Projekt z dnia 9.06.2017 r.

USTAWA

z dnia.....

o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw[1)]

Art. 1. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w ust. 1 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;";

2) w art. 4 w ust. 1 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) spółki osobowe i spółka cywilna,";

3) w art. 5 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Do zawierania umów, na podstawie których lekarz albo pielęgniarka wykonują indywidualną albo indywidualną specjalistyczną praktykę zawodową w zakładzie leczniczym nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.";

4) w art. 6:

a) w ust. 7 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, w której udziałowcem albo akcjonariuszem jest uczelnia medyczna, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do tej uczelni nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki oraz uczelnia ta dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.",

b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

[1)] Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń oraz ustawę z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji.

„8. Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego oraz uczelnia medyczna mogą przystępować do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą.";

5) w art. 10 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Art. 10. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej i ratownictwa medycznego, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu.";

6) w art. 12 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), zakładzie badań diagnostycznych, medycznym laboratorium diagnostycznym, miejscu pobytu pacjenta, a także w pojeździe lub innym obiekcie będącym na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych.";

7) w art. 17 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne wyłącznie w miejscu pobytu pacjenta wskazuje miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego.";

8) w art. 24 w ust. 1 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) wysokość opłat za odpłatne świadczenia zdrowotne;";

9) po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu:

„Art. 25a. 1. Podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm[2)]), udzielający zamówienia na świadczenia zdrowotne na podstawie przepisów tej ustawy nie może zbyć aktywów trwałych, oddać ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie przyjmującemu zamówienie.";

10) uchyla się art. 26-27;

11) w art. 35 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.";

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 poz. 831, 996, 1020, 1250, 1265, 1579, 1929 i 2260.

12) uchyla się art. 44 i art. 45;

13) w art. 48 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. W skład rady społecznej działającej w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, na rzecz którego zostało przeniesione mienie innego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 66 ust. 1, wchodzi przedstawiciel wybrany przez podmiot tworzący przejętego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.";

14) w art. 55:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) z odpłatnej działalności leczniczej;",

b) uchyla się ust. 2;

15) w art. 66:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Połączenie się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być dokonane przez przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zwanego dalej „podmiotem przejmowanym, na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zwany dalej „podmiotem przejmującym".",

b) w ust. 3

- uchyla się pkt 1,
- pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) terminie złożenia wniosku, o którym mowa w art. 67 ust. 1, nie wcześniejszym niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu.",

c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a:

„3a. Akt o połączeniu może zawierać postanowienia o:

1) warunkach przekazywania środków finansowych, w szczególności dotacji, przez podmiot tworzący podmiotu przejmowanego podmiotowi przejmującemu;
2) opiniowaniu przez podmiot tworzący podmiotu przejmowanego statutu podmiotu przejmującego oraz zmian tego statutu;
3) opiniowaniu przez podmiot tworzący podmiotu przejmowanego w sprawach nawiązania i rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem podmiotu przejmującego.",

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Akt o połączeniu zawiera także nazwę i siedzibę podmiotu przejmowanego.",

e) uchyla się ust. 5;

16) w art. 67:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W terminie określonym w akcie o połączeniu kierownik podmiotu przejmującego albo kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wniosek o wykreślenie zakładu przejmowanego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100, oraz z Krajowego Rejestru Sądowego.",

b) uchyla się ust. 2 i 3;

17) w art. 105 uchyla się ust. 2a;

18) w art. 106 w ust. 1 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca zamieszkania lekarza, a w odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej - Wojskowa Rada Lekarska,

3) okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca zamieszkania pielęgniarki";

19) w art.108:

a) w ust. 2 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) uniemożliwiania kontroli organu prowadzącego rejestr lub ministra właściwego do spraw zdrowia;",

b) w ust. 3 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 3 i 4, wykreślenie z rejestru następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru.";

20) w art. 111 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Na wniosek organu prowadzącego rejestr, właściwego ze względu na siedzibę albo miejsce zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, organ prowadzący rejestr właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przeprowadza kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą.";

21) w art. 111a ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 111 i art. 112 ust. 1-6.";

22) w art. 207 dodaje ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. Podmiot, o którym mowa w ust. 1, który co najmniej częściowo nie zrealizuje programu dostosowania, o którym mowa w ust. 2, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, na bezpieczeństwo pacjentów. Opinia ta jest wydawana w formie postanowienia.

4. Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazuje postanowienie, o którym mowa w ust. 3, właściwemu organowi prowadzącemu rejestr.".

Art. 2. W ustawie z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2015 r. poz. 1094, 1485 i 1707) w art. 147a § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Kto wykonuje działalność leczniczą lub prowadzi zakład leczniczy dla zwierząt bez wymaganego wpisu do rejestru lub ewidencji, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.".

Art. 3. W ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2016 r. poz. 639, 929 i 2260) w art. 16b w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;".

Art. 4. Regulaminy organizacyjne ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność.

Art. 5. Umowy zawarte przez podmioty lecznicze spełniające przesłanki, określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.[2)]), na podstawie których podmioty te oddały środki trwałe w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie przyjmującemu zamówienie na świadczenia zdrowotne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte, jednak nie dłużej niż 3 lata od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 6. 1. Umowy zawarte na podstawie art. 26-27 ustawy, o której mowa w art. 1, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte.

2. Postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wszczęte na podstawie art. 26-27 ustawy, o której mowa w art. 1, i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, podlegają zakończeniu z tym dniem.

Art. 7. Do postępowań wszczętych na podstawie art. 35 ustawy, o której mowa w art. 1, i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 8. 1. Okręgowe rady lekarskie oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych właściwe ze względu na miejsce wykonywania praktyki zgodnie z art. 106 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, o której mowa w art. 1, przekażą dokumentację okręgowym radom lekarskim oraz okręgowym radom pielęgniarek i położnych właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lekarza albo pielęgniarki zgodnie z art. 106 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Jednostka, o której mowa w art. 106 ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, dostosuje system teleinformatyczny do art. 106 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Za zgodność pod względem prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Maria Łaniewska
radca prawny
12.06.17 r.

DYREKTOR
Departamentu Dokumentacji Ochrony Zdrowia
Beata Rorant

12.06.2017 r.

Uzasadnienie

Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw ma na celu wprowadzenie nowych regulacji dotyczących:

1) zapewnienia spójności definicji stacjonarnego i całodobowego świadczenia zdrowotnego innego niż szpitalne z przepisami dotyczącymi lecznictwa uzdrowiskowego i zdrowia psychicznego;
2) usunięcia wątpliwości dotyczących spółek niemających osobowości prawnej (spółka cywilna, jawna, komandytowa) przez jednoznaczne wskazanie, że te spółki (a nie ich wspólnicy) są podmiotami leczniczymi;
3) poddania zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych przepisom o zamówieniach publicznych, z wyjątkiem świadczeń udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki wykonujących zawód w ramach indywidualnej albo indywidualnej specjalistycznej praktyki zawodowej w zakładzie leczniczym;
4) umożliwienia publicznym uczelniom medycznym przystępowanie do spółek kapitałowych, które wykonują działalność leczniczą;
5) umożliwienia wykonywania działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjne wyłącznie w miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych);
6) uzupełnienie definicji ambulatoryjnego świadczenia zdrowotnego – dodanie świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego;
7) rozstrzygnięcia wątpliwości związanych z możliwością udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami;
8) wprowadzenia zakazu zbywania aktywów trwałych, oddawania ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie przez podmiot leczniczy udzielający zamówienia na świadczenia zdrowotnej przyjmującemu zamówienie;
9) zmiany przepisu w sprawie dwuinstancyjności postępowania administracyjnego w sprawach kary pieniężnej nakładanej przez wojewodę za naruszenie przepisów dotyczących czasowego zaprzestania działalności leczniczej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
10) uproszczenia przepisów dotyczących łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

