

UZASADNIENIE

Przedkładany projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym zawiera zmiany przepisów dotyczących:

- 1) uchylenia upoważnienia do wydania rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie sposobu i trybu podziału dotacji dla publicznych uczelni medycznych i publicznych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych i uregulowania tej kwestii w ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym,
- 2) akredytacji zakładów opieki zdrowotnej,
- 3) czasu pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

Ad 1. Propozycja służy uporządkowaniu stanu prawnego w zakresie sposobu i trybu podziału dotacji na zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi występującymi w trakcie szkolenia studentów w publicznych uczelniach medycznych oraz uniknięciu powtarzania uregulowań prawnych w tym obszarze. Obecnie istnieją w porządku prawnym dwa upoważnienia ustawowe do uregulowania przedmiotowego zagadnienia – w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym.

Uchylenie upoważnienia do wydania rozporządzenia przez Radę Ministrów zamieszczonego w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej wymaga doprecyzowania przepisów art. 94 ust. 1 pkt 8 w ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym. Przepis ten obecnie nie uwzględnia możliwości dofinansowania zadań związanych ze świadczeniami zdrowotnymi występującymi w procesie kształcenia na kierunkach takich jak pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia itp. i zawęża je do świadczeń zdrowotnych wykonywanych w trakcie kształcenia tylko studentów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. W opinii ministra zdrowia i uczelni medycznych, szczególnie w aspekcie tworzenia i podejmowania przez uczelnie medyczne kształcenia na nowych kierunkach

medycznych, doprecyzowanie to jest niezbędne. Wprowadzona nowelizacja spowoduje możliwość uwzględnienia dofinansowania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w trakcie kształcenia na nowych kierunkach.

Nowa treść art. 94 ust. 1 pkt 8 umożliwi otrzymywanie dotacji z budżetu państwa na zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi wykonywanymi w ramach kształcenia studentów studiów stacjonarnych przez wszystkie uczelnie publiczne kształcące na kierunkach medycznych. Nowe brzmienie art. 94 ust. 3 pkt 6 określa, że wyżej wymieniona dotacja dla uczelni nadzorowanych przez Ministra Zdrowia będzie przyznawana z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, natomiast dla pozostałych publicznych uczelni akademickich i zawodowych, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, dotacja ta będzie przekazywana przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego.

Natomiast zmiana w art. 96 pkt 2 lit. a i dodanie lit. aa jest niezbędne z uwagi na fakt, że wytyczne zawarte obecnie w wyżej wymienionym przepisie są niezgodne z przepisem merytorycznym regulującym kwestię dotacji na zadania związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, tj. z art. 94 ust. 1 pkt 8. Przepis art. 94 ust. 1 pkt 8 odnosi się do świadczeń zdrowotnych realizowanych podczas kształcenia przeddyplomowego studentów studiów stacjonarnych w procesie kształcenia na kierunkach medycznych i występującymi we współpracujących w procesie dydaktycznym jednostkach ochrony zdrowia; nie dotyczy to natomiast procesu dydaktycznego prowadzonego bezpośrednio w uczelni (wykłady, laboratoria itd.). Liczba nauczycieli akademickich, słuchaczy studiów doktoranckich oraz kosztochłonność występująca w procesie kształcenia przeddyplomowego nie mają bezpośredniego związku z zadaniami związanymi ze świadczeniami zdrowotnymi występującymi w trakcie realizacji programu studiów w jednostkach klinicznych (szpitalach, poradniach lub przychodniach).

Ad 2. Proponowana zmiana art. 18c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) wynika z faktu, że przepisy dodane do ustawy w 1997 r. wymagają dostosowania do obecnie obowiązujących zasad techniki prawodawczej, w szczególności w zakresie upoważnienia do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia. Ze względu na wadliwe brzmienie tego upoważnienia rozporządzenie w tej sprawie nie mogło być dotąd wydane, a cały przepis art. 18c pozostawał przepisem martwym. Przede wszystkim upoważnienie narusza art. 92 Konstytucji RP z powodu braku wytycznych dotyczących treści aktu wykonawczego. Ponadto niektóre zagadnienia przekazane do uregulowania w rozporządzeniu, takie jak: zasady wyłaniania i odwoływania członków Rady Akredytacyjnej, czas trwania jej kadencji, zasady finansowania Rady Akredytacyjnej, powinny być uregulowane w ustawie, nie zaś w akcie wykonawczym.

