

ALERT PRAWNY

Nowelizacja Ustawy o działalności leczniczej



KONDRAT
I PARTNERZY



Zastrzeżenie prawne

Treść niniejszym opracowania nie stanowi porady prawnej, ani opinii prawnej. Opracowanie nie stanowi podstawy jakiegokolwiek jego odpowiedzialności w stosunku do osób trzecich. Treści prezentowane przez autorów nie odzwierciedlają poglądu żadnej innej osoby fizycznej lub prawnej, a także żadnej instytucji państwowej. Autorzy nie odpowiada za szkodę wyrządzoną zastosowaniem lub brakiem zastosowania się do treści znajdujących się w serwisie. Każdy Czytelnik wykorzystuje poglądy przedstawione przez Autora dla własnych potrzeb jedynie na własną odpowiedzialność. Czytelnik nie jest związany opiniami przedstawianymi w niniejszym opracowaniu.

ALERT PRAWNY

Nowelizacja Ustawy o działalności leczniczej

1. KANCELARIA

KONDRAT i Partnerzy
Aleja Niepodległości 223/1
02-087 Warszawa

2. AUTORZY



Partner
Sławomir Mołęda
Kondrat i Partnerzy
✉
slawomir.moleda@kondrat.pl



aplikant radcowski
Natalia Dyda
Kondrat i Partnerzy
✉
natalia.dyda@kondrat.pl

3. PODSTAWA PRAWNA

Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r., poz. 960), zwana dalej nowelizacją, weszła w życie 15 lipca 2016 roku

1. Zakaz prywatyzacji podmiotów leczniczych

Nowelizacja wprowadza ograniczenie w zakresie zbywania podmiotom prywatnym udziałów albo akcji w spółkach kapitałowych wykonujących działalność leczniczą. Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego i publiczne uczelnie medyczne (podmioty publiczne) mogą zbywać swoje udziały albo akcje pod warunkiem, że ich wartość nominalna nie spadnie poniżej 51% kapitału zakładowego spółki. Oprócz większości udziałów lub akcji nowelizacja gwarantuje podmiotom publicznym zachowanie większości głosów na zgromadzeniu wspólników lub walnym zgromadzeniu. Gwarancje te mają zastosowanie do spółek, w których podmioty publiczne posiadały w dniu 15 lipca 2016 r. udziały albo akcje o wartości nie mniejszej niż 51% kapitału oraz dysponowały większością głosów.

Naszym zdaniem, może to zniechęcić inwestorów prywatnych do nabywania udziałów albo akcji w spółkach publicznych, ponieważ nie pozwoli im na przejęcie kontroli nad spółką.

Zwracamy uwagę, że czynności mające na celu nabycie udziałów lub akcji albo uzyskanie większości głosów w spółce publicznej, które zostały podjęte przed 15 lipca 2016 r., zachowują ważność. Do czynności tych należą:

- umowa przedwstępna zbycia udziałów/akcji
- umowa zbycia udziałów/akcji zawarta pod warunkiem, który ziści się po 15 lipca 2016 r.
- umowa emisji lub subemisji akcji

Ograniczenie zbywania udziałów lub akcji dotyczy wyłącznie podmiotów publicznych. Podmioty prywatne mogą nadal zbywać swoje udziały lub akcje w spółkach wykonujących działalność leczniczą bez żadnych ograniczeń.

2. Zakaz wypłacania dywidendy

Zakaz wypłacania dywidendy obowiązuje w spółkach kapitałowych prowadzących działalność leczniczą, w których Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo publiczne uczelnie medyczne posiadają udziały lub akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego. Zaliczka na poczet dywidendy pobrana przed 15 lipca 2016 r. nie podlega zwrotowi.

Zdaniem Kancelarii, zakaz ten uderza przede wszystkim w podmioty publiczne, ponieważ dotyczy spółek, w których podmioty te posiadają większość udziałów lub akcji. W efekcie może zniechęcić podmioty publiczne do inwestowania w działalność leczniczą swoich spółek.

3. Zmiana procedury postępowania po wystąpieniu ujemnego wyniku finansowego

W każdym przypadku wystąpienia ujemnego wyniku finansowego (straty netto) na dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (sp zoz) nowelizacja nakłada obowiązek przygotowania programu naprawczego:

- w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego,
- na okres nie dłuższy niż 3 lata,
- z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej (zob. pkt 4),
- do zatwierdzenia przez podmiot tworzący.