11) uchylenia przepisu dotyczącego przedstawiania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
12) wprowadzenia sankcji dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą poddanych kontroli, które uniemożliwiają jej przeprowadzenie przez organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub ministra właściwego do spraw zdrowia;
13) ułatwienia przeprowadzania kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku gdy wykonują świadczenia na terenie innego województwa albo obszarze działania innej okręgowej izby lekarskiej albo pielęgniarek i położnych niż ich siedziba albo adres zamieszkania;
14) usunięcia wątpliwości w przepisach dotyczących kontroli podmiotów, które zbywają produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, wbrew przepisom 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U z 2016 r. poz. 2142, z późn. zm.) w zakresie sankcji;
15) umożliwienia podmiotom wykonującym działalność leczniczą, które nie dostosują swoich pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w art. 22 zmienianej ustawy do końca 2017 r., dalszego funkcjonowania, pod warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom;
16) zmiany właściwości organów prowadzących rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą dla lekarzy i pielęgniarek wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej – z miejsca wykonywania praktyki na miejsce zamieszkania lekarza czy pielęgniarki;
17) zmiany przepisu ustawy dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2015 r. poz. 1094, z późn. zm.) dotyczącego sankcji za wykonywanie działalności leczniczej bez wymaganego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą polegającej na zapewnieniu spójności terminologicznej oraz objęciu sankcją wszystkich podmiotów wykonujących tę działalność bez wymaganego wpisu;
18) zapewnienia spójności przepisów o zakazie reklamy świadczeń zdrowotnych w ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.), zwanej dalej zmienianą ustawą.

Ad 1

Z brzmienia przepisu art. 2 pkt 12 zmienianej ustawy wynika, że świadczenia zdrowotne, między innymi z zakresu rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego są świadczeniami stacjonarnymi i całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi innymi niż świadczenia szpitalne. W związku z tym wszystkie świadczenia zdrowotne z zakresów: „rehabilitacja lecznicza", „lecznictwo uzdrowiskowe", „psychiatryczna opieka zdrowotna" i „leczenie uzależnień" w każdym przypadku powinny być traktowane jako całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Jednakże zgodnie z brzmieniem przepisu art. 6 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 879, z późn. zm.) zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są:

1) szpitale uzdrowiskowe;

2) sanatoria uzdrowiskowe;

3) szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci;

4) przychodnie uzdrowiskowe;

5) zakłady przyrodolecznicze;

6) szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Z powyższego wynika, że świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego mogą być udzielane w szpitalu uzdrowiskowym (świadczenia szpitalne), w sanatorium uzdrowiskowym (stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne) oraz w przychodni uzdrowiskowej i w zakładzie przyrodoleczniczym (ambulatoryjne świadczenia zdrowotne). Analogicznie z przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.) wynika, że różne świadczenia z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień są wykonywane w różnych przedsiębiorstwach (szpitalu psychiatrycznym, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, innym zakładzie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową). Podobnie świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być udzielane w ramach różnych rodzajów działalności leczniczej, w różnych zakładach leczniczych. Z uwagi na powyższe proponuje się usunąć z omawianego przepisu zawierającego definicję stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne wyrazów: „rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego", tak

aby zapewnić spójność przepisów. Ww. uwagi mają także zastosowanie do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych.

Ad 2

Zgodnie z brzmieniem art. 217 ust. 1 pkt 1 zmienianej ustawy rejestr zakładów opieki zdrowotnej stał się rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W rejestrze tym jest wpisanych wiele podmiotów leczniczych, które są spółkami niemającymi osobowości prawnej, tj. ok. 3300 spółek cywilnych, ok. 1300 spółek jawnych i ok. 300 spółek komandytowych (stan na 1 lutego 2017 r.). W katalogu podmiotów leczniczych określonym w art. 4 ust. 1 zmienianej ustawy wymieniono m.in. przedsiębiorców w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2016 r. poz. 1829, z późn. zm.) nie wskazano natomiast wprost spółek niemających osobowości prawnej. Stosownie do przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej przedsiębiorcami są wspólnicy spółki cywilnej, a nie spółka cywilna. Ustawa nie rozstrzyga w tym zakresie o innych spółkach niemających osobowości prawnej. W praktyce organów prowadzących rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, pojawiły się wątpliwości interpretacyjne, czy w przypadku prowadzenia działalności leczniczej w formie spółki cywilnej (spółki cywilne stanowią największą grupę „problematycznych" podmiotów leczniczych) podmiotem leczniczym jest każdy ze wspólników (przedsiębiorca), czy też spółka cywilna. W szczególności wątpliwości wyrażane były przez strony postępowań administracyjnych prowadzonych przez Ministra Zdrowia w sprawach, w których obecnie toczą się postępowania sądowo-administracyjne. W postępowaniach tych Minister Zdrowia konsekwentnie prezentował stanowisko zgodnie z którym, podmiotem leczniczym jest spółka cywilna, a nie każdy ze wspólników. Przyjęcie stanowiska prezentowanego przez strony ww. postępowań administracyjnych, zgodnie z którym podmiotem leczniczym jest każdy ze wspólników spółki cywilnej, a nie spółka cywilna prowadziłoby do wniosku, iż w rejestrze pod jednym numerem księgi rejestrowej funkcjonuje kilka podmiotów leczniczych. Powyższe stoi w oczywistej sprzeczności z założeniami funkcjonowania rejestru określonymi w zmienianej ustawie oraz w rozporządzeniach wykonawczych. Wprowadzenie zaproponowanej zmiany w ustawie usunie wątpliwości interpretacyjne w powyższym zakresie, dotyczące znaczącej liczby podmiotów leczniczych.