Ze względów redakcyjnych część zagadnień uregulowanych dotychczas w art. 18c proponuje się przenieść do nowego przepisu – art. 18ca. Tak więc art. 18c określa kwestie dotyczące procedury akredytacyjnej, natomiast art. 18ca – Rady Akredytacyjnej.

Przedkładany projekt reguluje możliwość wystąpienia przez zakład opieki zdrowotnej z wnioskiem o potwierdzenie spełniania określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu. Potwierdzenie wydaje Minister Zdrowia, na wniosek Rady Akredytacyjnej, w formie certyfikatu akredytacyjnego, po przeprowadzeniu procedury oceniającej przez ośrodek akredytacyjny jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych. W przypadku gdy zakład nie spełnia wymaganych standardów, Minister Zdrowia – na wniosek Rady – odmawia wydania potwierdzenia. W takiej sytuacji zakładowi opieki zdrowotnej służy prawo złożenia sprzeciwu w terminie 14 dni od otrzymania odmowy. Minister Zdrowia rozpatruje wtedy sprawę merytorycznie i w razie uznania sprzeciwu za zasadny wydaje potwierdzenie.

Członków Rady Akredytacyjnej – w liczbie nie więcej niż 12 osób – powoływał będzie Minister Zdrowia spośród kandydatów zgłoszonych przez samorzady zawodów medycznych i organizacje, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakładach opieki zdrowotnej. Określona w ustawie liczba członków Rady – nie więcej niż 12 osób – oraz jej skład zostały ustalone w taki sposób, aby nie tworzyć gremium zbyt licznego, a jednocześnie zapewnić jego reprezentatywność. Zapewni to sprawne, a jednocześnie kompetentne działanie Rady. Kadencja Rady Akredytacyjnej została określona na 4 lata. Projekt wskazuje okoliczności, w których minister zdrowia może odwołać członka Rady przed upływem kadencji. Z uwagi na potrzebę zapewnienia bezstronności członków Rady proponuje się, aby składali oni coroczne oświadczenia o wykonywanej działalności i uzyskiwanych z różnych źródeł korzyściach. Ten sam wymóg obejmuje dane dotyczące współmałżonka członka Rady.

W projekcie ustawy określono zasadę finansowania Rady Akredytacyjnej z budżetu państwa. Proponuje się, aby jej członkowie otrzymywali wynagrodzenie w określonej wysokości za udział w posiedzeniu. Wynagrodzenie za udział w posiedzeniu zostało określone w wysokości 40% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, za I kwartał ubiegłego roku, przy czym jeżeli Rada odbywa więcej niż jedno posiedzenie w miesiącu, jej członkom przysługuje wynagrodzenie tylko za udział w jednym posiedzeniu. Natomiast w przypadku gdy w danym miesiącu Rada nie zbierze się na posiedzenie – wynagrodzenie nie przysługuje.

Proponowane rozwiązania służą zapewnieniu bezstronności i rzetelności przeprowadzenia procedury oceniającej.

Ponadto zaproponowano zmianę art. 18 ust. 3, który określa krąg podmiotów, którym zakład opieki zdrowotnej może udostępnić dokumentację medyczną. Z uwagi na fakt, że wgląd do dokumentacji medycznej jest istotnym elementem procedury oceniającej, konieczne było przyznanie takiego prawa wizytatorom, z zastrzeżeniem że będą to

osoby wykonujące zawód medyczny lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki albo położnej i tylko w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury oceniającej.

