) informację o stanie realizacji zobowiązań z tytułu roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3;
- 9) kopię ewidencji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych wraz z informacją o ustanowionych na nich obciążeniach;
- 10) projekt programu restrukturyzacyjnego pozytywnie zaopiniowany przez podmiot, który utworzył zakład, z zastrzeżeniem art. 20 ust. 3;
- 11) projekt ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych;
- 12) projekty ugód dotyczących indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3;
- 13) oświadczenie podmiotu, który utworzył zakład o zamiarze przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej; w przypadku zakładu, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą – oświadczenie ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa o zamiarze przekształcenia zakładu w spółkę;
- 14) wykaz toczących się postępowań sądowych i administracyjnych oraz postępowań restrukturyzacyjnych prowadzanych na podstawie odrębnych ustaw.

Art. 20. 1. Projekt programu restrukturyzacyjnego, o którym mowa w art. 19 ust. 2 pkt 10, zwany dalej „projektem programu”, zawiera:

- 1) szczegółowy opis sytuacji ekonomicznej zakładu;
- 2) analizę przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej zakładu;
- 3) wskazanie zamierzonych działań zakładu, mających na celu naprawę sytuacji ekonomicznej, w tym działań w zakresie restrukturyzacji finansowej oraz umożliwiających terminowe regulowanie zobowiązań publicznoprawnych i obsługę zadłużenia, a także proponowane zmiany organizacyjne w zakładzie;
- 4) przewidywany termin przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej;
- 5) określenie sytuacji ekonomicznej zakładu, możliwej do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego oraz przedstawienie prognoz finansowych na czas trwania emisji obligacji, jednakże na okres nie krótszy niż 3 lata od dnia przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej;
- 6) określenie źródeł finansowania działań, o których mowa w pkt 3, z uwzględnieniem pomocy publicznej niezbędnej do przeprowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, o którą zakład zamierza się ubiegać z podaniem jej wielkości, źródeł, formy, terminu i podstawy prawnej.

2. Zakład przekazuje projekt programu do zaopiniowania podmiotowi, który go utworzył.

3. Podmiot, który utworzył zakład, wydaje opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu programu; opinia nie jest wymagana, jeżeli organem restrukturyzacyjnym jest podmiot, który utworzył zakład.

Art. 21. 1. Organ restrukturyzacyjny niezwłocznie przekazuje projekt programu do zaopiniowania:

- 1) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 2) ministrowi właściwemu do spraw Skarbu Państwa – w przypadku zakładów, dla których podmiotem, który je utworzył jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda;
- 3) Regionalnemu Komitetowi Sterującemu, o którym mowa w ustawie zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane przedłożyć organowi restrukturyzacyjnemu opinie, w terminie 21 dni od dnia otrzymania projektu programu. Nieprzedłożenie opinii w tym terminie oznacza akceptację programu.

3. W przypadku gdy projekt programu przewiduje emisję obligacji lub udzielenie poręczenia przez Bank Gospodarstwa Krajowego, zwany dalej „BGK”, spłaty odsetek od obligacji, organ restrukturyzacyjny przekazuje projekt programu do zaopiniowania BGK.

4. BGK wydaje opinię w terminie 30 dni od dnia przekazania projektu programu na podstawie:

- 1) dokumentów wymienionych w art. 19 przekazanych przez organ restrukturyzacyjny;
- 2) opinii Narodowego Funduszu Zdrowia i ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa przekazanych niezwłocznie po ich otrzymaniu przez organ restrukturyzacyjny albo informacji organu restrukturyzacyjnego o uzgodnieniu projektu programu w trybie ust. 2.

5. Przepisy ust. 1 nie naruszają uprawnień Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wynikających z przepisów o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Art. 22. 1. Od dnia wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego do dnia wydania decyzji o umorzeniu albo o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego wstrzymuje się wykonanie decyzji, wydanych na podstawie odrębnych przepisów, podjętych przed dniem wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego, w zakresie należności objętych tym postępowaniem.

2. W okresie, o którym mowa w ust. 1, wszczęte postępowania egzekucyjne w zakresie należności objętych postępowaniem restrukturyzacyjnym podlegają zawieszeniu.

Art. 23. 1. W terminie 2 miesięcy od dnia wydania postanowienia o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego, zakład:

- 1) uzgadnia z wierzycielami wierzytelności publicznoprawnych projekt programu;
- 2) zawiera ugodę restrukturyzacyjną z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych;
- 3) zawiera ugody dotyczące indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3;
- 4) uzyskuje zgodę odpowiednio: ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo podmiotu, który utworzył zakład, na wykonanie ugód w zakresie określonym w art. 13 ust. 1 pkt 5 i art. 15 ust. 2 pkt 3 w przypadkach, w których ugody przewidują zaspokojenie wierzycieli przez objęcie przez nich akcji albo udziałów w podwyższonym kapitale zakładowym spółki użyteczności publicznej.

2. Zawarcie ugody w zakresie określonym w art. 13 ust. 1 pkt 4 wymaga zgody jednostki samorządu terytorialnego.

Art. 24. 1. Zakład przekazuje organowi restrukturyzacyjnemu:

- 1) kopię ugody restrukturyzacyjnej, o której mowa w art. 23 ust. 1 pkt 2, w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;

- 2) informację o zawartych ugodach dotyczących roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3;
 - 3) informację o wynikach uzgodnień z wierzycielami wierzytelności publicznoprawnych.
2. W informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 2, określa się:
- 1) liczbę osób, z którymi zawarto ugody;
 - 2) liczbę osób, z którymi nie zawarto ugód;
 - 3) wysokość roszczeń objętych ugodami;
 - 4) harmonogram spłat, w przypadku rozłożenia spłaty zobowiązań na raty.

Art. 25. 1. Organ restrukturyzacyjny wydaje, w terminie 3 miesięcy od dnia wydania postanowienia o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego, decyzję o warunkach restrukturyzacji, jeżeli:

- 1) zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 1 i 2;
- 2) wydano pozytywne opinie albo zaakceptowano projekt programu w trybie określonym w art. 21;
- 3) wydano zgodę, o której mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4, jeżeli taka zgoda jest wymagana, z zastrzeżeniem, że negatywna opinia BGK odnośnie emisji obligacji nie stanowi przeszkody do wydania decyzji, jeżeli zakład wskazał inne źródła pozyskania środków finansowych na realizację programu;
- 4) z analizy wniosku oraz dołączonych do niego dokumentów i danych, a także przedłożonych opinii wynika, że zamierzone działania zakładu prowadzić będą do jego efektywnego funkcjonowania w przyszłości oraz będą spełnione warunki do przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej.

2. Organ restrukturyzacyjny przed wydaniem decyzji, o której mowa w ust. 1, dokonuje oceny zgodności projektu programu z Krajowym Planem Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 106 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268 i Nr 166, poz. 1609).

3. Decyzja o warunkach restrukturyzacji zawiera w szczególności:

- 1) nazwę zakładu, jego siedzibę i adres;
- 2) zatwierdzenie projektu programu;
- 3) warunki restrukturyzacji, w tym przewidywany termin przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej;
- 4) termin zakończenia postępowania restrukturyzacyjnego.

4. Organ restrukturyzacyjny, w drodze decyzji, umarza postępowanie restrukturyzacyjne, w przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w ust. 1.

5. Z dniem wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, projekt programu staje się programem restrukturyzacyjnym, zwanym dalej „programem”.

Art. 26. 1. Organ restrukturyzacyjny wydaje decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego, jeżeli zostały spełnione warunki określone w art. 6 ust. 2 i zakład przedłożył:

- 1) zaświadczenia o nieposiadaniu zaległości publicznoprawnych, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 3;
- 2) oświadczenie zakładu o spełnieniu warunków z art. 6 ust. 2 pkt 3-5.

2. Organ restrukturyzacyjny wydaje decyzję, o której mowa w ust. 1, w terminie 24 miesięcy od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji.

3. Organ restrukturyzacyjny niezwłocznie przekazuje decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego organom będącym wierzycielami należności publicznoprawnych; decyzja ta stanowi podstawę dla tych organów do wydania decyzji o umorzeniu tych należności.

4. Jeżeli decyzja o umorzeniu należności publicznoprawnych została wydana przed dniem przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej, umorzenie tych należności następuje z dniem wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców.

Art. 27. 1. Organ restrukturyzacyjny, w drodze decyzji, umarza postępowanie restrukturyzacyjne, jeżeli warunki określone w decyzji o warunkach restrukturyzacji nie zostały spełnione; organ restrukturyzacyjny niezwłocznie przekazuje decyzję o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego organom będącym wierzycielami należności publicznoprawnych.

2. Z dniem wydania decyzji o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego zobowiązania publicznoprawne przewidziane do umorzenia stają się wymagalne, decyzje wstrzymane w trybie art. 22 ust. 1 podlegają wykonaniu oraz podejmuje się postępowania zawieszone w trybie art. 22 ust. 2.

3. Z dniem wydania decyzji o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego akt przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej nie wywołuje skutków prawnych.

Art. 28. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 27, organ restrukturyzacyjny występuje do podmiotu, który utworzył zakład, z wnioskiem o likwidację zakładu.

2. Treść wniosku, o którym mowa w ust. 1, nie jest wiążąca dla podmiotu, który utworzył zakład.

3. Wniosek o likwidację zakładu nie jest wymagany, jeżeli organem restrukturyzacyjnym jest podmiot, który utworzył zakład; w takim przypadku podmiot ten rozstrzyga w sprawie dalszego funkcjonowania zakładu.

Art. 29. Organ restrukturyzacyjny, co najmniej raz na 6 miesięcy, ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski B”, listę zakładów, w stosunku do których wydał decyzję o zakończeniu restrukturyzacji.

Rozdział 4

Zasady udzielenia pomocy publicznej zakładom

Art. 30. 1. Zakład, celem uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową, może:

- 1) emitować obligacje;
- 2) zaciągać kredyty bankowe;
- 3) występować do jednostki samorządu terytorialnego o udzielenie poręczenia spłaty należności głównej od wyemitowanych przez ten zakład obligacji;
- 4) występować do BGK o udzielenie poręczenia ze środków Krajowego Funduszu Poręczeń Kredytowych zapłaty odsetek od obligacji.

2. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych udziela BGK poręczenia zapłaty odsetek od obligacji objętych poręczeniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 4.

3. Do poręczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4 oraz ust. 2, stosuje się odpowiednio art. 42c-42 e ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2003 r. Nr 174, poz. 1689).

4. Jednostka samorządu terytorialnego może udzielić zakładowi poręczenia spłaty należności głównej od obligacji.

Art. 31.1. Emisja obligacji, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 1, może nastąpić w terminie do 12 miesięcy od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji.

2. Organizację i obsługę emisji obligacji prowadzi BGK.

3. Koszty organizacji i obsługi emisji obligacji ponosi emitent.

4. Do emisji obligacji nie stosuje się przepisów art. 17 ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne oraz art. 24 ust. 3 i art. 29 ustawy z dnia 29 czerwca

1995 r. o obligacjach (Dz. U. z 2001 r. Nr 120, poz. 1300 oraz z 2002 r. Nr 216, poz. 1824).

Art. 32. 1. Środki pochodzące z emisji obligacji mogą być przeznaczone wyłącznie na:

- 1) w pierwszej kolejności – zaspokojenie roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3;
- 2) spłatę zobowiązań publicznoprawnych, o których mowa w art. 7;
- 3) spłatę zobowiązań cywilnoprawnych, które na podstawie ugody restrukturyzacyjnej zostały rozłożone na raty;
- 4) pokrycie kosztów emisji obligacji oraz pokrycie kosztów opłaty prowizyjnej, o której mowa w art. 42c ust. 4 ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne, z wyjątkiem kosztów wykupu obligacji oraz płatności z tytułu odsetek od obligacji;
- 5) pokrycie kosztów uregulowania stanu prawnego nieruchomości będących w użytkowaniu zakładu oraz kosztów wyceny tych nieruchomości.

2. Środki pochodzące z emisji obligacji nie podlegają egzekucji.

Art. 33. W przypadku gdy jednostka samorządu terytorialnego będąca podmiotem, który utworzył zakład, przejmie zobowiązania zakładu, na warunkach wskazanych w art. 13 ust. 1 pkt 4, do restrukturyzacji tych zobowiązań stosuje się postanowienia niniejszego rozdziału.

Art. 34. 1. Zakład, który w dniu złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 3, nie posiada zaległości w spłacie zobowiązań znanych na dzień 31 marca 2003 r. oraz nie podlega restrukturyzacji finansowej w rozumieniu przepisów rozdziału 2 ustawy może ubiegać się o dotację na wsparcie działań polegających na restrukturyzacji zatrudnienia, zmianach w strukturze organizacyjnej zakładu lub innych działań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu lub jakości świadczeń zdrowotnych.

2. Dotacje są udzielane ze środków budżetu państwa w granicach kwot określonych w ustawie budżetowej.

3. Dotacji udziela minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek zakładu; dotacja jest przekazywana zakładowi.

4. Zakład składa wniosek do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem organu restrukturyzacyjnego wraz z opinią podmiotu, który utworzył zakład, w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy; opinia nie jest wymagana, jeżeli organ restrukturyzacyjny jest podmiotem, który utworzył zakład.

5. Organ restrukturyzacyjny przekazuje wniosek, o którym mowa w ust. 3, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z oceną propozycji wysokości dotacji i jej przeznaczenia; ocena nie jest wymagana, jeżeli organ restrukturyzacyjny jest podmiotem, który utworzył zakład.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określając wysokość dotacji dla zakładu uwzględnia wysokość nakładów, które poniósł zakład podejmując działania, o których mowa w ust. 1, oraz wysokość nakładów planowanych do poniesienia w 2004 r.

7. Przepisy ust. 1-6 nie naruszają uprawnień Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wynikających z przepisów o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Art. 35. 1. Wniosek, o którym mowa w art. 34 ust. 3, zawiera:

- 1) nazwę zakładu oraz jego siedzibę i adres;
- 2) propozycję wysokości dotacji, opis jej przeznaczenia w ramach działań, o których mowa w art. 34 ust. 1, wraz z zamierzonymi efektami ekonomicznymi i organizacyjnymi oraz uzasadnieniem;
- 3) liczbę osób świadczących pracę w zakładzie;
- 4) liczbę osób, do których stosuje się przepisy art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3.

2. Do wniosku, o którym mowa w art. 34 ust. 3, dołącza się:

- 1) sprawozdania finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości, za lata obrotowe 2002 i 2003;
- 2) sprawozdania z działalności zakładu za lata obrotowe 2002 i 2003;
- 3) informację o stanie realizacji zobowiązań z tytułu roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy wymienionej w art. 4 pkt 3;
- 4) kopię ewidencji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych wraz z informacją o ustanowionych na nich obciążeniach;
- 5) oświadczenie podmiotu, który utworzył zakład, o zamiarze sporządzenia aktu przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej;
- 6) oświadczenie ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa o zamiarze przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej, w przypadku zakładu dla którego podmiotem, który utworzył zakład jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda;
- 7) oświadczenie zakładu o nieposiadaniu niespłaconych zobowiązań wymagalnych na dzień 31 marca 2003 r.

Art. 36. 1. Warunkiem udzielenia dotacji, o której mowa w art. 34 ust. 1, jest przekształcenie zakładu w spółkę użyteczności publicznej, w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Zakład informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o spełnieniu warunku, o którym mowa w ust. 1, dołączając niezbędną dokumentację w tym zakresie.

Rozdział 5

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 37. W ustawie z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz.U. z 2001 r. Nr 33, poz. 388 oraz z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 200, poz. 1683 i Nr 240, poz. 2052) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 10 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Jednostka badawczo-rozwojowa może podlegać komercjalizacji i prywatyzacji, z zastrzeżeniem art. 10c i 10d.”;

2) po art. 10b dodaje się art. 10c i 10d w brzmieniu:

„Art. 10c. 1. Jednostka badawczo-rozwojowa realizująca zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663 oraz ...), podlega przekształceniu w spółkę użyteczności publicznej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia..... o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki

zdrowotnej oraz zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr ... poz....). Do takiego przekształcenia nie stosuje się przepisów art. 10 ust. 1-3a.

2. Do spółki użyteczności publicznej, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 10a i 10b ustawy.

Art. 10d. Przepisów art. 10 i 10c nie stosuje się do jednostek badawczo-rozwojowych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej realizujących zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.”;

- 3) po art. 74 dodaje się art. 74a w brzmieniu:

„Art. 74a. 1. Spółka użyteczności publicznej, o której mowa w art. 10c, uzyskuje, na okres trzech lat od dnia przekształcenia, status jednostki badawczo-rozwojowej.

2. Do spółek powstałych w wyniku przekształcenia, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz odpowiednio przepisy, o których mowa w art. 74 ust. 3.

3. Do spółek, o których mowa w ust. 2, stosuje się również przepisy o zwolnieniu jednostek badawczo-rozwojowych z podatków, opłat lub od cła, pod warunkiem, że spółki te przeznaczają środki zwolnione z tych obciążeń na działalność, o której mowa w art. 2 ust. 2.”.

Art. 38. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹⁰⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- 1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład leczenia uzdrowiskowego lub inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu,
- 2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia,
- 3) pogotowie ratunkowe,
- 4) medyczne laboratorium diagnostyczne,
- 5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- 6) zakład rehabilitacji leczniczej,
- 7) żłobek,
- 8) ambulatorium lub ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej,
- 9) stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- 10) wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej,
- 11) jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- 12) inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Nazwa zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 1 ust. 2 pkt 2, zawiera oznaczenie „klinikny”, „klinika” albo oznaczenie „uniwersytecki”. Oznaczenia „klinikny”, „klinika” albo „uniwersytecki” mogą być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 2.”;

2) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia.”;

3) art. 8 otrzymuje brzmienie:

„Art. 8. 1. Zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez:

- 1) ministra lub centralny organ administracji rządowej – reprezentujących Skarb Państwa,
 - 2) wojewodę – reprezentującego Skarb Państwa,
 - 3) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - 4) państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
 - 5) kościół lub związek wyznaniowy,
 - 6) fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
 - 7) inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną,
 - 8) spółkę handlową nieposiadającą osobowości prawnej,
 - 9) pracodawcę.
2. Podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, tworzą zakłady opieki zdrowotnej w formach:
- 1) spółki użyteczności publicznej,
 - 2) jednostki budżetowej,
 - 3) zakładu budżetowego.

3. Podmiot, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, tworzy zakład opieki zdrowotnej wyłącznie w formie określonej w ust. 2 pkt 1.
 4. Niezależnie od form określonych w ust. 2 lub 3, podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, mogą prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.
 5. Jednostki badawczo-rozwojowe nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, realizujące zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, mogą prowadzić zakład opieki zdrowotnej wyłącznie w formie określonej w ust. 2 pkt 1.
 6. Podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 5-8, tworzą zakłady opieki zdrowotnej w formie spółki kapitałowej lub w innych formach właściwych dla tych podmiotów.
 7. Zakładu opieki zdrowotnej nie może utworzyć inny zakład opieki zdrowotnej.
 8. Pracodawcą w rozumieniu ust. 1 pkt 9 jest każdy podmiot niebędący zakładem opieki zdrowotnej, który w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom utworzył zakład opieki zdrowotnej nieposiadający osobowości prawnej.”;
- 4) w art. 8a uchyla się ust. 1;
 - 5) w art. 10:
 - a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakie powinny spełniać osoby zajmujące stanowiska kierownicze w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju, mając na uwadze zapewnienie rzetelnego wykonywania funkcji kierowniczych w zakładzie.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w zakładach opieki zdrowotnej, kierując się w szczególności rodzajem wykonywanej pracy oraz koniecznością zapewnienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczenia zdrowotne, z uwzględnieniem ust. 1, mogą być udzielane przez wolontariuszy w zakresie określonym w porozumieniu zawartym pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej a wolontariuszem. Do wolontariuszy stosuje się przepisy działu III ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873).”,

d) w ust. 5 uchyla się pkt 2;

6) art. 11 otrzymuje brzmienie:

„Art. 11. 1. Sprawy dotyczące funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, nieuregulowane w ustawie, a w odniesieniu do zakładów prowadzonych w formie spółek użyteczności publicznej – nieuregulowane także w akcie założycielskim spółki, określa statut zakładu opieki zdrowotnej.

2. W statucie zakładu opieki zdrowotnej określa się, w szczególności:

- 1) nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 2) cele i zadania zakładu,
- 3) siedzibę,

4) rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3. Statut nadaje podmiot, który utworzył zakład.

4. Statut zakładu opieki zdrowotnej będącego spółką użyteczności publicznej uchwala zgromadzenie wspólników (walne zgromadzenie).”;

7) po art. 11 dodaje się art. 11a w brzmieniu:

„Art. 11a. Strukturę organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej określa regulamin organizacyjny ustalany przez kierownika zakładu albo ustalany przez zarząd spółki użyteczności publicznej.”;

8) w art. 12 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 4 oraz ust. 5, prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia, z wyjątkiem zakładów utworzonych w celu określonym w art. 8 ust. 8, których rejestr prowadzi wojewoda.”;

9) uchyla się art. 18c;

10) w art. 18d w ust. 1:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) podmiocie, który utworzył zakład, należy przez to rozumieć również podmiot określony w art. 8 ust. 1, który przejął uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład; nie dotyczy to przejęcia uprawnień i obowiązków, o którym mowa w art. 35b ust. 3,”

b) dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) akcie założycielskiej spółki użyteczności publicznej, należy przez to rozumieć umowę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo statut spółki akcyjnej,

- 6) kierownika zakładu, należy przez to rozumieć również zarząd spółki użyteczności publicznej, chyba że ustawa stanowi inaczej.”;

11) w dziale I w rozdziale 2 dodaje się art. 19c w brzmieniu:

„Art. 19c. 1. Ustala się trzy poziomy opieki szpitalnej w szpitalach prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółek użyteczności publicznej, jednostek budżetowych oraz zakładów budżetowych:

- 1) podstawowy – obejmujący szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych przede wszystkim na obszarze powiatu,
- 2) rozszerzony – obejmujący szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych przede wszystkim na obszarze województwa,
- 3) wysokospecjalistyczny – obejmujący szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych przede wszystkim na obszarze obejmującym więcej niż jedno województwo lub na terenie całego kraju, w tym szpitale państwowych uczelni medycznych lub państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz szpitale jednostek badawczo-rozwojowych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria i sposób kwalifikowania do poszczególnych poziomów opieki szpitalnej, uwzględniając kryteria, o których mowa w ust. 1, oraz rodzaj i możliwości diagnostyczno-lecznicze szpitala, a także minimalną liczbę specjalistycznego personelu medycznego, minimalną liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które powinny

być wykonane w ciągu roku oraz urządzeń medycznych niezbędnych do ich wykonania.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze obwieszczenia, wykaz szpitali należących do poszczególnych poziomów. Obwieszczenie jest publikowane w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski B”.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się do zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 26.”;

12) art. 23 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 23. 1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny w wyznaczonym terminie nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze szpitala będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, spółką użyteczności publicznej, jednostką budżetową lub zakładem budżetowym, szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania lub pobytu.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, począwszy od terminu określonego przez kierownika tego szpitala niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.”;

13) w art. 24 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

- „3. Kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, a w przypadku zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki użyteczności publicznej – kierownik medyczny, na wniosek właściwego ordynatora lub, w razie potrzeby, po zasięgnięciu

jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok. W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.”;

14) w art. 25 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, a w przypadku zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki użyteczności publicznej – kierownik medyczny, może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.”;

15) w dziale I po art. 26 dodaje się rozdział 2a w brzmieniu:

„Rozdział 2a. Krajowa Sieć Szpitali

Art. 26a. 1. Tworzy się Krajową Sieć Szpitali, zwaną dalej „Siecią”.

2. Sieć służy realizacji polityki zdrowotnej państwa poprzez:

- 1) pozostawanie szpitali znajdujących się w Sieci w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach wystąpienia zdarzeń nagłych, klęsk żywiołowych oraz w przypadkach niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych przez inne zakłady opieki zdrowotnej, w tym świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- 2) zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych gwarantującej bezpieczeństwo zdrowotne obywateli,

- 3) zapewnienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, usług medycznych i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Art. 26b. 1. Do Sieci mogą być włączone szpitale będące wyłącznie spółkami użyteczności publicznej i spełniające kryteria:

- 1) dostępności do świadczeń zdrowotnych – minimalizowania czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne poprzez efektywne wykorzystanie przez szpital posiadanych zasobów leczniczych, diagnostycznych i fachowych oraz racjonalne rozmieszczenie geograficzne szpitali, uwarunkowane gęstością zaludnienia, warunkami epidemiologicznymi oraz lokalnymi uwarunkowaniami infrastrukturalnymi, takimi jak drogi, zakłady przemysłowe, porty, lotniska,
- 2) zapewnienia jakości poprzez kompleksowe działania podejmowane wobec pacjenta, obejmujące cały proces udzielania świadczenia zdrowotnego z uwzględnieniem terminu, miejsca udzielania, dokumentacji i obsługi pacjenta,
- 3) minimalnej liczby wykonywanych rocznie świadczeń w celu zapewnienia odpowiedniej jakości ich udzielania i kompetencji personelu ustalonych na poszczególnych poziomach opieki szpitalnej w rozumieniu art. 19c ust. 1,
- 4) możliwości realizacji zadań związanych z ratownictwem medycznym,
- 5) realizacji zadań związanych z obronnością i bezpieczeństwem wewnętrznym kraju,

- 6) możliwości realizacji dodatkowych działań koniecznych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta w przypadku wystąpienia nagłych sytuacji, które mogą wpłynąć na pogorszenie działania systemu opieki zdrowotnej,
- 7) kompleksowości opieki zdrowotnej – system realizowanych na rzecz pacjenta, powiązanych ze sobą świadczeń zdrowotnych i usług,
- 8) dotyczące wskazań medycznych – określenie dziedzin medycyny, których działalność ma charakter podstawowy dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa i ich usytuowanie na poszczególnych poziomach opieki szpitalnej w rozumieniu art. 19c ust. 1,
- 9) wielkości zasobów szpitalnych koniecznych do zapewnienia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa z uwzględnieniem rozmieszczenia zasobów na poszczególnych poziomach opieki szpitalnej w rozumieniu art. 19c ust. 1,
- 10) zdolności zapewnienia ciągłości udzielenia świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem kryteriów ekonomicznych.

2. Przy tworzeniu Sieci uwzględnia się Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych ustalony na podstawie przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268 i Nr 166, poz. 1609).

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, które powinny być uwzględnione przy rozpatrywaniu spraw dotyczących włączenia szpitali do Sieci, biorąc pod uwagę kryteria wymienione w ust. 1 i Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, o którym mowa w ust. 2.

Art. 26c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, włącza do Sieci i wyłącza z Sieci szpitale, kierując się szczegółowymi warunkami, o których mowa w art. 26b ust. 3.

2. Szpital utworzony przez podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 3 i 4, jest włączany do Sieci na wniosek lub za zgodą tych podmiotów, po zasięgnięciu opinii Regionalnego Komitetu Sterującego.
3. Włączenie do Sieci szpitala będącego spółką użyteczności publicznej z większościovym udziałem Skarbu Państwa, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie:
 - 1) art. 67b ust. 3 – następuje w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej,
 - 2) art. 67c ust. 3 – następuje w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.
4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie szczegółowych warunków, o których mowa w art. 26b ust. 3.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w szpitalu kontrolę w zakresie spełniania przez ten szpital szczegółowych warunków, o których mowa w art. 26b ust. 3, a także w zakresie zgodności

stanu faktycznego z przedłożonymi dokumentami określonymi w ust. 4.

6. W zakresie spełniania szczegółowych warunków dotyczących realizacji zadań związanych z obronnością albo bezpieczeństwem wewnętrznym kraju kontroli dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu odpowiednio z Ministrem Obrony Narodowej albo z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.
7. Do kontroli, o której mowa w ust. 5 i 6, stosuje się odpowiednio przepisy art. 65.

Art. 26d. 1. Rozpoczęcie nowych inwestycji, których całkowity koszt przekracza 400 000 złotych oraz przeprowadzenie zmian, w wyniku których ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności i udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szpitalach wchodzących w skład Sieci, wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład, a w przypadku spółek użyteczności publicznej z większościovym udziałem Skarbu Państwa – zgody ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa.

2. Zgoda, o której mowa w ust. 1, jest wydawana po zasięgnięciu opinii:
 - 1) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - 2) zarządu województwa,
 - 3) właściwego terytorialnie Regionalnego Komitetu Sterującego,
 - 4) Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 5) konsultantów wojewódzkich właściwych dziedzin medycyny.

3. Wydając zgodę, o której mowa w ust. 1, podmiot kieruje się, w szczególności:

- 1) potrzebami zdrowotnymi, przy uwzględnieniu wskaźników epidemiologicznych i demograficznych populacji,
- 2) rodzajem szpitala,
- 3) możliwościami diagnostyczno-leczniczymi szpitala,
- 4) przewidywaną liczbą specjalistów udzielających świadczeń zdrowotnych,
- 5) wskaźnikami wykorzystania łóżek i średnim czasem hospitalizacji,
- 6) jakością, dostępnością i kompleksowością świadczeń zdrowotnych,
- 7) efektywnością wykorzystania inwestycji po jej realizacji,
- 8) sytuacją finansową szpitala.”;

16) art. 29 otrzymuje brzmienie:

„Art. 29. Pracownia diagnostyczna udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.”;

17) w art. 32c ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki użyteczności publicznej, jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego,

zakład ten zapewnia produkty lecznicze i wyroby medyczne na zlecenie lekarza zakładu.”;

18) w art. 32e:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczenia zdrowotne i związane z ich udzielaniem usługi, zwane dalej „usługami medycznymi”, udzielane w zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółek użyteczności publicznej, jednostek budżetowych albo zakładów budżetowych oraz przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w art. 35 i 35a, podlegają rejestrowaniu i monitorowaniu w systemie ewidencyjno-informacyjnym, zwanym dalej „rejestrem usług medycznych.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, dokumentują udzielenie usługi medycznej w książeczce usług medycznych lub kuponie wolnym.”,

c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Dane, o których mowa w ust. 3, mogą być dokumentowane w formie elektronicznej.”,

d) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Podmioty, o których mowa w ust. 1, wydają kupon wolny, jeżeli usługa medyczna udzielana jest osobie nie mogącej okazać książeczki usług medycznych.”,

e) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Książeczka usług medycznych nie zastępuje dokumentu uprawniającego do korzystania, na podstawie odrębnych przepisów, z usług zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółek użyteczności

publicznej, jednostek budżetowych albo zakładów budżetowych.”;

19) w art. 32f ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dane i informacje gromadzone w rejestrze usług medycznych, przekazywane przez podmioty udzielające usług medycznych, są udostępniane organom administracji rządowej, organom jednostek samorządu terytorialnego, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółek użyteczności publicznej, jednostek budżetowych albo zakładów budżetowych, innym podmiotom prowadzącym zakłady opieki zdrowotnej w formie spółek użyteczności publicznej, podmiotom finansującym udzielanie tych usług oraz samorządom zawodów medycznych. Do przekazywania danych dotyczących dokumentacji medycznej stosuje się przepisy art. 18.”;

20) art. 32g otrzymuje brzmienie:

„Art. 32g. 1. Czas pracy pracowników:

- 1) bezpośrednio narażonych na pracę z otwartymi źródłami promieniowania jonizującego (pracowni medycyny nuklearnej),
- 2) zakładów (pracowni):
 - a) patomorfologii,
 - b) medycyny sądowej,
 - c) fizykoterapii obsługujących aparaty emitujące promieniowanie elektromagnetyczne o częstotliwości w zakresie 0,1-300 MHz, nadfioletowe, podczerwone, laserowe, jonizujące, ultradźwięki, tlenki azotu lub pary ciekłego azotu

– nie może przekraczać w przyjętym okresie rozliczeniowym 5 godzin 15 minut na dobę i przeciętnie 26 godzin i 15 minut na tydzień.