Pierwsze programy mają być sporządzone w związku ze stratą wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2016. Dotyczy to sp zoz-ów, dla których rok obrotowy jest rokiem kalendarzowym i oznacza, że termin sporządzenia pierwszych programów naprawczych przypada 30 września 2017 r. W przypadku sp zoz-ów, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, pierwszy program naprawczy sporządza się w związku ze stratą wynikającą ze sprawozdania za rok obrotowy rozpoczęty po 15 lipca 2016 r.

Sp zoz, tak jak dotychczas, powinien przede wszystkim pokryć stratę netto we własnym zakresie. Jeśli nie może tego uczynić, a strata netto po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, wówczas podmiot tworzący jest zobowiązany do:

- pokrycia w terminie 9 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego straty netto w granicach sumy straty netto oraz kosztów amortyzacji
albo
- wydania w terminie 12 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego rozporządzenia, zarządzenia albo podjęcia uchwały o likwidacji sp zoz-u.

Obowiązek likwidacji sp zoz-u stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą za rok 2017, co oznacza, że termin wydania pierwszych aktów likwidacyjnych przypada 30 czerwca 2019 r. W przypadku sp zoz-ów, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, obowiązek likwidacji stosuje się w związku ze stratą wynikającą ze sprawozdania za rok obrotowy rozpoczęty po 15 lipca 2016 r. Tak stanowią przepisy przejściowe.

Zdaniem Kancelarii, przesunięcie obowiązku likwidacji w czasie powoduje, że strata, która wystąpi w bieżącym roku obrotowym, musi zostać pokryta przez sp zoz lub podmiot tworzący. Taki wniosek nasuwa się w związku z tym, że spośród nakazanych ustawowo działań wyeliminowano możliwość komercjalizacji, czyli przekształcenia sp zoz w spółkę kapitałową. Możliwość taka wprawdzie pozostaje, ale przestaje być alternatywą dla likwidacji zakładu w sytuacji, gdy jego strata nie może zostać pokryta przez podmiot tworzący.

W praktyce prowadzi to do przerzucenia odpowiedzialności za wynik finansowy sp zoz na podmiot tworzący. Nowelizacja nie przewiduje żadnego dofinansowania lub rekompensaty z tego tytułu dla jednostek samorządu terytorialnego. Może zatem zahamować modernizację szpitali i znacznie utrudnić poprawę jakości udzielanych świadczeń. Brak możliwości pokrywania strat z uwagi na limity zadłużenia, jakie obowiązują jednostki samorządu terytorialnego, może ponadto spowodować konieczność likwidacji niektórych szpitali.

4. Wzmocnienie nadzoru nad sp zoz-ami

Nowelizacja nakłada na dyrektorów sp zoz-ów nowy obowiązek sporządzania raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej. Raport przygotowuje się na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy, bez względu na wynik finansowy, i przekazuje podmiotowi tworzącemu do dnia 31 maja każdego roku.

Kancelaria zwraca uwagę, że nowelizacja nie przewiduje odmiennego terminu przekazania raportu w odniesieniu do sp zoz-ów, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym. Wydaje się, że w odniesieniu do tych sp zoz-ów należy stosować termin 5 miesięcy od dnia zakończenia roku obrotowego, ponieważ termin 31 maja wypada 5 miesięcy od dnia zakończenia roku kalendarzowego.

Raport powinien zawierać:

- analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy,
- prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe,
- opis przyjętych założeń,
- informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową.

Wskaźniki ekonomiczno-finansowe, będące podstawą analizy i prognozy z raportu, sposób ich obliczania i przypisane im oceny punktowe określi minister zdrowia w drodze rozporządzenia. Mają one zapewnić przejrzystość i jednolitość analiz oraz porównywalność wskaźników.

Na podstawie raportu podmiot tworzący dokonuje oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej sp zoz-u.

Jednocześnie poszerzono uprawnienia nadzorcze podmiotów tworzących. Oprócz zgodności z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym, nadzór nad działalnością sp zoz-ów sprawowany będzie pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.

Wzmocnienie nadzoru jest, naszym zdaniem, naturalną konsekwencją obarczenia podmiotów tworzących odpowiedzialnością za wyniki finansowe sp zoz-ów.

5. Umożliwienie przekazywania sp zoz-ów

Nowelizacja umożliwia zamianę podmiotu tworzącego poprzez przekazanie praw i obowiązków tego podmiotu innemu podmiotowi publicznemu. Podstawą przekazania sp zoz-u jest porozumienie pomiędzy podmiotem przekazującym i przejmującym, które powinno zawierać:

- oznaczenie podmiotu przekazującego i przejmującego oraz sp zoz-u,
- zasady odpowiedzialności za zobowiązania sp zoz-u,
- zasady przejęcia mienia sp zoz-u,
- postanowienie o przekazaniu na własność podmiotowi przejmującemu nieruchomości będących w posiadaniu sp zoz-u, których właścicielem jest podmiot przekazujący.

