



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
V kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-75-07

**Druk nr 1836**

Warszawa, 8 czerwca 2007 r.

Pan  
Ludwik Dorn  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym** wraz z projektami aktów wykonawczych.

Projekt ma na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

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

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

(-) Jarosław Kaczyński

## U S T A W A

z dnia

**o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym<sup>1)</sup>**

Art. 1. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 6 uchyla się ust. 2 i 3;

2) w art. 18 w ust. 3:

a) pkt 2-4 otrzymują brzmienie:

„2) zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych albo do przeprowadzenia postępowania diagnostyczno-leczniczego w sprawach chorób zawodowych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia tego postępowania;

3) właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządów zawodów medycznych w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru;

4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuraturom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;”

b) dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) osobom wykonującym zawód medyczny lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki albo położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej zakład opieki zdrowotnej na podstawie art. 18c, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.”;

3) art. 18c otrzymuje brzmienie:

„Art. 18c. 1. Zakład opieki zdrowotnej może wystąpić do Rady Akredytacyjnej, zwanej dalej „Rada”, z wnioskiem o potwierdzenie spełniania standardów jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu.

2. Standardy, o których mowa w ust. 1, określa Rada i zamieszcza na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Potwierdzenie spełniania standardów jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu, zwane dalej „potwierdzeniem”, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Rady, w formie certyfikatu akredytacyjnego, po przeprowadzeniu procedury oceniającej zakład opieki zdrowotnej, zwanej dalej „procedurą oceniającą”.

4. Procedurę oceniającą przeprowadza ośrodek akredytacyjny, będący jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

5. Procedura oceniająca polega na dokonaniu przeglądu zakładu opieki zdrowotnej, pod

względem spełniania standardów, o których mowa w ust. 1. Z dokonanego przeglądu jest sporządzany raport ze wskazaniem spełnionych lub niespełnionych standardów.

6. Upoważniona przez ośrodek akredytacyjny osoba, w ramach przeglądu, o którym mowa w ust. 5, jest uprawniona do:
  - 1) wstępu na teren zakładu opieki zdrowotnej;
  - 2) wglądu do dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia przeglądu;
  - 3) wglądu do innej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia przeglądu, a w szczególności dotyczącej pracowników zakładu oraz struktury organizacyjnej i funkcjonowania zakładu;
  - 4) prowadzenia wywiadów z personelem zakładu oraz z pacjentami.
7. Raport, o którym mowa w ust. 5, jest udostępniany kierownikowi zakładu opieki zdrowotnej, w którym przeprowadza się procedurę oceniającą. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 14 dni od otrzymania raportu, może wnieść do niego zastrzeżenia.
8. W przypadku wniesienia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 7, ośrodek akredytacyjny może je uwzględnić i dokonać niezbędnych korekt w raporcie, a w przypadku ich nieuwzględnienia dołącza je wraz ze swoim stanowiskiem do raportu, który jest przekazywany Radzie.

9. W przypadku gdy zakład opieki zdrowotnej nie spełnia standardów, o których mowa w ust. 1, na wniosek Rady, minister właściwy do spraw zdrowia na piśmie odmawia wydania potwierdzenia.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, zakład opieki zdrowotnej może w terminie 14 dni od dnia otrzymania odmowy wydania potwierdzenia wnieść sprzeciw do ministra właściwego do spraw zdrowia. Prawo wniesienia sprzeciwu przysługuje zakładowi opieki zdrowotnej tylko raz.
11. Po rozpatrzeniu sprzeciwu minister właściwy do spraw zdrowia wydaje potwierdzenie, jeżeli uzna sprzeciw za zasadny, albo odmawia wydania potwierdzenia.
12. Zakład opieki zdrowotnej otrzymuje potwierdzenie każdorazowo na okres 3 lat.
13. Zakład opieki zdrowotnej składający wniosek o potwierdzenie wnosi opłatę za przeprowadzenie procedury oceniającej. Wysokość opłaty zależy od rodzaju i wielkości zakładu opieki zdrowotnej. Opłata za przeprowadzenie procedury oceniającej stanowi dochód budżetu państwa.
14. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania procedury oceniającej,
  - 2) dane, które powinien zawierać wniosek o wydanie potwierdzenia,

3) wzór certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w ust. 3

– uwzględniając konieczność zapewnienia bezstronności i rzetelności przeprowadzenia procedury oceniającej;