Ad 3

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli przeprowadzona w latach 2012–2014 (wyniki ogłoszone w 2016 r.) pn. „Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne" wykazała nieprawidłowości dotyczących zamówień na świadczenia zdrowotne. W szczególności ustalenia kontroli wykazały niski poziom konkurencyjności w konkursach ofert, których przedmiotem są świadczenia zdrowotne. W ocenie NIK przyczynia się do tego brak uregulowań prawnych określających sposób i miejsce zamieszczania ogłoszeń o konkursie ofert. Ponadto w aktualnym stanie prawnym środki odwoławcze przysługujące oferentom określone w art. 26 ust. 4 zmienianej ustawy, są rozpatrywane przez stronę postępowania, tj. przez podmiot udzielający zamówienia, co rodzi oczywiste ryzyko niezachowania obiektywnego rozstrzygnięcia. W ocenie NIK powyższe ustalenia uzasadniają podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do zapewnienia bezstronności postępowania odwoławczego w konkursach ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Podmiot rozstrzygający odwołania powinien zapewniać bezstronność postępowania.

Z uwagi na powyższe proponuje się rezygnację ze specjalnego trybu udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne w zmienianej ustawie i poddaniu ich ogólnym przepisom o zamówieniach publicznych. Procedury konkursowe i odwoławcze określone w tych przepisach nie budzą wątpliwości co do ich przejrzystości oraz obiektywizmu.

Uwzględniając jednakże specyfikę służby zdrowia proponuje się wyłączenie spod „reżimu zamówieniowego" umów, na podstawie których lekarze i pielęgniarki wykonują swój zawód w ramach indywidualnej albo indywidualnej specjalistycznej praktyki zawodowej w zakładzie leczniczym na podstawie umowy zawartej z podmiotem leczniczym.

Wymienione rodzaje praktyki zawodowej łączą cechy samodzielnego wykonywania zawodu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu leczniczego, tj. większej i złożonej organizacyjnie struktury.

Ad 4

Przepisy zmienianej ustawy dopuszczają przystępowanie do spółek kapitałowych, będących podmiotami leczniczymi przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego. Takiej możliwości nie mają publiczne uczelnie medyczne. Proponowane przepisy umożliwiają takie rozwiązanie. W praktyce zamiana ta może mieć zastosowanie w przypadku tworzenia nowych uczelni medycznych albo wydziałów lekarskich na uniwersytetach. Uczelnia medyczna aby mogła stabilnie wykonywać swoje zadania w zakresie dydaktyki powinna posiadać szpital, w którym będą realizowane zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem

świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. W wielu przypadkach tworzenie nowego podmiotu leczniczego i szpitala może być niezasadne. W tej sytuacji możliwość przystąpienia przez uczelnię medyczną do spółki np. utworzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego może być optymalnym rozwiązaniem.

Ponadto w związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2017 r. ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 2259 oraz z 2017 r. poz. 624), zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy, Prezes Rady Ministrów składa w imieniu Skarbu Państwa oświadczenia woli o utworzeniu spółki, przystąpieniu do spółki lub objęciu akcji. Z uwagi na powyższe brzmienie przepisu dotyczącego przystępowania Skarbu Państwa do spółek (art. 6 ust. 8 zmienianej ustawy) zostało zmienione, tj. po wyrazach „Skarb Państwa" usunięto wyrazy „reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę".

