



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
V kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-130-05

Druk nr 28-A
Warszawa, 20 stycznia 2006 r.

Pan
Marek Jurek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Uprzejmie przedstawiam AUTOPOPRAWKĘ do przekazanego Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 19 października 2005 r. projektu ustawy

- o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

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

Z poważaniem

(-) Kazimierz Marcinkiewicz

A U T O P O P R A W K A

do projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
(druk sejmowy nr 28)

W projekcie ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1:

a) w pkt 1:

– lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) „5. Nazwa zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa
w art. 1 ust. 2:

1) pkt 1, zawiera oznaczenie: „klinikny” albo „klinika”,

2) pkt 2, zawiera oznaczenie: „klinikny”, „klinika” albo
„uniwersytecki”.”,

– po lit. b dodaje się lit. c w brzmieniu:

„c) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Oznaczenia „klinikny”, „klinika” albo „uniwersytecki” mogą
być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki
zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2, w sposób
określony w ust. 5, z zastrzeżeniem art. 43e ust. 1.”,

b) w pkt 5 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii
Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych, w drodze rozporządzenia:

- 1) określi wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) może określić terminy i zakres dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań, o których mowa w pkt 1 – uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”,

c) pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) w art. 18:

a) po ust. 4 dodaje się ust. 4a-4c w brzmieniu:

„4a. Dokumentacja medyczna jest udostępniana odpłatnie organom lub podmiotom, o których mowa w ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.¹⁾) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.²⁾).

4b. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej w regulaminie porządkowym, o którym mowa w art. 18a ust. 1.

4c. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie:

- 1) jednej strony dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0001 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej

Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

2) dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.”,

b) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia i udostępniania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

7. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia i udostępniania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.”,

d) pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) w art. 18d w ust. 1 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) dokumentacji medycznej, należy przez to rozumieć określone w ustawie oraz przepisach odrębnych dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, zawierające co najmniej:

- a) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- b) oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej ze wskazaniem komórki organizacyjnej zakładu, w której zostały sporządzone,
- c) datę sporządzenia.”,

e) po pkt 16 dodaje się pkt 16a w brzmieniu:

„16a) w art. 53 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może być dokonane przez zakład na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład. Wniesienie aktywów trwałych do spółek lub fundacji wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład.”,

f) pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) art. 55 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
 - 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
 - 3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
 - 4) cele szczególne określone w odrębnych przepisach.
2. Dotacje może przyznać podmiot, który utworzył zakład, a w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, także minister właściwy do spraw zdrowia.
3. Dotacje, poza podmiotami wymienionymi w ust. 2, może przyznać również:
- 1) właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3,
 - 2) minister właściwy do spraw zdrowia – w przypadku dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4.
4. Dotacje przyznane samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie

nauk medycznych, przekazuje się za pośrednictwem tej uczelni.”,

g) po pkt 17 dodaje się pkt 17a i 17b w brzmieniu:

„17a) art. 57 otrzymuje brzmienie:

„Art. 57. Fundusz założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększają, przekazane z budżetu państwa, dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe.”,

17b) art. 58 otrzymuje brzmienie:

„Art. 58. 1. Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększa się o:

1) zysk netto,

2) kwoty zwiększenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów.

2. Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zmniejsza się o:

1) stratę netto,

2) kwoty zmniejszenia aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów.

3. Do amortyzacji aktywów trwałych stosuje się ogólne zasady określone w odrębnych przepisach.”,

h) pkt 18 otrzymuje brzmienie:

„18) art. 65 otrzymuje brzmienie:

Art. 65. 1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, oraz wojewodzie, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność na obszarze województwa, przysługuje prawo:

- 1) przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności działalności prowadzonej przez zakład, obejmującej w szczególności:
 - a) wizytację pomieszczeń zakładu,
 - b) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 1 pkt 4,
 - c) sprawdzanie przestrzegania spełniania wymagań dotyczących dopuszczenia do stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych oraz ambulansów sanitarnych,
 - d) żądanie informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem art. 18,
 - e) ocenę realizacji zadań statutowych, w tym dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - f) ocenę prawidłowości gospodarowania mieniem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej,

g) ocenę prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi,

2) wydawania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości,

3) wydawania decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

2. Czynności wymienione w ust. 1 pkt 1 lit. b, d i e mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny, właściwy ze względu na rodzaj i zakres kontrolowanych czynności.”,

i) po pkt 19 dodaje się pkt 19a w brzmieniu:

„19a) w art. 66 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Osobie przeprowadzającej kontrolę przysługują uprawnienia określone w art. 65 ust. 1 pkt 1 lit. a-e.”,

j) po pkt 21 dodaje się pkt 21a w brzmieniu:

„21a) po art. 67a dodaje się art. 67b w brzmieniu:

„Art. 67b. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda informuje podmiot, który utworzył zakład o stwierdzonych w wyniku kontroli, o której mowa w art. 65, nieprawidłowościach i podjętych czynnościach.”;

2) uchyla się art. 2 i 3;

3) art. 6 otrzymuje brzmienie:

„Art. 6. Akty wykonawcze wydane na podstawie:

1) art. 9 ust. 2, art. 10 ust. 5 i art. 66a ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do czasu wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 9 ust. 2, art. 10

ust. 5 i art. 66a ust. 15 tej ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą;

- 2) art. 18 ust. 6 i 7 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do czasu wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 ust. 6 i 7 tej ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 maja 2006 r.”;

4) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 8 i 9 ustawy, które wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2006 r.;
- 2) art. 1 pkt 16a, 17a i 17b oraz pkt 23-26 ustawy, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.”.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546, Nr 173, poz. 1808, Nr 187, poz. 1925 i Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 132, poz. 1110, Nr 143, poz. 1199 i 1202, Nr 150, poz. 1248, Nr 163, poz. 1362, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1412, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 144, poz. 1530, Nr 191, poz. 1954 i Nr 210, poz. 2355 oraz z 2005 r. Nr 167, poz. 1397 i Nr 169, poz. 1412 i 1421.

UZASADNIENIE

Rada Ministrów na posiedzeniu w dniu 3 listopada 2005 r. podjęła decyzję w sprawie dalszego postępowania dotyczącego projektów ustaw skierowanych przez Rząd Premiera Marka Belki do Sejmu V kadencji. W zakresie projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej podjęto decyzję o poparciu tego projektu z możliwością zgłoszenia ewentualnej autopoprawki.

Przygotowana autopoprawka zawiera następujące zmiany w stosunku do skierowanego do Sejmu RP projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (druk sejmowy nr 28):

1. Uściśla, że oznaczenia „klinika”, „kliniczny” mogą być używane wyłącznie w nazwach publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 8a ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (jednostkach badawczo-rozwojowych), a oznaczenia „klinika”, „kliniczny” i „uniwersytecki” wyłącznie w nazwach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Konieczność obligatoryjnego wprowadzenia zmian w nazwach jednostek badawczo-rozwojowych wynika z tego, że jednostki te będące publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, podobnie jak publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, prowadzą badania naukowe i prace badawczo-rozwojowe w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
2. Dokonuje zmian w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 2005 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł o niekonstytucyjności art. 18 ust. 6 i 7

ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) i przepisów dotyczących odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej zawartych w aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie. Orzeczenie, zgodnie z którym art. 18 ust. 6 i 7 nie odpowiadają w zakresie szczegółowości upoważnienia ustawowego i braku wytycznych wzorcowi konstytucyjnemu zawartemu w art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, powoduje, że wraz z utratą mocy obowiązującej tych przepisów tracą moc rozporządzenia wydane na ich podstawie, w tym m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966, z późn. zm.). Trybunał Konstytucyjny, w celu przygotowania niezbędnych regulacji prawnych, odroczył termin utraty mocy obowiązującej ww. przepisów do dnia 31 maja 2006 r. Jednocześnie w uzasadnieniu wyroku Trybunał Konstytucyjny przedstawił wskazówki co do niezbędnego minimum regulacji, które powinny znaleźć się w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego ustawa ta powinna określać:

- 1) prawo zakładów opieki zdrowotnej do pobierania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (przy założeniu, że opłata ta ma ekwiwalentny charakter);
- 2) podmioty zobowiązane do ponoszenia ww. opłat;
- 3) kto w zakładzie ustala ww. opłaty;
- 4) górną granicę stawki ww. opłaty.