Ze względu na trwające prace nad projektem ustawy o lekarzu sądowym, w której zmienia się art. 18 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w dalszych pracach legislacyjnych ustawy te zostaną wzajemnie dostosowane.

Ad 3. Niniejszy projekt ustawy ma na celu dostosowanie przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) do przepisów dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy, w wykładni przyjętej przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości.

Europejski Trybunał Sprawiedliwości, m.in. w sprawach SiMAP oraz Jaeger, stwierdził, że „dyżur pełniony przez lekarza mającego obowiązek znajdować się w szpitalu musi być w całości uważany za czas pracy, nawet wówczas, jeżeli taka osoba może odpoczywać w miejscu pracy w czasie, w którym jej usługi nie są potrzebne.”. W tym zakresie przepis art. 32j ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej stanowiący w szczególności, że lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego, jest niezgodny z przepisami prawa wspólnotowego.

Projekt przewiduje uchylenie dotychczasowego art. 32j ust. 2, stanowiącego, że czasu pełnienia dyżuru nie wlicza się do czasu pracy. Równocześnie znosi ograniczenie liczby dyżurów, do których pełnienia może zostać zobowiązany pracownik zakładu opieki zdrowotnej. Projekt przewiduje również, że dyżur medyczny będzie wynagradzany na zasadach określonych w art. 151¹ § 1-3 Kodeksu pracy, tj. wysokość

wynagrodzenia za dyżur medyczny zostanie zrównana z wysokością wynagrodzenia za godziny nadliczbowe.

Proponowany art. 32j przewiduje, że praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim przekraczać będzie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Rozwiązanie takie pozwoli uniknąć wątpliwości, czy praca w ramach pełnienia dyżuru, która odbywać się będzie w ramach pracy w godzinach nadliczbowych, nie będzie objęta ograniczeniami określonymi w art. 151 Kodeksu pracy (w przypadku gdy praca z wykorzystaniem tzw. klauzuli opt-out miałyby odbywać się bez wykorzystania dyżuru medycznego, miałyby do niej zastosowanie wszystkie przepisy Kodeksu pracy o pracy w godzinach nadliczbowych, łącznie z ograniczeniami zawartymi w art. 151 Kodeksu pracy).

W projekcie przewidziano wprowadzenie do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej art. 32ja, umożliwiającego zobowiązanie lekarza lub innej osoby wykonującej zawód medyczny zatrudnionej w zakładzie opieki zdrowotnej do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień, w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące (tzw. klauzula opt-out). Zmiana ta pozwoli w zakładach opieki zdrowotnej korzystać z przewidzianej w dyrektywie 2003/88/WE możliwości wydłużania czasu pracy ponad 48 godzin na tydzień (tzw. klauzula „opt-out”).

Przepisy art. 32ja określają ponadto katalog wymogów (wynikających wprost z art. 22 dyrektywy 2003/88/WE), które muszą zostać spełnione, aby pracownik mógł być zobowiązany do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień, obliczonym jako średnia w odniesieniu do okresu rozliczeniowego nie dłuższego niż 4 miesiące.

Zgodnie z projektem zobowiązanie pracownika będzie mogło nastąpić w momencie spełnienia szeregu warunków. Pracownik musi dobrowolnie wyrazić uprzednią zgodę na piśmie na wykonywanie pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Pracodawca będzie zobowiązany prowadzić i przechowywać ewidencje czasu pracy pracowników wykonujących pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień oraz udostępnić ją właściwym organom Państwowej Inspekcji Pracy, które będą mogły z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, zakazać albo ograniczyć możliwość wydłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy.

Projekt wprowadza również zakaz podejmowania przez pracodawcę jakichkolwiek działań dyskryminujących wobec pracowników, którzy nie wyrazili zgody na objęcie ich klauzulą opt-out, czyli na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień.