Ad 5

W obowiązującym stanie prawnym podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne udzielają świadczeń zdrowotnych w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych i w medycznym laboratorium diagnostycznym oraz w pojeździe lub innym obiekcie będącym na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych. Oprócz ww. miejsc (głównie zakładów leczniczych) podmioty te mogą także udzielać świadczeń w miejscu pobytu pacjenta. Natomiast nie mogą wykonywać świadczeń ambulatoryjnych wyłącznie poza zakładem leczniczym, np. w domu pacjenta. Proponowana regulacja dopuszcza takie rozwiązanie. Niektóre podmioty lecznicze, w szczególności wykonujące działalność leczniczą w zakresie fizjoterapii, zwracają uwagę, że udzielają świadczeń wyłącznie w domach pacjentów, a jednocześnie muszą posiadać pomieszczenia i urządzenia (zakład rehabilitacji leczniczej). Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne wyłącznie w miejscu pobytu pacjenta będzie obowiązany wskazać miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego.

Ad 6

Z obecnego brzmienie art. 10 zmienianej ustawy wynika, że ambulatoryjne świadczenia opieki zdrowotnej obejmują następujące zakresy świadczeń:

- świadczenia podstawowej lub
- specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz
- świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej,

udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym.

Natomiast świadczenia te nie obejmują ratownictwa medycznego. Wprawdzie zdanie drugie tego przepisu dopuszcza udzielanie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, jednak ich zakres wciąż pozostaje niewystarczający.

Stąd istnieje konieczność uzupełnienia art. 10 o ratownictwo medyczne, co pozwoli na usunięcie wątpliwości interpretacyjnych co do możliwości rejestrowania dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w grupie świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad 7

W związku z wątpliwościami interpretacyjnymi w zakresie dopuszczalności udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, w szczególności samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, proponuje się uproszczenie przepisów w tym zakresie, tak aby taka możliwość wynikała wprost z przepisów ustawy. W związku z czym zaproponowano:

1. Zmianę przepisu dotyczącego regulaminu organizacyjnego (w zakresie ustalenia cennika opłat). Propozycja dotyczy uproszczenia tego przepisu, tak aby wprost z niego wynikało, że cennik, o którym mowa w art. 24 zmienianej ustawy może dotyczyć wyłącznie „świadczeń komercyjnych". Oczywiste jest natomiast, że nie dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych, na postawie odrębnych przepisów.
2. Uchylenie przepisu art. 44 zmienianej ustawy, w myśl którego podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela 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. Zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez wszystkie podmioty wykonujące

działalność leczniczą, w tym podmioty niebędące przedsiębiorcą regulują przepisy odrębne.

3. Uchylenie przepisu art. 45 zmienianej ustawy, który dotyczy ustalania wysokości opłat za świadczenia zdrowotne przez kierowników podmiotów niebędących przedsiębiorcą. Przywołany przepis powiela regulację zawartą w przepisach określających zawartość regulaminu organizacyjnego w zakresie cennika.
4. Wskazanie jednoznacznie w przepisie określającym katalog źródeł z jakich samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe możliwości pobierania opłat za świadczenia zdrowotne. Jednocześnie uchylono ust. 2 w art. 55 zmienianej ustawy, skoro bowiem podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, w szczególności samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, będą mogły pobierać opłaty za świadczenia zdrowotne, to opłaty te mogą wnosić nie tylko zakłady ubezpieczeń na podstawie umów zawartych z tymi podmiotami, ale także pacjenci i inne podmioty np.: pracodawcy.

Ad 8

Przepisy zmienianej ustawy nie zawierają ograniczeń w zakresie zbywania aktywów trwałych, oddawania ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie przez podmiot leczniczy udzielający zamówienia na świadczenia zdrowotnej przyjmującemu zamówienie. Sytuacja taka rodzi wiele nieprawidłowości, w tym przekazywania publicznego mienia podmiotom prywatnym. Proponuje się przepis, w myśl którego podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.), udzielający zamówienia na świadczenia zdrowotne na podstawie przepisów tej ustawy nie będzie mógł zbywać aktywów trwałych, oddać ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie przyjmującemu zamówienie.