4) wysokość opłaty, o której mowa w ust. 13, uwzględniając koszty przygotowania i przeprowadzenia przeglądu zakładu opieki zdrowotnej oraz opracowania raportu, a także wielkość i rodzaj zakładu opieki zdrowotnej.”;

4) po art. 18c dodaje się art. 18ca w brzmieniu:

„Art. 18ca. 1. Rada składa się z nie więcej niż 12 osób, powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodów medycznych i organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

2. Kandydatem na członka Rady może być osoba, która spełnia następujące wymagania:

1) posiada wykształcenie wyższe medyczne;

2) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie związane z działaniem na rzecz poprawy jakości w ochronie zdrowia;

3) nie była karana za ścigane z oskarżenia publicznego przestępstwo popełnione

umyślnie lub umyślnie przestępstwo skarbowe;

- 4) cieszy się nieposzlakowaną opinią.
3. Kadencja członków Rady trwa 4 lata, licząc od dnia ich powołania. Członkowie Rady pełnią swoje funkcje do czasu powołania ich następców.
4. W przypadku odwołania członka Rady lub jego śmierci przed upływem kadencji, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka Rady na okres do końca tej kadencji.
5. Ta sama osoba nie może być członkiem Rady więcej niż przez dwie kadencje.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członka Rady przed upływem kadencji w przypadku:
  - 1) zrzeczenia się funkcji;
  - 2) choroby trwale uniemożliwiającej sprawowanie funkcji;
  - 3) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za ścigane z oskarżenia publicznego przestępstwo popełnione umyślnie lub umyślnie przestępstwo skarbowe;
  - 4) nieusprawiedliwionej nieobecności na co najmniej 3 posiedzeniach Rady;
  - 5) niezłożenia w terminie określonym w ust. 10 oświadczenia, o którym mowa w ust. 8;
  - 6) na wniosek co najmniej połowy członków Rady;

- 7) działania niezgodnego z celami, dla których Rada została powołana.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia wskazuje spośród członków Rady przewodniczącego, a Rada wybiera zastępców przewodniczącego oraz ustala regulamin organizacyjny. Regulamin organizacyjny Rady zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.
  8. Członek Rady jest obowiązany do złożenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oświadczenia zawierającego dane o:
    - 1) wszystkich zajmowanych lub pełnionych stanowiskach bądź funkcjach oraz wykonywanych zajęciach, z tytułu których pobiera wynagrodzenie, oraz o wykonywanej działalności gospodarczej;
    - 2) zajmowanych lub pełnionych stanowiskach bądź funkcjach oraz wykonywanych zajęciach, w tym w zakładach opieki zdrowotnej, nawet wówczas, gdy z tego tytułu nie pobiera żadnych świadczeń pieniężnych;
    - 3) faktach materialnego wspierania działalności publicznej prowadzonej przez składającego oświadczenie;
    - 4) darowiźnie otrzymanej od podmiotów krajowych lub zagranicznych, jeżeli jej wartość przekracza 50% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego



w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;

- 5) innych uzyskanych korzyściach, o wartościach większych niż wskazane w pkt 4, niezwiązanych z zajmowaniem stanowisk lub wykonywaniem zajęć albo pracy zawodowej, o których mowa w pkt 1;
  - 6) uczestnictwie w organach fundacji, spółek handlowych lub spółdzielni, nawet wówczas, gdy z tego tytułu nie pobiera się żadnych świadczeń pieniężnych.
9. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 8, zawiera również dane określone w tym przepisie dotyczące współmałżonka członka Rady.
  10. Oświadczenie jest składane według stanu na dzień 31 grudnia danego roku, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następnego.
  11. Oświadczenie jest przechowywane przez 10 lat od dnia złożenia, z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.
  12. Członek Rady podlega wyłączeniu od udziału w sprawie, jeżeli między nim lub osobą dla niego bliską a zakładem opieki zdrowotnej składającym wniosek o potwierdzenie zachodzą okoliczności, które mogłyby wywołać wątpliwości co do jego bezstronności. O wyłączeniu rozstrzyga przewodniczący Rady na wniosek lub z urzędu.
  13. Osobą bliską, o której mowa w ust. 12, jest: małżonek, krewny i powinowaty do drugiego stopnia, osoba związana z tytułu przysposo-

bienia, opieki lub kurateli oraz inna osoba pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym.