W projekcie określono również, że pracownik będzie mógł cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień, obliczonym jako średnia w odniesieniu do okresu rozliczeniowego, informując o tym pracodawcę na piśmie. Do cofnięcia zgody stosować się będzie miesięczny okres wypowiedzenia, który powinien umożliwić zapewnienie ciągłości pracy w zakładzie opieki zdrowotnej przy równoczesnym zabezpieczeniu interesów pracowników objętych tzw. klauzulą opt-out.

Określony w projekcie 4-miesięczny okres rozliczeniowy przy stosowaniu klauzuli opt-out, dłuższy od obowiązującego pozostałych pracowników okresu 3-miesięcznego, pozwolić ma na maksymalne uelastycznienie organizacji czasu pracy pracowników pełniących dyżury medyczne.

Przewidziane w projekcie wprowadzenie nowego art. 32jb stworzyć ma możliwość udzielania pracownikom pełniącym dyżur medyczny 11-godzinny odpoczynku dobowego bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru.

Art. 32jb zakłada również wprowadzenie do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przepisów, zgodnie z którymi pracownikom pełniącym dyżur medyczny okresy 24-godzinny odpoczynku tygodniowego mogą zostać udzielone w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni. Proponowany przepis jest zgodny z art. 16 lit. a dyrektywy 2003/88/WE,

stanowiącym, że Państwa Członkowskie mogą ustanowić w celu stosowania art. 5 (tygodniowy okres odpoczynku) okres rozliczeniowy nieprzekraczający 14 dni.

Projekt ustawy zmierza do harmonizacji przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z przepisami Kodeksu pracy. W art. 32g i art. 32i dostosowano tygodniowy wymiar czasu pracy do obecnie obowiązującego w Kodeksie pracy przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. W art. 32i ust. 2 wprowadzono zmianę w zakresie okresu rozliczeniowego, mającą na celu dostosowanie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do przepisów dyrektywy 2003/88/WE. Przewidziane w projekcie uchylenie art. 32h oraz zmiana brzmienia art. 32l służyć usunięciu z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej niefunkcjonującego już pojęcia „dni dodatkowo wolne od pracy”.

Zmiany brzmienia przepisów art. 32k-32ł wynikają również z usunięcia z art. 32j przepisu określającego zasady obliczania stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego (obecnie zasady te określone są w art. 32k ust. 3).

Proponowana data wejścia w życie przepisów dotyczących czasu pracy wynika z konieczności zapewnienia okresu pozwalającego na zmianę organizacji pracy w zakładach (m.in. uzyskanie od osób, które mogą zostać zobowiązane do pełnienia dyżuru medycznego, zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień) oraz zabezpieczenia w budżecie państwa środków na pokrycie kosztów zrównania wysokości wynagrodzeń za dyżury medyczne z wysokością wynagrodzeń za pracę w godzinach nadliczbowych.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

Ocena skutków regulacji przeprowadzona została odrębnie dla przepisów dotyczących akredytacji oraz przepisów dotyczących czasu pracy.

Uchylenie przepisów zawierających upoważnienie do wydania rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu podziału dotacji dla publicznych uczelni medycznych i publicznych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz stosowne zmiany w ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym ma na celu uporządkowanie porządku prawnego przez odstąpienie od podwójnej regulacji tego samego zagadnienia i nie wywoła skutków prawnych ani finansowych.

Projektowana ustawa nie jest objęta notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

I. Przepisy dotyczące akredytacji zakładów opieki zdrowotnej

1. Podmioty, na które oddziałuje ustawa

Ustawa będzie oddziaływała na zakłady opieki zdrowotnej, Ministra Zdrowia, Radę Akredytacyjną oraz ośrodek akredytacyjny.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stosowania prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414). W tym trybie nie zostało zgłoszone zainteresowanie pracami nad projektem.