2. Czas pracy pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy w:

- 1) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) radiologii,
- 2) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) fizykoterapeutycznych, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów,
- 3) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
 - a) przygotowywanie preparatów lub
 - b) wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych

– nie może przekraczać w przyjętym okresie rozliczeniowym 5 godzin i 15 minut na dobę i przeciętnie 26 godzin i 15 minut na tydzień.

3. Czas pracy, określony w ust. 1 i 2, stosuje się do pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których występują warunki pracy szczególnie uciążliwe lub szczególnie szkodliwe dla zdrowia. Wykaz stanowisk pracy, na których występują warunki szczególnie uciążliwe lub szczególnie szkodliwe dla zdrowia, uprawniające do stosowania norm czasu pracy określonych w ust. 1 i 2, określa się w układzie zbiorowym pracy lub w regulaminie pracy, albo w umowie o pracę, jeżeli pracodawca

nie jest objęty układem zbiorowym pracy lub nie jest obowiązany do ustalenia regulaminu pracy.

4. Czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, nie może przekraczać w przyjętym okresie rozliczeniowym 6 godzin i 15 minut na dobę i przeciętnie 31 godzin i 30 minut na tydzień.
5. W ramach tygodniowej normy czasu pracy logopedom posiadającym wyższe wykształcenie pedagogiczne i przeszkolenie w zakresie logopedii oraz pracownikom posiadającym wyższe wykształcenie w dziedzinie wychowania fizycznego ze specjalnością w zakresie rehabilitacji, a także instruktorom gimnastyki leczniczej ze średnim wykształceniem w zakresie wychowania fizycznego prowadzącym zajęcia z zakresu kinezyterapii, przysługuje 6 godzin na podnoszenie kwalifikacji zawodowych i na przygotowanie się do tych zajęć.
6. Pracownicy, do których stosuje się czas pracy określony w ust. 1 i 2, nie mogą wykonywać pracy na wymienionych w tych przepisach stanowiskach pracy w godzinach nadliczbowych ani też podejmować pracy na takich stanowiskach u innego pracodawcy.”;

21) uchyla się art. 32h i 32i;

22) w art. 32j ust. 5 otrzymuje brzmienie:

- „5. W przypadku dyżuru pełnionego w porze nocnej za każdą godzinę przysługuje wynagrodzenie w wysokości co najmniej 165% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, a w przypadku dyżuru pełnionego w soboty, niedziele i święta - co najmniej 200% stawki godzinowej wynagro-

dzenia zasadniczego, bez względu na porę pełnienia dyżuru.”;

23) w art. 32k ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości do 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 32j ust. 6.”;

24) art. 32l otrzymuje brzmienie:

„Art. 32l. 1. Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, przysługuje oprócz wynagrodzenia zasadniczego dodatek w wysokości:

- 1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej,
- 2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w soboty, niedziele i święta.

2. Przepis art. 32j ust. 6 stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, pracownikowi nie przysługuje dodatek do wynagrodzenia, o którym mowa w art. 151⁸ § 1 Kodeksu pracy.”;

25) tytuł działu II otrzymuje brzmienie:

„Zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą

w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostkę badawczo-rozwojową nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej.”;

26) art. 33 otrzymuje brzmienie:

„Art. 33. 1. Zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-4, udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

2. Osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej, zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, mogą udzielać świadczeń zdrowotnych odpłatnie.

3. Za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby.

4. W celu stwierdzenia stanu nietrzeźwości lekarz kieruje osobę, o której mowa w ust. 3, na badanie dla ustalenia zawartości alkoholu we krwi. Odmowa poddania się takiemu badaniu jest brana pod uwagę przy ustalaniu opłaty za udzielenie świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.”;

27) art. 34 otrzymuje brzmienie:

„Art. 34. 1. Jeżeli przepisy ustawy lub przepisy odrębne nie stanowią inaczej, odpłatność za świadczenia zdrowotne określa w cenniku kierownik zakładu.

2. Cennik, o którym mowa w ust. 1, jest dostępny dla korzystających lub zamierzających korzystać ze świadczeń udzielanych przez zakład opieki zdrowotnej.”;

28) art. 35 otrzymuje brzmienie:

„Art. 35. 1. Podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-4, spółki użyteczności publicznej oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą, w zakresie wynikającym z ich zadań, udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne, zwanego dalej "zamówieniem":

- 1) zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu,
- 2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach dotyczących wykonywania zawodów medycznych,
- 3) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych prowadzącym działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych dotyczących wykonywania tych zawodów medycznych,
- 4) spółce partnerskiej osób wykonujących zawód medyczny prowadzącej działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych,
- 5) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej

dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

2. Podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 1-5, zwane dalej "przyjmującym zamówienie", przyjmując zamówienie zobowiązują się do wykonania zadań zakładu opieki zdrowotnej w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłacenia ze środków publicznych za jego wykonanie. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba że umowa o udzielenie zamówienia stanowi inaczej.
3. Do zamówień, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Do zamówień, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 14b i art. 17 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664, Nr 113, poz. 984 i Nr 197, poz. 1661 oraz z 2003 r. Nr 2, poz. 16, Nr 130, poz. 1188 i Nr 165, poz. 1591).
5. Do przyjmującego zamówienie stosuje się przepisy art. 33 i 34.
6. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie.

7. Przyjmujący zamówienie jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie, o którym mowa w ust. 6.
8. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 7, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres realizowanych zadań.”;

29) w art. 35a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub na czas określony, na podstawie wyników przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia. W pracach komisji konkursowej ma prawo uczestniczyć z głosem doradczym przedstawiciel samorządu zawodu medycznego, właściwego ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, jeżeli do konkursu przystąpi osoba, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2-4.”;

30) w dziale II tytuł rozdziału 1a otrzymuje brzmienie:

„Formy prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej”;

31) art. 35b otrzymuje brzmienie:

„Art. 35b. 1. Spółką użyteczności publicznej jest zakład opieki zdrowotnej będący spółką kapitałową, w której co

najmniej 75% akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub państwowej uczelni medycznej, lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub jednostki badawczo-rozwojowej nadzorowanej przez Ministra Obrony Narodowej. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do spółki użyteczności publicznej stosuje się przepisy Kodeksu spółek handlowych.

2. Uprawnienia przysługujące Skarbowi Państwa w stosunku do spółki użyteczności publicznej utworzonej przez podmioty określone w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 wykonuje minister właściwy do spraw Skarbu Państwa.
3. Podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2, niezwłocznie po zawiązaniu spółki użyteczności publicznej przekazują ministrowi właściwemu do spraw Skarbu Państwa uprawnienia wynikające z posiadanych przez te podmioty udziałów (akcji) w tej spółce.
4. Spółka użyteczności publicznej nie może tworzyć innych osób prawnych.
5. Do akcji lub udziałów należących w spółce użyteczności publicznej do podmiotów, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się art. 199 i 359 Kodeksu spółek handlowych w zakresie dotyczącym umorzenia przymusowego oraz art. 418 Kodeksu spółek handlowych.
6. W spółce użyteczności publicznej będącej jednoosobową spółką Skarbu Państwa lub jednoosobową spółką jednostki samorządu

terytorialnego oświadczenia składane spółce przez wspólnika albo przez akcjonariusza wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Przepisów art. 173 § 1 i art. 303 § 2 Kodeksu spółek handlowych nie stosuje się.

7. W firmie spółki użyteczności publicznej zamieszcza się nazwę zakładu opieki zdrowotnej oraz oznaczenie „spółka użyteczności publicznej”.
8. Spółka użyteczności publicznej może uzyskać wpis do rejestru przedsiębiorców, po uzyskaniu wpisu do rejestru określonego w art. 12.
9. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 12, obowiązany jest zawiadomić niezwłocznie sąd rejestrowy o wykreśleniu zakładu opieki zdrowotnej z rejestru.”;

32) art. 35c otrzymuje brzmienie:

„Art. 35c. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, z zastrzeżeniem art. 50.”;

33) art. 35d otrzymuje brzmienie:

„Art. 35d. Zakład opieki zdrowotnej utworzony w celu określonym w art. 1 ust. 2 pkt 1 jest prowadzony w formie przewidzianej w przepisach wymienionych w art. 8a ust. 2.”;

34) po art. 35d dodaje się art. 35e i 35f w brzmieniu:

„Art. 35e. 1. Zbycie udziałów (akcji) lub podwyższenie kapitału zakładowego spółki użyteczności publicznej nie może powodować, że udział w kapitale

zakładowym podmiotu lub podmiotów, o których mowa w art. 35b ust. 1, jest mniejszy niż 75%.

2. Podwyższenie kapitału zakładowego spółki użyteczności publicznej poprzez objęcie nowych udziałów (akcji) przez wierzycieli może nastąpić jedynie przy zachowaniu zasady równego traktowania wierzycieli.

Art. 35f. Akt założycielski spółki użyteczności publicznej nie może przewidywać postanowień zapewniających innym niż podmiot lub podmioty, o których mowa w art. 35b ust. 1, wspólnikom (akcjonariuszom) szczególne uprawnienia, w szczególności uprzywilejowanie w zakresie prawa głosu oraz w zakresie powoływania organów spółki.”;

35) w dziale II tytuł rozdziału 2 otrzymuje brzmienie:

„Tworzenie, łączenie, podział, przekształcanie, likwidacja i statut zakładu opieki zdrowotnej”;

36) art. 36 otrzymuje brzmienie:

„Art. 36. Przekształcenie w zakład budżetowy albo jednostkę budżetową i likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje odpowiednio w drodze rozporządzenia albo zarządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego, chyba że przepisy ustawy lub przepisy odrębne stanowią inaczej, uwzględniając w szczególności sprawy wskazane w art. 43.”;

37) art. 36a otrzymuje brzmienie:

„Art. 36a. 1. Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 4, następuje w drodze uchwały

senatu właściwej państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

2. Uchwała senatu, o której mowa w ust. 1, wymaga zgody ministra właściwego do spraw zdrowia w formie decyzji.
3. Do uchwały, o której mowa w ust. 1 nie ma zastosowania art. 43.”;

38) art. 36b otrzymuje brzmienie:

„Art. 36b. 1. W przypadku gdy zakład udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie tego województwa, przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakład budżetowy albo w jednostkę budżetową, w wyniku którego ma nastąpić istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych albo likwidacja tego zakładu, wymaga zgody ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. W decyzji odmawiającej wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia przyznaje samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środki publiczne niezbędne do dalszego funkcjonowania zakładu w zakresie gwarantującym realizację świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie.
3. Za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, powstałe bezpośrednio w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,

o których mowa w ust. 1, po wydaniu decyzji odmawiającej zgody na likwidację lub przekształcenie tego zakładu w zakład budżetowy albo w jednostkę budżetową, odpowiadają solidarnie Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ten zakład.”;

39) po art. 36b dodaje się art. 36c i 36d w brzmieniu:

„Art. 36c. 1. Zawiazanie spółki użyteczności publicznej następuje z uwzględnieniem przepisów Kodeksu spółek handlowych i przepisów ustawy, na podstawie, odpowiednio:

- 1) zarządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 2) zarządzenia ministra innego niż określony w pkt 1 wydanego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia,
- 3) zarządzenia centralnego organu administracji rządowej po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 4) zarządzenia wojewody,
- 5) uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego,
- 6) uchwały senatu właściwej państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

2. Utworzenie spółki użyteczności publicznej w drodze przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz w drodze przekształcenia jednostki badawczo-rozwojowej realizującej zadania,

o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, regulują przepisy działu IIa.

Art. 36d. 1. Łączenie, przekształcenie, podział i likwidacja spółki użyteczności publicznej następuje z uwzględnieniem przepisów Kodeksu spółek handlowych i postanowień aktu założycielskiego spółki, z zastrzeżeniem art. 43.

2. W przypadku podziału albo połączenia spółki użyteczności publicznej zawiązanej na podstawie uchwały, o której mowa w art. 36c ust. 1 pkt 6, w wyniku których ma nastąpić istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów udzielanych świadczeń zdrowotnych, albo w przypadku likwidacji tej spółki, jest wymagana zgoda ministra właściwego do spraw zdrowia udzielana w formie decyzji. Przepisów art. 43 ust. 2 nie stosuje się.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może odmówić udzielenia zgody, o której mowa w ust. 2, tylko w przypadku, gdy spółka użyteczności publicznej udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyna w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie tego województwa.

4. W decyzji odmawiającej udzielenia zgody minister właściwy do spraw zdrowia przyznaje spółce użyteczności publicznej środki publiczne niezbędne do dalszego funkcjonowania w zakresie gwarantującym realizację świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie.”;

40) art. 37 otrzymuje brzmienie:

„Art. 37. 1. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego następuje

odpowiednio w drodze rozporządzenia albo zarządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego, chyba że przepisy ustawy lub przepisy odrębne stanowią inaczej, uwzględniając w szczególności sprawy wskazane w art. 38 i 43.

2. Zakład opieki zdrowotnej, utworzony przez organ określony w art. 8 ust. 1 pkt 1-3, może być prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe. Decyzję w tej sprawie podejmuje organ, który utworzył zakład, po dokonaniu analizy zakresu i charakteru działalności zakładu opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych określonego obszaru lub określonej grupy ludności oraz oceny możliwości pozyskiwania przez zakład opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych przy nieograniczeniu praw ludności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.”;

41) art. 38 otrzymuje brzmienie:

„Art. 38. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o utworzeniu zakładu opieki zdrowotnej określa nazwę zakładu, siedzibę, formę prowadzenia zakładu oraz podmiot sprawujący nadzór nad zakładem.”;

42) w art. 39 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„Art. 39. 1. Statut zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki użyteczności publicznej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego oprócz postanowień, o których mowa w art. 11, może określać sposób uczestniczenia zakładu w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji celów naukowych i dydaktycznych oraz w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny.

2. Statut zakładów, o których mowa w ust. 1, uchwała rada społeczna zakładu i przedkłada go do zatwierdzenia organowi, który utworzył zakład. Nie dotyczy to zakładu utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 4, i spółki użyteczności publicznej.”;

43) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia, warunki wynagradzania i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą pracownikom zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego, a także pracowników zakładu utworzonego w celu określonym w art. 8 ust. 8, kierując się kwalifikacjami pracowników tych zakładów oraz zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te zakłady.”;

44) uchyla się art. 41;

45) art. 42 otrzymuje brzmienie:

„Art. 42. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury

i sprzętu medycznego na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył ten zakład.”;

46) art. 43 otrzymuje brzmienie:

„Art. 43. 1. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakładu budżetowego oraz jednostki budżetowej, a także uchwała walnego zgromadzenia akcjonariuszy (zgromadzenia wspólników) o rozwiązaniu spółki użyteczności publicznej, określa termin zakończenia działalności zakładu, nie później niż 3 miesiące od dnia wydania rozporządzenia, zarządzenia albo podjęcia uchwały o likwidacji zakładu lub uchwały o rozwiązaniu spółki.

2. Projekt rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakładu budżetowego oraz jednostki budżetowej, a także uchwały o rozwiązaniu spółki użyteczności publicznej, wymaga zasięgnięcia opinii wojewody oraz właściwych organów gminy i powiatu, których ludności zakład udziela świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeżeli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część. Opinia powinna zostać wydana w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały.

3. W okresie, o którym mowa w ust. 1, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, spółka użyteczności publicznej, zakład budżetowy oraz jednostka budżetowa ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych, gdy świadczeń tych nie mogą udzielić inne zakłady opieki zdrowotnej działające na obszarze województwa, na terenie którego siedzibę ma ten zakład.

4. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakładu budżetowego lub jednostki budżetowej oraz uchwała o rozwiązaniu spółki użyteczności publicznej stanowi, po upływie terminu określonego w ust. 1, podstawę do wykreślenia zakładu, z dniem zakończenia jego działalności, z rejestru, o którym mowa w art. 12.
5. Samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakładu budżetowego, jednostki budżetowej oraz zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki użyteczności publicznej nie wykreśla się z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, jeżeli zakład zostanie sprzedany w całości i nabywca rozpocznie prowadzenie tego zakładu w okresie, o którym mowa w ust. 1.
6. Sprzedaż składników majątkowych likwidowanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakładu budżetowego, jednostki budżetowej oraz zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki użyteczności publicznej, następuje w drodze publicznego przetargu, na zasadach określonych w art. 53b ust. 5 i 6.
7. Podmiot, który utworzył zakład jest obowiązany niezwłocznie powiadomić organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 12, o okolicznościach, o których mowa w ust. 4 i 5.“;

47) w art. 43e ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

- „2. Udostępnianie oddziału klinicznego następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez kierownika szpitala prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki użyteczności publicznej, jednostki

budżetowej oraz zakładu budżetowego odpowiednio z państwową uczelnią medyczną, państwową uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Zawarcie umowy wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład (szpital).

3. Udostępnianie oddziału klinicznego nie może ograniczyć dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki użyteczności publicznej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego.”;

48) w dziale II tytuł rozdziału 3 otrzymuje brzmienie:

„Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej”;

49) art. 44 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 44. 1. Odpowiedzialność za zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego, ponosi kierownik zakładu.
2. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, kieruje zakładem i reprezentuje go na zewnątrz.
 3. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, jest przełożonym pracowników zakładu.
 4. Podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej określony w ust. 1, nawiązuje z kierownikiem tego zakładu stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej.

5. Zakładem opieki zdrowotnej prowadzonym w formie spółki użyteczności publicznej zarządza zarząd, zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych i aktu założycielskiego spółki, z uwzględnieniem przepisów ustawy.”;

50) art. 44a otrzymuje brzmienie:

„Art. 44a. 1. W zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednostek budżetowych oraz zakładów budżetowych, z wyjątkiem zakładów utworzonych w celu określonym w art. 1 ust. 2 pkt 1 oraz żłobków, przeprowadza się konkurs na stanowisko:

- 1) kierownika zakładu, z wyjątkiem kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem,
- 3) ordynatora,
- 4) ordynatora – kierownika kliniki,
- 5) ordynatora – kierownika oddziału klinicznego,
- 6) naczelnej pielęgniarki,
- 7) przełożonej pielęgniarek zakładu,
- 8) pielęgniarki oddziałowej.

2. Konkurs na stanowisko kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz zastępcy kierownika, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, ogłasza podmiot, który utworzył zakład, a na pozostałe stanowiska – kierownik zakładu.

3. Konkurs na stanowisko ordynatora – kierownika kliniki oraz ordynatora – kierownika oddziału

klinicznego ogłasza i przeprowadza rektor właściwej państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, na zasadach określonych w statucie uczelni.

4. Rektor, o którym mowa w ust. 3, powołuje ordynatora – kierownika kliniki oraz ordynatora – kierownika oddziału klinicznego.
5. Jeżeli do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata albo z kandydatem wybranym w postępowaniu konkursowym nie nawiązano stosunku pracy, odpowiednio podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej albo kierownik zakładu ogłasza nowy konkurs w ciągu dwóch miesięcy od daty zakończenia postępowania poprzedniego konkursu.
6. Jeżeli w wyniku przeprowadzenia dwóch kolejnych konkursów kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ust. 5, odpowiednio podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej albo kierownik zakładu nawiązuje stosunek pracy z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej.
7. Z osobą, o której mowa w ust. 5 albo ust. 6, na stanowisko określone w ust. 1 pkt 2-8, kierownik zakładu nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę.
8. Stosunek pracy z kandydatem wybranym na stanowisko określone w ust. 1 nawiązuje się na 6 lat. Okres ten może być przedłużony do 8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata.

9. Stosunek pracy nawiązany z kandydatem wybranym na stanowisko ordynatora – kierownika kliniki oraz ordynatora – kierownika oddziału klinicznego może być rozwiązany na wniosek kierownika zakładu.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób przeprowadzania konkursu, skład komisji konkursowej oraz ramowy regulamin przeprowadzania konkursu, uwzględniając konieczność przeprowadzenia postępowania konkursowego w sposób sprawny i bezstronny.”;

51) art. 44b otrzymuje brzmienie:

„Art. 44b. Przy zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym kierownika zakładu, z zastrzeżeniem art. 48a.”;

52) w art. 44c:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 4, skład rady społecznej, zadania, czas trwania kadencji oraz okoliczności odwołania członków rady przed upływem kadencji ustala w statucie tego zakładu senat właściwej państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.”,

b) ust. 4 uchyla się;

53) art. 45 otrzymuje brzmienie:

„Art. 45. 1. W skład rady społecznej działającej przy zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego, utworzonych przez podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-3, wchodzi:

1) jako przewodniczący:

- a) przedstawiciel organu administracji rządowej – w zakładach utworzonych przez te organy,
- b) wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa lub osoba przez niego wyznaczona – w zakładzie utworzonym przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa,

2) jako członkowie:

- a) przedstawiciel wojewody – w zakładzie utworzonym przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa,
- b) przedstawiciele wybrani przez radę gminy lub radę powiatu, z zastrzeżeniem przepisu lit. c – w liczbie określonej przez organ, który utworzył zakład,
- c) przedstawiciele wybrani przez sejmik województwa, na którego terenie siedzibę ma zakład – w liczbie nie przekraczającej 15 osób,
- d) osoby powołane przez podmiot, który utworzył zakład – w liczbie nie przekraczającej 15 osób, w tym po jednym przedstawicielu Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

- e) przedstawiciel rektora państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w zakładzie (szpitalu), w którym jest oddział kliniczny.
2. W posiedzeniach plenarnych rady społecznej uczestniczy kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, oraz przedstawiciel organizacji związkowej.
 3. W posiedzeniach rady społecznej, w której skład nie wchodzi przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej lub Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, mają prawo uczestniczyć, z głosem doradczym, przedstawiciele samorządów zawodów medycznych.
 4. Członkiem rady społecznej nie może być pracownik danego zakładu.
 5. Członkowi rady społecznej przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniach rady społecznej.
 6. Za udział w posiedzeniach rady społecznej jej członkowi przysługuje od podmiotu, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-3, rekompensata w wysokości utraconych zarobków, jeżeli z powodu uczestnictwa w posiedzeniu rady pracodawca nie udzielił członkowi na ten czas zwolnienia z wykonywania obowiązków pracowniczych z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.
 7. Radę społeczną powołuje, odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-3.”;

54) art. 46 otrzymuje brzmienie:

„Art. 46. Do zadań rady społecznej należy:

- 1) przedstawianie podmiotowi, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-4, wniosków i opinii w sprawach:
 - a) zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne,
 - b) zbycia środka trwałego oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - c) związanych z przekształceniem lub likwidacją zakładu, jego przebudową, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - d) przyznawania kierownikowi zakładu nagród,
 - e) rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej z kierownikiem zakładu,
- 2) przedstawianie kierownikowi zakładu wniosków i opinii w sprawach:
 - a) planu finansowego i inwestycyjnego,
 - b) rocznego sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego i finansowego,
 - c) kredytów bankowych lub dotacji,
 - d) podziału zysku,
- 3) uchwalanie regulaminu swojej działalności oraz przedkładanie regulaminu do zatwierdzenia podmiotowi, który utworzył zakład,
- 4) zatwierdzanie regulaminu porządkowego zakładu opieki zdrowotnej,

- 5) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zakładu, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu,
- 6) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie zakładu opieki zdrowotnej.”;

55) art. 47 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 47. 1. Skład rady społecznej i czas trwania jej kadencji określa statut zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego.
2. Sposób zwoływania posiedzeń rady społecznej, tryb pracy i podejmowania uchwał określa regulamin rady społecznej.
 3. Od uchwały rady społecznej kierownikowi zakładu opieki zdrowotnej przysługuje odwołanie do podmiotu, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-4.”;

56) po art. 47 dodaje się art. 47a i 47b w brzmieniu:

- „Art. 47a. 1. Tworzy się Regionalne Komitety Sterujące.
2. Przewodniczącym Regionalnego Komitetu Sterującego jest marszałek województwa.
 3. W skład Regionalnych Komitetów Sterujących, o których mowa w ust. 1, wchodzi:
 - 1) przedstawiciele organów jednostek samorządu terytorialnego, które są podmiotami, określonymi w art. 8 ust. 1 pkt 3,
 - 2) przedstawiciel wojewody,
 - 3) przedstawiciel oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,

- 4) po jednym przedstawicielu Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,
 - 5) po jednym przedstawicielu z reprezentatywnych związków zawodowych działających w województwie,
 - 6) przedstawiciel rektora państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
 - 7) przedstawiciel Ministra Obrony Narodowej,
 - 8) przedstawiciel ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
4. Przedstawiciele wymienieni w ust. 3 pkt 6-8, wchodzi w skład Regionalnego Komitetu Sterującego, jeżeli na terenie województwa mają siedzibę szpitale będące spółkami użyteczności publicznej utworzone przez państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, jednostkę badawczo-rozwojową nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej realizującą zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
5. W pracach Regionalnego Komitetu Sterującego mogą uczestniczyć także inne osoby zapraszane przez przewodniczącego.
6. Regionalny Komitet Sterujący działa na podstawie ustalonego przez siebie regulaminu.

7. Obsługę Regionalnego Komitetu Sterującego zapewnia wojewoda.

Art. 47b. Do zadań Regionalnego Komitetu Sterującego należy:

- 1) przedstawianie opinii:
 - a) w zakresie włączania i wyłączania szpitala z Sieci,
 - b) w sprawie funkcjonowania Sieci,
 - c) w innych sprawach dotyczących zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na terenie danego województwa – na wniosek podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej,
- 2) opiniowanie projektu programu restrukturyzacji, o którym mowa w art. 20 ustawy z dnia ... o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”;

57) po art. 48a dodaje się art. 48b w brzmieniu:

- „Art. 48b. 1. Zarząd spółki użyteczności publicznej jest jednoosobowy.
2. Zarząd, o którym mowa w ust. 1, jest powoływany i odwoływany przez zgromadzenie wspólników (walne zgromadzenie) na wniosek albo po zasięgnięciu opinii rady nadzorczej.
3. Nie można jednocześnie pełnić funkcji zarządu albo prokurenta spółki użyteczności publicznej i innej funkcji w spółce użyteczności publicznej.
4. Funkcji zarządu spółki użyteczności publicznej nie można łączyć z jakąkolwiek inną działalnością zawodową, z wyjątkiem działalności naukowej, dydaktycznej i publicystycznej oraz występowania w charakterze biegłego lub ławnika sądowego.

5. Zarządowi bezpośrednio podlega kierownik medyczny zakładu.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań i uprawnień kierownika medycznego zakładu, kierując się koniecznością zapewnienia sprawowania nadzoru nad działaniami medycznymi, w tym stałej wewnętrznej kontroli i oceny jakości świadczeń zdrowotnych.
7. Tryb powoływania i odwoływania kierownika medycznego określa akt założycielski spółki użyteczności publicznej.”;

58) w dziale II tytuł rozdziału 4 otrzymuje brzmienie:

„Zasady gospodarki zakładów opieki zdrowotnej”;

59) w art. 50:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

- „1. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia państwowego lub komunalnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.
2. Zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, pozostawia w swojej dyspozycji:
 - 1) 70% środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku, jeżeli jest prowadzony w formie jednostki budżetowej,
 - 2) 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu, jeżeli jest prowadzony w formie zakładu budżetowego.”,

b) uchyla się ust. 4;

60) art. 53a otrzymuje brzmienie:

„Art. 53a. 1. Podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego może pozbawić ten zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu, przeprowadzanych na zasadach określonych w ustawie.

2. W przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego, majątek zakładu, po zaspokojeniu wierzytelności, staje się własnością Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego lub własnością państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który utworzył ten zakład.”;

61) po art. 53a dodaje się art. 53b w brzmieniu:

„Art. 53b. 1. Spółka użyteczności publicznej nie może zaciągać zobowiązań odpowiadających ponad połowie wartości jej aktywów, przy czym roczny koszt obsługi zobowiązań spółki nie może być wyższy niż 15% przychodów planowanych na dany rok obrotowy.

2. Zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości należącej do spółki użyteczności publicznej, zaciągnięcie zobowiązań o wartości przewyższającej równowartość 50 000 euro lub wysokość

kapitału zakładowego wymaga zgody niebędącej decyzją administracyjną:

- 1) w przypadku spółek z udziałem Skarbu Państwa – ministra właściwego do spraw zdrowia oraz, jeżeli spółka wykonuje zadania w zakresie obronności lub bezpieczeństwa wewnętrznego kraju, także zgody odpowiednio Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
- 2) w przypadku spółek z udziałem państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych – ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 3) w przypadku spółek z udziałem jednostek samorządu terytorialnego – uchwały organu stanowiącego właściwej jednostki samorządu terytorialnego, wydanej po zasięgnięciu opinii regionalnej izby obrachunkowej,
- 4) w przypadku spółek z udziałem Skarbu Państwa oraz państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych – ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw Skarbu Państwa,
- 5) w przypadku spółek z udziałem Skarbu Państwa lub państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki samorządu terytorialnego – ministra właściwego do spraw zdrowia w poro-

zumieniu z ministrem właściwym do spraw Skarbu Państwa i właściwym organem wykonawczym jednostki samorządu terytorialnego, wydanej po zasięgnięciu opinii właściwej regionalnej izby obrachunkowej,

- 6) w przypadku spółek z udziałem państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki samorządu terytorialnego – ministra właściwego do spraw zdrowia i właściwego organu wykonawczego jednostki samorządu terytorialnego, wydanej po zasięgnięciu opinii właściwej regionalnej izby obrachunkowej.
3. Przepisy ust. 2 nie wyłączają obowiązku uzyskania, przez spółki użyteczności publicznej określone w ust. 2 pkt 1, 2 i 4, odrębnej zgody ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa na dokonanie czynności, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa (Dz. U. Nr 106, poz. 493, Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 106, poz. 673, Nr 115, poz. 741 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 155, poz. 1014, z 2000 r. Nr 48, poz. 550, z 2001 r. Nr 4, poz. 26 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 240, poz. 2055).
 4. Zgoda, o której mowa w ust. 3, nie jest wymagana na zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości stanowiących aktywa trwałe spółki. W takim przypadku spółka jest obowiązana do uzyskania zgody, o której mowa w ust. 1.
 5. Sprzedaż składnika aktywów trwałych następuje w drodze publicznego przetargu; dopuszcza się

odstąpienie od przetargu na sprzedaż składników aktywów trwałych, jeżeli:

- 1) wartość księgowa tych składników odpowiada cenie rynkowej i jest oczywiste, że w drodze przetargu nie otrzyma się ceny wyższej,
- 2) koszty przeprowadzenia przetargu są niewspółmiernie wysokie w stosunku do możliwej do uzyskania ceny sprzedawanych składników.

6. Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb organizowania publicznego przetargu oraz sposób udokumentowania zaistnienia przesłanek odstąpienia od przetargu, kierując się zasadami efektywności gospodarowania i uczciwej konkurencji.
7. Czynności prawne dokonane z naruszeniem przepisów ust. 1-5 lub przepisów wydanych na podstawie ust. 6 są nieważne.
8. Do czynności wymienionych w ust. 2 w przypadku spółki użyteczności publicznej utworzonej przez jednostkę badawczo-rozwojową nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej realizującą zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, stosuje się przepisy ust. 2 pkt 1 oraz ust. 3-7.”;

62) w art. 54:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz spółka użyteczności publicznej może w szczególności uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
 - 2) na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym,
 - 3) z wydzielonej organizacyjnie działalności gospodarczej, jeżeli akt założycielski spółki użyteczności publicznej, a w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej innych niż spółka użyteczności publicznej – statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności, z tym że działalność ta:
 - a) pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub polega na oddawaniu do odpłatnego korzystania czasowo zbędnych składników majątku nie służących bezpośrednio udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
 - b) nie może być prowadzona przy użyciu mienia zakładu służącego bezpośrednio prowadzeniu działalności, o której mowa w pkt 1 i 2,
 - 4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego,
 - 5) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami.”,
- b) ust. 7 otrzymuje brzmienie:
- „7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki przekazywania samodzielny publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz spółkom użyteczności publicznej środków publicznych na realizację zadań, o których mowa

w ust. 1 pkt 1 i 2, a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania, mając na uwadze sporządzany przez zakład plan rzeczowo-finansowy zadania, rodzaj wydatków, jakie mogą być finansowane, oraz istotne elementy umowy o realizację zadania.”;

63) art. 55 otrzymuje brzmienie:

„Art. 55. 1. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz spółki użyteczności publicznej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

- 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
 - 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
 - 3) inwestycje, w tym zakup wysokospecjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego,
 - 4) cele szczególne, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów.
2. Dotacje wymienione w ust. 1, przyznaje podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
 3. Dotacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, przyznaje minister właściwy do spraw zdrowia.
 4. Zakładom opieki zdrowotnej działającym w formie spółek użyteczności publicznej z udziałem Skarbu Państwa lub z udziałem państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, dotacje wymie-

nione w ust. 1, przyznaje minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Dotacje, o których mowa w ust. 4, przyznane spółce użyteczności publicznej z jednoosobowym albo większościowym udziałem państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, przekazuje się za pośrednictwem tej uczelni.
6. W przypadku spółki użyteczności publicznej z udziałem jednostki samorządu terytorialnego, dotacje przyznaje właściwy organ tej jednostki.”;

64) art. 60 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 60. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.
2. Ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.
 3. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty w sposób określony w ust. 1, organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji.
 4. Podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ust. 2, pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu ze

środków publicznych po wydaniu rozporządzenia, zarządzenia albo podjęciu uchwały o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu, które przewidują dalsze finansowanie zakładu na zasadach określonych w art. 37 ust. 2.