W celu zapewnienia przejrzystości regulacji prawnej uzasadnione jest zamieszczenie w ustawie definicji dokumentacji medycznej. Ponadto, ze względu na możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej również na elektronicznych nośnikach danych, w autopoprawce proponuje się określenie maksymalnej wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji na takim nośniku.

Zmiany art. 18 i 18d wprowadzone zostały w autopoprawce w miejsce zmiany art. 33 i 34 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, z której wprowadzenia zrezygnowano. Przepisy art. 33 i 34 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pozostają zatem w brzmieniu dotychczasowym.

3. W przepisie art. 55 w stosunku do projektu ustawy wprowadzono zmiany redakcyjne, które podkreślają fakultatywny charakter dotacji (zastąpiono wyraz „przyznaje” wyrazami „może przyznać”).
4. Zmiana w art. 58 spowoduje, że środki finansowe otrzymywane przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w postaci dotacji budżetowych będą ujmowane jako przychody, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm.). Nie dotyczy to dotacji zwiększających fundusz założycielski zakładu, o których mowa w art. 57.

Art. 58 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest przepisem szczególnym, regulującym pewne zagadnienia z zakresu rachunkowości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z nim, dotacje budżetowe zwiększają fundusz zakładu, co powoduje, że zakłady te wykazują straty finansowe, wynikające ze sposobu księgowania, nie zaś z negatywnego sposobu zarządzania. W konsekwencji ogranicza się możliwość uzyskiwania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej kredytu, leasingu sprzętu oraz środków pomocowych z Unii Europejskiej. W sytuacji niedoboru środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia zasadnym jest zapewnienie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej możliwości ubiegania się o dofinansowanie w ramach Europejskich Funduszy Strukturalnych. Ponadto proponowana zmiana wynika z wniosku Najwyższej Izby Kontroli przedstawionego Ministrowi Zdrowia w lutym 2004 r. w „Informacji o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia”, zgodnie z którym wskazane jest: „Podjęcie, w ramach inicjatywy ustawodawczej, prac legislacyjnych zmierzających do zapewnienia zgodności i spójności zawartych w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej regulacji dotyczących księgowania dotacji z odpowiednimi

regulacjami określonymi w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.”.

Jednocześnie, w celu dostosowania terminologii ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do ustawy o rachunkowości, zmienione zostały przepisy art. 53 ust. 2 i art. 57 i 58, przez zastąpienie wyrazów „majątek trwały” wyrazami „aktywa trwałe” oraz wyrazów „zysk bilansowy” i „strata bilansowa” – odpowiednio wyrazami „zysk netto” i „strata netto” (zmiana w art. 58).

5. Proponowana zmiana art. 65 i 66 ustawy jest w części zbieżna ze zmianami zaproponowanymi w ustawie uchwalonej przez Sejm RP w dniu 14 maja 2004 r., którą Prezydent RP, przed podpisaniem, skierował do Trybunału Konstytucyjnego. Wniosek o zbadanie konstytucyjności tej ustawy nie dotyczy jednak tych przepisów. Zmiana rozszerza uprawnienia Ministra Zdrowia i wojewodów, w zakresie kontroli zakładów opieki zdrowotnej, przez przyznanie prawa kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem (ale tylko w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej), prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi oraz oceny realizacji zadań statutowych zakładu. Uprawnienia te pozwolą Ministrowi Zdrowia i wojewodom na podjęcie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych bądź w sytuacji stwierdzenia nieprawidłowości w funkcjonowaniu zakładów (art. 67b).

Jednocześnie w przepisie zrezygnowano z uprawnienia Ministra Zdrowia do kontrolowania podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej. Podmiotami tymi są w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej przede wszystkim jednostki samorządu terytorialnego, a w przypadku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej – podmioty prawa prywatnego. Objęcie tych jednostek i podmiotów kontrolą Ministra Zdrowia w takim zakresie jak zakładów opieki zdrowotnej wydaje się być sprzeczne z obowiązującym systemem prawa. Mogłoby to spotkać się z zarzutem niezgodności przepisu z Konstytucją RP.

6. Uchylenie art. 2 i 3 projektu ustawy wynika z tego, że zagadnienia związane z terminami oraz zakresem dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładu

opieki zdrowotnej do wymagań fachowych i sanitarnych proponuje się przekazać do uregulowania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w ramach upoważnienia ustawowego, o którym mowa w zmienianym art. 9 ust. 2 ustawy.