Nowelizacja nie wprowadza żadnych przesłanek ani ograniczeń w zamianie podmiotów tworzących. Dzięki temu szpitale powiatowe mogą być przekazywane zarówno samorządom wojewódzkim, jak i wojewodom.

W naszej ocenie, nieograniczona możliwość przekazywania sp zoz-ów pomiędzy podmiotami tworzącymi jest, obok zakazu prywatyzacji, najbardziej znaczącą zmianą w całej nowelizacji. Limit zadłużenia, jakiemu podlegają samorzady, może sprawić, że niektóre jednostki nie będzie stać ani na pokrywanie strat, ani na przejęcie zobowiązań w przypadku likwidacji zadłużonego szpitala. Przekazanie go innemu samorządowi może okazać się jedynym wyjściem z patowej sytuacji. Z drugiej strony pojawiają się zachęty do konsolidacji w postaci nowych kryteriów konkursowych, które preferują oferty kompleksowe, jakie mogą składać tylko największe podmioty. Te same preferencje narzuca wprowadzenie opieki skoordynowanej. Jeżeli dodamy do tego mapy potrzeb zdrowotnych i system oceny wniosków inwestycyjnych, to w efekcie powstaną warunki sprzyjające kształtowaniu się publicznych holdingów leczniczych. Konkurencja ze strony sieci prywatnych zostanie zahamowana przez zakaz prywatyzacji.

6. Tworzenie nowych sp zoz-ów

Nowelizacja przywróciła możliwość tworzenia sp zoz-ów przez podmioty publiczne. Utworzenie następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały podmiotu tworzącego. Właściwy akt powinien określać:

- nazwę i siedzibę sp zoz-u,
- rodzaj działalności leczniczej,
- mienie, w które wyposaża się sp zoz

Sp zoz podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) oraz rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Z chwilą wpisu do KRS nabywa osobowość prawną.

Usunięcie zapisów o samodzielnym gospodarowaniu przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem wskazuje na zniesienie obowiązku oddania sp zoz-owi nieruchomości i majątku w użytkowanie. Pozostaje obowiązek wydzielenia sp zoz-owi części mienia, wynikający z definicji funduszu założycielskiego, bez precyzowania składników mienia i tytułu prawnego. Do podmiotu tworzącego należy zatem decyzja, czy daną nieruchomość odda sp zoz-owi w nieodpłatne użytkowanie, dzierżawę, najem, trwałą zarząd, czy na własność. Sygnalizujemy konieczność szczegółowego rozważenia wszelkich konsekwencji podatkowych podjętych decyzji (VAT, PCC, CIT) nie tylko w odniesieniu do nieruchomości, ale i do innych składników majątkowych.

Sp zoz nadal nie posiada zdolności upadłościowej. Nie sprzyja to racjonalnej gospodarce finansowej, gdyż może prowadzić do nieograniczonego zadłużania się, zwłaszcza w oczekiwaniu na dodatkowe środki publiczne. W przypadku likwidacji wszystkie zobowiązania sp zoz, tak jak dotychczas, przejmuje podmiot tworzący.

Tworząc sp zoz, uwzględnić należy "konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej". Ten dodatkowy wymóg nawiązuje do dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz regionalnych map potrzeb zdrowotnych, czyli przesłanek dodatkowego finansowania świadczeń gwarantowanych przez samorządy.

7. Możliwość finansowania świadczeń przez samorządy

Jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej dla swoich mieszkańców w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia. Powinny przy tym uwzględniać regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń na terenie danego województwa. Finansowanie odbywa się na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą wyłonionym w konkursie ofert, który przeprowadza się na zasadach określonych dla wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej (przetarg z Kodeksu cywilnego). W przypadku, gdy jednostka samorządu terytorialnego jest podmiotem tworzącym albo posiada większość udziałów lub akcji spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą w zakresie odpowiadającym zapotrzebowaniu, umowę zawiera w pierwszej kolejności ze swoim sp zoz-em albo spółką. W tym przypadku nie przeprowadza się konkursu ani nie stosuje prawa zamówień publicznych. Umowa ze świadczeniodawcą powinna określać:

- rodzaj, zakres i liczbę udzielanych świadczeń,
- warunki oraz organizację udzielania świadczeń,
- okres obowiązywania umowy,
- kwotę zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń,
- sposób i tryb kontroli wykonania.