14. Działalność Rady jest finansowana z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.
15. Członkom Rady przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu w wysokości 40% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, za I kwartał ubiegłego roku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. W przypadku gdy w danym miesiącu Rada odbywa więcej niż jedno posiedzenie, członkom Rady przysługuje wynagrodzenie za udział w jednym posiedzeniu.
16. Obsługę organizacyjną i techniczną Rady zapewnia ośrodek akredytacyjny.
17. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) szczegółowy skład oraz tryb powoływania członków Rady,
  - 2) szczegółowe zadania Rady  
– uwzględniając konieczność zapewnienia jej reprezentatywności oraz bezstronności i rzetelności działania.”;

5) art. 32g otrzymuje brzmienie:

- „Art. 32g. 1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 32i ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
  3. Czas pracy pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni), w przyjętym okresie rozliczeniowym:
    - 1) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego,
    - 2) fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów– w zakresie określonym w ust. 5, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
  4. Czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozli-

zeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

5. Czas pracy, o którym mowa w ust. 3, stosuje się do pracowników na stanowiskach pracy w:

1) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) radiologii, radioterapii i medycyny nuklearnej, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

a) stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonujących badania lub zabiegi, asystujących lub wykonujących czynności pomocnicze przy badaniach lub zabiegach, obsługujących urządzenia zawierające źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, lub wykonujących czynności zawodowe bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych, lub

b) prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego, lub

c) dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z działalnością, o której mowa w lit. a i b;

2) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) fizykoterapeutycznych, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy

kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów;

3) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): patomorfologii, histopatologii, cytopatologii i cytodiagnostyki, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

- a) przygotowywanie preparatów lub
- b) wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych;

4) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) patomorfologii, medycyny sądowej oraz prosektoriach, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

- a) wykonywanie sekcji zwłok lub
- b) wykonywanie badań patomorfologicznych i toksykologicznych, lub
- c) pomoc przy wykonywaniu sekcji zwłok oraz badań patomorfologicznych i toksykologicznych, lub
- d) pobieranie narządów i tkanek ze zwłok.

6. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1-4, nie może przekraczać 3 miesięcy.”;

6) uchyla się art. 32h;

7) w art. 32i ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zakładu opieki zdrowotnej mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w któ-

rych dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem art. 32g ust. 3 i 4. W rozkładach czasu pracy pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 1, nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, a w stosunku do pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 2 – przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, nie może być dłuższy niż miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy.”;

8) art. 32j otrzymuje brzmienie:

„Art. 32j. 1. 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.

2. Czas pełnienia dyżuru, o którym mowa w ust. 1, wlicza się do czasu pracy.
3. 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.
4. Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 151<sup>1</sup> § 1-3 Kodeksu pracy.
5. Zasad wynagradzania, o których mowa w przepisach art. 151<sup>1</sup> § 1-3 Kodeksu pracy, nie stosuje

się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.”;

9) po art. 32j dodaje się art. 32ja i 32jb w brzmieniu:

„Art. 32ja. 1. 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, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w zakładzie opieki zdrowotnej w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, nie może być dłuższy niż 4 miesiące.

3. Pracodawca jest obowiązany prowadzić i przechowywać ewidencję czasu pracy pracowników, o których mowa w ust. 1, oraz udostępniać ją organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy, które mogą, 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.

4. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec pracowników, którzy nie wyrazili zgody, o której mowa w ust. 1.

5. Pracodawca jest obowiązany dostarczać organom, o których mowa w ust. 3, na ich wniosek, informacje o przypadkach, w których pracownicy wyrazili zgodę w celu wykonywania pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, o którym mowa w ust. 2.
6. Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Do wynagrodzenia za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym stosuje się odpowiednio art. 151<sup>1</sup> § 1-3 Kodeksu pracy.