5. Uchwała organu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, o likwidacji powinna zawierać:
 - 1) określenie zakładu podlegającego likwidacji,
 - 2) oznaczenie dnia otwarcia likwidacji,
 - 3) określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi,
 - 4) wskazanie podmiotu, który przejmie prawa i obowiązki likwidowanego zakładu, oraz określenie zakresu tych praw i obowiązków,
 - 5) oznaczenie dnia zakończenia czynności likwidacyjnych, uwzględniając przepis art. 43 ust. 1.
6. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w rozumieniu ust. 3, stanowi podstawę do wykreślenia zakładu z Krajowego Rejestru Sądowego z dniem zakończenia likwidacji.
7. Przepisy ust. 6 stosuje się odpowiednio do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 4.
8. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa reprezentowanego przez podmiot, o

którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2, właściwej jednostki samorządu terytorialnego albo odpowiednio państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.”;

65) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w odrębnych przepisach.”;

66) art. 62 otrzymuje brzmienie:

„Art. 62. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczególny sposób przeprowadzania rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 61, kierując się koniecznością prowadzenia rzetelnej rachunkowości.”;

67) po dziale II dodaje się dział IIa w brzmieniu:

„Dział IIa. Przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej oraz łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Art. 62e. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może zostać przekształcony w spółkę użyteczności publicznej.

2. Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka użyteczności publicznej powstała w wyniku przekształcenia z samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny

zakład opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

- Art. 62f. 1. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 albo 2, oraz jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonuje minister właściwy do spraw Skarbu Państwa.
2. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 3, czynności prawnych związanych z przekształceniem dokonuje organ wykonawczy właściwej jednostki samorządu terytorialnego.
3. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 4, czynności prawnych dokonuje rektor uczelni.
4. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, oraz jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, minister właściwy do spraw Skarbu Państwa dokonuje czynności prawnych

związanych z przekształceniem na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, przy czym w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw zdrowia składa ten wniosek w porozumieniu z odpowiednim ministrem.

5. Przepisów art. 60 ust. 2 i 4 nie stosuje się.

Art. 62g. 1. Przekształcenie może być dokonane:

- 1) z inicjatywy podmiotu, który utworzył zakład, o którym mowa w art. 62f ust. 2 lub ust. 3, albo na wniosek podmiotu, który utworzył zakład, o którym mowa w art. 62f ust. 1 lub ust. 4,
 - 2) na wniosek kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
 - 3) na wniosek poparty przez ponad 50% pracowników zakładu w głosowaniu tajnym.
2. Organ dokonujący przekształcenia nie jest związany treścią wniosku.
 3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład. Do zgody podmiotu nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przeprowadzania głosowania pracowników, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, i organizacyjne obowiązki kierownika zakładu w tym zakresie, kierując się zasadami przejrzystości postępowania i równości traktowania.
5. Kierownik zakładu jest obowiązany doręczyć organowi dokonującemu czynności związanych z przekształceniem kwestionariusz, o którym mowa w art. 62h, wraz z wymaganymi dokumentami oraz wniosek, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, a także udzielać wyjaśnień niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.
6. Organ dokonujący przekształcenia:
 - 1) informuje kierownika zakładu o złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1,
 - 2) sporządza akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę użyteczności publicznej, zwany dalej „aktem przekształcenia”.
7. Akt przekształcenia zawiera:
 - 1) akt założycielski spółki,
 - 2) imiona i nazwiska członków organów pierwszej kadencji,
 - 3) pierwszy statut zakładu opieki zdrowotnej.

8. Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach Kodeksu spółek handlowych, poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców.
9. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki składa wniosek o dokonanie zmian w rejestrze, o którym mowa w art. 12, a następnie składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców.
10. W przypadku przekształcenia w związku z zakończeniem postępowania restrukturyzacyjnego, o którym mowa w przepisach o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zarząd spółki składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców nie wcześniej niż w dniu otrzymania ostatecznej decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego.

Art. 62h. 1. Kierownik zakładu jest obowiązany do przekazania organowi dokonującemu przekształcenia kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie nieprzekraczającym trzech miesięcy od dnia otrzymania zgody, o której mowa w art. 62g ust. 3.

2. Do kwestionariusza, o którym mowa w ust. 1, dołącza się promesę decyzji, o której mowa w art. 62j ust. 6, oraz

wycenę nieruchomości, o których mowa w art. 62j ust. 1 i 2.

3. Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, wzór kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej oraz wykaz dokumentów niezbędnych do przekształcenia, kierując się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika zakładu do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

Art. 62i. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 62g ust. 1, dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest pierwszy dzień miesiąca przypadającego po wpisaniu spółki do rejestru przedsiębiorców.

2. Z dniem przekształcenia następuje z urzędu wykreślenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego.

Art. 62j. 1. Grunty stanowiące własność Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego będące przedmiotem użytkowania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia stają się z tym dniem z mocy prawa

nieodpłatnie przedmiotem użytkowania wieczystego spółki użyteczności publicznej; nie może to naruszać praw osób trzecich.

2. Budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na gruntach, o których mowa w ust. 1, będące przedmiotem użytkowania w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia stają się z tym dniem z mocy prawa nieodpłatnie własnością spółki użyteczności publicznej.
3. Nabycie prawa użytkowania wieczystego gruntów oraz własności budynków, innych urządzeń i lokali, stwierdza się decyzją wojewody w odniesieniu do nieruchomości stanowiących własność Skarbu Państwa albo decyzją organu wykonawczego jednostki samorządu terytorialnego w odniesieniu do nieruchomości stanowiących jej własność.
4. W decyzji, o której mowa w ust. 3, określa się wartość rynkową nieruchomości oraz warunki użytkowania wieczystego.
5. Decyzja, o której mowa w ust. 3, wydawana jest w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia według stanu na ten dzień.
6. Organ uprawniony do wydania decyzji, o której mowa w ust. 3, wydaje na żądanie kierownika samodzielnego publicznego

zakładu opieki zdrowotnej promesę tej decyzji, jeżeli istnieją podstawy do stwierdzenia, że w terminie, w którym można wydać decyzję, wystąpią podstawy do jej wydania.

Art. 62k. 1. Z dniem przekształcenia pracownicy przekształconego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki użyteczności publicznej.

2. Pierwszy zarząd spółki powołuje się na okres nie dłuższy niż rok. Do pełnienia funkcji pierwszego zarządu spółki użyteczności publicznej powołuje się kierownika przekształconego zakładu, chyba że nie wyrazi on zgody na pełnienie tej funkcji.

3. Z dniem przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej stosunek pracy pracowników zatrudnionych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie powołania wygasa z mocy prawa.

4. Pracownikom, o których mowa w ust. 3, przysługuje odprawa w wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia, liczonego jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy, przy czym odprawa nie przysługuje w wypadku zatrudnienia w spółce użyteczności publicznej powstałej w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej; przepisów art. 8 ustawy z dnia 13 marca

2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844) nie stosuje się.

Art. 62l. 1. Bilans zamknięcia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się bilansem otwarcia spółki użyteczności publicznej, przy czym suma kapitałów własnych jest równa sumie funduszu założycielskiego, funduszu zakładu, funduszu z aktualizacji wyceny i niepodzielonego wyniku finansowego za okres działalności zakładu przed przekształceniem, z uwzględnieniem wartości nieruchomości nabytych na podstawie przepisów art. 62j ust. 1 i 2, określonej w decyzji, o której mowa w art. 62j ust. 3.

2. W przypadku niezatwierdzenia sprawozdania finansowego za okres poprzedzający przekształcenie lub niepodjęcia decyzji w sprawie podziału zysku netto albo określenia sposobu pokrycia straty netto, czynności tych dokona zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie spółki użyteczności publicznej.

Art. 62m. Przepisy art. 62e i art. 62g-62l stosuje się odpowiednio do jednostki badawczo-rozwojowej realizującej zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, z wyłączeniem jednostki badawczo-rozwojowej nadzorowanej przez Ministra Obrony Narodowej.

Art. 62n. 1. Podmioty, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą, przed przekształceniem w spółkę użyteczności publicznej, dokonać połączenia tych zakładów:

- 1) w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały – w przypadku zakładów utworzonych przez ten sam podmiot,
 - 2) w drodze porozumienia – w przypadku zakładów mających różne podmioty, które je utworzyły.
2. W aktach o połączeniu, o których mowa w ust. 1, określa się, w szczególności:
- 1) nazwę zakładu powstałego w wyniku połączenia, a także nazwy zakładów łączących się,
 - 2) siedzibę zakładu powstałego w wyniku połączenia,
 - 3) odpowiedzialność zakładu powstałego w wyniku połączenia za zobowiązania zakładów łączących się.
3. W porozumieniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, określa się ponadto podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.
4. Do pracowników zakładów, o których mowa w ust. 1, stosuje się art. 23¹ Kodeksu pracy.
5. Połączenie zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, nie stanowi

likwidacji łączonych zakładów opieki zdrowotnej.

6. Niezwłocznie po wydaniu aktu o połączeniu kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wnioski o dokonanie wpisu w rejestrze, o którym mowa w art. 12, a następnie składa wnioski o wpisanie tego zakładu do Krajowego Rejestru Sądowego. Wniosek stanowi podstawę do wykreślenia łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z rejestru, o którym mowa w art. 12.
7. Z dniem wpisania zakładu powstałego w wyniku połączenia do Krajowego Rejestru Sądowego następuje z urzędu wykreślenie łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z tego rejestru.
8. Z dniem wpisania zakładu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, do Krajowego Rejestru Sądowego, zakład ten wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków.
9. Z dniem wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego zakładu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, w stosunku do którego zostały przekazane w drodze porozumienia, o którym mowa w ust. 1

pkt 2, uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład, odpowiedzialność za zobowiązania ponoszą podmioty, które utworzyły zakład.

10. Podmioty, o których mowa w ust. 9, odpowiadają za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w częściach ułamkowych w stosunku do zobowiązań, które powstały w okresach, w których wykonywały one uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

Art. 62o. Przepis art. 62n ust. 10 stosuje się odpowiednio do jednostek samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. ”;

68) tytuł działu III otrzymuje brzmienie:

„Kontrola i nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej”;

69) w art. 66a:

a) ust. 1-3 otrzymują brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia może powołać konsultantów krajowych spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, do wykonywania zadań opiniotwórczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a także do prowadzenia nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy stomatologów, szkolenia

podyplomowego farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne.

2. W celu realizacji zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju, minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej może powołać konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją tych zadań.
3. Wojewoda albo właściwi wojewodowie mogą powołać konsultanta wojewódzkiego do wykonywania zadań, o których mowa w ust. 1, odpowiednio na obszarze województwa albo kilku województw, w dziedzinach określonych w ust. 1.”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a-3c w brzmieniu:

„3a. Wojewoda przed powołaniem konsultanta, o którym mowa w ust. 3, zasięga opinii rektora państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych działającej na obszarze tego województwa, a jeżeli na obszarze województwa nie działa taka uczelnia, uczelni działającej na obszarze województwa sąsiedniego.

3b. Jeżeli konsultanta, o którym mowa w ust. 3, powołuje kilku wojewodów, zasięga się opinii rektora uczelni, o której mowa w ust. 3a, działającej na obszarze tych województw wskazanej przez tych wojewodów.

3c. Przepisy ust. 1-3b stosuje się odpowiednio do odwołania konsultantów krajowych i wojewódzkich.”;

70) po art. 66a dodaje się art. 66b i art. 66c w brzmieniu:

„Art. 66b. 1. Zarząd spółki użyteczności publicznej, niezależnie od obowiązku ogłaszania sprawozdań finansowych na zasadach i w trybie określonych w przepisach o

rachunkowości, jest obowiązany ogłaszać w „Biuletynie Informacji Publicznej” roczne sprawozdania z działalności spółki oraz plany działania na rok następny.

2. Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy wzór sprawozdania i ramowy wzór planu działania, o których mowa w ust. 1, kierując się potrzebą zapewnienia jawności działania spółek użyteczności publicznej.

Art. 66c. 1. W spółkach użyteczności publicznej powołuje się, z zastrzeżeniem ust. 15, rady nadzorcze, w skład których wchodzi:

- 1) przedstawiciele wspólników (akcjonariuszy) posiadających co najmniej 20% kapitału zakładowego, odpowiednio do ich udziału w tym kapitale; przedstawiciele ci stanowią co najmniej połowę składu rady,
 - 2) przedstawiciel osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych danego zakładu opieki zdrowotnej, o ile jego powołanie przewiduje akt założycielski spółki,
 - 3) przedstawiciel wybrany przez pracowników,
 - 4) przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku szpitali.
2. Liczba członków rady nadzorczej nie może być wyższa niż 6. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego rady nadzorczej.
 3. Członkowie rad nadzorczych mogą otrzymywać wynagrodzenie, jeżeli akt założycielski spółki tak stanowi.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, muszą spełnić wymóg złożenia egzaminu, o którym mowa w art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1397 i Nr 240, poz. 2055 oraz z 2003 r. Nr 60, poz. 535 i Nr 90, poz. 844).
5. Członkowie rad nadzorczych, o których mowa w ust. 1 pkt 2, są powoływani i odwoływani na zasadach i w trybie określonych w akcie założycielskim spółki użyteczności publicznej.
6. Członkowie rad nadzorczych, o których mowa w ust. 1 pkt 3, wybierani są w wyborach bezpośrednich i głosowaniu tajnym, przy zachowaniu zasady powszechności.
7. Niedokonanie wyboru przedstawiciela pracowników do rady nadzorczej nie stanowi przeszkody do wpisania spółki użyteczności publicznej do rejestru przedsiębiorców, ani do podejmowania ważnych uchwał przez radę nadzorczą.
8. Na pisemny wniosek co najmniej 15% ogółu pracowników spółki użyteczności publicznej przeprowadza się głosowanie o odwołanie przedstawiciela pracowników z rady nadzorczej.
9. Tryb wyboru i odwołania przedstawiciela pracowników w radzie nadzorczej określa akt założycielski spółki użyteczności publicznej albo regulamin uchwalony w sposób określony w akcie założycielskim.
10. Członkowie rady nadzorczej spółki użyteczności publicznej nie mogą jednocześnie być członkami organów ani pracownikami Narodowego Funduszu

Zdrowia, jak również innych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

11. Członkowie rady nadzorczej spółki użyteczności publicznej nie mogą:
 - 1) pozostawać w stosunku pracy ze spółką,
 - 2) świadczyć pracy lub usług na jej rzecz na podstawie innego tytułu prawnego,
 - 3) pełnić funkcji z wyboru w zakładowej organizacji związkowej,
 - 4) wykonywać zajęć, które pozostawałyby w sprzeczności z ich obowiązkami albo mogłyby wywołać podejrzenie o stronnictwo lub interesowność.
12. Zakaz określony w ust. 11 pkt 1 nie dotyczy przedstawiciela pracowników, o którym mowa w ust. 1 pkt 3.
13. Pracownikowi spółki użyteczności publicznej, będącemu członkiem jej rady nadzorczej, spółka nie może, w okresie pełnienia mandatu ani w okresie roku po zakończeniu pełnienia mandatu, wypowiedzieć umowy o pracę ani jej warunków.
14. Ograniczenia określone w ust. 11 pkt 4 nie dotyczą członkostwa w radach nadzorczych, z wyjątkiem rad nadzorczych konkurencyjnych przedsiębiorców lub podmiotów pozostających w stałych stosunkach handlowych ze spółką użyteczności publicznej.
15. W spółkach użyteczności publicznej będących spółkami z ograniczoną odpowiedzialnością można nie ustanawiać rady nadzorczej. W takim przypadku uprawnienia przysługujące wspólnikom wykonuje w

spółce pełnomocnik powołany uchwałą zgromadzenia wspólników.”;

71) w art. 67 ust. 1-4 otrzymują brzmienie:

„Art. 67. 1. Nadzór nad działalnością zakładu opieki zdrowotnej sprawuje:

- 1) w przypadku zakładu prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej oraz zakładu budżetowego – podmiot, który utworzył zakład,
 - 2) w przypadku spółki użyteczności publicznej – rada nadzorcza spółki,
 - 3) w przypadku spółki użyteczności publicznej, w której nie ma rady nadzorczej – pełnomocnik powołany uchwałą zgromadzenia wspólników – zwane dalej „podmiotem sprawującym nadzór”.
2. Podmiot sprawujący nadzór dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu.
3. Kontrola i ocena, o których mowa w ust. 2, obejmują w szczególności:
- 1) realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń,
 - 2) prawidłowość gospodarowania mieniem,
 - 3) gospodarkę finansową.
4. Podmiot sprawujący nadzór, w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu jest sprzeczna z prawem, wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do jej zmiany lub cofnięcia.”;

72) art. 67a otrzymuje brzmienie:

- „Art. 67a. 1. Podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostkę budżetową oraz zakład budżetowy, może nałożyć na ten zakład obowiązek wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Obowiązek taki może być nałożony również na spółkę użyteczności publicznej odpowiednio przez uprawniony do tego organ administracji rządowej, organ jednostki samorządu terytorialnego lub organ państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.
2. Podmiot, który nałożył obowiązek, o którym mowa w ust. 1, zapewnia zakładowi opieki zdrowotnej środki do wykonania zadania, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy.
3. W razie poniesienia szkody przez zakład opieki zdrowotnej przy wykonywaniu zadania określonego w ust. 1 podmiot, który nałożył obowiązek wykonania zadania, jest obowiązany do jej naprawienia.”;

73) w dziale IV dodaje się art. 67b i 67c w brzmieniu:

- „Art. 67b. 1. Spółkom użyteczności publicznej powstałym w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, może być nadany status spółek użyteczności publicznej o szczególnym znaczeniu dla obronności kraju.

2. W spółkach użyteczności publicznej mających status, o którym mowa w ust. 1, mogą pełnić służbę żołnierze zawodowi. Ich stosunek służbowy oraz wynikające z niego prawa i obowiązki określa ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. Nr 179, poz. 1750), z wyłączeniem art. 57.
3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz spółek użyteczności publicznej mających status, o którym mowa w ust. 1, w których wykonywanie praw z akcji lub udziałów należących do Skarbu Państwa podlega przekazaniu Ministrowi Obrony Narodowej na zasadach określonych w przepisach o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, z uwzględnieniem priorytetów realizowanych w ramach zadań wykonywanych na rzecz zapewnienia osłony medycznej Siłom Zbrojnym Rzeczypospolitej Polskiej i wojskom sojusznicznym oraz potrzeb mobilizacyjnych.

Art. 67c. 1. Spółkom użyteczności publicznej powstałym w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, może być nadany status spółek użyteczności publicznej o szczególnym znaczeniu dla porządku publicznego i bezpieczeństwa wewnętrznego kraju.

2. W spółkach użyteczności publicznej mających status, o którym mowa w ust. 1, mogą pełnić służbę funkcjonariusze służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Ich stosunek służbowy oraz wynikające z niego prawa i

obowiązki określa ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r.
o Policji (Dz. U. z 2000 r.+

Nr 7, poz. 58, Nr 19, poz. 185, Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 731, Nr 113, poz. 984, Nr 115, poz. 996, Nr 153, poz. 1271, Nr 176, poz. 1457 i Nr 200, poz. 1688 oraz z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 113, poz. 1070, Nr 130, poz. 1188 i 1190, Nr 137, poz. 1302 i Nr 166, poz. 1609), ustawa z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399 oraz z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 113, poz. 1070, Nr 128, poz. 1175, Nr 137, poz. 1302 i Nr 166, poz. 1609), ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1230 i Nr 153, poz. 1271 oraz z 2003 r. Nr 59, poz. 516 i Nr 166, poz. 1609) oraz ustawa z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. Nr 27, poz. 298 i Nr 106, poz. 1149, z 2002 r. Nr 74, poz. 676 i Nr 153, poz. 1271 oraz z 2003 r. Nr 52, poz. 451, Nr 90, poz. 844 i Nr 166, poz. 1609).

3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz spółek użyteczności publicznej mających status, o którym mowa w ust. 1, w których wykonywanie praw z akcji lub udziałów należących do Skarbu Państwa podlega przekazaniu ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych na zasadach określonych w przepisach o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, z uwzględnieniem priorytetów realizowanych w ramach zadań wykonywanych na rzecz zapewnienia ochrony medycznej funkcjonariuszom służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych w sytuacjach wystąpienia zdarzeń

o charakterze terrorystycznym, bioterrorystycznym, kataklizmów i klęsk żywiołowych, niepokojów społecznych a także potrzeb mobilizacyjnych.”;

74) art. 70a otrzymuje brzmienie:

- „Art. 70a. 1. Transport sanitarny jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu.
2. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu samochodowego i lotniczego.
3. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, muszą spełniać wymagania sanitarne i techniczne.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, o których mowa w ust. 3, jakie muszą spełniać specjalistyczne środki transportu sanitarnego, kierując się koniecznością zapewnienia jakości wykonywania transportu sanitarnego.”;

75) uchyla się art. 70b-70h.

Art. 39. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.¹¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4a w pkt 5 dodaje się literę f w brzmieniu:

„f) z dnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji niektórych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr..., poz. ...),”;

2) w art. 16 w ust. 3d wyraz „przedsiębiorców” zastępuje się wyrazem „podmiotów”;

3) w art. 17 w ust. 1c pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) przedsiębiorstwach państwowych, spółdzielniach i spółkach, z wyłączeniem:

- a) spółek, o których mowa w art. 10c i 10d ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 2001 r. Nr 33, poz. 388 oraz z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1683 i Nr 240, poz. 2052);
- b) spółek użyteczności publicznej powstałych w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152 i Nr 171, poz. 1663), z uwzględnieniem zasad określonych w ustawie z dnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zmianie niektórych ustaw w okresie do dnia 31 grudnia 2009 r.”.

Art. 40. W ustawie z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2002 r. Nr 72 poz. 664, Nr 113, poz. 984 i Nr 197, poz. 1661 oraz z 2003 r. Nr 2, poz. 16, Nr 130, poz. 1188 i Nr 165, poz. 1591) w art. 4 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki użyteczności publicznej i jednostki organizacyjne ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie nieuregulowanym odrębnymi przepisami.”.

Art. 41. W ustawie z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2003 r. Nr 174 poz. 1689) po art. 42b dodaje się art. 42c –42e w brzmieniu:

„Art. 42c. 1. W czasie trwania postępowania restrukturyzacyjnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zwanego dalej „zakładem”, wszczętego na podstawie ustawy z dnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustawy (Dz. U. Nr...., poz.....), Bank Gospodarstwa Krajowego może udzielić zakładowi, ze środków Krajowego Funduszu Poręczeń Kredytowych, poręczenia dokonania zapłaty odsetek od obligacji.

2. Poręczenie, o którym mowa w ust. 1, może być udzielone pod warunkiem, że:

- 1) program restrukturyzacyjny zakładu przewiduje ubieganie się o poręczenie Banku Gospodarstwa Krajowego ze środków Krajowego Funduszu Poręczeń Kredytowych;
- 2) wyemitowane obligacje oraz środki uzyskane z obligacji zostaną przeznaczone na cele określone w ustawie, o której mowa w ust. 1;
- 3) zakład lub jednostka samorządu terytorialnego będąca podmiotem, który utworzył zakład, ustanowi zabezpieczenia na rzecz Banku Gospodarstwa Krajowego, na wypadek roszczeń wynikających z tytułu wykonania obowiązków poręczyciela.

3. Poręczenie, o którym mowa w ust. 1:

- 1) jest udzielane na wniosek zakładu;

- 2) może być udzielone zakładowi tylko jeden raz.
4. Od poręczenia, o którym mowa w ust. 1, jest pobierana opłata prowizyjna w wysokości:
 - 1) 1,0% kwoty objętej poręczeniem, jeżeli okres, na który udzielono poręczenia, nie przekracza 2 lat;
 - 2) 1,5% kwoty objętej poręczeniem, jeżeli okres na który udzielono poręczenia przekracza 2 lata.
5. Do poręczenia, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 2b ust. 1, art. 34, art. 38 ust. 3 oraz art. 39.
6. Poręczenie, o którym mowa w ust. 1, może być udzielone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2010 r.
7. Poręczenie, o którym mowa w ust. 1, zwalnia się z opłaty skarbowej.

Art. 42d. 1. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w imieniu Skarbu Państwa udziela Bankowi Gospodarstwa Krajowego poręczenia dokonania zapłaty odsetek od obligacji objętych poręczeniem, o którym mowa w art. 42c ust. 1.

2. Kwota poręczenia Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, wynosi 500 mln zł.
3. Środki przeznaczone na wykonanie poręczenia Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, zasilają Krajowy Fundusz Poręczeń Kredytowych w Banku Gospodarstwa Krajowego.
4. Warunki wykonania poręczenia Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, określi umowa zawarta między ministrem właściwym do spraw finansów publicznych a Bankiem Gospodarstwa Krajowego.

5. Poręczenie Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, wygasa z dniem 31 grudnia 2010 r.
6. Poręczenie Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, zwalnia się z opłaty prowizyjnej.
7. Do poręczenia Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 31, art. 43 ust. 1 i 2, art. 43a, art. 44-44b, art. 45 pkt 1 i art. 47.
8. W przypadku gdy minister właściwy do spraw finansów publicznych nie podejmie czynności zmierzających do odzyskania kwot zapłaconych z tytułu poręczenia Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 1, Bank Gospodarstwa Krajowego jest obowiązany do podejmowania tych czynności, na warunkach określonych w umowie z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, za wynagrodzeniem.
9. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 8, przysługuje w wysokości 3% wyegzekwowanej kwoty; nie może ono być jednak niższe od rzeczywistych kosztów niezbędnych działań windykacyjnych. Wynagrodzenie jest potrącane z wyegzekwowanej kwoty, a sposób jego ustalania określa umowa.
10. Przy podejmowaniu działań, o których mowa w ust. 8, Bank Gospodarstwa Krajowego ma prawo, bez uzyskania pisemnego oświadczenia o poddaniu się egzekucji wystawić bankowy tytuł egzekucyjny stosownie do art. 96-98 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665, Nr 126, poz. 1070, Nr 141, poz. 1178, Nr 144, poz. 1208, Nr 153, poz. 1271, Nr 169, poz. 1385 i poz. 1387 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 50, poz. 424, Nr 60, poz. 525 i Nr 65, poz. 594).

Art. 42e. Przepisy art. 42c i art. 42d stosuje się odpowiednio, jeżeli jednostka samorządu terytorialnego, będąca podmiotem, który utworzył zakład, przejęła zobowiązania tego zakładu i w celu uzyskania środków finansowych na pokrycie tych zobowiązań wyemitowała obligacje.”.

Art. 42. W ustawie z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 17, poz. 209 i Nr 110, poz. 1189, z 2002 r. Nr 1, poz. 2 i Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 49, poz. 408, Nr 60, poz. 535 i Nr 96, poz. 874) wprowadza się następujące zmiany:

1) tytuł rozdziału 3 otrzymuje brzmienie:

„Rozdział 3 Rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji”;

2) art. 49 otrzymuje brzmienie:

„Art. 49. 1. Stowarzyszenia, inne organizacje społeczne i zawodowe oraz fundacje podlegają obowiązkowi wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji, zgodnie z przepisami rozdziału 2, jeżeli przepisy poniższe nie stanowią inaczej.

2. Wpisy do rejestru, o którym mowa w ust. 1, nie podlegają obowiązkowi ogłoszenia w Monitorze Sądowym i Gospodarczym, z wyjątkiem wpisów dotyczących ujawnienia informacji związanych wyłącznie ze statusem organizacji pożytku publicznego.

3. Przepisów art. 26 oraz art. 28-33 nie stosuje się.

4. Jeżeli podmiot podlegający obowiązkowi wpisu do rejestru, o którym mowa w ust. 1, nie składa wniosku o wpis do rejestru przedsiębiorców, przepisów art. 19a ust. 1 i 2 nie stosuje się.”;

3) art. 49a otrzymuje brzmienie:

„Art. 49a. 1. Do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji wpisuje się także organizacje pożytku publicznego, jeżeli nie mają, z innego tytułu, obowiązku dokonania wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego po spełnieniu wymagań, o których mowa w art. 20 lub 21 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

2. Z wpisem, o którym mowa w ust. 1, nie wiąże się nabycie osobowości prawnej przez taką organizację, a w dziale 1 rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji ujawnia się informację, że organizacja pożytku publicznego nie posiada osobowości prawnej.

3. W przypadku gdy organizacja pożytku publicznego przestała spełniać wymagania określone w art. 20 lub 21 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, sąd rejestrowy z urzędu wykreśla ją z rejestru.”;

4) art. 50 otrzymuje brzmienie:

„Art. 50. Jeżeli podmiot wpisany do rejestru, o którym mowa w art. 49 ust. 1, podejmuje działalność gospodarczą, podlega obowiązkowi wpisu także do rejestru przedsiębiorców.”;

5) art. 52 otrzymuje brzmienie:

„Art. 52. 1. Przy rejestracji stowarzyszenia, związku zawodowego, organizacji pracodawców i innych organizacji społecznych i zawodowych w dziale 1 wpisuje się osoby wchodzące w skład komitetu założycielskiego, chyba że został powołany organ reprezentacji.

2. Przy rejestracji stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji w dziale 1 wpisuje się organ sprawujący nadzór.
3. Przy rejestracji podmiotu posiadającego status organizacji pożytku publicznego wpisuje się w dziale 1 zaznaczenie tej okoliczności, a w dziale 3 określenie przedmiotu jego działalności statutowej, z wyodrębnieniem działalności odpłatnej i nieodpłatnej oraz wzmiankę o złożeniu rocznego sprawozdania z działalności.”;

6) art. 53a otrzymuje brzmienie:

„Art. 53a. Podmioty podlegające obowiązkowi wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 49 ust. 1, są obowiązane zgłaszać dotyczące ich informacje wymienione w art. 38, 39, 43, 44 i 52 oraz zmiany tych informacji, niezależnie od obowiązków wynikających z odrębnych przepisów, chyba że ustawa stanowi inaczej.”;

7) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. Minister Sprawiedliwości, w drodze rozporządzenia, określi szczegółowy sposób prowadzenia rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych oraz fundacji, a także szczegółową treść wpisów w tym rejestrze, mając na uwadze kompletność danych zawartych w rejestrze.”.

Art. 43. W ustawie z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268 i Nr 166, poz. 1609) w art. 75:

1) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń – a w przypadku umów ze szpitalami zakres udzielanych świadczeń uwzględ-

niający poziomy opieki szpitalnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;”;

2) po ust. 1 dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Umowa, o której mowa w ust. 1, obejmuje również pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez szpital włączony do Krajowej Sieci Szpitali określonej w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.”.