W przypadku zawarcia umowy z wykonawcą posiadającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia dopuszczalne jest finansowanie jedynie świadczeń ponadlimitowych. W przeciwnym razie mogłoby dojść do podwójnego finansowania tych samych świadczeń. W związku z tym na wykonawcy ciążyć będą dodatkowe obowiązki: zawiadomienie dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu o zawarciu umowy z samorządem oraz przesyłanie do tegoż oddziału do 10. dnia każdego miesiąca kopii dokumentów rozliczeniowych przedstawianych samorządowi

Kancelaria zwraca uwagę, iż powyższa zmiana może skutkować negatywnym nastawieniem funduszu do wypłacania nadwykonań. Fundusz będzie mógł podnosić, że finansowanie takich świadczeń leży w gestii samorządów.

Umożliwienie kupowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych przez samorządy może ponadto budzić wątpliwości co do zachowania konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, różnicując ów dostęp w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta i zamożności wspólnoty samorządowej.

8. Współpraca z Policją przy poszukiwaniu osób zaginionych

Na szpitala nałożono obowiązek zgłaszania na Policję:

- przyjęcia dziecka, z którego rodzicem albo opiekunem nie można się skontaktować;
- przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić.

Zgłoszenie dziecka powinno nastąpić w ciągu 4 godzin, a pacjenta pełnoletniego w ciągu 8 godzin od przyjęcia lub zgonu. W obu przypadkach zgłoszenie przekazuje się na podany przez Policję numer telefonu lub faksu albo adres poczty elektronicznej. Policja miała obowiązek podania danych kontaktowych do 15 lipca br.

Niezależnie od tego, każdy podmiot leczniczy i praktyka zawodowa ma obowiązek udzielić na żądanie Policji informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej.

Zaznaczamy, że obowiązek samodzielnego zgłaszania dotyczy wyłącznie szpitali, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Natomiast obowiązek udzielenia informacji na żądanie dotyczy wszystkich placówek medycznych, w tym również gabinetów prywatnych. Obowiązki te nie obejmują podawania żadnych dodatkowych informacji o pacjencie, np. wzrostu, wagi, płci lub wieku, ani o stanie jego zdrowia, jak również nie upoważniają do udostępniania Policji dokumentacji medycznej.

9. Wyłączenie kolejnego ograniczenia kontroli

Do kontroli działalności leczniczej prowadzonej przez ministra zdrowia przestają mieć zastosowanie przepisy art. 79a ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Oznacza to, że zmiana osób upoważnionych do przeprowadzenia kontroli, jej zakresu oraz miejsca nie wymaga wydania nowego upoważnienia. Zmiany te mogą prowadzić do wydłużenia czasu kontroli, którego przedłużenie może nastąpić poprzez uczynienie stosownej wzmianki na upoważnieniu do kontroli.

Do kontroli wszczętych i niezakończonych przed 15 lipca 2016 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

Przypominamy, że do kontroli działalności leczniczej prowadzonej przez ministra zdrowia, jak również przez organ rejestrowy, wojewodę i podmiot tworzący, nie mają ponadto zastosowania ograniczenia dotyczące:

- 1) zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli z wyprzedzeniem co najmniej 7 dni,
 - 2) miejsca i pory kontroli,
 - 3) zakazu równoległego prowadzenia kilku kontroli,
 - 4) czasu trwania wszystkich kontroli w roku.
-

9. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej

Na wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą nałożono wyraźny obowiązek stosowania standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej określanych przez ministra zdrowia. Standardy te dotyczą sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zmiana polega na pozbawieniu ministra zdrowia upoważnienia do określania standardów postępowania medycznego na rzecz określania standardów organizacyjnych.

W związku z tą zmianą dotychczasowe rozporządzenia, które określają standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a także w zakresie opieki okołoporodowej przy ciąży fizjologicznej i powikłaniach oraz przy łagodzeniu bólu porodowego zachowują moc nie dłużej niż do 31 grudnia 2018 r.

11. Zniesienie obowiązku ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych

Jedną z najkorzystniejszych zmian wprowadzonych przez nowelizację jest zniesienie obowiązku ubezpieczenia szpitali na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Obowiązek ten był dotychczas zawieszony, a okres zawieszenia kilkakrotnie przedłużano.

Pozostała możliwość ubezpieczenia dobrowolnego oraz procedura dochodzenia roszczeń przed komisjami wojewódzkimi. Wszystkie podmioty lecznicze pozostają objęte obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej (OC).