- Art. 32jb. 1. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.
2. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.
  3. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.
  4. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy w zakładzie pracownikowi, o którym mowa w art. 32j ust. 1, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwane-



go odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.”;

10) w art. 32k:

a) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

3. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.”,

b) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

4. W przypadku wezwania do zakładu opieki zdrowotnej zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.”;

11) art. 32l otrzymuje brzmienie:

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

1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 32k ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej;

2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagro-

dzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 32k ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.”;

12) w art. 32ł ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepis art. 32k ust. 3 stosuje się odpowiednio.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 25 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.<sup>2)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 94 w ust. 1 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi, wykonywanymi w ramach kształcenia studentów studiów stacjonarnych w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej lub innej uczelni publicznej, w której prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych pod bezpośrednim nadzorem nauczycieli akademickich posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego właściwego ze względu na treści kształcenia;”;

2) w art. 94 w ust. 3 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) uczelni medycznej lub innej uczelni publicznej realizującej zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, prowadzącej działalność badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz będącej podmiotem, który utworzył szpital kliniczny, dotacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 7-11 – są udzielane z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.”;

3)3) w art. 96 w pkt 2:

a) lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) w zakresie zadań, o których mowa w art. 94 ust. 1 pkt 1 – danych o liczbie studentów studiów stacjonarnych, uczestników stacjonarnych studiów doktoranckich i nauczycieli akademickich oraz o wskaźnikach kosztowności poszczególnych kierunków studiów stacjonarnych i stacjonarnych studiów doktoranckich w poszczególnych dziedzinach nauki,”

b) po lit. a dodaje się lit. aa w brzmieniu:

„aa) w zakresie zadań, o których mowa w art. 94 ust. 1 pkt 8 – danych o liczbie studentów studiów stacjonarnych, w ramach kształcenia których są wykonywane zadania związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,”.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

---

<sup>1)</sup> Niniejsza ustawa wdraża przepisy dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz.Urz. L 299 z 18.11.2003, str. 9; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, str. 381).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 46, poz. 328, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 144, poz. 1043 i Nr 227, poz. 1658 oraz z 2007 r. Nr 80, poz. 542.

## 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, do-

precyzowanie 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 samorządy zawodów medycznych i organizacje, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakła-

dach 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. 151<sup>1</sup> § 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 przekra-



czać 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 zapew-

nienia 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-godzinnego 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-godzinnego 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 do-

stosowano 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 służą usunięciu z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej нефункционującego 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

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 szeregu 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 zatrudnieniem 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.



URZĄD  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ STANU

*Ewa Ośniecka - Tamecka*

Min.EOT/ *1166*/2007/DP/kma

Warszawa, *18 maja* 2007 r.

Pani  
Jolanta Rusiniak  
Sekretarz Rady Ministrów

**Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, wyrażona na podstawie art. 2, ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ewę Ośniecką - Tamecką, działającą z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej**

*Szanowna Pani Minister,*

W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo nr RM-10-75-07), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

**Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.**

*Z poważaniem,*

Do uprzejmej wiadomości:  
Pan Zbigniew Religa  
Minister Zdrowia

GAJEMITE  
2007-05-21

**Rozporządzenie  
Ministra Zdrowia<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez zakład opieki zdrowotnej  
standardów jakości oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie**

Na podstawie art. 18c ust. 14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania procedury oceniającej;
- 2) dane, które powinien zawierać wniosek o wydanie potwierdzenia spełniania standardów jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej;
- 3) wzór certyfikatu akredytacyjnego;
- 4) wysokość opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej.

**§ 2.** 1. Podstawą przeprowadzenia procedury oceniającej jest złożony Radzie Akredytacyjnej wniosek o wydanie potwierdzenia, który powinien zawierać:

- 1) nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej ubiegającego się o wydanie potwierdzenia;
- 2) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przygotowanie wnioskodawcy do procedury oceniającej;
- 4) informacje o strukturze organizacyjnej wnioskodawcy.

2. Procedura oceniająca polega na przeprowadzeniu przeglądu przez wizytatorów ośrodka akredytacyjnego na podstawie imiennego upoważnienia, które powinno zawierać:

- 1) imię i nazwisko wizytatora;
- 2) nazwę i adres siedziby zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonywany przegląd;
- 3) cel dokonywanego przeglądu;
- 4) podpis osoby uprawnionej.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

**§ 3.** Ustala się wzór certyfikatu akredytacyjnego, który stanowi załącznik do rozporządzenia.

**§ 4.** Opłata za przeprowadzenie procedury oceniającej uwzględnia koszty przygotowania i przeprowadzenia procedury oceniającej i jest ustalona w zależności od wielkości i rodzaju zakładu opieki zdrowotnej i wynosi:

- |   |           |
|---|-----------|
| 1) dla szpitala, oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych do 400 łóżek        | 16.200 zł |
| 2) dla szpitala, oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych od 400 do 800 łóżek | 23.800 zł |
| 3) dla szpitala, oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych powyżej 800 łóżek   | 31.400 zł |
| 4) dla zakładów innych , niż wymienione w pkt 1-3   | 3.500 zł. |

**§ 5.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**



Załącznik  
do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia

## **Wzór certyfikatu akredytacyjnego**

*Minister Zdrowia*

# **CERTYFIKAT AKREDYTACYJNY**

*Wydaję potwierdzenie spełnienia przez*

.....  
.....