Ad 9

Przepis art. 35 zmienianej ustawy określa sankcję za czasowe zaprzestanie działalności leczniczej bez zachowania trybu określanego w art. 34 (zgoda wojewody). W takim przypadku wojewoda nakłada karę pieniężną na kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W myśl ust. 6 omawianego artykułu na decyzję w sprawie kary przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Decyzję o nałożeniu kary wydaje wojewoda, jako organ pierwszej

instancji. Zgodnie z konstytucyjną zasadą dwuinstancyjności postępowania administracyjnego strona może wnieść odwołanie do organu drugiej instancji, w tym przypadku do Ministra Zdrowia. Dopiero od rozstrzygnięcia organu drugiej instancji przysługuje stronie prawo wniesienia skargi do sądu administracyjnego. Omawiany przepis stwarza niejasność w zakresie dwuinstancyjności postępowania administracyjnego. Dlatego proponuje się zastąpić wyrazy: „przysługuje skarga do sądu administracyjnego" wyrazami: „przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia".

Ad 10

Przepisy zmienianej ustawy dopuszczają łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Połączenie się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być dokonane przez:

1) przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący);
2) utworzenie nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego co najmniej z dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Drugi z wymienionych sposobów w praktyce nie jest stosowany. Od wejścia w życie zmienianej ustawy, tj. od 2011 r. miało miejsce 20 połączeń. Wszystkie z nich polegały na przyłączeniu jednego zakładu opieki zdrowotnej do drugiego. Rozwiązanie to jest prostsze, szybsze i wygodniejsze, zapewnia kontynuacje co wpływa na poczucie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników łączących się podmiotów oraz eliminuje potencjalne kontrowersje odnośnie podmiotu tworzącego nowego spzoz. Z uwagi na powyższe proponuję się uchylenie możliwości łączenia dwóch lub więcej samodzielnych publicznych zakładów opieki w wyniku, którego powstaje nowy podmiot leczniczy. Jednocześnie aby zapewnić ciągłość w łączących się samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej proponuje się dodanie przepisu, w myśl którego w przypadku łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dotychczasowy podmiot tworzący będzie mógł wybrać swojego przedstawiciela do rady społecznej. Ponadto zaproponowano możliwość zawarcia w akcie o połączeniu postanowień o:

1) warunkach przekazywania środków finansowych, w szczególności dotacji, przez podmiot tworzący podmiotu przejmowanego podmiot tworzący przejmowanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej podmiotowi przejmującemu;
2) opiniowaniu przez podmiot tworzący podmiotu przejmowanego statutu i zmian statutu podmiotu przejmującego;
3) opiniowaniu przez podmiot tworzący podmiotu przejmowanego nawiązania i rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem podmiotu przejmowanego.

Powyższe rozwiązania będą sprzyjały zaspokajaniu zbiorowych potrzeb zdrowotnych wspólnoty samorządowej.

Ad 11

Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) został zniesiony obowiązek podmiotów wykonujących działalność leczniczą przedkładania organowi prowadzącemu rejestr tych podmiotów dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia OC. Wnioskodawca jedynie oświadcza, że spełnia warunki wykonywania działalności leczniczej. Konsekwencją tej zmiany jest propozycja uchylenia przepisu, w myśl którego wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Ad 12

W związku z zaistniałym przypadkami uniemożliwiania kontroli proponuje się wprowadzenie sankcji wobec podmiotów (wykonujących działalność leczniczą) poddanych kontroli, które uniemożliwiają jej przeprowadzenie przez organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub ministra właściwego do spraw zdrowia. Karą za uniemożliwianie kontroli byłoby wykreślenie z ww. rejestru.

Ad 13

Podmioty wykonujące działalność leczniczą są wpisywane do rejestru tych podmiotów przez organ właściwy ze względu na siedzibę albo miejsce zamieszkania podmiotu leczniczego albo miejsce wykonywania praktyki zawodowej. Niektóre z podmiotów wykonują działalność

leczniczą (udzielają świadczeń zdrowotnych) na terenie innego województwa albo obszarze działania innej okręgowej izby lekarskiej albo pielęgniarek i położnych niż ich siedziba albo adres zamieszkania. W związku z powyższym proponuje się wprowadzenie regulacji ułatwiającej przeprowadzanie kontroli takich podmiotów. Organy rejestrowe wskazują, że podstawa prawna do przeprowadzania „kontroli miedzywojewódzkich" zawarta w art. 52 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na jego ogólne brzmienie jest zbyt ogólna i niewystarczająca. Zaproponowano dodanie przepisu, w myśl którego na wniosek organu prowadzącego rejestr właściwego ze względu na siedzibę albo miejsce zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, organ prowadzący rejestr właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przeprowadza kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ad 14