Art. 44. W ustawie z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz. U. Nr 60, poz. 535) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 6 uchyla się pkt 3;

2) w art. 316 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Przedsiębiorstwo upadłego, a w szczególności przedsiębiorstwo samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz spółki użyteczności publicznej, powinno być sprzedane jako całość, chyba że nie jest to możliwe.”;

3) po art. 491 dodaje się tytuł V w brzmieniu:

„Tytuł V Postępowanie upadłościowe wobec spółki użyteczności publicznej włączonej do Krajowej Sieci Szpitali

Art. 491¹. 1. Sąd ogłasza upadłość spółki użyteczności publicznej włączonej do Krajowej Sieci Szpitali, o której mowa w art. 26a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r.

Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 39, Nr 124, poz. 1151 i 1152 i Nr 171, poz. 1663), z możliwością zawarcia układu.

2. Przepisów o wstępnym zgromadzeniu wierzycieli nie stosuje się.
3. W postanowieniu o ogłoszeniu upadłości sąd ustanawia kuratora do reprezentowania spółki użyteczności publicznej w postępowaniu upadłościowym. Do kuratora stosuje się przepisy art. 187 ust. 3 i 4.

Art. 491². Minister właściwy do spraw zdrowia jest uczestnikiem postępowania upadłościowego.

Art. 491³. Sprawozdania, o których mowa w art. 168, syndyk, nadzorca sądowy albo zarządca przekazuje do wiadomości ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Art. 491⁴. Przed zatwierdzeniem układu sąd zasięga opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 491⁵. Jeżeli nie doszło do zawarcia układu, sąd zmienia postanowienie o ogłoszeniu upadłości z możliwością zawarcia układu na postanowienie obejmujące likwidację majątku spółki, o której mowa w art. 491¹ ust. 1.

Art. 491⁶. Jeżeli przedsiębiorstwo spółki, o której mowa w art. 491¹ ust. 1, nie jest sprzedane w całości, syndyk za zezwoleniem sędziego-komisarza przystąpi do sprzedaży poszczególnych składników majątku tej spółki.

Art. 491⁷. Wniosek o ogłoszenie upadłości spółki użyteczności publicznej włączonej do Krajowej Sieci Szpitali, jeżeli spółka ta udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyna w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie tego województwa, można zgłosić tylko po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.”.

Rozdział 6

Przepisy przejściowe i końcowe

Art. 45. 1. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki badawczo-rozwojowe realizujące zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, które nie zostały przekształcone w spółkę użyteczności publicznej do dnia 31 grudnia 2005 r., podlegają przekształceniu w jednoosobowe spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – spółki użyteczności publicznej odpowiednio Skarbu Państwa, właściwej jednostki samorządu terytorialnego albo państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na zasadach określonych w dziale IIa ustawy, zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z uwzględnieniem art. 46 i 47.

2. Przepis ust. 1 nie dotyczy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej:

- 1) którego suma funduszu założycielskiego i funduszu zakładu z uwzględnieniem niepodzielonego wyniku finansowego, jest

niższa od kwoty określonej w art. 154 § 1 Kodeksu spółek handlowych;

- 2) w stosunku do którego wszczęto postępowanie restrukturyzacyjne na podstawie przepisów niniejszej ustawy;
- 3) w stosunku do którego wszczęto postępowania likwidacyjne lub upadłościowe albo postępowanie zmierzające do przekształcenia w zakład budżetowy albo jednostkę budżetową.

Art. 46. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 45 ust.1:

- 1) wniosek, o którym mowa w art. 62g ust. 1 ustawy, zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, składa się w terminie do dnia 30 września 2005 r.;
- 2) kierownik zakładu obowiązany jest doręczyć organowi uprawnionemu do dokonania czynności związanych z przekształceniem kwestionariusz, o którym mowa w art. 62h ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wraz z wymaganymi dokumentami w terminie do dnia 31 października 2005 r.;
- 3) stosuje się odpowiednio art. 62g ust. 6-9 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z tym że akt przekształcenia sporządza się do dnia 30 listopada 2005 r.;
- 4) dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest dzień wskazany w art. 62i ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Jeżeli, w przypadku, o którym mowa w art. 45 ust. 1, spółka użyteczności publicznej nie została wpisana do rejestru przedsiębiorców w dniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, stosuje się do niej odpowiednio przepisy Kodeksu spółek handlowych dotyczące spółki w organizacji.

3. Przepis art. 62k ust. 2 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się odpowiednio do spółki, o której mowa w ust. 2.

Art. 47. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej niepodlegający przekształceniu w spółkę użyteczności publicznej przed dniem 1 stycznia 2006 r.:

- 1) podlega likwidacji z dniem 1 stycznia 2006 r. na zasadach i w trybie określonych w przepisach ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z wyłączeniem przepisu art. 43 tej ustawy albo
- 2) podlega przekształceniu w zakład budżetowy albo jednostkę budżetową w trybie i na zasadach określonych w art. 37 ust. 2 oraz art. 60 ust. 3 i 4 ustawy, zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Przepis ust. 1 nie dotyczy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w stosunku do których w dniu, o którym mowa w ust. 1, toczy się postępowanie restrukturyzacyjne. Nie dotyczy to przypadku, gdy postępowanie restrukturyzacyjne zostało umorzone po dniu 31 grudnia 2005 r.

Art. 48. 1. Dyrektor jednostki badawczo-rozwojowej nadzorowanej przez Ministra Obrony Narodowej realizującej zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 38, z własnej inicjatywy albo z inicjatywy organu sprawującego nadzór nad tą jednostką, zawiąże, do dnia 31 grudnia 2005 r., spółkę kapitałową, której przedmiotem działalności będzie prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej w formie spółki użyteczności publicznej. Spółka ta z dniem wpisu do rejestru przedsiębiorców uzyskuje status spółki użyteczności publicznej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Do spółki, o której mowa w ust. 1:

- 1) stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art. 74 ust. 3 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych, oraz odpowiednio art. 67b ust. 2 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą;
- 2) w zakresie nieuregulowanym w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu spółek handlowych.

Art. 49. 1. Statut albo akt założycielski spółki użyteczności publicznej powstałej w wyniku przekształcenia jednostki badawczo-rozwojowej, uwzględnia postanowienia dotychczasowego statutu jednostki badawczo-rozwojowej w zakresie, w jakim nie są one sprzeczne z przepisami o zakładach opieki zdrowotnej oraz Kodeksem spółek handlowych.

2. Z dniem wpisania spółki, o której mowa w ust. 1, do rejestru przedsiębiorców dotychczasowi zastępcy dyrektora oraz kierownicy komórek organizacyjnych prowadzących badania naukowe lub prace rozwojowe są zwolnieni, z mocy prawa, z pełnienia tych funkcji. Zwolnienie to nie powoduje rozwiązania stosunku pracy wobec pracownika jednostki badawczo-rozwojowej.

3. W zakresie uregulowanym w przepisach ust. 2 do pracowników jednostki badawczo-rozwojowej, zatrudnionych na podstawie powołania, nie stosuje się przepisów art. 62k ust. 3 i 4 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 50. 1. Do pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 1 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się normy czasu pracy określone w tym przepisie do dnia 31 grudnia 2006 r. Po tym dniu do pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 1 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się normy czasu pracy określone w tym przepisie, jeżeli stanowiska pracy zajmowane przez tych pracowników są objęte wykazem stanowisk pracy, na których występują warunki pracy szczególnie uciążliwe lub szczególnie szkodliwe dla zdrowia.

2. Do pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 2 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się normy czasu pracy określone w tym przepisie do dnia 31 grudnia 2004 r. Jeżeli po dniu wejścia ustawy w życie, a przed dniem 31 grudnia 2004 r. zostanie określony wykaz stanowisk pracy, na których występują warunki pracy szczególnie uciążliwe lub szczególnie szkodliwe dla zdrowia – w odniesieniu do tych pracowników, wymienionych w art. 32g ust. 2 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, którzy są zatrudnieni na stanowiskach pracy nie objętych takim wykazem, normy czasu pracy określone w tym przepisie stosuje się do dnia określenia takiego wykazu.

Art. 51. 1. Statuty publicznych zakładów opieki zdrowotnej nadane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują moc do czasu nadania statutów na zasadach określonych w przepisach ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Regulamin organizacyjny ustalony na podstawie przepisów o jednostkach badawczo-rozwojowych, zachowuje moc obowiązującą w spółce użyteczności publicznej powstałej w wyniku przekształcenia takiej jednostki, w zakresie w jakim nie jest sprzeczny z postanowieniami statutu albo aktu założycielskiego tej spółki.

Art. 52. Zakłady opieki zdrowotnej dostosują swoje nazwy do wymagań określonych w przepisach ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą do dnia 31 grudnia 2005 r.

Art. 53. Umowy zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy na podstawie art. 35 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zachowują moc przez okres na jaki zostały zawarte.

Art. 54. Osoby będące przed dniem wejścia w życie ustawy na stanowiskach określonych w art. 44a ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, pozostają na tych stanowiskach do czasu przeprowadzenia konkursu na te stanowiska.

Art. 55. Rady społeczne powołane w publicznych zakładach opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie ustawy, stają się radami społecznymi zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednostek budżetowych oraz zakładów budżetowych w rozumieniu przepisów ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 56. Osoby zajmujące stanowiska kierownicze w zakładach opieki zdrowotnej są obowiązane spełnić wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie później niż w terminie do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 57. Konsultanci wojewódzcy powołani przed dniem wejścia w życie ustawy, pełnią swoje funkcje do czasu powołania konsultantów wojewódzkich na

zasadach określonych w art. 66a ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 58. 1. Spółki kapitałowe z udziałem jednostek samorządu terytorialnego niebędące pracodawcami w rozumieniu art. 8 ust. 1 pkt 9 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, prowadzące w dniu wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, do dnia 1 stycznia 2006 r. stają się spółkami użyteczności publicznej, jeżeli spełniają wymagania określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej dla spółek użyteczności publicznej.

2. Jednoosobowe spółki Skarbu Państwa powstałe w wyniku komercjalizacji jednostek badawczo-rozwojowych na zasadach określonych w przepisach o jednostkach badawczo-rozwojowych, realizujące zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 38, do dnia 1 stycznia 2006 r. stają się spółkami użyteczności publicznej, jeżeli spełniają wymagania określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej dla spółek użyteczności publicznej.

Art. 59. Ilekroć w przepisach obowiązujących jest mowa o:

- 1) publicznym zakładzie opieki zdrowotnej – rozumie się przez to zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-4 oraz zakład, o którym mowa w art. 35d ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą;
- 2) niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej – rozumie się przez to zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 5-9 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 60. Rozporządzenia wydane na podstawie przepisów art. 10 ust. 2, art. 35 ust. 7 i 8, art. 40 ust. 2, art. 44a ust. 8, art. 54 ust. 7, art. 62 i art. 70a ust. 8 zmienionych ustawą, o której mowa w art. 38, zachowują moc, do czasu wydania rozporządzeń na podstawie nowych przepisów, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 61. 1. Przepis art. 32g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r.

2. Przepisy:

- 1) art. 8a ust. 1, art. 8 ust. 4, art. 23 ust. 1, art. 32c ust. 2, art. 32e, art. 32f ust. 1, art. 35, art. 36-36b, art. 37 ust. 2, art. 39, art. 42, art. 43, art. 43e ust. 3, art. 44, art. 44a, art. 44b, art. 45-47, art. 53a, art. 54, art. 55, art. 60, art. 61, działu IIa, art. 67 i art. 67a ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą;
- 2) art. 316 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 44
 - w zakresie, w jakim dotyczą samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej tracą moc z dniem 31 grudnia 2006 r.

Art. 62. Przepisy art. 38 pkt 28 w zakresie odpowiedniego stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych stosuje się z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

Art. 63. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 38 pkt 11 i art. 38 pkt 15 w zakresie dotyczącym art. 26b ust. 1 i 3 ustawy zmienianej w art. 38 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą oraz art. 43 pkt 1, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.;
- 2) art. 38 pkt 15, 74 i 75, art. 43 pkt 2, art. 44 pkt 3, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.;
- 3) art. 42, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

¹ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy:

- 1) ustawę z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych,
- 2) ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej,
- 3) ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych,
- 4) ustawę z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych,
- 5) ustawę z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne,
- 6) ustawę z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym,
- 7) ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- 8) ustawę z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze.

-
- ²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152 i Nr 171, poz. 1663.
- ³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 200, poz. 1683 i Nr 240, poz. 2052.
- ⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1995 r. Nr 43, poz. 221, z 1997 r. Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 162, poz. 1112, z 2001 r. Nr 5, poz. 45 i Nr 100, poz. 1080 oraz z 2003 r. Nr 6, poz. 63.
- ⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1995 r. Nr 90, poz. 446, z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i Nr 132, poz. 622, z 1997 r. Nr 46, poz. 296, Nr 96, poz. 592, Nr 121, poz. 770 i Nr 133, poz. 885, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 101, poz. 1178, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 48, poz. 550, Nr 62, poz. 718 i Nr 109, poz. 1157 oraz z 2001 r. Nr 38, poz. 452, Nr 45, poz. 497, Nr 63, poz. 634, Nr 73, poz. 764, Nr 76, poz. 811, Nr 84, poz. 901 i Nr 100, poz. 1085.
- ⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 115, poz. 1229, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 233, poz. 1957 oraz z 2003 r. Nr 46, poz. 392, Nr 80, poz. 717 i 721, Nr 162, poz. 1568 i Nr 175, poz. 1693.
- ⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1980 r. Nr 3, poz. 6, z 1983 r. Nr 44, poz. 201, z 1989 r. Nr 26, poz. 139 i Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 39, poz. 222, z 1991 r. Nr 32, poz. 131 i Nr 77, poz. 335, z 1993 r. Nr 40, poz. 183, z 1994 r. Nr 27, poz. 96, z 1995 r. Nr 47, poz. 243, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 47, poz. 299, Nr 88, poz. 554 i Nr 133, poz. 885, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 89, poz. 991, Nr 109, poz. 1157 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 43, Nr 72, poz. 742, Nr 100, poz. 1085 i Nr 125, poz. 1368.
- ⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 49, poz. 509, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387 oraz z 2003 r. Nr 130, poz. 1188 i Nr 170, poz. 1660.
- ⁹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459, Nr 42, poz. 475, Nr 110, poz. 1189, Nr 125, poz. 1368 i Nr 130, poz. 1452, z 2002 r. Nr 89, poz. 804, Nr 113, poz. 984 i Nr 169, poz. 1387 oraz z 2003 r. Nr 170, poz. 1660.
- ¹⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały wymienione w odnośniku 2.
- ¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 60, poz. 700 i 703, Nr 86, poz. 958, Nr 103, poz. 1100, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1315 i 1324, z 2001 r. Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190 i Nr 125, poz. 1363 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 141, poz. 1179, Nr 169, poz. 1384, Nr 199, poz. 1672, Nr 200, poz. 1684 i Nr 230, poz. 1922 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 96, poz. 874 i Nr 137, poz. 1302.



UZASADNIENIE

Przedstawiany projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw przygotowany został na podstawie, przyjętych przez Radę Ministrów „Założeń ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej” i „Założeń ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i o zmianie niektórych innych ustaw oraz o przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej”.

Sytuacja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zobowiązania zakładów powstałe od dnia 1 stycznia 1999 r. wynoszą na koniec marca br. 7 mld zł, z czego zobowiązania wymagalne to kwota 4 mld zł.) wymaga podjęcia pilnych działań zmierzających do poprawy gospodarki finansowej i wprowadzenia mechanizmów uniemożliwiających dalsze niekontrolowane narastanie zobowiązań w przyszłości.

Dla osiągnięcia wskazanego wyżej celu został przygotowany niniejszy projekt ustawy.

1. W rozdziale I Przepisy ogólne – określono zakres podmiotowy projektu ustawy.

Ustawa określa zasady i warunki restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zatrudniających wg stanu na dzień 31 marca 2003 r. powyżej 50 osób.

2. W rozdziale 2 Restrukturyzacja finansowa – określono, że restrukturyzacji będą podlegać znane na dzień 31 marca 2003 r. i powstałe od dnia 1 stycznia 1999 r. do dnia 31 marca 2003 r.:

- 1) prawne i cywilnoprawne,
- 2) indywidualne roszczenia pracownicze wynikające z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw.

Zobowiązania publicznoprawne m.in. z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych, składek i wpłat na państwowe fundusze celowe zostaną umorzone przez wierzycieli po spełnieniu warunków restrukturyzacji, określonych w art. 6 ust. 2 ustawy. Zobowiązania publicznoprawne z tytułu należności stanowiących dochód budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz z tytułu opłat wobec wojewódzkich, powiatowych i gminnych funduszy ochrony środowiska będą umorzone, pod warunkiem podjęcia uchwały o ich restrukturyzacji przez organy stanowiące tych jednostek.

Zobowiązania z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego, składek emerytalnych oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne powinny być spłacone w ratach w okresie 24 miesięcy od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji.

Restrukturyzacja zobowiązań cywilnoprawnych polega na zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami.

W zakresie indywidualnych roszczeń pracowniczych wynikających z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu wynagrodzeń zakład będzie mógł zawrzeć indywidualne ugody z pracownikami.

3. W rozdziale 3 Postępowanie restrukturyzacyjne – określono tryb postępowania w sprawach restrukturyzacji finansowej zakładów.

Postępowanie restrukturyzacyjne zostaje wszczęte przez organ restrukturyzacyjny na wniosek zakładu złożony wraz z projektem programu restrukturyzacyjnego i innymi dokumentami wymienionymi w ustawie w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie. Wniosek może być złożony także przez podmiot, który utworzył zakład. W przypadku złożenia wniosku przez zakład jest wymagana pozytywna opinia tego podmiotu.

Organem restrukturyzacyjnym będzie:

- 1) minister Zdrowia – dla zakładów utworzonych przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę,
- 2) wojewoda – dla zakładów, dla których podmiotem, który utworzył zakład jest jednostka samorządu terytorialnego.

Projekt programu restrukturyzacyjnego organ restrukturyzacyjny przekazuje celem zaopiniowania Narodowemu Funduszowi Zdrowia, ministrowi właściwemu do spraw Skarbu Państwa (w przypadku zakładów, dla których podmiotem, który je utworzył jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda), Regionalnemu Komitetowi Sterującemu, a także Bankowi Gospodarstwa Krajowego, zwanemu dalej „BGK” (w przypadku gdy projekt programu przewiduje emisję obligacji lub udzielenie poręczenia przez ten Bank).

W terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania zakład opieki zdrowotnej m.in. uzgadnia z wierzycielami publicznoprawnymi projekt programu i zawiera ugodę restrukturyzacyjną z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych.

Następnie organ restrukturyzacyjny, jeżeli z analizy wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego oraz dołączonych do niego dokumentów i danych, a także przedłożonych opinii dotyczących programu restrukturyzacji wynika, że zamierzone działania zakładu będą prowadzić do efektywnego jego funkcjonowania w przyszłości oraz będą spełnione warunki do przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej, wydaje decyzję o warunkach restrukturyzacji. Decyzję tę wydaje się w terminie 3 miesięcy od dnia wydania postanowienia o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego.

Podstawą do wydania przez organ restrukturyzacyjny decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego będzie spełnienie warunków określonych w decyzji o warunkach restrukturyzacji oraz warunków określonych w art. 6 ust. 2 ustawy (m.in. spłata roszczeń pracowniczych wynikających z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu wynagrodzeń, z wyjątkiem roszczeń, które będą podległy zaspokojeniu przez objęcie akcji lub udziałów w spółce, spłata wierzycieli publicznoprawnych w części nie podlegającej umorzeniu, spłata wierzycieli

cywilnoprawnych w części nie podlegającej umorzeniu, zamianie na obligacje lub udziały w spółce). W przypadku niespełnienia warunków restrukturyzacji organ restrukturyzacyjny podejmie decyzję o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego.

4. W Rozdziale 4 Zasady udzielania pomocy publicznej zakładom - określa się, że:

- 1) celem uzyskania środków na restrukturyzację finansową zakład może m.in. emitować obligacje, zaciągać kredyty bankowe,
- 2) należność główna obligacji emitowanych przez zakłady może być poręczona przez jednostkę samorządu terytorialnego,
- 3) odsetki od obligacji zakładu lub jednostki samorządu terytorialnego mogą być poręczone przez BGK ze środków Krajowego Funduszu Poręczeń Kredytowych,
- 4) Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych udzieli BGK poręczenia zapłaty objętych poręczeniem odsetek od obligacji,
- 5) organizację i obsługę procesu emisji obligacji będzie prowadzić BGK.

Zakłady, nieposiadające zaległości w spłacie zobowiązań znanych na dzień 31 marca 2003 r., oraz nie podlegające restrukturyzacji finansowej mogą ubiegać się o dotację na wsparcie działań polegających na restrukturyzacji zatrudnienia, reorganizacji struktury organizacyjnej zakładu lub innych działań mających na celu poprawę kondycji finansowej zakładu lub podniesienie poziomu świadczeń zdrowotnych. Dotacja będzie przekazywana zakładowi przez ministra właściwego do spraw zdrowia na wniosek zakładu złożony za pośrednictwem organu restrukturyzacyjnego wraz z opinią podmiotu, który utworzył zakład.

5. W rozdziale 5 – proponuje się zmianę niektórych ustaw:

- 1) ustawy o jednostkach badawczo-rozwojowych:

Zaproponowane zmiany w tej ustawie mają na celu dostosowanie jej przepisów do regulacji dotyczących spółek użyteczności publicznej powstałych w wyniku przekształcenia jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przede wszystkim przyznają one takiej spółce status jednostki badawczo-rozwojowej z mocy prawa na okres trzech lat od dnia przekształcenia.

Proponuje się, również aby w stosunku do jednostek badawczo-rozwojowych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, dyrektor takiej jednostki z własnej inicjatywy albo z inicjatywy organu sprawującego nadzór nad tą jednostką, zawiązał, do dnia 31 grudnia 2005 r., spółkę kapitałową, której przedmiotem działalności będzie prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej. Spółka ta z dniem wpisu do rejestru przedsiębiorców uzyska status spółki użyteczności publicznej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to będzie miało w istocie charakter przejściowy, docelowo bowiem przewiduje się działanie tych jednostek badawczo-rozwojowych w oparciu o postanowienia przygotowywanej ustawy o Państwowym Instytucie Badawczym,

2) ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:

Celem proponowanych w projekcie zmian jest stworzenie lepszych niż dotychczasowe mechanizmów zarządzania i kontroli. Mechanizmy te łączą się z przyjęciem – jako zasadniczy – modelu spółki kapitałowej. Jednakże przy nadaniu spółce kapitałowej, która ma działać w sferze nie w pełni poddawalnej rynkowi, szczególnego statusu - spółki użyteczności publicznej (publicznej w rozumieniu właścicielskim i w rozumieniu udziału w wykonywaniu publicznych zadań z zakresu ochrony zdrowia, a nie w rozumieniu wynikającym z przepisów o publicznym obrocie papierami wartościowymi).

Przejście do nowego modelu powinno być, w odniesieniu do działających samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, procesem rozłożonym w czasie. Funkcjonujące obecnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostałyby w okresie 2 lat

przekształcone w spółki użyteczności publicznej, na zasadach określonych w projekcie ustawy. Nowy model byłby natomiast wprost stosowany w odniesieniu do zakładów tworzonych po wejściu w życie ustawy.

Nie ulega zmianie definicja zakładu opieki zdrowotnej. Istotną zmianą jest jednak odejście od dotychczasowego podziału na zakłady publiczne i niepubliczne – co jest przede wszystkim uzasadnione tym, że w wyniku tzw. „dzikiej prywatyzacji” doszło do zatarcia się różnic między „publicznym zoz” a „niepublicznym zoz”. Jednostki samorządu terytorialnego likwidując samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzyły spółki samorządowe, które prowadzą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Do katalogu dotychczasowych form organizacyjno-prawnych funkcjonowania „publicznych” zakładów opieki zdrowotnej (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, zakład budżetowy) proponuje się dodać spółkę użyteczności publicznej, rozumianą jako zakład opieki zdrowotnej będący spółką kapitałową, w której co najmniej 75% udziałów (akcji) należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub państwowej uczelni medycznej, lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Ustawa określa tryb przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę użyteczności publicznej. Spółka użyteczności publicznej powstała w wyniku takiego przekształcenia wstąpi, z mocy prawa, we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Czynności prawnych związanych z przekształceniem:

- 1) w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej albo wojewodę oraz jednostek badawczo-rozwojowych, dokonuje minister właściwy do spraw

Skarbu Państwa (z uwzględnieniem roli Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w przypadku zakładów przez nich utworzonych),

- 2) w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego – dokonuje organ wykonawczy właściwej jednostki samorządu terytorialnego,
- 3) w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez państwowe uczelnie medyczne albo państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych – dokonuje rektor uczelni.

Spółkom użyteczności publicznej powstałym w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych, może być nadany status spółek użyteczności publicznej o szczególnym znaczeniu dla obronności kraju albo bezpieczeństwa wewnętrznego. W spółkach takich wykonywanie praw z akcji lub udziałów przekazane będzie Ministrowi Obrony Narodowej. Wykaz takich spółek określi w rozporządzeniu Rada Ministrów.

Przekształcenie w spółkę użyteczności publicznej będzie dokonywane:

- 1) z inicjatywy albo na wniosek podmiotu który utworzył zakład,
- 2) na wniosek kierownika zakładu, za zgodą podmiotu, który utworzył zakład,
- 3) na wniosek poparty przez ponad 50% pracowników w głosowaniu tajnym, za zgodą podmiotu, który utworzył zakład.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki badawczo-rozwojowe, które nie zostały przekształcone w spółki użyteczności publicznej do dnia 31 grudnia 2005 r. podlegają przekształceniu

w jednoosobowe spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – spółki użyteczności publicznej, odpowiednio Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo uczelni. Niepodlegające przekształceniu samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z dniem 1 stycznia 2006 r. ulegają likwidacji albo przekształceniu w zakłady budżetowe lub jednostki budżetowe.

Projekt przewiduje przekazanie spółkom użyteczności publicznej gruntów, budynków i innych urządzeń oraz lokali według następujących zasad:

- 1) grunty stanowiące własność Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego będące przedmiotem użytkowania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stają się z dniem przekształcenia z mocy prawa nieodpłatnie przedmiotem użytkowania wieczystego spółki,
- 2) budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na gruntach stanowiących własność Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego będące przedmiotem użytkowania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stają się z dniem przekształcenia z mocy prawa nieodpłatnie własnością spółki.

Nabycie praw, o których mowa wyżej, stwierdza się odpowiednio decyzją wojewody albo decyzją organu wykonawczego jednostki samorządu terytorialnego.

W celu zapewnienia szybszego i skuteczniejszego procesu restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, projekt ustawy zawiera przepisy określające procedurę ich połączenia – zarówno w odniesieniu do jednostek mających ten sam podmiot, który je utworzył, jak i utworzonych przez różne podmioty, regulując również odpowiedzialność za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy uwzględnia nowe regulacje dotyczące odrębności w zakresie funkcjonowania spółek użyteczności publicznej, między innymi dotyczące:

- 1) organów spółki (zarząd, rada nadzorcza)
- 2) zbywania udziałów (akcji).

Zarząd w spółce użyteczności publicznej ma być jednoosobowy. Będzie powoływany i odwoływany przez zgromadzenie wspólników (walne zgromadzenie) na wniosek albo po zasięgnięciu opinii rady nadzorczej.

Funkcję nadzoru w spółce użyteczności publicznej pełni rada nadzorcza, jednak w spółkach użyteczności publicznej będących spółkami z ograniczoną odpowiedzialnością można nie ustanawiać rady nadzorczej. W takim przypadku, funkcje nadzoru będzie pełnił pełnomocnik powołany uchwałą zgromadzenia wspólników.

W skład rady nadzorczej spółki użyteczności publicznej wchodzi:

- 1) przedstawiciele wspólników (akcjonariuszy) posiadających co najmniej 20% kapitału zakładowego, odpowiednio do ich udziału w tym kapitale; przedstawiciele ci stanowią co najmniej połowę składu rady,
- 2) przedstawiciele osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych danego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli akt założycielski spółki tak stanowi,
- 3) przedstawiciel wybrany przez pracowników,
- 4) przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku szpitali.

Projekt ustawy określa, że rada nadzorcza może liczyć maksymalnie 6 osób. Członkom rady nadzorczej przysługuje wynagrodzenie, o ile stanowi tak akt założycielski spółki.

W projekcie ustawy wprowadza się dodatkowy podmiot, tzn. kierownika medycznego zakładu, który podlega bezpośrednio zarządowi spółki.

Kierownik medyczny ma być powoływany i odwoływany na zasadach określonych w akcie założycielskim spółki, i co do zasady ma sprawować nadzór nad działaniami medycznymi. Szczegółowy zakres zadań i uprawnień kierownika medycznego określi Minister Zdrowia w rozporządzeniu.

Zbycie udziałów (akcji) lub podwyższenie kapitału zakładowego spółki użyteczności publicznej nie może powodować, że udział podmiotu, który utworzył spółkę w kapitale zakładowym jest mniejszy niż 75%. Zbycie udziałów (akcji) lub podwyższenie kapitału zakładowego spółki użyteczności publicznej, a także zbycie lub obciążenie praw do nieruchomości należącej do spółki użyteczności publicznej oraz zaciągnięcie zobowiązań o wartości przewyższającej równowartość 50 000 euro wymaga zgody podmiotów określonych w art. 53b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgoda ta nie jest decyzją administracyjną, ponieważ jest to rozstrzygnięcie o charakterze właścicielskim. Ponadto, gdyby do tej zgody stosować przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, dokonanie wyżej wymienionych czynności byłoby niemożliwe.

W projekcie ustawy tworzy się także podstawy prawne do utworzenia Krajowej Sieci Szpitali, która służyć będzie realizacji polityki zdrowotnej państwa, zapewnieniu obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez umożliwienie stałej dostępności do odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem wystąpienia zdarzeń nagłych.

Celem Krajowej Sieci Szpitali jest:

- 1) pozostawanie szpitali znajdujących się w sieci w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach wystąpienia zdarzeń nagłych, klęsk żywiołowych oraz w przypadkach niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych przez inne zakłady opieki zdrowotnej, w tym świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- 2) zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych gwarantującej bezpieczeństwo zdrowotne obywateli,

- 3) zapewnienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, usług medycznych i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

W Sieci mogą się znaleźć tylko szpitale będące spółkami użyteczności publicznej spełniające określone w ustawie kryteria.

Szczegółowe warunki, które muszą być uwzględniane przy rozpatrywaniu spraw dotyczących włączania szpitali do Sieci, określi minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia. Włączenie szpitala do Krajowej Sieci Szpitali, jak też wyłączenie z Sieci następuje w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Szpital utworzony przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz państwową uczelnię medyczną jest włączany do Sieci na wniosek lub za zgodą tych podmiotów, po zasięgnięciu opinii Regionalnego Komitetu Sterującego. Włączenie do Sieci szpitala będącego spółką użyteczności publicznej z większościovym udziałem Skarbu Państwa, w której prawa z akcji lub udziałów wykonuje Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji następuje w porozumieniu z tym Ministrem.

W nawiązaniu do kryteriów utworzenia Krajowej Sieci Szpitali, które odwołują się do poszczególnych poziomów opieki szpitalnej, projekt ustawy wprowadza trzy poziomy opieki szpitalnej dla szpitali prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółek użyteczności publicznej, jednostek budżetowych i zakładów budżetowych, tzn. poziom podstawowy, rozszerzony oraz wysokospecjalistyczny.

Szczegółowe kryteria oraz sposób kwalifikowania szpitali do poszczególnych poziomów określi w rozporządzeniu Minister Zdrowia, natomiast wykaz szpitali należących do poszczególnych poziomów będzie określony w drodze obwieszczenia.

Dodatkowo wprowadza się regulację nakazującą uzyskanie przez szpitale wchodzące do Sieci zgody podmiotu, który utworzył zakład, a w przypadku spółek użyteczności publicznej z większościovym udziałem

łem Skarbu Państwa zgody Ministra Skarbu Państwa, na rozpoczęcie inwestycji, której koszt całkowity przekracza 400 000 zł oraz na przeprowadzenie zmian, w wyniku których ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności i udzielanych świadczeń zdrowotnych. Przed wydaniem zgody należy zasięgnąć opinii: Ministra Zdrowia, zarządu województwa, Regionalnego Komitetu Sterującego, NFZ, konsultantów wojewódzkich właściwych dziedzin medycyny.