Obecnie kwestie te reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116, poz. 985). Rozporządzenie to w zakresie terminu do przygotowania projektu programu dostosowawczego uległo zmianie (termin ten został wydłużony do dnia 31 grudnia 2006 r.).

7. Zmiana dotycząca przepisu określającego termin wejścia w życie ustawy dotyczy wejścia w życie przepisów związanych z dostosowaniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do:

- treści wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 2005 r. (odpowiednie przepisy weszłyby w życie z dniem 1 czerwca 2006 r.) ,
- ustawy o rachunkowości, które weszłyby w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

Ponadto proponuje się, aby przepisy dotyczące zmian w zakresie transportu sanitarnego weszły w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Podmiotami, na które oddziałuje regulacja, są zakłady opieki zdrowotnej, podmioty, które je utworzyły, oraz organy administracji rządowej (Ministrowie: Obrony Narodowej, Sprawiedliwości, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Zdrowia, a także wojewodowie).

II. Konsultacje społeczne

Autopoprawka do projektu ustawy była przedmiotem uzgodnień zewnętrznych i konsultacji społecznych. W ramach konsultacji została przesłana do: samorządów zawodów medycznych, związków zawodowych pracowników ochrony zdrowia i organizacji pracodawców: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Porozumienia Zielonogórskiego, Unii Uzdrowisk Polskich, Unii Metropolii Polskich, Związku Powiatów Polskich, Związku Miast Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentu Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP.

Zgłaszane w trakcie konsultacji uwagi dotyczyły przede wszystkim:

- 1) wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
- 2) określenia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia rodzajów stanowisk w zakładach opieki zdrowotnej oraz kwalifikacji wymaganych od pracowników zatrudnionych na tych stanowiskach,

- 3) określenia w sposób czytelny zasad i trybu wykreślenia z rejestru zakładu opieki zdrowotnej, którego pomieszczenia i urządzenia nie spełniają wymagań fachowych i sanitarnych.

Ww. uwag nie uwzględniono ze względów merytorycznych oraz z uwagi na treść uzasadnienia do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 2005 r. Uwzględniono natomiast wszelkie uwagi o charakterze redakcyjnym oraz uwagi Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia dotyczące zmian w art. 53, 57 i 58.

III. Analiza skutków regulacji

1. Wpływ regulacji na budżet państwa i inne jednostki sektora finansów publicznych

Wejście w życie regulacji będzie miało wpływ na dochody zakładów opieki zdrowotnej, w tym publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które są jednostkami sektora finansów publicznych. Projekt wprowadza maksymalną wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, przy użyciu wskaźnika, jakim jest przeciętne wynagrodzenie ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wynagrodzenie to wynosiło w drugim kwartale 2005 r. 2 318,53 zł. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej na mieć charakter ekwiwalentny, w związku z czym maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie:

- 1) jednej strony dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0001 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej – co obecnie stanowi około 23 gr,
- 2) dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej – co obecnie stanowi około 2,3 zł (opłata ta

obejmuje średnią cenę nośnika – płyty CD lub DVD oraz koszty wytworzenia).

2. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu.

3. Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Brak wpływu.

4. Wpływ na sytuację i rozwój regionalny

Brak wpływu.

5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Regulacja ze względu na bardziej przejrzyste uregulowanie kwestii związanych z dokumentacją medyczną będzie mieć pozytywny wpływ na realizację prawa pacjenta, jakim jest dostęp do dokumentacji medycznej. Pozytywny wpływ na system ochrony zdrowia będą również wywierać przepisy dotyczące kontroli zakładów opieki zdrowotnej.

IV. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU
Jarosław Pietras

Sekr.Min.JP- 06 /06 DP/mak

Warszawa, dnia 6 stycznia 2006r.

Pani Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu *autopoprawki do projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, 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, Ministra Jarosława Pietrasa, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

W związku z przedłożonym projektem autopoprawki do projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (druk sejmowy nr 28) (pismo nr RM-10-130-05, MZ-PR-0224-4403-5/AB/05), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

Przedmiot projektowanej autopoprawki nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

SEKRET

OSTRÓŻNIE

2006-01-03