Art. 111a zmienianej ustawy dotyczy kontroli podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przypadku podejrzenia zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, wbrew przepisom art. 87 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142, z późn. zm.). W przypadku stwierdzenia naruszenia prawa w tym zakresie organ rejestrowy nakłada karę pieniężną. Jednakże do kontroli w tym zakresie stosuje się przepisy art. 111 i art. 112 zmienianej ustawy, w tym przepis (art. 112 ust. 7) zawierający sankcję w postaci wykreślenia z rejestru. Aby uniknąć wątpliwości, którą z kar ma nałożyć organ rejestrowy w opisanej sytuacji: karę pieniężną, o której mowa w art. 111a ust 2 czy wykreślenie z rejestru, o którym mowa w art. 112 ust. 7 zaproponowano w przepisie art. 111a zawierającym odwołanie do art. 112 wyłączenie ust. 7. W omawianym przypadku jedyną sankcją byłaby kara finansowa.

Ad 15

Zaproponowano przepisy, w myśl których podmioty wykonujące działalność leczniczą, które nie zrealizują programu dostosowawczego (termin na dostosowanie upływa 31 grudnia 2017 r.) będą mogły wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Opinia byłaby wydawana w formie postanowienia. Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazywałby opinię właściwemu organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W przypadku pozytywnej opinii podmiot mógłby dalej

funkcjonować w ramach dotychczasowej struktury organizacyjnej, przy zachowaniu dotychczasowego rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń, w przypadku negatywnej – podmiot mógłby wystąpić do organu rejestrowego z wnioskiem o zmianę wpisu, tj, z wnioskiem o wykreślenie jednostek, komórek organizacyjnych czy zakładów leczniczych, których pomieszczenia i urządzenia nie spełniają wymagań (nie został zrealizowany program dostosowania) a niespełnianie tych wymagań wpływa negatywnie na bezpieczeństwo pacjentów. W drugim z wymienionych przypadków, w sytuacji bezczynności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, organ prowadzący rejestr wszczynałby postępowanie w sprawie wykreślenia z rejestru, względnie dokonywałby zmiany wpisu, polegającej na wykreśleniu zakładu leczniczego.

Zaproponowane rozwiązanie umożliwiłoby dalsze funkcjonowanie podmiotów leczniczych (najczęściej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), które nie spełniają wszystkich wymagań i nie dostosują swoich pomieszczeń i urządzeń do ww. terminu, bez konieczności wydłużania po raz kolejny 26-letniego okresu dostosowania.

Ad 16

Zgodnie z przepisami art. 106 ust. 1 pkt 2 i 3 zmienianej ustawy organami prowadzącym rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą dla lekarzy i pielęgniarek wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej są okręgowe rady lekarskie właściwe dla miejsca wykonywania praktyki. Jednakże lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać działalność leczniczą w ramach praktyki w różnych miejscach, także na obszarze działania więcej niż jednej okręgowej izby lekarskiej albo pielęgniarek i położnych. W takiej sytuacji powstaje wątpliwość, który organ (okręgowa rada lekarska albo okręgowa rada pielęgniarek i położnych) jest właściwy. Z uwagi na powyższe proponuje się wprowadzenie rozwiązania analogicznego do podmiotów leczniczych, tj. powiązanie właściwości organu rejestrowego z miejscem zamieszkania osoby wykonującej praktykę zawodową. Opisany problem w szczególności dotyczy rodzajów praktyk o wysokim poziomie „mobilności", tj. indywidualnych praktyk zawodowych wyłącznie w zakładzie leczniczym oraz praktyk wyłącznie w miejscu wezwania. Proponowany przepis ma na celu ułatwienie procedury rejestracyjnej lekarzom i pielęgniarkom.

Ponadto zaproponowano przepis przejściowy, w myśl którego okręgowe rady lekarskie oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych właściwe ze względu na miejsce wykonywania praktyki przekażą okręgowym radom lekarskim oraz okręgowym radom pielęgniarek i

położnych właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lekarza albo pielęgniarki w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, dokumentację związaną z prowadzeniem tego rejestru. Natomiast Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia dostosuje system teleinformatyczny, w którym jest prowadzony rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą do ww. zmiany.