*standardów jakości w zakresie udzielania świadczeń  
zdrowotnych i funkcjonowania zakładu*



*Minister Zdrowia*

.....

*Certyfikat Nr : 200... /...*

## UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 18c ust. 14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Rozporządzenie określa sposób przeprowadzenia procedury akredytacyjnej, elementy jakie powinien zawierać wniosek zakładu opieki zdrowotnej o wydanie potwierdzenia oraz wysokości opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej, jaką wnosi zakład opieki zdrowotnej składając wniosek o wydanie potwierdzenia. Opłaty te zróżnicowane są w zależności od wielkości zakładu opieki zdrowotnej. Przy ustalaniu ich wysokości uwzględnione zostały koszty wynagrodzenia wizytatorów oraz przygotowania i przeprowadzenia przeglądu zakładu opieki zdrowotnej oraz opracowania raportu.

Wynagrodzenie wizytatora - ok. 3300 zł ( w tym koszty przejazdu i zakwaterowania). Liczba wizytatorów zależna jest od wielkości zakładu opieki zdrowotnej, w którym przeprowadzana jest procedura oceniająca. W zakładach opieki zdrowotnej liczących do 400 łóżek – 4 wizytatorów, 400 – 800 łóżek – 6 wizytatorów, powyżej 800 łóżek – 8 wizytatorów. Jednego wizytatora przewiduje się do przeprowadzenia procedury oceniającej w pozostałych zakładach (ambulatoryjna opieka zdrowotne).

Ponadto, opłata uwzględnia koszty przygotowania i przeprowadzenia przeglądu zakładu opieki zdrowotnej oraz opracowania raportu, które również uzależnione są od wielkości zakładu opieki zdrowotnej. Wynoszą one odpowiednio dla szpitali 3 000 zł, 4 000 zł lub 5 000 zł. W zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 2 000 zł.

Procedurę oceny zakładu opieki zdrowotnej w zakresie stwierdzenia spełniania standardów jakości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania zakładu przeprowadza – zgodnie z ustawą – ośrodek akredytacyjny. Ośrodkiem tym jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

## Ocena Skutków Regulacji

### 1) Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie

Rozporządzenie będzie oddziaływało na zakłady opieki zdrowotnej oraz ośrodki akredytacyjny.

### 2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji 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 oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na budżet państwa.

Ośrodkiem akredytacyjnym jest istniejąca już, powołana przez Ministra Zdrowia jednostka budżetowa – 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. Liczba wizytatorów zależna jest od wielkości zakładu opieki zdrowotnej, przyjmuje się, że średnio będzie to 6 osób x 3 300 zł (wynagrodzenie jednej osoby wraz z pochodnymi). Dodatkowo średnio 3 000 zł za przygotowanie dokumentacji i sporządzenie raportu.

$3\,300 \times 6 = 19\,800 + 3\,000 = 22\,800$  zł. Zakłada się, iż w ciągu roku Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przeprowadzać będzie ok. 30 postępowań ( $22\,800 \times 30 = 684\,000$  zł).

Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej opłata za przeprowadzenie procedury oceniającej stanowi dochód budżetu państwa.

### 4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

**5) Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

**6) Wpływ na sytuację i rozwój regionów**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów.

**7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób**

Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.

**8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej**

Regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

**Rozporządzenie  
Ministra Zdrowia<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie Rady Akredytacyjnej**

Na podstawie art. 18ca ust. 17 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy skład oraz tryb powoływania członków Rady Akredytacyjnej, zwanej dalej „Radą”,
- 2) szczegółowe zadania Rady.

**§ 2.** W skład Rady wchodzi:

- 1) czterech przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia, zwanego dalej „ministrem”;
- 2) nie więcej niż po jednym przedstawicielu rekomendowanym przez Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radę Aptekarską i Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) nie więcej niż po jednym przedstawicielu organizacji społecznych, o których mowa w art. 18ca ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

**§ 3.** 1. W celu powołania członków Rady na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim ogłasza się informację o przystąpieniu do wyłaniania kandydatów na członków Rady.