Ponadto projekt został przekazany do konsultacji między innymi następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi

Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

W czasie konsultacji, a następnie konferencji uzgodnieniowej Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej zgłosił postulat uchylecia art. 18c ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w obecnym brzmieniu i odstąpienia od regulowania tego zagadnienia w przepisach tej ustawy. Uzasadniając powyższą uwagę, zaznaczył, że – wzorem innych państw – akredytacja w Polsce odbywa się z powodzeniem w oparciu o niezależne organizacje stawiające sobie za cel działanie na rzecz jakości w ochronie zdrowia. Działalność taką prowadzi w szczególności Konfederacja Akredytacyjna, której członkiem jest Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Naczelna Rada Lekarska, Towarzystwo Szpitalnictwa, Towarzystwo Promocji Jakości w Ochronie Zdrowia. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w tej sprawie poparła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych. Również opinia Rady Legislacyjnej wskazuje, że „należy zastanowić się nad samą formułą akredytacji – czy powinna być ona związana ściśle z zakresem obowiązków ministra właściwego do spraw zdrowia, czy raczej powinna być to jednostka całkowicie autonomiczna.”.

Przedstawiciele Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan podkreślali z kolei, że system akredytacji finansowany z budżetu państwa (działalność Rady Akredytacyjnej) powinien być systemem powszechnym, obowiązkowym nie tylko dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, ale także innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jeżeli ubiegają się o środki publiczne.

Część uwag zgłoszonych w trakcie uzgodnień zewnętrznych pozostało nieuwzględnionych, z uwagi na fakt, że wykraczały poza proponowany

zakres nowelizacji. Dotyczyły one głównie kwestii rozszerzenia – określonego w art. 18 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – kręgu osób i podmiotów uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej. Uwagi te i propozycje zostaną ponownie przeanalizowane w trakcie prac nad kolejną nowelizacją ustawy lub też w pracach Zespołu, który zajmie się przygotowaniem projektu nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowany przepis będzie miał wpływ na budżet państwa, z którego będzie finansowana działalność Rady Akredytacyjnej. Członkom Rady przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu w wysokości 40% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, w I kwartale ubiegłego roku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wypłatami z zysku wynosiło w I kwartale 2006 r. – ok. 2 600 zł (obwieszczenie Prezesa GUS z dnia 18 kwietnia 2006 r. – M.P. Nr 29, poz. 317). Zatem wynagrodzenie za udział w posiedzeniu będzie wynosiło dla jednej osoby $2\,600 \times 40\% = 1\,040$ zł, co daje rocznie kwotę: $12 \times 1\,040$ zł = 12 480 zł. Wysokość wynagrodzenia wszystkich członków Rady rocznie = 12 osób \times 12 480 zł = 149 760 zł.

Do kosztów z tytułu wynagrodzenia członków Rady Akredytacyjnej doliczyć należy pochodne w wysokości – 29 473 zł.

Jest to koszt maksymalny, ponieważ może się zdarzyć, że w niektórych miesiącach Rada nie zbierze się na posiedzenie. Jej członkom nie przysługuje wówczas wynagrodzenie.

Koszty te będą finansowane z części budżetu państwa, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Wejście w życie omawianych przepisów planowane jest na rok 2008.

Posiedzenia Rady mogą odbywać się częściej niż raz w miesiącu, ustawa nie przewiduje w tym zakresie żadnych ograniczeń. Niezależnie od tego wynagrodzenie członków Rady nie może jednak przekroczyć kwot maksymalnych ustalonych w ustawie.

Ponadto ustawa nakłada na Ministra Zdrowia nowe zadanie polegające na wydawaniu certyfikatu akredytacyjnego albo odmowie jego wydania na wniosek Rady Akredytacyjnej, a z drugiej strony na rozpatrywaniu sprzeciwu zakładu opieki zdrowotnej, w przypadku odmowy wydania certyfikatu akredytacyjnego. W związku z powyższym, konieczne będzie zapewnienie dodatkowego etatu w Ministerstwie Zdrowia, w celu realizowania ww. zadania. Wynikające stąd koszty zatrudnienia jednej osoby wyniosłyby ok. 36 000 zł rocznie.

$3\ 000\ \text{zł} \times 12\ \text{mies.} = 36\ 000\ \text{zł}$

Określone tu koszty etatu uwzględniają wynagrodzenie wraz z pochodnymi wynagrodzenia.