Ad 17

W myśl art. 147a § 1 Kodeksu wykroczeń w obecnym brzmieniu – kto prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub zakład leczniczy dla zwierząt bez wymaganego wpisu do rejestru lub ewidencji, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. Zwrot: „Kto prowadzi zakład opieki zdrowotnej" odnosi się do terminologii ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, która została uchylona z dniem 30 czerwca 2011 r. Proponuje się odwołanie do terminologii zmienianej ustawy i zastąpienie ww. zwrotu wyrazami: „Kto wykonuje działalność leczniczą". Ponadto proponowana zmiana ma na celu objęcie sankcją wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą naruszających zakaz, a nie tylko podmiotów leczniczych prowadzące zakłady lecznicze (zakłady opieki zdrowotnej w znaczeniu przedmiotowym), tj. także osób wykonujących zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej.

Ad 18

W obecnym brzmieniu art. 16b ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2016 r. poz. 639 z późn. zm.) stanowi, że zakazane jest nadawanie przekazu handlowego świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej udzielanych wyłącznie na podstawie skierowania lekarza. O ile definicja świadczenia zdrowotnego nie budzi wątpliwości (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 zmienianej ustawy), to ustawa ta nie wskazuje świadczeń udzielanych wyłącznie na podstawie skierowania lekarza. Obowiązek posiadania takiego skierowania wynika z innych przepisów, najważniejsze z nich to:

1) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), z zastrzeżeniem, iż dotyczy ona wyłącznie świadczeń, których koszt ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia;
2) ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 576, z późn. zm.);

3) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.).

Omawiany przepis art. 16b ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji dotyczy świadczeń zdrowotnych udzielanych wyłącznie na podstawie skierowania. Ma zastosowanie zarówno do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak i opłacanych przez pacjenta. Zastosowanie w przepisie wyrazu „wyłącznie" powoduje, iż grupa świadczeń spełniających te warunki jest niezwykle wąska, a de facto trudna do ścisłego określenia. Natomiast art. 14 ust. 1 zmienianej ustawy stanowi, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Zaś termin „reklama" mieści się w pojęciu przekazu handlowego, o którym mowa w art. 16b ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji. Zgodnie z art. 4 pkt 16 tej ustawy przekazem handlowym jest każdy przekaz, w tym obrazy z dźwiękiem lub bez dźwięku albo tylko dźwięki, mający służyć bezpośrednio lub pośrednio promocji towarów, usług lub renomy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą lub zawodową, towarzyszący audycji lub włączony do niej, w zamian za opłatę lub podobne wynagrodzenie, albo w celach autopromocji, w szczególności reklama, sponsorowanie, telesprzedaż i lokowanie produktu. Zatem zakres zakazu reklamy jest znacznie szerszy w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. I ten szerszy zakres powinien obowiązywać we wszystkich środkach przekazu. Proponowana zmiana ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji ma na celu uporządkowanie regulacji.

W przepisach przejściowych proponuje się, aby umowy zawarte na podstawie art. 26-27 zmienianej ustawy (zamówienie na świadczenia zdrowotne) przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy zachowały ważność na okres, na jaki zostały zawarte. Natomiast w odniesieniu do postępowań o udzielenie zamówień na świadczenia zdrowotne wszczętych na podstawie tych przepisów niezakończonych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy, proponuje się, aby podlegały zakończeniu z tym dniem. Proponowane przepisy umożliwią kontynuację świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie dotychczasowych przepisów.

Analogiczne rozwiązanie przyjęto w odniesieniu do umów, o których mowa w dodawanym przepisie art. 25a, w myśl którego podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych, udzielający

zamówienia na świadczenia zdrowotne na podstawie przepisów tej ustawy nie będzie mógł zbywać aktywów trwałych, oddać ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie przyjmującemu zamówienie.

Również dotychczasowe przepisy będą mieć zastosowanie do postępowań wszczętych na podstawie art. 35 zmienianej ustawy i niezakończonych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy. Z uwagi na to, ze już obecnie regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa m.in. wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami zmienianej ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, konieczne było wskazanie, że regulaminy organizacyjne ustalone przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy zachowują ważność.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych, ani nie wyłącza stosowania zasady swobodnego przepływu towarów, zatem nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.