Kolejna propozycja dotyczy utworzenia Regionalnych Komitetów Sterujących (RKS). W skład RKS wejdą przedstawiciele organów jednostek samorządu terytorialnego, wojewody, oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, reprezentatywnych związków zawodowych, a w określonych w ustawie przypadkach także Rektora Akademii Medycznej, jednostki badawczo-rozwojowej nadzorowanej przez Ministra Obrony Narodowej realizującej zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Przewodniczącym RKS ma być marszałek województwa. Zadaniem Komitetów będzie między innymi opiniowanie włączenia i wyłączenia szpitala do Krajowej Sieci Szpitali, projektu programu restrukturyzacji zakładu opieki zdrowotnej, a także przedstawianie opinii w sprawie funkcjonowania Sieci oraz w innych sprawach dotyczących zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na terenie danego województwa.

W projekcie uchylono ust. 1 w art. 8a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – zmiana ta ma charakter porządkujący, ponieważ przepis ten odwoływał się do nieobowiązującego aktu prawnego.

W projekcie są zmieniane przepisy dotyczące czasu pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej w celu ich dostawania do przepisów Kodeksu pracy. Odmienne regulacje będą dotyczyć pracowników za-

trudnionych w warunkach szczególnie uciążliwych lub szczególnie szkodliwych oraz pracowników niewidomych,

3) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych:

Zmiany w ustawie podatkowej mają na celu zapewnienie spółkom użyteczności publicznej powstałym w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej takiej samej sytuacji, jaką obecnie w prawie podatkowym mają samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Zmiana ta ma charakter przejściowy – będzie obowiązywać do dnia 31 grudnia 2009 r.,

4) ustawy o zamówieniach publicznych:

Zmiana w ustawie polega na rozszerzeniu stosowania ustawy o zamówieniach publicznych do zamówień udzielanych przez spółkę użyteczności publicznej,

5) ustawy o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne,

Proponuje się zmiany w ustawie o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne, pozostające w związku z przyjętymi rozwiązaniami odnośnie udzielania poręczenia spłaty odsetek od obligacji. Zmiana ta dotyczy m.in. wprowadzenia przepisu określającego wysokość prowizji z tytułu poręczenia spłaty odsetek, maksymalnej kwoty poręczenia Skarbu Państwa oraz terminu ważności poręczenia,

6) ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym:

Zmiany mają charakter dostosowujący – umożliwiają zamieszczanie we wpisie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej będącej spółką użyteczności publicznej,

7) ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia:

W ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w rozdziale dotyczącym zawierania przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych określono, że umowy te będą obejmowały pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku szpitali włączonych do Krajowej Sieci Szpitali,

8) ustawy – Prawo upadłościowe i naprawcze:

Jednym z efektów przyjęcia modelu spółki kapitałowej będzie uzyskanie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie tylko zdolności układowej (której istnienie uznaje Sąd Najwyższy, co dotyczy jednak przepisów obowiązujących do dnia 30 września 2003 r.), tj. podlegania upadłości obejmującej zawarcie układu z wierzycielami w rozumieniu nowego Prawa upadłościowego i naprawczego, ale i zdolności upadłościowej, tj. podlegania upadłości obejmującej likwidację majątku spółki. Jednakże w tym zakresie proponuje się wprowadzić zmiany w prawie upadłościowym i naprawczym, które mają zasadnicze znaczenie dla spółek użyteczności publicznej włączonych do Krajowej Sieci Szpitali, ponieważ w stosunku do nich ograniczają stosowanie przepisów o upadłości. Sąd będzie ogłaszał upadłość takiej spółki użyteczności publicznej z możliwością zawarcia układu, dopiero, kiedy do zawarcia układu nie doszło sąd będzie zmieniał postanowienie o ogłoszeniu upadłości z możliwością zawarcia układu na postanowienie obejmujące likwidację majątku spółki. Do upadającej spółki nie będą mieć zastosowania przepisy o wstępnym zgromadzeniu wierzycieli. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie uczestnikiem postępowania upadłościowego.

Wniosek o ogłoszenie upadłości spółki użyteczności publicznej włączonej do Krajowej Sieci Szpitali, jeżeli spółka ta udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyna w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie tego województwa, można zgłosić tylko po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ocena Skutków Regulacji (OSR)

Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw

1. Podmioty, na które oddziałuje akt normatywny:

Ustawa oddziałuje przede wszystkim na:

- 1) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) jednostki badawczo-rozwojowe realizujące zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,
- 3) podmioty, które utworzyły wskazane wyżej zakłady,
- 4) pracowników wymienionych zakładów,
- 5) podmioty będące wierzycielami cywilnoprawnymi tych zakładów.

Zgodnie z projektem restrukturyzacja finansowa obejmie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki badawczo-rozwojowe, o których mowa wyżej, zatrudniające w dniu 31 marca 2003 r. powyżej 50 osób.

W odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że 996 zakładów o zatrudnieniu wynoszącym 448,3 tys. osób spełnia ten warunek, w tym w 231 nie występują wymagalne zobowiązania na ten dzień. Znane na dzień 31 marca 2003 r. zobowiązania zakładów wobec wierzycieli cywilnoprawnych, powstałe w okresie od dnia 1 stycznia 1999 r. do dnia 31 marca 2003 r. wynoszą 3,4 mld zł.

Ustawa obejmuje także spłatę roszczeń wobec pracowników, wynikających z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu wynagrodzeń, które na dzień 31 marca 2003 r. wyniosły 867 mln zł.

2. Cel wprowadzenia regulacji:

Celem projektowanych zmian jest przede wszystkim uniemożliwienie procesu niekontrolowanego narastania zobowiązań publicznych zakładów opieki zdrowotnej, między innymi przez:

- 1) przeprowadzenie restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- 2) przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej,
- 3) wprowadzenie nowej formy organizacyjno-prawnej zakładów opieki zdrowotnej (spółka użyteczności publicznej), co umożliwi prowadzenie działalności w oparciu o Kodeks spółek handlowych z niezbędnymi odrębnościami, bez tworzenia oddzielnych zasad tylko dla ochrony zdrowia, a także:
 - a) zwiększenie kontroli właścicielskiej nad zakładami opieki zdrowotnej,
 - b) wprowadzenie profesjonalnego zarządu, dbającego nie tylko o medyczną działalność zakładu, ale także o jego wyniki finansowe,
 - c) zwiększenie odpowiedzialności zarządzających zakładem opieki zdrowotnej za podejmowane decyzje,
 - d) wprowadzenie zdolności układowej i upadłościowej zakładów opieki zdrowotnej.

3. Konsultacje społeczne:

Projekt w ramach konsultacji społecznych został skierowany do następujących podmiotów:

- 1) związków zawodowych oraz samorządów zawodowych pracowników działających w systemie ochrony zdrowia: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych,
- 2) organizacji pracodawców: Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej,
- 3) organizacji reprezentujących podmioty oraz podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej: Unia Metropolii Polskich, Związek Powiatów Polskich, Związek Miast Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Unia Miasteczek Polskich, Konwent Marszałków RP, Federacja Związków Gmin i Powiatów RP, Unia Uzdrowisk Polskich, Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku, Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku, Rektor Akademii Medycznej w Katowicach, Rektor Collegium Medicum UJ, Rektor Akademii Medycznej w Lublinie, Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu, Rektor Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, Rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. Jerzego Nofera, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Reumatologiczny, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła, Państwowy Zakład

Higieny IN-B, Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka, Centrum Zdrowia Matki Polki, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego,

- 4) Komisji Trójstronnej ds. Społeczno-Gospodarczych,
- 5) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

W ramach konsultacji społecznych w dniu 7 listopada 2003 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa z udziałem przedstawicieli samorządów zawodów medycznych oraz przedstawicieli związków pracowników ochrony zdrowia. Do udziału w konferencji zaproszono przedstawicieli: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Unii Uzdrawisk Polskich, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80” i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. W konferencji uczestniczyli reprezentanci: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia. Uwzględniono szereg uwag partnerów społecznych m.in. propozycje:

- 1) podwyższenia z co najmniej 50% na co najmniej 75% udziału w kapitale spółki użyteczności publicznej przez podmioty publiczne (Skarb Państwa, państwowe uczelnie medyczne, jednostki samorządu terytorialnego),
- 2) rozszerzenia kompetencji Regionalnych Komitetów Sterujących o opiniowanie spraw związanych z restrukturyzacją zakładów,
- 3) nielikwidowania z dniem wejścia w życie ustawy konkursów na stanowiska kierownicze w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
- 4) rozszerzenia pomocy publicznej na jednostki badawczo-rozwojowe.

Nie uwzględniono natomiast propozycji:

- 1) zaprzestania prac nad projektem,

- 2) przekazania z budżetu państwa środków na realizację tzw. „ustawy 203”,
- 3) wyłączenia indywidualnych roszczeń pracowniczych poza przewidziane w projekcie zasady restrukturyzacji,
- 4) nieuzależniania udzielenia dotacji restrukturyzacyjnej samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej w dobrej sytuacji ekonomicznej od ich przekształcenia się w spółkę,
- 5) aby opinie o programie restrukturyzacji wyrażały samorządy zawodowe w ochronie zdrowia,
- 6) podniesienia poziomu finansowania opieki zdrowotnej przez zapewnienie dodatkowych środków.

Komisja Trójstronna ds. Społeczno-Gospodarczych, celem omówienia propozycji rozwiązań powołała uchwałą nr 22 z dnia 29 września 2003 r. doraźny zespół ds. rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia. Zespół pracował w okresie październik-listopad omawiając główne zagadnienia istotne dla procesu restrukturyzacji.

4. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa oraz podmiotów sektora finansów publicznych:
 - w zakresie pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Wejście w życie przedmiotowej regulacji prawnej będzie miało wpływ na dochody i wydatki budżetu państwa oraz podmiotów sektora finansów publicznych.

W odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że powstałe od dnia 1 stycznia 1999 r. wg stanu na dzień 31 marca 2003 r. zobowiązania publicznoprawne wynoszą

1 894 mln zł i dotyczą głównie składek na ubezpieczenia społeczne, wpłat na PFRON, składki na ubezpieczenie zdrowotne, podatków i opłat lokalnych.

Skutki finansowe z tytułu umorzenia zobowiązań z uwzględnieniem odsetek wyniosą 841,1 mln zł, w tym:

- 1) z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych: 149,0 mln zł,
 - 2) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne: 329,3 mln zł,
 - 3) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: 188,4 mln zł,
 - 4) z tytułu podatków i opłat lokalnych, o ile organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego podejmie stosowną uchwałę o umorzeniu tych zobowiązań: 151,5 mln zł
- i będą dotyczyły głównie 2005 r.

Zobowiązania z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez pracownika, składek emerytalnych, składki zdrowotnej w kwocie 958,2 mln zł, zostaną spłacone w ratach w terminie 24 miesięcy realizacji programu restrukturyzacyjnego zakładów.

Zakładając, że na sfinansowanie zobowiązań zostaną wyemitowane, przez zakłady albo jednostki samorządu terytorialnego, obligacje, kwota obligacji może wynieść maksymalnie 3,8 mld zł. Kwota ta została oszacowana przy założeniu, że wierzyciele wierzytelności cywilnoprawnych w ramach ugód restrukturyzacyjnych zgodzą się na umorzenie ich wierzytelności na poziomie analogicznym do umorzenia wierzytelności publicznoprawnych. W przypadku nieuzyskania takiego umorzenia kwota obligacji musiałaby ulec zwiększeniu.

Potencjalne skutki dla budżetu państwa z tytułu poręczenia odsetek od obligacji wyniosą 500 mln zł.

Skutki dla budżetu z tytułu udzielenia dotacji na wsparcie realizacji działań restrukturyzacyjnych niezadłużonych zakładów – projektowana kwota w rezerwie budżetu państwa na 2004 r. wynosi 80 mln zł.

Restrukturyzacji podlegają także zobowiązania z tytułu kredytów w kwocie 309,8 mln zł poręczonych przez jednostki samorządu terytorialnego. Wierzyciel może domagać się spłaty zobowiązań z tego tytułu od poręczyciela, czyli jednostki samorządu terytorialnego.

W odniesieniu do jednostek badawczo-rozwojowych:

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że zobowiązania 15 zakładów, spełniających warunki ustawy, powstałe od dnia 1 stycznia 1999 r. wyniosły na koniec marca 2003 r. 233,7 mln zł, w tym z tytułu:

- 1) wierzytelności publicznoprawnych 53,5 mln zł,
- 2) wierzytelności cywilnoprawnych 180,2 mln zł.

Skutki finansowe z tytułu umorzenia zobowiązań publicznoprawnych na warunkach przewidzianych projektem ustawy wyniosą 26,7 mln zł, w tym:

- 1) z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych: 2,73 mln zł,
- 2) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne: 9,07 mln zł,
- 3) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: 14,87 mln zł.

Zobowiązania z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez pracownika, składek emerytalnych, składki zdrowotnej w kwocie 26,75 mln zł, zostaną spłacone w ratach w terminie 24 miesięcy realizacji programu restrukturyzacyjnego zakładów.

Zakładając, że w ramach ugody restrukturyzacyjnej wierzyciele cywilnoprawni także umorzą część wierzytelności – celem spłaty zobowiązań niepodlegających umorzeniu zakłady wyemitują obligacje – obligacje te stanowiłyby maksymalnie kwotę 207,02 mln zł.

Spośród wspomnianych na wstępie 15 zakładów prowadzonych przez jednostki badawczo-rozwojowe w dwóch nie wystąpiły na koniec marca 2003 r. wymagalne zobowiązania. Zakłady te będą mogły skorzystać z przepisów projektu ustawy dotyczących przyznania dotacji na wsparcie działań restrukturyzacyjnych.

W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego – skutki wprowadzenia rozwiązań będą uzależnione od skali przejęcia przez jednostki samorządu terytorialnego zobowiązań cywilnoprawnych zakładów w ramach ugód restrukturyzacyjnych.

– w zakresie zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej

Wejście w życie przedmiotowej regulacji będzie miało wpływ na dochody i wydatki:

1) budżetu państwa:

- a) jeżeli zakład jako jedyny w województwie udziela określonych świadczeń zdrowotnych i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie tego województwa – ustawa przewiduje możliwość dofinansowania przez Ministra Zdrowia tego zakładu prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz spółki użyteczności publicznej, jeżeli zakład ten ma zostać zlikwidowany albo przekształcony w sposób ograniczający zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- b) z tytułu zwolnienia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i spółek użyteczności publicznej powstałych w wyniku prze-

kształcenia tych zakładów z podatku od dochodu przeznaczonego na działalność zakładu opieki zdrowotnej.

W stosunku do aktualnie obowiązujących przepisów wprowadzenie zwolnienia od podatku nie będzie miało wpływu na stan budżetu państwa, gdyż samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie płacą podatku od dochodów z działalności leczniczej. Podatek dochodowy od osób prawnych jest obliczany tylko od pozostałej działalności. Zwolnienie to będzie obowiązywało do dnia 31 grudnia 2009 r.

2) Narodowego Funduszu Zdrowia:

W zakresie finansowania pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez szpital włączony do Krajowej Sieci Szpitali – przewidywana wysokość wydatków z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – 670 000 000 zł rocznie. Podana kwota wynika z kosztów opłat za gotowość izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych w 400 szpitalach, przy założeniu dziennej stawki za gotowość 4500 zł (dane na podstawie informacji uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia); pozostała suma będzie przeznaczona na utrzymanie w gotowości specjalistycznych łóżek zakaźnych z pełnym zabezpieczeniem epidemiologicznym oraz łóżek w oddziałach intensywnego leczenia oparzeń,

3) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej:

z tytułu kosztów wyceny nieruchomości, niezbędnej do przeprowadzenia przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej – koszt wyceny nieruchomości na dzień przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej szacuje się w wysokości ok. 30 mln zł.

5. Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną lub zewnętrzną:

Projekt ma wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną. Projekt zakłada utworzenie Krajowej Sieci Szpitali. Szpitale znajdujące się w sieci muszą spełniać określone w ustawie wymagania związane m.in. z dostępnością, jakością i kompleksowością udzielanych świadczeń zdrowotnych. Spełnienie tych wymagań zwiększy konkurencyjność podmiotów działających na rynku usług medycznych. Ponadto ustawa wprowadza rozwiązania umożliwiające restrukturyzację finansową publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co powinno mieć pozytywny wpływ na sytuację konkurencyjną na rynku usług medycznych.

6. Wpływ regulacji na sytuację regionów i rozwój regionalny:

Ustawa przyczyni się do przeprowadzenia restrukturyzacji zadłużonych zakładów, co powinno mieć korzystny wpływ na rozwój regionów.

Ponadto powstanie spółek użyteczności publicznej – jako podmiotów silniejszych ekonomicznie niż samodzielne publiczne opieki zdrowotnej spowoduje ożywienie gospodarcze w zakresie podmiotów świadczących usługi dla tych spółek – co w konsekwencji spowoduje możliwość zwiększenia liczby miejsc pracy.

Wejście w życie przepisów ustawy, w szczególności dotyczących Krajowej Sieci Szpitali podniesie jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

7. Wpływ regulacji na rynek pracy:

Zakłady opieki zdrowotnej w wielu małych ośrodkach miejskich są największym pracodawcą, dlatego poprawa ich sytuacji ekonomicznej zapobiegnie narastaniu poziomu bezrobocia oraz spowoduje, że pracodawcy ci właściwie będą wywiązywać się ze swoich obowiązków wobec zatrudnionych pracowników.

Zakłady opieki zdrowotnej funkcjonując jako stabilne ekonomicznie podmioty mogą również stanowić istotnego odbiorcę wielu usług i dóbr wytwarzanych w regionie, a przez to wpłynąć na ożywienie gospodarcze i tworzenie kolejnych miejsc pracy. Oczekiwana korzyścią z ustabilizowania ekonomicznego tych podmiotów będzie wzrost wynagrodzenia zatrudnianych tam osób, poprawa warunków pracy, a być może w dalszej kolejności tworzenie nowych miejsc zatrudnienia.

Ponadto ustawa wprowadza rozwiązania umożliwiające restrukturyzację publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co powinno mieć pozytywny wpływ na rynek pracy.

8. Skutki prawne regulacji:

Wprowadzane zmiany:

- 1) zakładają wyeliminowanie z porządku prawnego formy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- 2) niwelują podział zakładów opieki zdrowotnej na publiczne i niepubliczne,
- 3) określają zasady tworzenia i funkcjonowania nowego bytu prawnego jakim jest spółka użyteczności publicznej.

9. Wstępna ocena zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej:

Proponowane regulacje są zgodne z prawem Unii Europejskiej.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
MINISTER

Prof. dr hab. Danuta Hübner
Min. DH - 3973 /03/DPE/ar

Warszawa,

27.11.

2003 r.

Pan
Aleksander Proksa
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zmianie niektórych ustaw, z prawem Unii Europejskiej, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (DZ. U. Nr 106 poz. 49), przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Minister Danutę Hübner, działającą z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

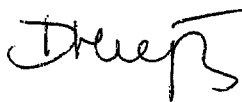
W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo nr RM-10-144-03), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

- I. Przedłożony projekt ustawy przewiduje działania mające na celu restrukturyzację zobowiązań publicznoprawnych oraz zobowiązań cywilnoprawnych. Restrukturyzacja zobowiązań publicznoprawnych (np. z tytułu podatków wobec budżetu państwa, składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska itp.) ma polegać na umorzeniu ww. zobowiązań przy spełnieniu warunków wynikających z programu restrukturyzacyjnego. Ponadto na sfinansowanie restrukturyzacji publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą otrzymywać poręczenia BGK, regwarantowane przez Skarb Państwa. Dodatkowo zakłady, w których nie występują wymagalne zobowiązania mogą uzyskać dotację na wsparcie działań restrukturyzacyjnych.
- II. Przedłożony projekt nie budzi zastrzeżeń pod kątem zgodności z prawem wspólnotowym. W związku z faktem, że proponowane rozwiązania (umorzenie zobowiązań publicznoprawnych, udzielanie dotacji restrukturyzacyjnych) mogą

stanowić pomoc publiczną i miałyby obowiązywać również po przystąpieniu RP do Unii Europejskiej, kiedy to organem nadzorującym udzielanie pomocy publicznej stanie się Komisja Europejska, należałoby przedłożyć opiniowany projekt ustawy, jako program pomocowy, do zaakceptowania Komisji Europejskiej, w ramach tzw. procedury przejściowej.

- III. W konkluzji stwierdzam, że przedłożony projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zmianie niektórych ustaw, jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,



Do wiadomości:

Pan Jerzy Hausner

Wiceprezes Rady Ministrów

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej

Projekt

ROZPORZĄDZENIE

Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia.....

**w sprawie wymagań, jakie powinny spełniać osoby zajmujące stanowiska kierownicze
w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju**

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Do osób na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej, których kwalifikacje określają odrębne przepisy, stosuje się rozporządzenie w zakresie nie uregulowanym tymi przepisami.

§ 2.

1. Kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej może być osoba:
 - 1) posiadająca wyższe wykształcenie medyczne i co najmniej sześcioletni staż pracy lub
 - 2) posiadająca wyższe wykształcenie i ukończone studia podyplomowe o kierunku zarządzanie lub zdrowie publiczne oraz co najmniej trzyletni staż pracy, z zastrzeżeniem § 3 –18.
2. Kierownikiem medycznym zakładu opieki zdrowotnej będącego spółką użyteczności publicznej może być osoba spełniająca wymagania określone w ust. 1 pkt 1, z zastrzeżeniem § 3 - 17.

§ 3

Kierownikiem przychodni, ośrodka zdrowia, poradni może być:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – Zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383, 1384, Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152 i Nr....poz.....

- 1) lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu i co najmniej pięcioletni staż pracy lub
- 2) osoba posiadająca wyższe wykształcenie pielęgniarskie lub położnicze oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i co najmniej ośmioletni staż pracy, lub
- 3) osoba posiadająca inne wyższe wykształcenie mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz specjalizację w zakresie organizacji i zarządzania, a także prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz co najmniej ośmioletni staż pracy.

§ 4.

Wymagania jakie powinien spełniać kierownik apteki szpitalnej oraz kierownik laboratorium diagnostycznego określają odrębne przepisy.

§ 5.

Kierownikiem zakładu pielęgnacyjno–opiekuńczego lub innego zakładu świadczącego usługi pielęgnacyjno–opiekuńcze oraz w zakresie promocji zdrowia w miejscu zamieszkania i pracy podopiecznego może być osoba posiadająca:

- 1) wyższe wykształcenie pielęgniarskie, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i co najmniej pięcioletni staż pracy lub
- 2) wyższe wykształcenie w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub zgodne z profilem zakładu i średnie pielęgniarskie /położnicze/, prawo wykonywania zawodu pielęgniarski /położnej/ i co najmniej pięcioletni staż pracy, lub
- 3) średnie wykształcenie medyczne, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, specjalizację i co najmniej ośmioletni staż pracy.

§ 6.

Kierownikiem zakładu opiekuńczo-leczniczego może być osoba posiadająca:

- 1) wyższe wykształcenie mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, specjalizację oraz co najmniej pięcioletni staż pracy lub
- 2) wyższe wykształcenie zgodne z zakresem powierzonych do wykonania zadań, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i co najmniej pięcioletni staż pracy, lub
- 3) średnie wykształcenie medyczne, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i specjalizację oraz co najmniej ośmioletni staż pracy.

§ 7.

1. Kierownikiem zakładu rehabilitacji leczniczej (ośrodka rehabilitacji) może być:

- 1) lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, z zastrzeżeniem ust. 3, i tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz co najmniej pięcioletni staż pracy lub
 - 2) magister rehabilitacji ruchowej posiadający specjalizację w zakresie rehabilitacji ruchowej oraz co najmniej pięcioletni staż pracy, lub
 - 3) magister fizjoterapii posiadający co najmniej pięcioletni staż pracy.
2. W przypadku kiedy kierownikiem zakładu, o którym mowa w ust. 1, nie jest lekarz w zakładzie rehabilitacji (ośrodku rehabilitacji) muszą być zatrudnieni lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej.
3. W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego kierownikiem zakładu może być także lekarz specjalista w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej.

§ 8.

Kierownikiem zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej może być:

- 1) lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu i specjalizację w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej pięcioletni staż pracy w zakładzie opieki zdrowotnej lub
- 2) magister rehabilitacji ruchowej posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji ruchowej bądź fizjoterapii i co najmniej pięcioletni staż pracy w zakładzie opieki zdrowotnej.

§ 9.

Kierownikiem zakładu udzielającego świadczeń w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa może być osoba posiadająca:

- 1) wyższe wykształcenie pielęgniarckie lub położnicze bądź inne wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i co najmniej trzyletni staż pracy lub
- 2) wyższe wykształcenie pielęgniarckie lub położnicze i specjalizację lub kurs kwalifikacyjny oraz co najmniej trzyletni staż pracy, lub
- 3) średnie wykształcenie pielęgniarckie lub położnicze, specjalizację w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i co najmniej sześcioletni staż pracy.

§ 10.

Kierownikiem żłobka może być osoba posiadająca:

- 1) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz wyższe wykształcenie mające zastosowanie w ochronie zdrowia oraz co najmniej pięcioletni staż pracy lub
- 2) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie opiekunka dziecięca oraz wyższe wykształcenie mające zastosowanie w ochronie zdrowia oraz co najmniej pięcioletni staż pracy.

§ 11.

1. Zastępcą kierownika zakładu może być osoba posiadająca wyższe wykształcenie w dziedzinie zgodnej z zakresem powierzonych do wykonania zadań i co najmniej pięcioletni staż pracy.
2. Zastępcą kierownika zakładu do spraw leczenia oraz zastępcą kierownika do spraw leczenia w zakładzie udzielającym wyłącznie świadczeń z zakresu chorób jamy ustnej i twarzoczaszki może być lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu oraz tytuł specjalisty w jednej z dziedzin medycyny zgodnej z zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład i co najmniej ośmioletni staż pracy.
3. Zastępcą kierownika zakładu do spraw pielęgniarstwa, położnictwa (naczelną pielęgniarką) może być osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wyższe wykształcenie pielęgniarzkie lub położnicze oraz co najmniej sześcioletni staż pracy.

§ 12.

Kierownikiem pracowni diagnostycznej, prowadzącej działalność w dziedzinie medycyny nuklearnej, radiologii i ultrasonografii oraz innych podobnych metod diagnostyki, może być lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu i tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny oraz co najmniej pięcioletni staż pracy.

§ 13.

Kierownikiem pracowni patomorfologicznej może być lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu i specjalizację w dziedzinie patomorfologii oraz co najmniej trzyletni staż pracy.

§ 14.

Kierownikiem pracowni protetyki stomatologicznej i ortodoncji może być:

- 1) lekarz stomatolog posiadający prawo wykonywania zawodu i co najmniej pięcioletni staż pracy lub
- 2) technik dentystyczny wykonujący zawód co najmniej siedem lat.

§ 15.

Ordynatorem oddziału szpitala lub zastępcą ordynatora oddziału może być lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu i tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny zgodnej z zakresem powierzonych do wykonania zadań oraz co najmniej ośmioletni staż pracy.

§ 16.

Przełożoną pielęgniarek lub położnych oraz zastępcą przełożonej pielęgniarek lub położnych może być osoba posiadająca:

- 1) tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa i co najmniej trzyletni staż pracy lub
- 2) tytuł zawodowy pielęgniarki lub położnej oraz wyższe wykształcenie mające zastosowanie w ochronie zdrowia i specjalizację w dziedzinie organizacji i zarządzania lub studia podyplomowe w zakresie zarządzania i co najmniej pięcioletni staż pracy.

§ 17.

Pielęgniarką oddziałową lub położną oddziałową, oraz zastępcą pielęgniarki oddziałowej lub zastępcą położnej oddziałowej może być osoba posiadająca:

- 1) tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa i co najmniej trzyletni staż pracy w szpitalu lub
- 2) tytuł zawodowy pielęgniarki lub położnej oraz wyższe wykształcenie mające zastosowanie w ochronie zdrowia i specjalizację lub studia podyplomowe w zakresie zarządzania i co najmniej trzyletni staż pracy w szpitalu, lub

- 3) tytuł zawodowy pielęgniarki lub położnej oraz specjalizację i co najmniej pięcioletni staż pracy w szpitalu.

§ 18.

1. Osoba zajmująca stanowisko kierownicze w zakładzie w dniu wejścia w życie rozporządzenia i nie spełniająca wymagań w zakresie kwalifikacji może pozostać na dotychczasowym stanowisku.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, obowiązana jest uzupełnić wymagane kwalifikacje w okresie do dnia 31 grudnia 2009 r.

§ 19.

Wymagania określone w rozporządzeniu stosuje się również do kierowników zakładów, działów i pracowni określonych w strukturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej.

§ 20.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520 oraz z 2003 r. Nr 99, poz. 918).

§ 21.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

Uzasadnienie

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej /Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm./ Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju.

Projektowanym rozporządzeniem objęte zostaną stanowiska:

1. kierownika zakładu opieki zdrowotnej,
2. kierownik medyczny,
3. kierownika przychodni, ośrodka zdrowia, poradni,
4. kierownika zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego lub innego zakładu świadczącego usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz w zakresie promocji zdrowia w miejscu zamieszkania i pracy podopiecznego,
5. kierownika zakładu opiekuńczo – leczniczego,
6. kierownika zakładu rehabilitacji leczniczej /ośrodka rehabilitacji/,
7. kierownika zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
8. kierownika zakładu udzielającego świadczeń w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa,
9. kierownika żłobka,
10. zastępcy kierownika zakładu,
11. kierownika pracowni diagnostycznej, prowadzącej działalność w dziedzinie diagnostyki dziedzinie medycyny nuklearnej, radiologii i ultrasonografii oraz innych podobnych metod diagnostyki,
12. zastępcy kierownika zakładu do spraw leczenia,
13. zastępcy kierownika zakładu do spraw leczenia w zakładzie udzielającym wyłącznie świadczeń z zakresu chorób jamy ustnej i twarzoczaszki,
14. zastępcy kierownika zakładu do spraw pielęgniarstwa /naczelnej pielęgniarki/,
15. kierownika pracowni patomorfologicznej,
16. kierownika pracowni protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
17. ordynatora oddziału szpitala i jego zastępcy,
18. przełożonej pielęgniarek /przełożonej położnych/, zastępcy przełożonej pielęgniarek /zastępcy przełożonej położnych/,
19. pielęgniarki oddziałowej /położnej oddziałowej/ oraz zastępcy pielęgniarki oddziałowej /zastępcy położnej oddziałowej/,

20. kierownika zakładu, działu lub pracowni określonych w strukturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej.

Obecnie obowiązującym aktem prawnym w tym zakresie jest rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju /Dz. U. Nr 44, poz. 520, z późn. zm./.

Projekt rozporządzenia ma na celu uporządkowanie wymagań kwalifikacyjnych na tych stanowiskach kierowniczych, które mają decydujący wpływ zarówno na sprawne funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej jak i na jakość udzielanych przez te zakłady świadczeń zdrowotnych. Z tego względu przewiduje się poszerzenie istniejącego katalogu stanowisk o inne stanowiska, które odgrywają doniosłą rolę w udzielaniu świadczeń, jak np. naczelniej pielęgniarki, kierownika pracowni patomorfologicznej, kierownika pracowni protetyki stomatologicznej i ortodoncji, przełożonej pielęgniarek /przełożonej położnych/, zastępcy przełożonej pielęgniarek /zastępcy przełożonej położnych/, pielęgniarki oddziałowej /położnej oddziałowej/ oraz zastępcy oddziałowej pielęgniarek /zastępcy oddziałowej położnych/.

Konsekwencją powyższych rozwiązań będzie zmiana przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu /Dz. U. Nr 115, poz. 749, z późn. zm./.