Środki finansowe na ten cel przewidziane będą w budżecie w części 46 – Zdrowie na 2008 r.

Zakład opieki zdrowotnej będzie wnosił opłatę za przeprowadzenie procesu akredytacji. Średnią wysokość opłaty, z uwzględnieniem zróżnicowania w zależności od rodzaju i wielkości zakładu – szacuje się na

ok. 23 000 zł. Szczegółowo wysokości opłat zostaną ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Przyjmuje się, na podstawie dotychczasowych doświadczeń Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, że liczba składanych przez zakłady opieki zdrowotnej wniosków wynosiłaby ok. 30 rocznie.

Ośrodkiem akredytacyjnym jest istniejąca już, powołana przez Ministra Zdrowia jednostka budżetowa z gospodarstwem pomocniczym – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Realizowanie zadania w zakresie przeprowadzania procedury oceniającej finansowane będzie z budżetu państwa, w części której dysponentem jest Minister

Zdrowia. Uwzględniając wykazane powyżej koszty, wydatki na ten cel wynosiłyby ok. 690 tys. zł (23 000 x 30) i byłyby przeznaczone na wynagrodzenia wraz z pochodnymi wizytatorów przeprowadzających procedurę oceniającą w zakładzie, przygotowanie dokumentacji, sporządzenie raportu.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej certyfikatu akredytacyjnego potwierdza spełnianie przez ten zakład standardów jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu. Posiadanie takiego certyfikatu umocni konkurencyjną pozycję zakładu opieki zdrowotnej na rynku świadczeń zdrowotnych.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów. Jednak funkcjonowanie w regionie zakładów opieki zdrowotnej posiadających certyfikat akredytacyjny może potencjalnie przyczynić się do rozwoju także innych gałęzi gospodarki.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego jest potwierdzeniem wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowego funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

II. Przepisy dotyczące czasu pracy w zakładzie opieki zdrowotnej

1. Podmioty, na które oddziałuje ustawa

Przedmiotowa regulacja wywiera wpływ na:

- zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, w których pełnione są dyżury medyczne,
- lekarzy oraz innych posiadających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stosowania prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414). W tym trybie nie zostało zgłoszone zainteresowanie pracami nad projektem.

Ponadto projekt został przekazany do konsultacji między innymi następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Dnia 25 stycznia 2007 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa, w której uczestniczyli przedstawiciele podmiotów, które zgłosiły uwagi do projektu. Uwzględniono postulaty zmierzające do wycofania z projektu przepisów wydłużających czas pracy pracowników zatrudnionych w skróconym wymiarze czasu pracy oraz zrównania wynagrodzenia za

dyżur medyczny z wynagrodzeniem za pracę w godzinach nadliczbowych.

W trakcie wyżej wymienionych uzgodnień zostało uwzględnionych szereg uwag zgłoszonych przez partnerów społecznych, w szczególności:

- sprzeciw wobec zaproponowanego w projekcie ustawy wydłużenia czasu pracy pracowników komórek organizacyjnych, tj.: radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów,
- sprzeciw wobec niezrównania wynagrodzenia przysługującego za czas pełnienia dyżuru medycznego z wynagrodzeniem przysługującym pracownikom za pracę w godzinach nadliczbowych.

Projekt ustawy wraz z zawartą w nim Oceną skutków regulacji został dnia 12 lutego 2007 r. pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie przedmiotowego projektu ustawy będzie miało ograniczony wpływ na wydatki budżetu (zakłady i jednostki budżetowe, dla których organami założycielskimi są podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej koszty wejścia w życie regulacji będą musiały pokryć same zakłady.

Zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, w których są pełnione dyżury medyczne, mogą ponieść dodatkowe koszty związane z koniecznością zmiany organizacji czasu pracy pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których mogą być pełnione dyżury medyczne. Praca w wymiarze przekraczającym 48 godzin na

tydzień będzie wymagać zawarcia z pracownikiem porozumienia (wyrażenia przez niego zgody na stosowanie klauzuli opt-out).