W poprzednim stanie prawnym ubezpieczenia dublowały się, przy czym ubezpieczenie od zdarzeń medycznych było bardzo kosztowne, bo oferował je tylko jeden ubezpieczyciel. Zaledwie kilka placówek leczniczych ubezpieczenie to posiadało.

12. Uproszczenia w prowadzeniu działalności leczniczej

Podmioty lecznicze nie mają już obowiązku przesyłania do Państwowej Inspekcji Pracy i samorządów zawodowych kwartalnych informacji o liczbie osób zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych i kontraktach.

Ubiegając się o wpis do rejestru, nie trzeba już przedkładać organowi rejestrowemu opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej ani polisy ubezpieczenia OC. Wystarczy oświadczenie wnioskodawcy o spełnieniu wymagań w zakresie pomieszczeń i urządzeń oraz o zawarciu umowy ubezpieczenia OC.

Praktyki lekarskie i pielęgniarskie wykonywane wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego nie muszą tworzyć regulaminu organizacyjnego.

Konkurs na stanowisko zastępcy dyrektora sp zoz-u ogłasza sam dyrektor, a nie podmiot tworzący

13. Zmiany terminologiczne

Określenie „przedsiębiorstwo” zostało zastąpione określeniem „zakład leczniczy”. Definicja zakładu leczniczego pozostała taka sama jak dotychczasowa definicja przedsiębiorstwa. Z dniem 15 lipca 2016 r. przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stały się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych. Szpital został zdefiniowany jako zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Ujednolicenie terminologii zgodnie z ustawą o rachunkowości polega na zastąpieniu zwrotu „ujemny wynik finansowy” określeniem „strata netto”.

Na osobach kierujących podmiotami leczniczymi oraz podmiotach tworzących spoczywa obowiązek dostosowania statutów i regulaminów organizacyjnych do powyższych zmian w terminie do 31 grudnia 2017 r.

14. Podsumowanie

Zakaz prywatyzacji nie wyklucza komercjalizacji, która jest przekształceniem sp zoz-u w spółkę kapitałową. Wyklucza jedynie to, że większość udziałów lub akcji w przekształconym szpitalu obejmą inwestorzy prywatni. Możliwość komercjalizacji pozostaje, znika jedynie cel w postaci prywatyzacji.

Konieczność pokrycia straty netto pod groźbą przejęcia zobowiązań zlikwidowanego sp zoz-u nakłada na samorządy dodatkowe obciążenia finansowe, które mogą spowodować przekroczenie limitów zadłużenia.

Kancelaria sygnalizuje, że omawiane zmiany mogą mieć długofalowe konsekwencje dla systemu opieki zdrowotnej. Przewidujemy, że problemy finansowe samorządów mogą wymusić rozpoczęcie procesu konsolidacji sektora publicznego w ochronie zdrowia. W konsekwencji może dojść do zmiany struktur właścicielskich publicznych podmiotów leczniczych.

W terminie do dnia 31 grudnia 2017 r. zarówno sp zoz-y jak i podmioty lecznicze prowadzone w formie spółek kapitałowych mają obowiązek dostosować swoją działalność oraz statuty do nowych przepisów. Dostosować należy także pozostałe akty prawne obowiązujące w zakładach leczniczych i praktykach zawodowych, w tym regulaminy organizacyjne.

Powyższe akty prawne należy również dostosować do zmiany podmiotu tworzącego sp zoz.

Samorząd, który chce utworzyć sp zoz, powinien starannie rozważyć regulacje prawne dotyczące nowego zakładu oraz konsekwencji podatkowych wyposażenia go w mienie.

Do dnia 31 maja każdego roku dyrektor sp zoz-u musi sporządzić raport o jego sytuacji ekonomiczno-finansowej. Na podstawie raportu warto dokonać analizy, czy opłacalne jest przekazanie zakładu w drodze porozumienia o zmianie podmiotu tworzącego.

W przypadku wystąpienia straty netto kierownik sp zoz obowiązany jest sporządzić program naprawczy już za rok 2016. W odniesieniu do sp zoz-ów, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, pierwszy program naprawczy będzie dotyczył straty za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po 15 lipca 2016 r.

W związku z wprowadzeniem zapisów o współpracy z Policją warto opracować procedurę udostępniania informacji o pacjentach w placówkach leczniczych. W szpitalach uregulować ponadto należy postępowanie w przypadku przyjęcia dziecka bez rodziców oraz przyjęcia lub zgonu osób niezidentyfikowanych.

Sławomir Mołęda, partner, Kancelaria Prawna Kondrat i Partnerzy

Natalia Dyda, aplikant radcowski, Kancelaria Prawna Kondrat i Partnerzy

biuro@kondrat.pl