Ocena skutków regulacji

Skutki finansowe dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego: Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa.

Wpływ na rynek pracy: Proponowane zmiany nie będą miały wpływu na rynek pracy.

Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki: Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wpływ na sytuację i rozwój regionalny: Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Projekt zostanie skierowany do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, związków zawodowymi i organami samorządu zawodowego pracowników i pracodawców ochrony zdrowia, a także do Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia

w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w zakładach opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 10 ust. 2a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§1.1. Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładach opieki zdrowotnej określa taryfikator kwalifikacyjny, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

2. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej może zatrudnić osobę posiadającą niższą, nie więcej niż o jedną czwartą, liczbę lat pracy od wymaganej do zatrudnienia na określonym stanowisku, gdy jest to uzasadnione potrzebami pracodawcy.

§2.1. Do pracowników, których kwalifikacje określają odrębne przepisy, stosuje się rozporządzenie w zakresie nieuregulowanym tymi przepisami.

2. Kwalifikacje pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych określają odrębne przepisy.

§3.1. W rozporządzeniu jest mowa o :

- 1) tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej należy przez to rozumieć tytuł nadawany absolwentom liceów medycznych, szkół policealnych, szkół pomaturalnych oraz absolwentom studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo;
- 2) wykształceniu wyższym zawodowym, należy przez to rozumieć tytuł zawodowy licencjata nadawany absolwentom szkół wyższych i wyższych szkół zawodowych;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – Zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

²⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 38, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 35 oraz z 2000 r. Nr 3, poz. 28 i Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 382, 1383 i 1384, Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 i z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 151 i 1152 i Nr poz.)

- 3) wykształceniu wyższym, należy przez to rozumieć tytuł zawodowy magistra nadawany absolwentom szkół wyższych;
- 4) wykształceniu wyższym zawodowym medycznym należy przez to rozumieć tytuł zawodowy licencjata nadawany absolwentom szkół wyższych i wyższych szkół zawodowych kierunków medycznych;
- 5) wykształceniu wyższym medycznym, należy przez to rozumieć tytuł zawodowy magistra nadawany absolwentom szkół wyższych kierunków medycznych;
- 6) wykształceniu średnim medycznym, należy przez to rozumieć tytuł zawodowy nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych.

§4.1. Pracownik zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, nieposiadający wymaganych kwalifikacji, może być zatrudniony na dotychczasowym stanowisku lub podobnym stanowisku, jeżeli był zatrudniony na tym stanowisku zgodnie z obowiązującymi dotychczas przepisami.

2. Pracownik, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany dostosować swoje kwalifikacje- do kwalifikacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie później niż do dnia 31 grudnia 2009 r.

§5. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300).

§6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia opracowany został w wyniku delegacji dla Ministra Zdrowia zawartej w art. 10 ust. 2a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej /Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm./.

Wyżej wymieniony projekt w dniu 25 czerwca 2003 r. przedstawiony został na posiedzeniu Rady Społeczno – Zawodowej przy Ministrze Zdrowia. W związku z czym uwzględniono część uwag zgłoszonych przez związki i samorządy zawodowe oraz inne organizacje wchodzące w skład Rady Społeczno-Zawodowej, a mianowicie: Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych oraz Unię Metropolii Polskich.

Aktualnie obowiązujące przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej /Dz. U. Nr 30, poz. 300/ zawierają załącznik złożony z 3 tabel określających wymagania kwalifikacyjne pracowników:

- 1. działalności podstawowej**
- 2. administracyjnych, technicznych i ekonomicznych,**
- 3. gospodarczych i obsługi.**

W ochronie zdrowia nie istnieje obecnie pojęcie „działalności podstawowej”, z tego też względu w projektowanym rozporządzeniu zrezygnowano z dotychczasowego podziału taryfikatora kwalifikacyjnego, wprowadzając w zamian podział na:

1. pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych,
2. innych pracowników uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz
3. pozostałych pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.

Z projektu rozporządzeniu wyłączone zostały niektóre stanowiska kierownicze takie jak:

1. kierownika zakładu opieki zdrowotnej,
2. kierownika medycznego zakładu opieki zdrowotnej będącego spółką użyteczności publicznej,
3. kierownika laboratorium diagnostycznego będącego zakładem opieki zdrowotnej prowadzącym działalność w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii lub toksykologii,
4. zastępcy kierownika zakładu,
5. zastępcy kierownika zakładu do spraw leczenia,
6. zastępcy kierownika zakładu do spraw leczenia w zakładzie udzielającym wyłącznie świadczeń z zakresu chorób jamy ustnej i twarzoczaszki,
7. zastępcy kierownika zakładu do spraw pielęgniarstwa /naczelnej pielęgniarki/,
8. kierownika przychodni, ośrodka zdrowia, poradni,
9. kierownika laboratorium diagnostycznego, będącego jednostką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego działalność w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii lub toksykologii,
10. kierownika pracowni diagnostycznej prowadzącej działalność w dziedzinie medycyny nuklearnej, radiologii i ultrasonografii oraz innych podobnych metod diagnostyki,
11. kierownika pracowni patomorfologicznej,
12. kierownika zakładu rehabilitacji leczniczej /ośrodka rehabilitacji/,
13. kierownika zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
14. kierownika pracowni protetyki stomatologicznej i ortodoncji,

15. kierownika zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego lub innego zakładu świadczącego usługi pielęgnacyjno- opiekuńcze oraz w zakresie promocji zdrowia w miejscu zamieszkania i pracy podopiecznego,
16. kierownika zakładu udzielającego świadczeń opiekuńczo – leczniczych,
17. kierownika zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa,
18. kierownika żłobka,
19. ordynatora oddziału szpitala i jego zastępcy,
20. kierownika zakładu, działu lub pracowni określonych w strukturze organizacyjnej zakładu,
21. przełożonej pielęgniarek /przełożonej położnych/, zastępcy przełożonej pielęgniarek /zastępcy przełożonej położnych/,
22. pielęgniarki oddziałowej /położnej oddziałowej/ oraz zastępcy pielęgniarki oddziałowej /zastępcy położnej oddziałowej/.

Ww. stanowiska zostaną uwzględnione w opracowywanym projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju.

Projekt rozporządzenia ma na celu zarówno uporządkowanie wymagań kwalifikacyjnych na poszczególnych stanowiskach w zakładach opieki zdrowotnej jak i dostosowanie wymagań kwalifikacyjnych na tych stanowiskach do zmian wynikających z obecnie obowiązujących aktów normatywnych. Z tego względu przy opracowywaniu projektu opierano się m.in. na przepisach ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych /Dz. U. Nr 155, poz. 1014 z późn. zm. /, ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie psychologów /Dz. U. Nr 73, poz. 763/, ustawy z dnia 25 lipca 2001r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym /Dz. U. Nr 154, poz. 1801 z późn. zm./, ustawy z dnia 27 lipca o diagnostyce laboratoryjnej /Dz. U. Nr 100, poz. 1083 z późn. zm./, rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 6 sierpnia 2002 r. w sprawie rodzajów stanowisk mających istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej, szczegółowych warunków i trybu nadawania uprawnień dla osób, które mogą

być zatrudnione na tych stanowiskach, oraz szczegółowych warunków i trybu nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej /Dz. U. z 2002 r. Nr 145, poz. 1217 z późn. zm./.

W stosunku do obecnie obowiązującego rozporządzenia w tabeli zawierającej taryfikator kwalifikacyjny pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych w miejsce dotychczasowego zapisu określającego jednakowe wymagania kwalifikacyjne na stanowisku st. asystenta, asystenta, młodszego asystenta /poz. 11, 13 i 18 tabeli I dotychczas obowiązującego rozporządzenia/ wprowadzono odrębne wymagania kwalifikacyjne na takich stanowiskach jak: st. asystent lekarz /lekarz stomatolog/, st. asystent fizjoterapii, st. asystent pielęgniarstwa, st. asystent położnictwa, st. asystent dietetyki, st. asystent diagnostyki laboratoryjnej, st. asystent logopedii, st. asystent psychologii klinicznej /poz. 1-9 tabeli I projektowanego rozporządzenia/. Podobnie określone zostały stanowiska asystenta i młodszego asystenta /poz. 16-23 oraz poz. 29-36/.

Mając na względzie wymagania kwalifikacyjne na stanowisku głównego księgowego zawarte w art. 35 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych /Dz. U. Nr 155, poz. 1014, z późn. zm./ w tabeli pozostałych pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej wprowadzono na tym stanowisku możliwość zatrudnienia, w przeciwieństwie do dotychczas obowiązujących przepisów, również osoby posiadającej średnią, policealną lub pomaturalną szkołę zawodową o kierunku rachunkowość oraz co najmniej 6-letni staż pracy w księgowości.

Ocena skutków regulacji

Skutki finansowe dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa.

Wpływ na rynek pracy: Proponowane zmiany nie będą miały wpływu na rynek pracy.

Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki: Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wpływ na sytuację i rozwój regionalny: Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Projekt zostanie skierowany do uzgodnień międzyresortowych, do konsultacji ze związkami zawodowymi i samorządami zawodowymi pracowników oraz zrzeszeniami pracodawców ochrony zdrowia.

8.11/esz

TARYFIKATOR KWALIFIKACYJNY

I. Pracownicy udzielający świadczeń zdrowotnych

Lp	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje zawodowe	Staż pracy w zawodzie
1	2	3	4
1	2	3	4
1	Starszy asystent lekarz /lekarz stomatolog/	Tytuł zawodowy lekarza lub stomatologa oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora	7 lat
2	Starszy asystent farmacji	Tytuł zawodowy farmaceuty oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora	7 lat
3	Starszy asystent fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra na kierunku fizjoterapii/ rehabilitacji ruchowej/ lub wychowania fizycznego ^{1/} oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu fizjoterapii	7 lat
4	Starszy asystent pielęgniarstwa	Tytuł zawodowy magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora	7 lat
5	Starszy asystent położnictwa	Tytuł zawodowy położnej oraz tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora	7 lat
		Tytuł zawodowy położnej oraz studia magisterskie na kierunku pedagogika -specjalność edukacja i promocja zdrowia	7 lat
6	Starszy asystent dietetyki	Tytuł zawodowy dietetyka oraz tytuł zawodowy magistra na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu dietetyki	7 lat
7	Starszy asystent diagnostyki laboratoryjnej	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego oraz tytuł specjalisty w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej,	7 lat

		analityki klinicznej, mikrobiologii, toksykologii lub co najmniej stopień naukowy doktora w dziedzinie dotychczas nie objętej specjalizacją jak: immunologia, genetyka i transfuzjologia.	
		Tytuł zawodowy lekarza oraz tytuł specjalisty z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej, transfuzjologii klinicznej.	7 lat
8	Starszy asystent logopedii	Tytuł zawodowy logopedy oraz tytuł specjalisty z neurologopedii lub studia podyplomowe z neurologopedii lub surdologopedii	7 lat
9	Starszy asystent psychologii klinicznej	Tytuł zawodowy psychologa oraz tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna	7 lat
10	Starszy asystent nie wymieniony z poz. 1-9	Tytuł zawodowy magistra oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	7 lat
11	Starszy koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów	Wyższe medyczne i kurs specjalistyczny ²⁾	2 lata
		Średnie medyczne i przeszkolenie specjalistyczne ²⁾	7 lat
12	Starszy specjalista terapii uzależnień	Tytuł zawodowy magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kurs specjalistyczny ^{3/}	7 lat
13	Starszy specjalista psychoterapii uzależnień	Tytuł zawodowy magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kurs specjalistyczny ^{4/}	7 lat
14	Starszy specjalista nie wymieniony w poz. 12-13	Wyższe oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub studia podyplomowe	7 lat
15	Lekarz /lekarz stomatolog asystent/, specjalista	Tytuł zawodowy lekarza lub stomatologa oraz co najmniej specjalizacja I stopnia lub stopień naukowy doktora	5 lat
16	Asystent farmacji	Tytuł zawodowy farmaceuta oraz co najmniej specjalizacja I stopnia lub stopień naukowy doktora	1 rok
17	Asystent fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra fizjoterapii/ rehabilitacji ruchowej/ lub wychowania fizycznego ^{1/} oraz co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu fizjoterapii lub I stopień	5 lat

		specjalizacji	
18	Asystent pielęgniarstwa	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa.	5 lat
		Tytuł zawodowy pielęgniarki oraz tytuł zawodowy magistra na kierunku pedagogika -specjalność edukacja i promocja zdrowia	5 lat
19	Asystent położnictwa	Tytuł zawodowy magistra położnictwa	5 lat
		Tytuł zawodowy położnej oraz tytuł zawodowy magistra na kierunku pedagogika -specjalność edukacja i promocja zdrowia	5 lat
20	Asystent dietetyki	tytuł zawodowy dietetyka oraz studia na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka oraz co najmniej specjalizacja I stopnia lub stopień naukowy doktora z zakresu dietetyki	5 lat
21	Asystent diagnostyki laboratoryjnej	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego lub co najmniej stopień naukowy doktora w dziedzinie dotychczas nieobjętej specjalizacją jak:immunologia, genetyka i transfuzjologia.	5 lat
		Tytuł zawodowy lekarza oraz specjalizację I stopnia z zakresu diagnostyki laboratoryjnego	5 lat
22	Asystent logopedii	Tytuł zawodowy logopedy oraz tytuł specjalisty z neurologopedii lub studia podyplomowe z neurologopedii lub surdologopedii	5 lat
23	Asystent psychologii klinicznej	Tytuł zawodowy psychologa oraz specjalizacja I stopnia w dziedzinie psychologia kliniczna	5 lat
24	Asystent nie wymieniony w poz. 16-23	Tytuł zawodowy magistra oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	5 lat
		Wyższe medyczne i studia podyplomowe mające zastosowanie w ochronie zdrowia	3 lata
		średnie medyczne i specjalizacja w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnej z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych lub w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa	6 lat
25	Koordinator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów	Wyższe medyczne i kurs specjalistyczny ²⁾	1 rok
		Średnie medyczne i kurs specjalistyczny ²⁾	4 lata

26	Specjalista terapii uzależnień	Tytuł zawodowy magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kurs specjalistyczny ³⁾	3 lata
27	Specjalista psychoterapii uzależnień	Tytuł zawodowy magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kurs specjalistyczny ⁴⁾	3 lata
	Specjalista nie wymieniony w poz. 26-27	Tytuł zawodowy magistra oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub studia podyplomowe	3 lata
28	Lekarz /lekarz stomatolog/ młodszy asystent	Tytuł zawodowy lekarza lub stomatologa ⁵⁾	1 rok
29	Młodszy asystent farmacji	Tytuł zawodowy farmaceuta	-
30	Młodszy asystent fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej lub wychowania fizycznego ^{1/}	-
31	Młodszy asystent pielęgniarstwa	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa	-
32	Młodszy asystent położnictwa	Tytuł zawodowy położnej oraz tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub położnictwa	-
33	Młodszy asystent dietetyki	Tytuł zawodowy dietetyk oraz studia na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka	-
		Tytuł zawodowy licencjata w zakresie dietetyki	-
34	Młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej	tytuł diagnosty laboratoryjnego	-
35	Młodszy asystent logopedii	Tytuł zawodowy logopeda	-
36	Młodszy asystent psychologii klinicznej	Tytuł zawodowy magistra psychologii	
37	Młodszy asystent nie wymieniony w poz. 29-36	Tytuł zawodowy magistra w odpowiedniej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1 rok
37	Młodszy asystent nie wymieniony w poz. 29-36	Tytuł zawodowy magistra w odpowiedniej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1 rok
38	Stażysta: lekarz, lekarz stomatolog, farmaceuta	Tytuł zawodowy lekarza, stomatologa lub farmaceuty	-
39	Kierownik zespołu techników elektroradiologów	Tytuł zawodowy technika elektroradiologii oraz tytuł zawodowy magistra na kierunku medycznym,	3 lata
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności elektroradiologia	2 lata

		oraz tytuł specjalisty ^{7/}	
		Tytuł zawodowy technika elektroradiologii	7 lat
40	Kierownik zespołu: techników fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej lub wychowania fizycznego ^{1/}	3 lata
		Tytuł zawodowy technika fizjoterapii oraz tytuł zawodowy magistra na kierunku medycznym	3 lata
		Tytuł zawodowy licencjata na kierunku/ specjalności/ fizjoterapia	5 lat
		Tytuł zawodowy technika fizjoterapii	7 lat
41	Kierownik zespołu techników analityki medycznej	Tytuł diagnosty laboratoryjnego	2 lata
		Tytuł zawodowy technika analityki medycznej oraz studia na kierunku przydatnym do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata na kierunku analityki medycznej	5 lat
42	Kierownik zespołu: dietetyków	Tytuł zawodowy dietetyka oraz tytuł zawodowy magistra na kierunku medycznym,	3 lata
		Tytuł zawodowy licencjata na kierunku/ specjalności/ dietetyka	5 lat
		Tytuł zawodowy dietetyka	7 lat
43	Kierownik zespołu: terapeutów zajęciowych	Tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego oraz tytuł magistra na kierunku medycznym	3 lata
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności terapia zajęciowa	5 lat
		Tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego	7 lat
44	Kierownik centralnej sterylizacji	Tytuł zawodowy pielęgniarki i wykształcenie wyższe oraz studia podyplomowe lub specjalizacja w zakresie epidemiologii	3 lata
		Tytuł zawodowy instruktora higieny	5 lat

		i wykształcenie wyższe oraz studia podyplomowe w zakresie epidemiologii	
		Tytuł zawodowy instruktor higieny	-
45	Koordynator przychodni wojewódzkiej do spraw pielęgniarstwa, położnictwa	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa	5 lat
		Średnie medyczne i specjalizacja ^{6/}	9 lat
46	Zastępca kierownika laboratorium diagnostycznego	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego lub Tytuł zawodowy lekarza posiadającego specjalizację w zakresie diagnostyki laboratoryjnej	5 lat
47	Inspektor do spraw gospodarki lekiem, farmaceuta kliniczny	Tytuł zawodowy magistra farmacji i tytuł specjalisty z farmacji klinicznej	3 lata
48	Kierownik izby porodowej	Tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub tytuł zawodowy magistra położnictwa	6 lat
		Tytuł zawodowy pielęgniarki lub położnej i specjalizacja zgodna z kierunkiem udzielanych świadczeń	9 lat
49	Pielęgniarka położna koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek i położnych	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub położnictwa	1 rok
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej oraz specjalizacja	3 lat
50	Starszy felczer, felczer	Tytuł zawodowy felczera	-
51	Specjalistka: pielęgniarka, położna	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub położnictwa i specjalizacja ^{6/}	-
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej oraz specjalizacja ^{6/}	3 lata
52	Specjalista do spraw promocji zdrowia	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub położnictwa i studia podyplomowe z zakresu promocji zdrowia lub specjalizacja w tej dziedzinie	3 lata
		Tytuł zawodowy magistra i tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej oraz studia podyplomowe z zakresu promocji zdrowia lub specjalizacja w tej dziedzinie	3 lata
		Wyższe z zakresu promocji zdrowia lub wyższe z zakresu zdrowia publicznego	-
53	Specjalista technik dentystyczny	Tytuł zawodowy technika dentystycznego i specjalizacja zawodowa ^{7/}	7 lat

54	Specjalista technik radioterapii	Średnie medyczne i specjalistyczne uprawnienia zawodowe	5 lat
55	Starsza: pielęgniarka, położna	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, położnictwa	1 rok
		Tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, położnictwa i kurs kwalifikacyjny	3 lata
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej	5 lat
56	Starsza: pielęgniarka rodzinna /środowiskowa/, położna rodzinna /środowiskowa/	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa /położnictwa/	3 lata na stanowisku pielęgniarki rodzinnej /środowiskowej/, położnej rodzinnej /środowiskowej/
		Tytuł zawodowy pielęgniarki/położnej/i specjalizacja z dziedziny pielęgniarstwa rodzinnego	5 lat na stanowisku pielęgniarki rodzinnej /środowiskowej/, położnej rodzinnej /środowiskowej/
57	Starsza asystentka stomatologiczna	Tytuł zawodowy asystentki stomatologicznej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
58	Starszy dietetyk	Tytuł zawodowy dietetyka potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności dietetyk	3 lata
59	Starsza higienistka stomatologiczna	Tytuł zawodowy higienistki stomatologicznej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności higiena stomatologiczna	3 lata
60	Starsza opiekunka dziecięca	Tytuł zawodowy opiekunki dziecięcej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
61	Starsza ortoptystka	Tytuł zawodowy ortoptystki potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
62	Starszy ratownik medyczny	Tytuł zawodowy ratownika medycznego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności ratownik medyczny ⁸⁾	3 lata
63	Starszy terapeuta zajęciowy	Tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności terapia zajęciowa	3 lata
64	Starszy technik analityki medycznej	Tytuł zawodowy technika analityki medycznej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat

		ukończenie liceum medycznego o kierunku analityka medyczna	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata na kierunku analityka medyczna	5 lat
65	Starszy technik dentystyczny	Tytuł zawodowy technika dentystycznego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności technika dentystyczna	5 lat
66	Starszy technik elektroradiolog	Tytuł zawodowy technika elektroradiologii potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności technik elektroradiolog	3 lata
67	Starszy technik farmaceutyczny	Tytuł zawodowy technika farmaceutycznego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
68	Starszy technik fizjoterapii	Tytuł zawodowy technika fizjoterapii potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
		Tytuł zawodowy licencjata na kierunku fizjoterapia	3 lata
69	Starszy technik masażysta	Tytuł zawodowy technika masażysty potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
70	Starsza higienistka szkolna	Tytuł zawodowy higienistki szkolnej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	5 lat
71	Asystentka stomatologiczna	Tytuł zawodowy asystentki stomatologicznej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej,	-
72	Dietetyk	Tytuł zawodowy dietetyka potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności dietetyk	-
73	Higienistka stomatologiczna	Tytuł zawodowy higienistki stomatologicznej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności higiena stomatologiczna	-
74	Opiekunka dziecięca	Tytuł zawodowy opiekunki dziecięcej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
75	Ortoptystka	Tytuł zawodowy ortoptystki potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
76	Dyspozytor	Średnie medyczne	-
77	Ratownik medyczny	Tytuł zawodowy ratownika medycznego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-

		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności ratownik medyczny ⁸⁾	-
78	Terapeuta zajęciowy	Tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności terapia zajęciowa	-
79	Technik analityki medycznej	Tytuł zawodowy technika analityki medycznej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Ukończenie liceum medycznego o kierunku analiza medyczna	-
80	Technik dentystyczny	Tytuł zawodowy technika dentystycznego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności technika dentystyczna	-
81	Technik elektroradiolog	Tytuł zawodowy technika elektroradiologii potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Tytuł zawodowy licencjata w specjalności technika elektrokardiologa	-
82	Technik farmaceutyczny	Tytuł zawodowy technika farmaceutycznego potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
83	Technik fizjoterapii	Tytuł zawodowy technika fizjoterapii potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
		Tytuł zawodowy licencjata na kierunku fizjoterapia	-
84	Technik masażysta	Tytuł zawodowy technika masażysty potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
85	Higienistka szkolna	Tytuł zawodowy higienistki szkolnej potwierdzający ukończenie policealnej szkoły medycznej	-
86	Perfuzjonista	Średnie medyczne i przeszkolenie specjalistyczne ²⁾	-
87	Starszy instruktor terapii uzależnień	Średnie oraz kurs - szkolenie specjalistyczne ³⁾	-
88	Pielęgniarka rodzinna /środowiskowa/, położna rodzinna /środowiskowa/	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, położnictwa ⁹⁾	3 lata pracy w oddziale
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej i specjalizacja z dziedziny pielęgniarstwa rodzinnego	3 lata pracy w oddziale

89	Pielęgniarka w ochronie zdrowia pracujących	Wymagane kwalifikacje zgodnie z odrębnymi przepisami ^{17/}	
90	Pielęgniarka, położna,	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, położnictwa	-
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej	-
91	Pielęgniarka epidemiologiczna /położna epidemiologiczna/	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, położnictwa	3 lata pracy w oddziale
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	7 lat w oddziale
92	Stażystka: pielęgniarka, położna	Tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, położnictwa	-
		Tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej	-
93	Instruktor terapii uzależnień	Średnie oraz kurs szkolenie specjalistyczne ³⁾	-
		Średnie medyczne	
94	Asystentka stomatologiczna	Średnie medyczne	-
95	Asystentka pielęgniarska ⁵⁾	Tytuł zawodowy asystentka pielęgniarstwa	-
96	Higienistka szpitalna ⁵⁾	Zasadnicza szkoła higienistek Szpitalnych, prawo wykonywania zawodu	-
97	Starszy protetyk słuchu	Tytuł zawodowy protetyka słuchu	5 lat
98	Protetyk słuchu	Tytuł zawodowy protetyka słuchu	3 lata

I. Inni pracownicy uczestniczący w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Lp	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje	Staż pracy
2		Zawodowe	
1	Starszy inżynier medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej lub co najmniej tytuł doktora w zakresie inżynierii medycznej	5 lat
2	Starszy fizyk medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub co najmniej stopień doktora w zakresie fizyki medycznej	5 lat
3	Starszy inspektor ochrony radiologicznej	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł oraz szkolenie specjalistyczne ¹¹⁾	1 rok
4	Starszy pracownik socjalny	Tytuł zawodowy magistra kierunkach określonych odrębnymi przepisami oraz specjalizacja II stopnia ¹⁰⁾	-
5	Inżynier medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej lub co najmniej tytuł doktora w zakresie inżynierii medycznej	3 lata
6	Fizyk medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera oraz tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub co najmniej stopień doktora w zakresie fizyki medycznej	3 lata
7	Kierownik sekcji statystyki medycznej i dokumentacji chorych	Wyższe medyczne lub inne wyższe mające zastosowanie przy wykonywaniu zadań na określonym stanowisku	3 lata
8	Kierownik transportu wewnętrznego	Średnie medyczne lub inne średnie	5 lat
9	Kierownik kuchni ogólnej mlecznej	Średnie z zakresu żywienia człowieka	5 lat
10	Starsza: sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna	Średnie	5 lat
11	Technik kliniczny	Tytuł zawodowy technika i przeszkolenie specjalistyczne	1 rok
12	Pracownik socjalny	Wyższe określone odrębnymi przepisami oraz specjalizacja I stopnia ¹⁰⁾	-
13	Samodzielny pracownik do spraw szkolenia w zawodach medycznych	Wyższe medyczne lub inne mające zastosowanie w tej działalności	3 lata
		Średnie medyczne i specjalizacja z	9 lat

		zarządzania	
14	Inspektor ochrony radiologicznej	Średnie i przeszkolenie specjalistyczne ¹¹⁾	3 lata
15	Statystyk medyczny, rejestratorka medyczna, sekretarka medyczna	Średnie	-
16	Starsza pomoc laboratoryjna	Średnie oraz przeszkolenie w miejscu pracy	2 lata
17	Starsza salowa	Podstawowe oraz przeszkolenie w miejscu pracy	3 lata
18	Operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych	Średnie oraz przeszkolenie zawodowe	-
19	Preparator, dezynfektor, wykwalifikowana pomoc stomatologiczna	Średnie oraz przeszkolenie zawodowe	-
20	Pracownik sanitarny sterylizacji i dezynfekcji szpitalnej	Średnie i kurs kwalifikacyjny ⁹⁾	3 miesiące
21	Przymiarkowy ortopeda	Średnie techniczne	-
		Zasadnicze zawodowe	3 lata
22	Bandażysta ortopedyczny, mechanik ortopedyczny, cholewkarz ortopedyczny, obuwnik ortopedyczny	Zasadnicze zawodowe	-
23	Przyuczeni: pomoc dentystyczna, dezynfektor i inni	Podstawowe i przeszkolenie zawodowe	-
24	Sanitariusz szpitalny	Średnie, kurs kwalifikacyjny dla sanitariuszy	6 miesięcy
25	Sanitariusz (noszowy), salowa, fasowaczka	Podstawowe oraz przeszkolenie w miejscu pracy	-
		Średnie	-
		Średnie o odpowiednim kierunku	-
26	Pomoc laboratoryjna	Średnie oraz przeszkolenie w miejscu pracy	-
27	Pomoc apteczna	Średnie oraz przeszkolenie w miejscu pracy	-

III. Pozostali pracownicy zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej

Lp.	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje zawodowe	Staż pracy
1	Główny księgowy	Tytuł zawodowy magister ekonomii, tytuł zawodowy licencjata na kierunku ekonomii, lub ekonomiczne studia podyplomowe	3 lata w księgowości
		Tytuł zawodowy technika ekonomicznego, policealna lub pomaturalna szkoła zawodowa o kierunku rachunkowość	6 lat w księgowości
2	Zastępca głównego księgowego	Tytuł zawodowy magistra ekonomii	4 lata
		Tytuł zawodowy technika ekonomii	8 lat
3	Radca prawny	Według odrębnych przepisów ¹³⁾	
4	Główny specjalista, asystent kierownika zakładu	Wyższe o odpowiednim kierunku	7 lat
5	Główny specjalista do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	Według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
6	Starszy specjalista, starszy statystyk, starszy informatyk	Wyższe o odpowiednim kierunku	5 lat
7	Specjalista, informatyk	Wyższe o odpowiednim kierunku	3 lat
8	Specjalista do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	Według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
9	Kapelan szpitalny	Tytuł zawodowy magister teologii lub ukończone wyższe seminarium duchowne oraz skierowanie biskupa diecezjalnego	-
10	Starszy inspektor do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	Według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
11	Pełnomocnik kierownika zakładu ds. jakości	Wyższe medyczne, ukończone studia podyplomowe z zakresu zarządzania jakością lub ukończone kursy	3 lata

		specjalistyczne	
		Średnie medyczne i ukończone kursy specjalistyczne	5 lat
12	Starszy: inspektor, rewident Zakładowy, księgowy, mistrz, Technik informatyk	wyższe o odpowiednim kierunku	1 rok
		średnie o odpowiednim kierunku	4 lata
13	Kierownik świetlicy	Wyższe o odpowiednim kierunku	2 lata
		średnie o odpowiednim kierunku	5 lat
14	Kierownik kancelarii, starszy referent	średnie o odpowiednim kierunku	2 lata
15	Inspektor do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
16	Inspektor do spraw obronnych i rezerw	Wyższe	2 lata
17	Inspektor ochrony przeciwpożarowej	według odrębnych przepisów ¹⁵⁾	
18	Inspektor, księgowy, inspektor terapii pracą, mistrz, starszy Kasjer	wyższe o odpowiednim kierunku	-
		Średnie o odpowiednim kierunku	5 lat
19	Starszy magazynier, intendent, Kasjer	Średnie	1 rok
20	Magazynier	Średnie	-
		Podstawowe	2 lata
21	Starszy bibliotekarz	według odrębnych przepisów ¹⁶⁾	
22	Bibliotekarz	według odrębnych przepisów ¹⁶⁾	
23	Referent, archiwista, sekretarka	Średnie	-
23	Referent, archiwista, sekretarka	Średnie	-

24	Starsza maszynistka	Średnie	-
25	Maszynistka	Średnie	-
26	Telefonistka	Podstawowe	-
27	Laborant w kotłowni	Średnie chemiczne	-
28	Konserwator urządzeń Technicznych	Tytuł zawodowy technika lub zasadnicze zawodowe o odpowiednim kierunku i przeszkolenie specjalistyczne	-
29	Starszy mistrz	Tytuł zawodowy technika lub zasadnicze zawodowe i uprawnienia mistrzowskie	5 lat
30	Mistrz	Tytuł zawodowy technika lub zasadnicze zawodowe i uprawnienia mistrzowskie	-
31	Hydraulik, ślusarz, elektromechanik, tokarz, elektryk, spawacz, szef kuchni, operator oczyszczalni ścieków i inni	Zasadnicze zawodowe lub podstawowe i kurs przysposobienia zawodowego	-
32	Kierowca	Wykształcenie średnie lub zawodowe oraz zawodowe prawo jazdy	3 lata
33	Palacz kotłów parowych o nadciśnieniu 0,07 Mpa, wodnych wysokotemperaturowych wraz z urządzeniami pomocniczymi	Świadectwo czeladnicze lub zasadnicza szkoła zawodowa i uprawnienia kwalifikacyjne ^{12/}	6 miesięcy
34	Palacz kotłów wodnych nisko- i średniotemperaturowych wraz z urządzeniami pomocniczymi	Świadectwo robotnika wykwalifikowanego w zawodzie palacza i uprawnienia kwalifikacyjne ^{12/}	6 miesięcy
35	Palacz pieców spalania odpadów organicznych, aparaturowy uzdatniania wody	Podstawowe i uprawnienia kwalifikacyjne ^{12/}	6 miesięcy

36	Pomocnik palacza, robotnik nawęglania i odżużlowania	Podstawowe i przyuczenie do zawodu	-
37	Starszy: dozorca, strażnik, portier	Podstawowe i przeszkolenie zawodowe	3 lata
38	Dozorca, strażnik, portier, woźny, dźwigowy, szatniarz, powielaczowy i inni	Podstawowe i przeszkolenie zawodowe	-

Objaśnienia oznaczeń:

- 1) Specjalność rehabilitacja lub gimnastyka lecznicza zgodnie z ustawą z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej /jednolity tekst Dz. U. z 2001 r. Nr 81, poz. 889 z późn. zm./
- 2) Kurs specjalistyczny zorganizowany przez kierownika zakładu zatrudniającego pracownika na ww. stanowisku.
- 3) Kurs specjalistyczny w dziedzinie uzależnienia od narkotyków przeprowadzony zgodnie z programem zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art.14 ust.2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75,poz.468 z późn. zm.), na podstawie programu zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia.
- 4) Kurs specjalistyczny na podstawie art.22 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r., Nr 147, poz. 1231) na podstawie programu zatwierdzonego przez PARPA.
- 5) Po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu.
- 6) Specjalizacja zawodowa uzyskana w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych /Dz. U. Nr 161, poz. 1110/.
- 7) Specjalizacja zawodowa uzyskana w oparciu o przepisy art. 68c ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty /j. t. Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 z późn. zm./.
- 8) Nazwa specjalności określona przez uczelnię np. medycyna ratunkowa.
- 9) Kurs kwalifikacyjny zorganizowany na podstawie programu, który uzyskał pozytywną opinię Ministra Zdrowia.
- 10) Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414 późn. zm/.
- 11) na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 sierpnia 2002 r. w sprawie rodzajów stanowisk mających istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej, szczegółowych warunków i trybu nadawania uprawnień dla osób, które mogą być zatrudnione na tych stanowiskach, oraz szczegółowych warunków i trybu nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej /Dz. U. z 2002 r. Nr 145, poz. 1217 z późn. zm./
- 12) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki z dnia 16 marca 1998 r. w sprawie wymagań dla osób zajmujących się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci oraz trybu stwierdzania tych kwalifikacji, rodzajów instalacji i urządzeń, przy których eksploatacji

wymagane jest posiadanie kwalifikacji, jednostek organizacyjnych, przy których powołuje się komisję kwalifikacyjną, oraz wysokości opłat pobieranych za sprawdzenie kwalifikacji (Dz. U. Nr 59, poz. 377 z późn. zm.).