Wejście w życie przedmiotowego projektu ustawy może zwiększyć koszty funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, w których pełnione są dyżury medyczne. Z analiz prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że koszt uznania czasu pełnienia dyżuru za czas pracy zwiększy koszty funkcjonowania zakładów o ok. 750 mln zł. Koszty te będą związane z koniecznością zatrudnienia w części zakładów opieki zdrowotnej dodatkowych pracowników oraz ze zrównaniem wysokości wynagrodzenia za pracę w ramach pełnionego dyżuru medycznego z wysokością wynagrodzenia w godzinach nadliczbowych.

Jednakże przy założeniu, że znaczna część lekarzy obecnie pełniących dyżury medyczne zdecyduje się na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo (wyrażą zgodę na zastosowanie wobec nich klauzuli opt-out), koszt wejścia w życie niniejszej regulacji powinien być znacznie niższy (brak w tym przypadku kosztów związanych z zatrudnianiem dodatkowych pracowników). Koszt jednej godziny pracy w ramach pełnionego dyżuru medycznego wzrośnie o 11,11% w przypadku dyżurów pełnionych w dzień oraz o 21,21% w przypadku dyżurów pełnionych w nocy. Koszt pełnienia dyżuru w soboty, niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, w dni wolne od pracy udzielone pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, oraz w dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy – koszt godziny pracy nie ulegnie zmianie.

Wysokość wynagradzania pracownika za czas pełnienia dyżuru została zrównana z wysokością wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych, czyli jest wyższa niż wynagrodzenie za normalną pracę, co powinno zachęcać lekarzy do korzystania z klauzuli opt-out umożliwiającej im pełnienie dyżuru medycznego maksymalnie w wymiarze 38 godzin tygodniowo (78 godzin tygodniowo to czas, w

którym pracownik może pracować przy zachowaniu 90 godzin odpoczynku dobowego i tygodniowego).

Wskazane wyżej szacunkowe koszty wejścia w życie regulacji zawartych w projekcie obejmują wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej (samodzielne publiczne zakłady oraz zakłady działające w formie zakładów i jednostek budżetowych). Dlatego też nie wystąpią dodatkowe koszty dla sektora finansów publicznych, które mogłyby przekroczyć 750 mln zł. Koszty dla budżetu państwa w zakresie finansowania zespołów ratownictwa medycznego będą ograniczone do ratownictwa przedszpitalnego, gdzie z uwagi na brak dyżurów medycznych ograniczone będą jedynie do przypadków związanych ze zmianą długości okresów rozliczeniowych (brak możliwości stosowania 12-miesięcznego okresu rozliczeniowego w przypadku stosowania w zakładzie przewidzianego obecnie w art. 32i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wymiaru czasu pracy wydłużonego do 12 godzin na dobę).

W przypadku zakładów i jednostek budżetowych ewentualne koszty wejścia w życie ustawy zrównującej wysokość wynagrodzenia za czas pełnienia dyżuru medycznego z wynagrodzeniem za pracę w godzinach nadliczbowych będą ograniczone – obecnie w ośrodkach medycyny sądowej liczba etatów (przeliczeniowych), na których pełniony jest przez lekarzy dyżur medyczny, wynosi 17,25.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowej regulacji może spowodować konieczność zatrudnienia dodatkowych lekarzy w tych zakładach opieki zdrowotnej, w których lekarze obecnie pełniący dyżury nie wyrażą zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Wejście w życie przedmiotowego projektu ustawy spowoduje dodatkowe koszty związane ze zrównaniem wynagrodzenia za dyżury medyczne z wynagrodzeniem za pracę w godzinach nadliczbowych.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Wejście w życie przedmiotowego projektu ustawy nie będzie miało wpływu na rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Projekt nowelizacji nie będzie miał wpływu na ochronę zdrowia ludności oraz zmniejszenie ryzyka chorób.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.