2. Podmioty, o których mowa w § 2 pkt 2 i 3, w terminie dwóch tygodni od ukazania się ogłoszenia zgłaszają nie więcej niż po dwóch kandydatów.

3. Zgłoszenie kandydatów, o którym mowa w ust. 2, powinno zawierać:

- 1) wskazanie podmiotu zgłaszającego;
- 2) dane osobowe kandydatów na członków Rady, w szczególności:
  - a) imię i nazwisko,
  - b) wykształcenie i tytuł naukowy,

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

- c) przygotowanie zawodowe,
- d) miejsce pracy,
- e) opis doświadczenia związanego z jakością w ochronie zdrowia,
- f) uzasadnienie zgłoszenia kandydata;

3) pisemną zgodę kandydata na członkostwo w Radzie.

4. Minister na podstawie informacji zawartych w zgłoszeniu dokonuje oceny przedstawionych kandydatów i akceptuje:

- 1) po jednym kandydacie spośród zgłoszonych przez podmioty, o których mowa w § 2 pkt 2;
- 2) pozostałych kandydatów w liczbie nie większej niż 4 ze wszystkich zgłoszonych przez podmioty, o których mowa w § 2 pkt 3.

**§ 4.** Do szczegółowych zadań Rady należy:

- 1) określenie standardów jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu, których spełnienie warunkuje wydanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia potwierdzenia spełniania standardów w zakresie jakości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zwanego dalej „potwierdzeniem” ;
- 2) ustalanie ramowych procedur oceniania zakładów opieki zdrowotnej;
- 3) ustalanie wskaźników ocen stanowiących podstawę określenia spełniania standardów jakości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej;
- 4) określenie zasad i harmonogramu przygotowania i prowadzenia procedury oceniania – odrębnych dla poszczególnych procedur;
- 5) składanie do ministra wniosku o wydanie potwierdzenia;
- 6) propagowanie idei akredytacji;
- 7) przedstawianie ministrowi nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy sprawozdań z działalności Rady.

**§ 5.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**

## UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 18ca ust. 17 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

Liczba członków oraz skład Rady Akredytacyjnej zostały ustalone w taki sposób, aby nie tworzyć gremium zbyt dużego, a jednocześnie zapewnić jej reprezentatywność. Cztery miejsca w Radzie zarezerwowano dla przedstawicieli Ministra Zdrowia, po jednym dla czterech działających w ochronie zdrowia samorządów zawodowych – lekarskiego, pielęgniarek i położnych, aptekarskiego i diagnostów laboratoryjnych. Formuła zastosowana przez ustawodawcę w ustawie nie precyzuje, o jakie organizacje może chodzić, w związku z tym przyjęta została formuła otwarta, w której właściwie każda organizacja i instytucja działająca w obszarze ochrony zdrowia może zgłaszać kandydatów do Rady. Zawarte w projekcie rozwiązania wychodzą z jednej strony naprzeciw oczekiwaniom, aby w procesach decyzyjnych uczestniczyli przedstawiciele różnych środowisk medycznych, a z drugiej strony pozwalają ministrowi na wybór kandydatów, którzy dają gwarancję najlepszego wykonywania zadań Rady.

Rozporządzenie określa także szczegółowe zadania Rady Akredytacyjnej, biorąc pod uwagę rozwiązania przyjęte w projekcie ustawy.



## Ocena Skutków Regulacji

### 1) Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie

Rozporządzenie będzie oddziaływało na Radę Akredytacyjną, a pośrednio także na zakłady opieki zdrowotnej.

### 2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji 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 oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt zostanie 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).

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

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na budżet państwa, z którego finansowana będzie 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. 2600 zł (obwieszczenie Prezesa GUS z dnia 18 kwietnia 2006 r. – M.P. Nr 29, poz. 317). Zatem wynagrodzenie za udział w posiedzeniu wynosiło będzie dla jednej osoby  $2600 \times 40\% = 1040$  zł, co daje rocznie kwotę:  $12 \times 1040$  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.

#### **4) Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

#### **5) Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

#### **6) Wpływ na sytuację i rozwój regionów**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów.

#### **7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób**

Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.

#### **8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej**

Regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.