- 13) Na podstawie ustawy z dnia 6 lipca 1982r o radcach prawnych/j.t. Dz. U. z 2002r Nr 123, poz. 1059 z późn. zm./.
- 14) Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 września 1997r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 109, poz. 704).
- 15) Na podstawie Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 czerwca 1997r. w sprawie kwalifikacji zawodowych, jakie powinni posiadać strażacy Państwowej Straży pożarnej na określonych stanowiskach służbowych, oraz etatów stopni służbowych dla poszczególnych stanowisk(Dz. U. Nr 70, poz. 446).
- 16) Zgodnie z ustawą z dnia 27 czerwca 1997r. o bibliotekach (Dz. U. Nr 85, poz. 539 z późn. zm.).
- 17) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich posiadania /Dz. U. Nr 124, poz. 796/.

8a.11/esz

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA FINANSÓW¹⁾**

z dnia 2003 r.

**w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przyjmującego
zamówienie na świadczenia zdrowotne**

Na podstawie art. 35 ust. 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, o którym mowa w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, zwanego dalej „ubezpieczeniem OC”, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia.

§2. 1. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda uprawniającą poszkodowanego do dochodzenia roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego.

2. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.

3. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia;
- 2) powstałych w wyniku nałożenia kar umownych;
- 3) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek;
- 4) powstałych wskutek aktów terroru.

¹⁾ Minister Finansów kieruje działem instytucje finansowe na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 29 marca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. Nr 32, poz. 301, Nr 43, poz. 378 i Nr 93, poz. 834).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769, Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152 i Nr ... poz.

§3. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego ubezpieczający obowiązany jest, na podstawie umowy o udzielenie zamówienia, do wykonywania zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie udzielonego zamówienia.

§4. 1. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego wypadku, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych:

- 1) 100.000 euro w odniesieniu do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) 50.000 euro w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 3) 15.000 euro w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 4) 100.000 euro w odniesieniu do grupowej praktyki lekarskiej prowadzącej działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 5) 25.000 euro w odniesieniu do grupowej praktyki pielęgniarek, położnych prowadzącej działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 6) 15.000 euro w odniesieniu do osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniając warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

2. Kwoty, o których mowa w ust. 1, ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

§5. 1. Umowa ubezpieczenia OC zawarta przed dniem wejścia w życie rozporządzenia ulega rozwiązaniu z dniem 31 grudnia 2003 roku, o ile zawiera postanowienia sprzeczne z przepisami niniejszego rozporządzenia.

2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia OC zawarta przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, nie zawiera postanowień sprzecznych z przepisami niniejszego rozporządzenia, ulega ona rozwiązaniu z upływem okresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, określonego w tej umowie.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 i 2, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu przed rozwiązaniem się dotychczasowej umowy.

§6. Traci moc rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 143, poz. 921).

§7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER FINANSÓW

W porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Zmieniana ustawą z dnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz... Nr...) nakłada na ministra właściwego do spraw instytucji finansowych obowiązek określenia szczegółowego zakresu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne, terminu powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalnej sumy gwarancyjnej tego ubezpieczenia.

Niniejsze rozporządzenie stanowi wypełnienie delegacji ustawowej.

W chwili obecnej w materii tej obowiązuje rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 143, poz. 921).

W §2 projektu określono zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC poprzez m.in. określenie w ust. 1 zakresu czasowego ochrony ubezpieczeniowej (tzw. trigger). Ubezpieczenie OC nie może bowiem prawidłowo funkcjonować bez dokładnego sprecyzowania, który moment bierze się pod uwagę jako wypadek ubezpieczeniowy objęty umową ubezpieczeniową.

W powyższym zakresie ubezpieczenie OC powinno obejmować wszystkie szkody, bez możliwości ograniczenia przez zakład ubezpieczeń w jakikolwiek sposób wypłaty odszkodowań (niemożność zastosowania udziału własnego, franszyzy integralnej lub redukcyjnej). Przez taki zapis spełniony jest postulat zapewnienia przez ubezpieczenie OC jak najpełniejszej ochrony poszkodowanych osób trzecich.

Jednocześnie uzasadnione jest, aby ale z zakresu tego ubezpieczenia wyłączyć odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za enumeratywnie określone w rozporządzeniu szkody (§2 ust. 3). Wyłączenia zawierają przypadki społecznie uzasadnione, jak również sytuacje nadzwyczajne, którym trudno jest się przeciwstawić.

W §3 określono termin powstania obowiązku ubezpieczenia. Zgodnie z tym przepisem obowiązek ten powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego ubezpieczający spełnia świadczenia zdrowotne na podstawie umowy o udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne.

W §4 określona została minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia, której wysokość jest zróżnicowana ze względu na zróżnicowanie podmiotów obowiązanych do zawarcia umowy ubezpieczenia OC i zróżnicowany zakres ich możliwej odpowiedzialności w związku z różnym zakresem ryzyka wyrządzenia szkody.

Z uwagi na zmienioną, w odniesieniu do niektórych podmiotów, wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej w porównaniu z obecnymi unormowaniami, nie jest w chwili obecnej możliwe dokładne oszacowanie wysokości składki ubezpieczeniowej płaconej przez te podmioty w 2004 roku. W roku 2002 składka ubezpieczeniowa wynosiła średnio ok. 1200-1500 zł (w zależności od rodzaju podmiotu).

W §5 zostały zawarte przepisy przejściowe dotyczące umów ubezpieczenia OC, które zostały zawarte przed dniem wejścia rozporządzenia w życie.

Zgodnie z delegacją ustawową rozporządzenie jest wydawane w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, zaś projekt podlega opiniowaniu przez samorządy zawodów medycznych oraz Polską Izbę Ubezpieczeń.

Projekt będzie także przedmiotem uzgodnień z instytucjami ubezpieczeniowymi (Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Rzecznikiem Ubezpieczonych, stowarzyszeniami pośredników ubezpieczeniowych) oraz konsultacji społecznych z organami medycznych samorządów zawodowych – Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, jak również z Polskim Towarzystwem Lekarskim, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce

Wejście rozporządzenia w życie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa. Nie wpłynie również na rynek pracy, konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki oraz na sytuację i rozwój regionalny.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia

**w sprawie szczegółowego zakresu zadań i uprawnień kierownika medycznego
zakładu opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 48b ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Do zadań i uprawnień kierownika medycznego należą:

- 1) nadzorowanie stanu i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez:
 - a) opiniowanie kwalifikacji i uprawnień zawodowych pracowników wykonujących zawody medyczne w stosunku do rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te osoby,
 - b) ustalanie, kontrola i analiza procedur postępowania medycznego w zakładzie opieki zdrowotnej w celu zachowania bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i przedstawianie ich wyników oraz

¹ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – Zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 93, poz. 833)

² Zmiany ustawy zostały zgłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, nr 117, poz. 756 i nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383, 1384, Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr.....poz.....

wniosków zarządowi spółki użyteczności publicznej, zwanego dalej „zarządem”,

- c) kontrolę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - d) rozpatrywanie uwag, skarg i wniosków pacjentów,
 - e) analiza i wprowadzanie procedur mających na celu zapobieganie występowaniu zakażeń szpitalnych;
- 2) koordynacja współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia w szczególności w zakresie:
- a) przygotowania ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, i przedkładania ich zarządowi,
 - b) terminowego przygotowania sprawozdań medycznych do Funduszu i przedkładanie zarządowi sprawozdań z wykonania umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych,
 - c) przedkładania propozycji niezbędnych zmian kontraktu w umowach o udzielenie świadczeń zdrowotnych,
 - d) kontroli przestrzegania wymagań określonych przez Fundusz a dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych;
- 3) określenie procedur postępowania z dokumentacją medyczną i nadzór nad jej prawidłowym sporządzaniem, przechowywaniem i udostępnianiem zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 4) przeprowadzanie, zgodnie z przyjętym rocznym planem kontroli dokumentacji medycznej i przedstawianie zarządowi jej wyników oraz informacji o realizacji zaleceń pokontrolnych;
- 5) określenie procedur postępowania ze zwłokami w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 6) nadzorowanie prawidłowego sporządzania i przekazywanie właściwym organom zestawień statystyki medycznej;
- 7) współpraca z przedstawicielami samorządu lekarskiego, pielęgniarek i położnych, aptekarskiego i diagnostów laboratoryjnych oraz przedstawicielami związków zawodowych działających w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 8) koordynacja działalności oddziałów, pododdziałów oraz zakładów i pracowni diagnostycznych oraz innych komórek wyszczególnionych w schemacie organizacyjnym zakładu opieki zdrowotnej jako nadzorowanych przez kierownika medycznego;

- 9) przygotowanie, analiza i nadzór nad procedurami dotyczącymi przyjęć chorych do zakładu;
- 10) informowanie zarządu o konieczności zawiadomienia prokuratora o wypadkach przyjęcia do szpitala lub zgonu chorych, co do których zachodzi podejrzenie, że choroba lub zgon jest wynikiem wypadku lub przestępstwa;
- 11) przygotowanie projektu receptariusza szpitalnego oraz projektów jego zmian, a także przedkładania ich wraz z uzasadnieniem zarządowi, monitorowanie wprowadzenia zmian;
- 12) określanie zasad i analiza procedur związanych z gospodarką produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi oraz ich kontrola;
- 13) określanie i analiza procedur postępowania z narkotykami w zakładzie opieki zdrowotnej, dotyczących ich przechowywania i udostępniania, a także procedur nadzoru nad ich stosowaniem, w zakresie wynikającym z rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych i obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa;
- 14) przedkładanie zarządowi informacji o stanie i wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego funkcjonującego w zakładzie opieki zdrowotnej i wnioskowanie o dokonanie stosownych przeglądów, remontów lub zakupów;
- 15) sprawowanie w zakładzie opieki zdrowotnej nadzoru nad prawidłowym przebiegiem oraz opiniowanie:
 - a) odbywanych specjalizacji personelu medycznego,
 - b) odbywanych staży podyplomowych,
 - c) pracy wolontariuszy;
- 16) nadzór nad organizacją pracy personelu medycznego;
- 17) nadzorowanie kierowników jednostek organizacyjnych w zakresie wykonywania zadań leczniczych;
- 18) przygotowywanie danych do opracowania specyfikacji istotnych czynników zamówienia publicznego w zakresie produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych towarów i usług związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 2.

Kierownik medyczny zakładu opieki zdrowotnej wykonuje zadania zlecone przez zarząd oraz wynikające z zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

UZASADNIENIE

Przedmiotowa regulacja stanowi wykonanie delegacji zawartej w art. 48b ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), która ma zostać wprowadzona projektowaną ustawą o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 48 ustawy:

- kierownik medyczny podlega bezpośrednio zarządowi spółki,
- jest on powołany na zasadach określonych w akcie założycielskim tejże spółki.

Niniejsze rozporządzenie określa szczegółowy zakres zadań i uprawnień kierownika medycznego zakładu opieki zdrowotnej. Celem rozporządzenia jest określenie roli kierownika medycznego i jego miejsca w strukturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej. Rozporządzenie systematyzuje zadania naczelnego lekarza zakładu opieki zdrowotnej ze względu na dziedzinę, której dotyczy oraz określa sposób rozliczenia wykonanych zadań. Zaproponowane rozporządzeniem kompetencje i uprawnienia kierownika medycznego zakładu opieki zdrowotnej mają uczynić go odpowiedzialnym za właściwą realizację zadań medycznych w zakładzie opieki zdrowotnej. Rolą jego ma być ustalanie i kontrolowanie procedur istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów w zakładzie opieki zdrowotnej, zagwarantowania pełnej realizacji ich praw oraz dbałość o jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Ocena skutków regulacji

Skutki finansowe dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa.

Wpływ na rynek pracy: Proponowane zmiany nie będą miały wpływu na rynek pracy.

Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki: Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wpływ na sytuację i rozwój regionalny: Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Projekt zostanie skierowany do uzgodnień międzyresortowych, oraz do konsultacji ze związkami zawodowymi i samorządami zawodowymi pracowników oraz zrzeszeniami pracodawców ochrony zdrowia.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SKARBU PAŃSTWA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu organizowania publicznego przetargu
oraz sposobu udokumentowania zaistnienia przesłanek odstąpienia od przetargu**

Na podstawie art. 53b ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Spółka użyteczności publicznej, zwana dalej „spółką”, sprzedaje zbędne składniki majątku trwałego innym podmiotom w drodze publicznego przetargu prowadzonego według szczegółowych zasad i trybu określonego w niniejszym rozporządzeniu.

2. Rozporządzenie określa również warunki, w których dopuszcza się odstąpienie od przetargu.

§ 2. 1. Przetarg prowadzi spółka.

2. W przypadku zajścia konieczności dokonania, w krótkim odstępie czasu, sprzedaży więcej niż jednego składnika majątku trwałego, w celu obniżenia kosztów związanych z przeprowadzaniem przetargów, spółka zobowiązana jest do zorganizowania jednego przetargu na wszystkie oferowane przez siebie składniki majątku trwałego.

§ 3. W przetargu jako oferenci nie mogą uczestniczyć:

- 1) zarząd;
- 2) podmioty sprawujące nadzór w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 3) osoby, którym powierzono wykonanie czynności związanych z przeprowadzeniem przetargu;
- 4) małżonek, dzieci, rodzice i rodzeństwo osób, o których mowa w pkt 1-3;
- 5) osoby, które pozostają z prowadzącym przetarg w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności prowadzącego przetarg.

§ 4. Przetarg przeprowadza się w formie:

¹⁾ Minister Skarbu Państwa kieruje działem administracji rządowej – Skarb Państwa na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Skarbu Państwa (Dz. U. Nr 97, poz. 868).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i poz. 1152 i Nr, poz.

- 1) przetargu ustnego;
- 2) przetargu pisemnego.

§ 5. 1. Przed przystąpieniem do przetargu spółka ustala cenę wywoławczą zbywanych składników majątku trwałego. Cena wywoławcza nie może być niższa niż aktualna wartość rynkowa ustalona przez rzeczoznawcę, z zastrzeżeniem ust. 2, a jeżeli wartości tej nie można ustalić, cena ta nie może być niższa od wartości księgowej netto.

2. Spółka może odstąpić od wyceny sprzedawanego składnika majątku trwałego przez rzeczoznawcę, jeżeli:

- 1) koszt wyceny w sposób oczywisty przekraczałby jego wartość rynkową;
- 2) składnik majątku trwałego ma ustaloną cenę giełdową.

§ 6. Sprzedaż nie może nastąpić za cenę niższą od ceny wywoławczej, z zastrzeżeniem § 27.

§ 7. Obwieszczenie o przetargu określa:

- 1) firmę, siedzibę i adres spółki;
- 2) termin i miejsce przeprowadzenia przetargu;
- 3) termin i miejsce, w którym można obejrzeć sprzedawane składniki majątku trwałego;
- 4) rodzaj i liczbę sprzedawanych składników majątku trwałego;
- 5) wysokość ceny wywoławczej, wadium oraz postąpienia;
- 6) termin i sposób wnoszenia wadium;
- 7) miejsce, termin i tryb składania ofert oraz okres, w którym oferta jest wiążąca;
- 8) pouczenie o treści § 9 ust. 1 oraz § 10 i 19;
- 9) w wypadku przetargu pisemnego - pouczenie o treści § 23.

§ 8. 1. Obwieszczenie o przetargu zamieszcza się w dzienniku o zasięgu lokalnym, z zastrzeżeniem przepisu ust. 2, oraz na widocznym miejscu w lokalu spółki, a także w innych miejscach przyjętych zwyczajowo do umieszczania ogłoszeń.

2. Jeżeli cena wywoławcza przedmiotu przetargu przewyższa równowartość w złotych kwoty:

- 1) 20.000 euro - w przypadku nieruchomości;
 - 2) 10.000 euro - w przypadku pozostałych składników majątku trwałego
- to obwieszczenie zamieszcza się w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim.

§ 9. 1. Warunkiem przystąpienia do przetargu jest wniesienie wadium w wysokości co najmniej 10 % ceny wywoławczej sprzedawanego składnika majątku trwałego.

2. Wadium wnosi się w gotówce, lub w papierach wartościowych dopuszczonych do publicznego obrotu. Spółka może określić kategorie papierów wartościowych, które mogą być wnoszone na pokrycie wadium.

3. Niezwłocznie przed wywołaniem licytacji albo niezwłocznie po otwarciu ofert, sprawdza się, czy oferenci wnieśli wadium w należytej wysokości.

§ 10. 1. Wadium przepada na rzecz spółki, jeżeli żaden z uczestników przetargu nie zaoferuje ceny wywoławczej.

2. Wadium złożone przez oferentów, których oferty nie zostaną przyjęte, zostanie zwrócone niezwłocznie po dokonaniu wyboru oferty.

3. Wadium złożone przez nabywcę zostanie zarachowane na poczet ceny. Jeżeli wadium było złożone przez nabywcę w innej formie niż w gotówce, ulega ono zwrotowi po zapłaceniu ceny nabycia.

4. Wadium przepada na rzecz spółki, jeżeli oferent, którego oferta zostanie przyjęta, uchyli się od zawarcia umowy. Jeżeli wadium wniesione było w papierach wartościowych wprowadzonych do publicznego obrotu, spółce przysługuje jedynie roszczenie o przeniesienie własności tych papierów.

§ 11. Złożenie jednej ważnej oferty wystarcza do odbycia przetargu.

§ 12. 1. Jeżeli przedmiotem sprzedaży jest nieruchomość, spółka, po zakończeniu przetargu, ustala termin zawarcia umowy w formie aktu notarialnego i wzywa osobę, która wygrała przetarg, do stawienia się celem zawarcia umowy.

2. Nabywca jest obowiązany do zapłaty ceny najpóźniej w chwili zawarcia umowy w formie aktu notarialnego.

§ 13. 1. Przetarg unieważnia się, w szczególności jeżeli:

- 1) oferent, którego oferta została przyjęta uchylił się od zawarcia umowy lub nie wpłacił w terminie ceny nabycia;
- 2) w wyniku przetargu wybrana została oferta osoby, o której mowa w § 3;
- 3) wybrano ofertę w trybie licytacji, o której mowa w § 22 ust. 2, mimo niepowiadomienia w sposób należyty wszystkich oferentów;
- 4) żaden z oferentów nie wniósł wadium.

2. O unieważnieniu przetargu zamawiający zawiadamia oferentów, podając szczegółowe uzasadnienie faktyczne i prawne.

§ 14. 1. Przetarg ustny odbywa się w drodze publicznej licytacji.

2. Licytację prowadzi osoba fizyczna wyznaczona przez Spółkę, zwana dalej „licytatorem”.

§ 15. Wywołując licytację podaje się do wiadomości przedmiot przetargu oraz jego cenę wywoławczą.

§ 16. Postąpienie nie może wynosić mniej niż jeden procent ceny wywoławczej. Zaoferowana cena przestaje wiązać oferenta, gdy inny oferent zaoferował cenę wyższą.

§ 17. Po ustaniu postąpień licytator, uprzedzając obecnych, po trzecim ogłoszeniu, zamyka przetarg i udziela przybicia oferentowi, który zaoferował najwyższą cenę.

§ 18. Z chwilą przybicia dochodzi do zawarcia umowy sprzedaży, z zastrzeżeniem przepisu § 12 ust. 1.

§ 19. Nabywca jest obowiązany zapłacić cenę nabycia niezwłocznie po zawarciu umowy bądź w terminie wyznaczonym przez prowadzącego przetarg, nie dłuższym niż 14 dni, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2.

§ 20. Nabywca, który w terminach określonych w § 12 ust. 2 i § 19 nie uiści ceny nabycia, traci prawa wynikające z przybicia oraz, na zasadach określonych w § 10 ust. 4, złożone wadium.

§ 21. Wydanie przedmiotu sprzedaży nabywcy następuje niezwłocznie po zapłaceniu ceny nabycia.

§ 22. 1. Licytator, niezwłocznie po zakończeniu licytacji, sporządza protokół jej przebiegu, który powinien zawierać:

- 1) oznaczenie czasu i miejsca licytacji;
 - 2) imię i nazwisko licytatora;
 - 3) przedmiot przetargu i wysokość ceny wywoławczej;
 - 4) listę uczestników licytacji, z wyszczególnieniem wysokości i rodzaju wniesionego wadium;
 - 5) imię, nazwisko i miejsce zamieszkania albo firmę i siedzibę nabywcy;
 - 6) cenę zaoferowaną przez nabywcę za składnik majątku trwałego;
 - 7) oznaczenie sumy, jaką nabywca uiścił na poczet ceny;
 - 8) wnioski i oświadczenia osób uczestniczących w licytacji;
 - 9) wzmiankę o odczytaniu protokołu w obecności uczestników licytacji;
 - 10) podpis osoby prowadzącej licytację oraz podpis nabywcy albo wzmiankę o przyczynie braku jego podpisu.
2. Jeżeli nabywca nie uiści ceny nabycia w terminie wskazanym, należy niezwłocznie uczynić o tym wzmiankę na protokole licytacji. Taką samą wzmiankę należy uczynić o wpłaceniu w przepisany terminie ceny nabycia.

§ 23. 1. Prowadzący przetarg dokonuje otwarcia ofert oraz ustala, które z nich są ważne, a następnie wybiera oferenta, który zaoferował cenę najwyższą.

2. Oferenci lub ich pełnomocnicy mogą być obecni przy czynnościach określonych w ust. 1.

3. W razie ustalenia, że kilku oferentów zaoferowało tę samą cenę, prowadzący przetarg wzywa oferentów, listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, do stawienia się w siedzibie spółki w celu kontynuacji przetargu w formie licytacji, z zachowaniem przepisów rozdziału 2.

4. Prowadzący może odstąpić od wezwania oferentów do stawienia się w siedzibie spółki w celu kontynuacji przetargu w formie licytacji, jeśli wszyscy oferenci, o których mowa w ust. 2, są obecni i żaden nie wyrazi sprzeciwu co do kontynuowania przetargu.

5. W wezwaniu, o którym mowa w ust. 2, prowadzący przetarg określa dokładny termin i miejsce przeprowadzenia licytacji, wskazuje cenę wywoławczą równą cenie zaoferowanej przez oferentów, oraz wysokość postąpienia.

6. Termin licytacji, o której mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 4, nie może zostać wyznaczony wcześniej niż 7 dni i nie później niż 21 od dnia otwarcia ofert.

7. Licytacja odbywa się jeżeli wszyscy oferenci zostali należycie powiadomieni, w przeciwnym wypadku termin licytacji odracza się stosując odpowiednio ust. 6.

§ 24. Nabywca jest obowiązany zapłacić cenę nabycia niezwłocznie po zawarciu umowy bądź w terminie wyznaczonym przez prowadzącego przetarg, nie dłuższym niż 14 dni, z zastrzeżeniem przepisu § 12 ust. 2.

§ 25. 1. Do przetargu pisemnego stosuje się przepisy § 20 i 21.

2. Z przebiegu przetargu sporządza się protokół. Przepis § 22 stosuje się odpowiednio.

§ 26. 1. Spółka może sprzedać zbędne składniki majątku trwałego bez przeprowadzenia przetargu, jedynie w przypadku gdy:

- 1) wartość księgowa tych składników odpowiada ich cenie rynkowej i jest oczywiste, że w drodze przetargu nie otrzyma się ceny wyższej;
- 2) koszty przeprowadzenia przetargu są niewspółmiernie wysokie w stosunku do ceny wynikającej z oszacowania wartości sprzedawanych składników sporządzonego przez rzeczoznawcę.

2. Za spełnione uznaje się przesłanki odstąpienia od przetargu, określone w ust. 1 pkt 1, gdy przedmiotem sprzedaży są papiery wartościowe jak również inne rzeczy lub prawa, których aktualna cena rynkowa ustalana jest w obrocie giełdowym.

3. Za spełnione, uznaje się przesłanki odstąpienia od przetargu określone w ust. 1 pkt 2, gdy udokumentowane oszacowanie kosztów przeprowadzenia przetargu przekroczy:

- 1) 50 % wartości sprzedawanego składnika majątku trwałego gdy jego wartość jest niższa niż równowartość w złotych 3000 euro;
- 2) 40 % wartości sprzedawanego składnika majątku trwałego gdy jego wartość jest wyższa niż równowartość w złotych 3000 euro i zarazem niższa niż:
 - a) 20.000 euro - w przypadku nieruchomości,
 - b) 10.000 euro - w przypadku pozostałych składników majątku trwałego;
- 3) 30 % wartości sprzedawanego składnika majątku trwałego gdy jego wartość jest wyższa niż równowartość w złotych:
 - a) 20.000 euro - w przypadku nieruchomości,
 - b) 10.000 euro - w przypadku pozostałych składników majątku trwałego.

4. Spółka dokumentuje oszacowanie kosztów przeprowadzenia przetargu, o których mowa ust. 2, w szczególności poprzez zebrane u co najmniej 3 wydawców dzienników, o których mowa w § 8 ust. 1 oraz w § 8 ust. 2, oferty publikacji obwieszczeń, o których mowa w § 7. Do kosztów przeprowadzenia przetargu zalicza się także koszt sporządzenia przez rzeczoznawcę oszacowania wartości sprzedawanych składników majątku trwałego.

5. W przypadku zbywania w jednym przetargu kilku składników majątku trwałego, wspólne koszty przetargu rozdziela się w stosunku do wartości każdego z nich.

§ 27. 1. Jeżeli składniki majątku trwałego nie zostały sprzedane w drodze przetargu, spółka powtarza przetarg, o ile łączne koszty przeprowadzenia obu przetargów nie przekroczą wartości określonych w § 26 ust. 2, w przeciwnym wypadku spółka stosuje ust. 2.

2. Spółka może sprzedać składniki majątku trwałego, bez przeprowadzania kolejnego przetargu, za cenę nie niższą niż $\frac{2}{3}$ ceny wywoławczej - w przypadku nieruchomości, i nie niższą niż $\frac{2}{5}$ ceny wywoławczej - w przypadku pozostałych składników majątku trwałego.

3. Przepisu ust. 1 i 2 nie stosuje się w przypadku, gdy przetarg został unieważniony.

§ 28. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER SKARBU PAŃSTWA

W porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Niniejsze rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 53b ust. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia reguluje zasady i sposób zbywania przez spółki użyteczności publicznej zbędnego mienia.

Projekt rozporządzenia w ślad za delegacją ustawową formułuje zasadę, iż spółka użyteczności publicznej sprzedaje zbędne składniki majątku trwałego innym podmiotom jedynie w drodze publicznego przetargu nieograniczonego.

Odstąpienie od tej generalnej zasady, tj. odstąpienie od przetargu, jest możliwe tylko i wyłącznie w ściśle określonych rozporządzeniem przypadkach.

Projekt rozporządzenia przyjął zasadę, iż prowadzącym przetarg będzie spółka.

Kierując się zasadami efektywności gospodarowania oraz oszczędności przyjęto także zasadę kumulowania postępowań przetargowych celem obniżeniu ich kosztów, w wyniku czego na spółkę nałożono względny obowiązek organizowania jednego przetargu na wszystkie oferowane przez siebie składniki majątku trwałego.

Rozporządzenie określa katalog osób, które ze względu na konflikt interesów, nie mogą uczestniczyć w przetargu jako oferenci.

Projekt rozporządzenia dopuszcza dwie formy przetargu publicznego – ustny (w drodze publicznej licytacji) i pisemny (konkurs ofert).

W celu precyzyjnego określenia realnej wartości rynkowej zbywanego mienia nałożono na spółki obowiązek aby przed przystąpieniem do przetargu ustalono aktualną wartość rynkową zbywanych składników majątku trwałego. Przyjęto, iż cena wywoławcza nie może być niższa niż ustalona przez rzeczoznawcę wartość rynkowa, a jeżeli wartości tej nie można ustalić, cena ta nie może być niższa od wartości księgowej netto. Odstąpienie od powyższego obowiązku może mieć miejsce tylko w dwóch wypadkach jeżeli:

- 1) koszt wyceny w sposób oczywisty przekraczałby jego wartość rynkową,
- 2) składnik majątku trwałego ma ustaloną cenę giełdową.

Mając na względzie potrzebę zapewnienia jawności, przejrzystości postępowania oraz uczciwej konkurencji, spółka została zobowiązana do publikacji obwieszczeń o przetargu. W zależności od wartości zbywanego mienia obwieszczenia o przetargu zamieszcza się w dzienniku o zasięgu lokalnym bądź ogólnopolskim jak również na widocznym miejscu w lokalu spółki, a także w innych miejscach przyjętych zwyczajowo do umieszczania ogłoszeń.

Pragnąc zapewnić sprawne i szybkie prowadzenie postępowań przetargowych oraz w celu wyeliminowania nieuczciwej konkurencji przyjęto, jako wymóg obligatoryjny dla oferentów, obowiązek wniesienia wadium w wysokości co najmniej 10% ceny wywoławczej sprzedawanego składnika majątku trwałego. W celu zagwarantowania powyższego dopuszczono wnoszenie wadium jedynie w gotówce, lub w papierach wartościowych dopuszczonych do publicznego

obrotu. Przyznano jednak spółce prawo doprecyzowania jakie kategorie papierów wartościowych mogą być wnoszone na pokrycie wadium.

Ponieważ oprócz funkcji gwarancyjnej przyjęto iż wadium powinno, w przypadku niedojścia przetargu do skutku, zapewnić spółce zwrot nakładów poniesionych na jego organizację ustalono, iż wadium przepada na rzecz spółki, jeżeli żaden z uczestników przetargu nie zaoferuje ceny wywoławczej, jak również w przypadku gdy wybrany oferent uchyli się od zawarcia umowy bądź zapłaty ceny.

W przypadku dojścia przetargu do skutku i wyłonienia nabywcy wadia złożone przez oferentów, których oferty nie zostały przyjęte, będą niezwłocznie zwracane, natomiast wadium złożone przez nabywcę zostanie zarachowane na poczet ceny.

Projekt rozporządzenia zakłada, iż do odbycia przetargu wystarcza złożenie jednej ważnej oferty.

Projekt rozporządzenia doprecyzowuje przyczyny unieważnienia przetargu.

Poprzez nałożenie na spółkę obligatoryjnego obowiązku szczegółowego uzasadniania faktycznego i prawnego dla unieważnienia przetargu, projekt zapewnia możliwość sprawowania należytej kontroli (również sądowej) i nadzoru nad prawidłowością prowadzonych procedur przetargowych, jawnością postępowania oraz równością podmiotów uczestniczących w przetargach.

Projekt rozporządzenia pragnąc zapewnić szybką i sprawną procedurę przetargową poprzez skracanie terminów płatności oraz jasne określenie momentu przejścia własności zbywanych przedmiotów majątkowych dąży do zagwarantowania bezpieczeństwa obrotu.

Projekt rozporządzenia określa jedyne obiektywne kryterium wyboru oferty tj. cenę.

Zagwarantowano również oferentom możliwość bezpośredniego udziału w postępowaniu przetargowym również w przetargu pisemnym.

Szybkość postępowania zapewnia również przewidziana możliwość płynnego przejścia z przetargu pisemnego do przetargu ustnego jeśli kilku oferentów w przetargu pisemnym zaoferuje tę samą cenę. Wówczas, jeśli wszyscy oferenci są należycie reprezentowani i wyrażają zgodę na kontynuację przetargu w formie licytacji, przetarg jest kontynuowany bez zwłoki. Natomiast w przypadku braku reprezentacji lub zgody któregośkolwiek z oferentów, prowadzący przetarg wzywa oferentów, listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, do stawienia się w siedzibie Spółki w celu kontynuacji przetargu w formie licytacji.

Zgodnie z ograniczeniami wynikającymi z art. 53b. Ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej spółka może sprzedać zbędne składniki majątku trwałego bez przeprowadzenia przetargu, jedynie w przypadku gdy:

- 1) wartość księgowa tych składników odpowiada ich cenie rynkowej i jest oczywiste, że w drodze przetargu nie otrzyma się ceny wyższej,
- 2) koszty przeprowadzenia przetargu są niewspółmiernie wysokie w stosunku do ceny wynikającej z oszacowania wartości sprzedawanych składników sporządzonego przez rzeczoznawcę.

Projekt rozporządzenia uznaje za spełnione przesłanki odstąpienia od przetargu, określone w pkt 1, gdy przedmiotem sprzedaży są papiery wartościowe jak również inne rzeczy lub prawa, których aktualna cena rynkowa ustalana jest w obrocie giełdowym.

Natomiast przesłanki odstąpienia od przetargu określone pkt 2, projekt uznaje za spełnione gdy udokumentowane oszacowanie kosztów przeprowadzenia przetargu przekroczy określone precyzyjnie wartości. Dla ich ustalenia przyjęto relacje pomiędzy wysokością kosztów przeprowadzenia postępowania przetargowego a wartością zbywanych przedmiotów, które mogą być uznane za niewspółmiernie wysokie.

Spółka dokumentuje oszacowanie kosztów przeprowadzenia przetargu, o których mowa ust. 2, w szczególności poprzez zebrane u co najmniej 3 wydawców dzienników, o których mowa w § 8 ust. 1 oraz w § 8 ust. 2, oferty publikacji obwieszczeń, o których mowa w § 7. Do kosztów przeprowadzenia przetargu zalicza się także koszt sporządzenia przez rzeczoznawcę oszacowania wartości sprzedawanych składników majątku trwałego

Konsekwencją nałożonego na spółkę obowiązku łączenia przetargów wobec planów zbycia kilku składników majątku trwałego, jest zasada, iż wspólne koszty przetargu rozdziela się w stosunku do wartości każdego ze zbywanych przedmiotów majątkowych.

Projekt rozporządzenia przyjmuje, iż jeżeli składniki majątku trwałego nie zostały sprzedane w drodze pierwszego przetargu, Spółka zobowiązana jest powtórzyć przetarg o ile koszty jego przeprowadzenia nie będą nadmierne.

Ponieważ postępowanie przetargowe nie daje gwarancji zbycia zbędnych składników mienia, a z ich utrzymaniem wiążą się z reguły określone koszty, wówczas gdy postępowanie przetargowe nie przynosi oczekiwanego rezultatu wówczas projekt rozporządzenia daje spółce możliwość zbycia zbędnych składników majątku trwałego, bez przeprowadzania kolejnego przetargu, za cenę niższą od ceny wywoławczej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

I. Cel wprowadzenia rozporządzenia

Podstawowym celem rozporządzenia jest wykonanie delegacji ustawowej zawartej w art. 53b ust. 7 ustawy *o zakładach opieki zdrowotnej*.

II. Zakres oceny skutków regulacji

Przygotowana ocena skutków regulacji sporządzona została zgodnie z obowiązującymi zasadami i obejmuje minimalny zakres oceny. Rozporządzenie to nie niesie ze sobą wydatków z budżetu państwa. Nie jest też objęte regulacją prawa Unii Europejskiej.

III. Skutki wprowadzenia regulacji

1) Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego

Wdrożenie rozporządzenia nie powinno spowodować żadnych ujemnych skutków dla budżetu państwa oraz jednostek sektora finansów publicznych.

2) Wpływ na rynek pracy

Wdrożenie rozporządzenia nie będzie mieć wpływu na rynek pracy.

3) Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Wdrożenie rozporządzenia nie będzie mieć wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

4) Wpływ na sytuację w regionach i rozwój regionalny

Wdrożenie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację w regionach.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SKARBU PAŃSTWA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu
opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę użyteczności
publicznej oraz wykazu dokumentów niezbędnych do przekształcenia**

Na podstawie art. 62h ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ilekcioć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie – rozumie się przez to ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 2) zakładzie – rozumie się przez to samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
- 3) organie dokonującym przekształcenia – rozumie się przez to organ właściwy do dokonania przekształcenia, zgodnie z art. 62f ustawy;
- 4) przekształceniu – rozumie się przez to proces przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę użyteczności publicznej;
- 5) kierowniku – rozumie się przez to kierownika zakładu opieki zdrowotnej;

¹⁾ Minister Skarbu Państwa kieruje działem administracji rządowej – Skarb Państwa na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2002r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Skarbu Państwa (Dz. U. Nr 97, poz. 868).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały zgłoszone Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, nr 117, poz. 756 i nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383, 1384, Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152 i Nr ... poz.....

6) pracownikach – rozumie się przez to pracowników zatrudnionych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

§ 2. Określa się wzór kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wykaz dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER SKARBU PAŃSTWA

W porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

**KWESTIONARIUSZ SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI
ZDROWOTNEJ PRZEZNACZONEGO DO PRZEKSZTAŁCENIA W SPÓŁKĘ
UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ**

.....

/miejscowość, data/

Organ dokonujący przekształcenia:	
Nazwa:	..... .....
Adres:	..... .....

I. Proponowane dane do statutu/umowy spółki.

1. Firma spółki:	.....
2. Skrót firmy:	.....

3. Przedmiot przedsiębiorstwa spółki: <i>(zgodnie z Europejską Klasyfikacją Działalności)</i>	
---	-------------------------

II. Wybrane informacje o zakładzie.

Nazwa zakładu:	
-----------------------	----------------

Nr REGON:	
------------------	-------

Siedziba zakładu:	
Adres:	..... .....
Telefon:	.....

Teleks:	.....
Faks:	.....

Liczba osób zatrudnionych:	
-----------------------------------	-------

Bank zakładu:	
----------------------	----------------

III. Sytuacja prawno-organizacyjna zakładu.

Stan prawny nieruchomości	budynki i budowle (%)	grunty (%)
Własność		
Użytkowania wieczyste		
Dzierżawa od innych podmiotów		
Nieuregulowany		
Zgłoszone roszczenia osób trzecich		

Udział w spółkach		
Firma	Kapitał akcyjny/zakładowy	Liczba i wartość nominalna posiadanych akcji/udziałów

Wykorzystanie majątku zakładu przez inne podmioty (%)	
---	-------

Ograniczone prawa rzeczowe ustanowione na majątku zakładu (TAK/NIE)**	
---	-------

Znane są roszczenia osób fizycznych i prawnych do majątku zakładu, w tym roszczenia byłych właścicieli lub ich spadkobierców (TAK/NIE)**	
--	-------

Udzielone przez zakład poręczenia lub gwarancje (TAK/NIE)**	
---	-------

Tytuły egzekucyjne do majątku zakładu (TAK/NIE)**	
---	-------

*** Jeśli „TAK” – niezbędne jest sporządzenie ich opisu i załączenie go do kwestionariusza*

Krótką charakterystyka struktury organizacyjnej zakładu (jednozakładowy czy wielozakładowy)	
Nazwa zakładu	Lokalizacja

Oplaty za gospodarcze korzystanie ze środowiska (TAK/NIE)***	
---	-------

Kary za zanieczyszczanie środowiska (TAK/NIE)***	
---	-------

**** Jeśli „TAK” niezbędne jest sporządzenie informacji zawierającej specyfikację (wysokość oraz tytuł) płaconych opłat/kar w roku bieżącym i poprzednim oraz załączenie jej do kwestionariusza.*

IV. Sytuacja ekonomiczno-finansowa zakładu.

1. Wielkość funduszy własnych zakładu wg stanu na dzień
****;

- fundusz założycielski zł,

- fundusz podmiotu zł,
 - fundusz rezerwowy
z aktualizacji wyceny zł,
 - niepodzielony wynik finansowy
(zysk lub strata) zł,
 - pozostałe fundusze rezerwowe
..... zł.
- (podać jakie)

R A Z E M:

****stan na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku o przekształcenie
– podać datę

2. Wartość rzeczowego majątku trwałego (środków trwałych) w tys. zł,
według stanu na:

- a) ostatni dzień roku poprzedzającego złożenie wniosku,
- b) ostatni dzień miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.

W następującym układzie:

Wyszczególnienie	Wartość brutto	Wartość netto	Umorzenie
------------------	-------------------	------------------	-----------

Ogółem rzeczowy majątek trwały:	.....	.....	.....
W tym:			
- grunty własne			
- budynki i budowle	.....	.....	.....
- maszyny i urządzenia techniczne	.....	.....	.....
- środki transportu			
- pozostałe środki trwałe	.....	.....	.....
- inwestycje rozpoczęte	.....	.....	.....
			
		xxx	xxx

3. Przychody podmiotu według stanu na:

- a) ostatni dzień roku poprzedzającego złożenie wniosku,
b) ostatni dzień miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.

W następującym układzie:

Źródło przychodu	Wielkość przychodu	Udział procentowy
Umowy z NFZ:		
Inne:		
.....		
.....		

R A Z E M:		100 %
-------------------	-------	--------------

4. Wartość obiektów socjalnych oraz domów mieszkalnych w tys. zł według stanu na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku:

- wartość brutto
- wartość netto
- umorzenie

5. Informacja o planowanym nieodpłatnym przekazaniu mienia:

6. Zobowiązania do planowania i realizacji zadań na rzecz obrony i bezpieczeństwa państwa (TAK/NIE):

.....

V. Podpis/podpisy osoby/osób składających kwestionariusz, upoważnionych do reprezentacji zakładu:

.....
/pieczęć i podpis/

.....
/pieczęć i podpis/

WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO SPORZĄDZENIA AKTU PRZEKSZTAŁCENIA

1. Przekształcenie na wniosek podmiotu, który utworzył zakład, zgodnie z art. 62g ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - 1) wniosek podmiotu, który utworzył zakład, skierowany do organu dokonującego przekształcenia;
 - 2) dokumenty wymienione w ust. 6.
2. Przekształcenie z inicjatywy podmiotu, który utworzył zakład, zgodnie z art. 62g ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - 1) oświadczenie podmiotu, który utworzył zakład, wyrażające zamiar dokonania przekształcenia;
 - 2) dokumenty wymienione w ust. 6.
3. Przekształcenie na wniosek kierownika, zgodnie z art. 62g ust. 1 pkt 2 ustawy:
 - 1) wniosek kierownika do organu dokonującego przekształcenia;
 - 2) zgoda podmiotu, który utworzył zakład, o której mowa w art. 62g ust. 3 ustawy;
 - 3) dokumenty wymienione w ust. 6.
4. Przekształcenie na wniosek pracowników, zgodnie z art. 62g ust. 1 pkt 3 ustawy:
 - 1) wniosek poparty przez ponad 50 % pracowników, wraz ze sprawozdaniem z głosowania, o którym mowa w art. 62g ust. 4 ustawy;
 - 2) zgoda podmiotu, który utworzył zakład, o której mowa w art. 62g ust. 3 ustawy;
 - 3) dokumenty, zgodnie z ust. 6.

5. Przekształcenie z mocy prawa dokonane na podstawie art. 45 ust.1 ustawy - dokumenty wymienione w ust. 6.

6. Wykaz pozostałych dokumentów:

- 1) dokument ustanawiający zakład;
- 2) zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego rejestru REGON;
- 3) aktualny wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego;
- 4) wycenę nieruchomości, o której mowa w art. 62j ust. 4 ustawy;
- 5) wykaz dokumentów, na podstawie których zakład nabył określone prawo do nieruchomości oraz kopie tych dokumentów;
- 6) bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe, wraz z opinią biegłego rewidenta, jeśli sprawozdania finansowe za te lata były badane przez biegłych rewidentów;
- 7) sprawozdanie F-01 na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego datę złożenia wniosku;
- 8) sprawozdanie z przepływu środków pieniężnych (cash-flow) według załącznika nr 8 do ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 oraz z 2003 r. Nr 60, poz. 535 i Nr 139, poz. 1324) za ostatnie dwa lata obrotowe oraz na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku;
- 9) kwestionariusz osobowy kierownika oraz oświadczenie kierownika o nieuczestniczeniu we władzach spółek konkurencyjnych;
- 10) propozycja składu zarządu spółki, przedstawiona przez kierownika, wraz z oświadczeniami o nieuczestniczeniu we władzach spółek konkurencyjnych;
- 11) wskazanie przedstawiciela pracowników do rady nadzorczej spółki, wraz z uchwałą ogólnego zebrania pracowników (delegatów) w sprawie wyboru przedstawiciela pracowników do rady nadzorczej;
- 12) projekcję finansową na kolejne 3 lata od dnia utworzenia spółki oraz program działania spółki;
- 13) projekt statutu zakładu opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia został przygotowany na podstawie art. 62h ust. 3 projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw

Projekt rozporządzenia określa:

1. wzór kwestionariusza samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej,
2. wykaz dokumentów niezbędnych do przekształcenia.

Ad. 1.

Kwestionariusz został opracowany z myślą o maksymalnym uproszczeniu go co znacznie ułatwi korzystanie z niego. W pracach nad projektem kierowano się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika zakładu do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

Ponieważ projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw zakłada zróżnicowany tryb przekształcenia w zależności od biorących w nim udział podmiotów, projekt kwestionariusza został tak sporządzony, aby spełniał w jak największym stopniu założenia abstrakcyjności i generalności.

Dzięki zastosowaniu kwestionariusza w proponowanym kształcie możliwe będzie uzyskanie następujących, podstawowych informacji o zakładzie przeznaczonym do przekształcenia, ujętych w odpowiednich grupach:

- a) określenie organu dokonującego przekształcenia (nazwa, adres),
- b) proponowane dane do statutu/umowy spółki – zawarto tutaj podpunkty umożliwiające uzyskanie takich danych jak firma spółki, przedmiot przedsiębiorstwa,
- c) określenie zakładu przekształcanego – podstawowe, wybrane informacje, takie jak nazwa zakładu, siedziba, liczba osób zatrudnionych, bank zakładu,

- d) sytuacja prawno–organizacyjna zakładu – umożliwia uzyskanie informacji na temat stanu prawnego nieruchomości, udziału w spółkach, wykorzystania majątku zakładu przez inne podmioty, ograniczonych praw rzeczowych ustanowionych na majątku zakładu, roszczeniach do majątku zakładu, udzielonych przez zakład poręczeniach lub gwarancjach, tytułach egzekucyjnych do majątku zakładu. Ponadto przewidziano krótką charakterystykę struktury organizacyjnej zakładu oraz informacje dotyczące opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska i ewentualnych kar za zanieczyszczanie środowiska,
- e) sytuacja ekonomiczno–finansowa zakładu – umożliwia uzyskanie informacji na temat wielkości funduszy własnych zakładu, wartości rzeczowego majątku trwałego, przychodów zakładu i to zarówno pod względem ich wielkości jak i źródeł, wartości obiektów socjalnych oraz domów mieszkalnych, informacji o planowanym nieodpłatnym przekazaniu mienia, zobowiązaniach do planowania i realizacji zadań na rzecz obrony i bezpieczeństwa państwa,
- f) określenie osób składających kwestionariusz, upoważnionych do reprezentacji zakładu.

Ad. 2.

Wykaz dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia został opracowany z myślą o jak największym ograniczeniu obowiązków informacyjnych kierownika zakładu do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia. Z drugiej jednak strony projekt powinien zapewnić uzyskanie przez organ dokonujący przekształcenia niezbędnych do tego celu informacji.

Ponieważ projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw zakłada zróżnicowany tryb przekształcenia w zależności od biorących w nim udział podmiotów projekt wykazu dokumentów został tak sporządzony, aby spełniał w jak największym stopniu założenia abstrakcyjności i generalności. Właśnie temu celowi ma służyć wprowadzenie ogólnego, jednolitego słowniczka, jak również utworzenie katalogu dokumentów składanych przez zakład niezależnie właściwego dla danego zakładu trybu przekształcenia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

I. Cel wprowadzenia rozporządzenia

Podstawowym celem rozporządzenia jest wykonanie delegacji ustawowej zawartej w art. 62h ust. 3 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw

II. Zakres oceny skutków regulacji

Przygotowana ocena skutków regulacji sporządzona została zgodnie z obowiązującymi zasadami i obejmuje minimalny zakres oceny. Rozporządzenie to nie niesie ze sobą wydatków z budżetu państwa. Nie jest też objęte regulacją prawa Unii Europejskiej.

III. Skutki wprowadzenia regulacji

1) Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego

Wdrożenie rozporządzenia nie powinno spowodować żadnych ujemnych skutków dla budżetu państwa, gdyż bezpośrednio nie dotyczy sektora finansów publicznych.

2) Wpływ na rynek pracy

Wdrożenie rozporządzenia nie będzie mieć wpływu na rynek pracy.

3) Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Wdrożenie rozporządzenia nie będzie mieć wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

4) Wpływ na sytuację w regionach i rozwój regionalny

Wdrożenie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację w regionach.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SKARBU PAŃSTWA¹⁾

z dnia

w sprawie określenia ramowego wzoru rocznego sprawozdania z działalności spółki użyteczności publicznej oraz ramowego wzoru planu działania na rok następny

Na podstawie art. 66b ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa ramowy wzór rocznego sprawozdania z działalności spółki użyteczności publicznej, zwany dalej „sprawozdaniem” oraz ramowy wzór planu działania spółki na rok następny, zwany dalej „planem działania”.

§ 2. 1. Sprawozdanie powinno być opracowane w sposób rzetelny i przejrzysty, obejmując wszystkie informacje niezbędne do ogólnej oceny sytuacji gospodarczej jednostki, działalności w roku obrotowym oraz ryzyka prowadzenia dalszej działalności.

2. Sprawozdanie powinno być ono uzupełnione o inne, zdaniem zarządu spółki użyteczności publicznej, ważne informacje z działalności spółki w danym roku obrotowym.

§ 3. Sprawozdanie powinno zawierać następujące elementy:

1) dane wstępne:

- a) informacje ogólne o spółce użyteczności publicznej, z uwzględnieniem wpływu jaki na działalność spółki i jej położenie wywarły w szczególności:
 - ogólny stan gospodarki, w tym:
 - przepisy prawa,
 - czynniki ekonomiczne,
 - czynniki ekologiczne,
 - ogólne warunki funkcjonowania służby zdrowia, w tym:
 - sytuację rynku świadczeń zdrowotnych,
 - konkurencję w dostępie do kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia,

¹⁾ Minister Skarbu Państwa kieruje działem administracji rządowej – Skarb Państwa na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Skarbu Państwa (Dz. U. Nr 97, poz. 868).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391.

- czynniki bezpośrednio zależne od spółki użyteczności publicznej, w tym:
 - strategię działania,
 - wykorzystanie możliwości oferowania świadczeń zdrowotnych,
 - strategię finansowania,
- b) struktura organizacyjna:
 - zakłady działalności podstawowej i ich zatrudnienie,
 - formy działalności pomocniczej i ich zatrudnienie,
 - schemat organizacyjny spółki użyteczności publicznej,
- c) sytuacja kadrowo-płacowa spółki użyteczności publicznej:
 - zatrudnienie średnioroczne i stan zatrudnienia na koniec roku w podziale na pracowników medycznych i pozostałych,
 - przedsięwzięcia z zakresu zmiany zatrudnienia i jego struktury,
 - płace, w tym:
 - płaca najniższa,
 - średnia miesięczna płaca brutto w poszczególnych kwartałach i dla całego roku,
 - krótkie omówienie systemu wynagrodzeń obowiązującego w spółce użyteczności publicznej, z podaniem średniej miesięcznej płacy brutto w badanym okresie dla poszczególnych stanowisk,
 - informacja o formie zatrudnienia zarządu i wysokości wszystkich wynagrodzeń brutto wypłaconych przez spółkę w roku obrotowym w powiązaniu z wynikiem finansowym spółki,
 - istotne informacje mające wpływ na sytuację kadrowo-płacową, w tym:
 - świadczenia na rzecz pracowników,
 - zmiany warunków płacy,
 - zwolnienia grupowe,
 - spory zbiorowe,
 - rozwiązanie, zawieszenie, zawarcie zakładowego lub zbiorowego układu pracy,
- d) sytuacja majątkowa, w tym:
 - informacja dotycząca obiektów socjalno – bytowych z wyszczególnieniem sposobu zarządzania,
 - zmiany w majątku spółki użyteczności publicznej ze szczególnym uwzględnieniem przedmiotu zbycia, trybu, podstawy podjęcia decyzji – w ujęciu wartościowym i procentowym zmian w stosunku do aktywów spółki jak i danej pozycji bilansowej,
 - informacja dotycząca dzierżawy majątku spółki użyteczności publicznej,
- e) wielkość i struktura oferowanych świadczeń zdrowotnych, w tym:
 - polityka asortymentowa, stopień wykorzystania możliwości oferowania świadczeń zdrowotnych, struktura wieku posiadanych urządzeń medycznych i zmiany w tym zakresie, informacje o wprowadzonych systemach jakości (np. ISO),
 - rentowność brutto i netto liczona jako stosunek wyniku finansowego (brutto i netto) w danej grupie do przychodów ze sprzedaży usług danej grupy rodzajowej świadczeń zdrowotnych bez VAT, zgodnie z metodologią GUS w roku sprawozdawczym i poprzednim,
- f) istotne informacje o polityce zaopatrzeniowej, między innymi w zakresie:
 - podstawowych surowców, towarów, energii,
 - struktury źródeł zaopatrzenia, w tym:
 - terminów realizacji umów,

- warunków dostaw,
- umów długoterminowych,

- g) znaczący wzrost niepieniężnych i rzeczowych aktywów trwałych, który wystąpił w omawianym okresie bądź jest przewidywany w dalszych latach wraz z podaniem źródeł jego finansowania (nakłady zakończone, w toku i rozpoczęte) oraz struktura rzeczowa aktywów trwałych wynikająca ze strategii spółki użyteczności publicznej,
- h) ważniejsze osiągnięcia w dziedzinie badań i rozwoju technicznego (jeżeli zakład prowadzi takie badania),
- i) informacje o spełnianiu norm z zakresu ochrony środowiska, a w tym w szczególności stopień jego zanieczyszczenia, kary zapłacone z tego tytułu, wdrożone i wdrażane normy ISO, a także realizowane nakłady z tytułu niefinansowych aktywów trwałych w zakresie ochrony środowiska;

2) dane ekonomiczno-finansowe spółki użyteczności publicznej:

- a) omówienie struktury kosztów w układzie rodzajowym i kalkulacyjnym za rok sprawozdawczy i poprzedni, z podaniem przyczyn ewentualnych zmian udziału poszczególnych kosztów,
- b) omówienie dodatkowych informacji i objaśnień, tj. wyszczególnienie strat i zysków nadzwyczajnych z uwzględnieniem skutków restrukturyzacji finansowych wraz z podaniem przyczyn strat lub zysków,
- c) omówienie poręczeń i gwarancji udzielonych przez spółkę użyteczności publicznej,
- d) wykaz głównych należności według poniższych wzorów. W wykazie tym należy wymienić najważniejsze należności; pozostałe należności należy pogrupować (przy grupowaniu zrezygnować z wypełniania kolumny: „Data powstania”).

Dłużnik	Kwota należności z tytułu dostaw i usług (handlowe)	Data powstania	Ewentualna informacja o postępowaniu sądowym
1			
2.			

Okres przeterminowania	Kwota w zł	Udział %
Należności przeterminowane do 3 miesięcy		
Należności przeterminowane powyżej 3 do 6 miesięcy		
Należności przeterminowane powyżej 6 do 12 miesięcy		
Należności przeterminowane powyżej 12 miesięcy		
RAZEM		100%

Udział należności spornych w należnościach ogółem		
Należności ogółem		100%

- e) wykaz zobowiązań spółki użyteczności publicznej, w tym:

- zobowiązań ogółem,
- zobowiązań przeterminowanych wraz z procentowym udziałem w ogólnej kwocie zobowiązań, z wyszczególnieniem poszczególnych tytułów i kwot przeterminowanych zobowiązań publicznoprawnych,

f) informacja o korzystaniu z kredytów bankowych w ciągu roku:

Bank	Kwota kredytu	Koszty kredytu	Data zaciągnięcia	Okres spłaty
1				
2				

3) działania restrukturyzacyjne i koszty ich wdrożenia:

- działania związane z restrukturyzacją organizacyjną, majątkową, zatrudnienia i obniżaniem kosztów wytwarzania,
- informacja dotycząca tworzonych spółek użyteczności publicznej nie będących osobami prawnymi:
 - struktura własności kapitału,
 - forma pokrycia kapitału,
 - podstawa prawna i ekonomiczna podjęcia decyzji,
- restrukturyzacja finansowa,
- inne działania w zakresie restrukturyzacji;

4) informacje dodatkowe;

5) informacje o innych ważnych zdarzeniach mających istotny wpływ na działalność jednostki, które nastąpiły w roku obrotowym lub są przewidziane w dalszych latach, a w szczególności kwestie związane z toczącymi się postępowaniami sądowymi, odwoławczymi, spornymi oraz ewentualnymi roszczeniami i przeprowadzonymi kontrolami zewnętrznymi;

6) miejscowość i data sporządzenia;

7) podpisy członków zarządu.

§ 4. Plan działania na rok następny powinien zawierać następujące elementy:

- 1) opis możliwości rozwoju przewidywanej sytuacji finansowej;
- 2) rachunek zysków i strat na planowany rok;
- 3) planowane zatrudnienie;
- 4) planowane zakupy inwestycyjne i źródła ich pokrycia;
- 5) strategię spółki użyteczności publicznej na najbliższe lata uwzględniającą między innymi możliwość wprowadzenia nowych świadczeń zdrowotnych, przewidywaną wielkość oferowanych świadczeń zdrowotnych oraz niezbędne potrzeby inwestycyjne przedstawione w formie wieloletniego planu inwestycyjnego;
- 6) planowane na dany rok działania restrukturyzacyjne i koszty ich wdrożenia, w szczególności:

- a) działania związane z restrukturyzacją organizacyjną, majątkową, zatrudnienia i obniżeniem kosztów działania,
 - b) restrukturyzację finansową;
- 7) prezentację wydarzeń, które mogą mieć wpływ na sytuację spółki użyteczności publicznej w roku opisywanym w planie działania;
 - 8) miejscowość i datę sporządzenia;
 - 9) podpisy członków zarządu.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Skarbu Państwa

W porozumieniu:

Minister Zdrowia

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 66b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), w brzmieniu ustalonym przez ustawę z dnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Projekt rozporządzenia określa:

- wzór rocznego sprawozdania z działalności spółki użyteczności publicznej,
- wzór planu działania na rok następny.

Projekt wzoru rocznego sprawozdania został opracowany z myślą o maksymalnym upublicznieniu działań dokonanych przez spółkę użyteczności publicznej w danym roku obrotowym. Sprawozdanie Zarządu z działalności spółki winno być opracowane w sposób rzetelny i przejrzysty, a więc powinno obejmować wszystkie informacje niezbędne do ogólnej oceny sytuacji gospodarczej jednostki, działalności w roku obrotowym oraz ryzyka prowadzenia dalszej działalności. We wzorze sprawozdania zawarto następujące grupy informacji:

- ogólne informacje o spółce, takie jak:
 - struktura organizacyjna,
 - warunki i sytuacja w branży,
 - sytuacja kadrowo –płacowa,
 - sytuacja majątkowa,
 - asortyment i wielkość świadczonych usług,
 - informacje o polityce zaopatrzeniowej,
- informacje ekonomiczno-finansowe:
 - omówienie struktury kosztów i podanie przyczyn jej zmian,

- omówienie strat i zysków nadzwyczajnych,
- omówienie poręczeń i gwarancji,
- przedstawienie należności,
- przedstawienie zobowiązań i kredytów,
- omówienie przeprowadzonych działań restrukturyzacyjnych,
- przedstawienie innych ważnych zdarzeń, mających wpływ na sytuację spółki.

Projekt wzoru planu działania na rok następny został opracowany z myślą o zapewnieniu maksymalnej jawności w kwestii planów działania spółki użyteczności publicznej. Zawarto tam takie grupy informacji jak:

- opis możliwości rozwoju przewidywanej sytuacji finansowej,
- rachunek zysków i strat na planowany rok,
- planowane zatrudnienie,
- planowane zakupy inwestycyjne i źródła ich pokrycia,
- strategię spółki na najbliższe lata uwzględniającą m.in. możliwość oferowania nowych świadczeń zdrowotnych, przewidywaną wielkość działalności oraz niezbędne potrzeby inwestycyjne przedstawione w formie wieloletniego planu inwestycyjnego,
- planowane na dany rok działania restrukturyzacyjne i koszty ich wdrożenia,
- prezentacja wydarzeń, które mogą mieć wpływ na sytuację spółki w danym roku.

Ocena skutków regulacji

I. Cel wprowadzenia rozporządzenia

Podstawowym celem rozporządzenia jest wykonanie delegacji ustawowej zawartej w art. 66 ustawy *o zakładach opieki zdrowotnej*.

II. Zakres oceny skutków regulacji

Przygotowana ocena skutków regulacji sporządzona została zgodnie z obowiązującymi zasadami i obejmuje minimalny zakres oceny. Rozporządzenie to nie niesie ze sobą wydatków z budżetu państwa. Nie jest też objęte regulacją prawa Unii Europejskiej.

III. Skutki wprowadzenia regulacji

- 1) Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego
Wdrożenie rozporządzenia nie powinno spowodować żadnych ujemnych skutków dla budżetu państwa oraz jednostek sektora publicznego.
- 2) Wpływ na rynek pracy
Wdrożenie rozporządzenia nie będzie mieć wpływu na rynek pracy.
- 3) Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki
Wdrożenie rozporządzenia nie będzie mieć wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.
- 4) Wpływ na sytuację w regionach i rozwój regionalny
Wdrożenie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację w regionach.