



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
VI kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-82-09

**Druk nr 2138**

Warszawa, 25 czerwca 2009 r.

Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

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.**

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

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

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

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

1) w art. 53 ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela, w przypadku zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot, który utworzył zakład. Podmiot, który utworzył zakład, wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni.

7. W przypadku naruszenia przepisów ust. 2 – 6 lub art. 1 ust. 4 i 5, do sądu o stwierdzenie nieważności umowy zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania, użyczenia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz przelewu wierzytelności może wystąpić także podmiot, który utworzył zakład.”;

2) w art. 54 w ust. 1 pkt 2a otrzymuje brzmienie:

„2a) na realizację programów lub projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących:

a) z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa

członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),

b) ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi, innych niż wymienione w lit. a;”;

3) uchyla się art. 54 a;

4) w art. 55:

a) w ust. 1 dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) realizację programów lub projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących:

a) z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),

b) ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi, innych niż wymienione w lit. a;

6) realizację programów wieloletnich.”,

b) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) minister właściwy do spraw zdrowia – w przypadku dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4 – 6.”;

5) po art. 55 dodaje się art. 55a w brzmieniu:

„Art. 55a. Do jednostek badawczo-rozwojowych, będących publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 35d, przepisy art. 54 i 55 stosuje się odpowiednio.”;

6) uchyla się art. 59a i 59b;

7) uchyla się art. 67b;

8) uchyla się dział Va.

Art. 2. W przypadku wzrostu, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2)</sup>), wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do kwoty wynikającej z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, wynagrodzenie wypłacane osobom zatrudnionym w tym zakładzie po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy ulega podwyższeniu na dotychczasowych zasadach.

Art. 3. Przepisy art. 53 ust. 6 i 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, powstałych po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100 i Nr 76, poz. 641.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299 i Nr 92, poz. 753.

## UZASADNIENIE

Projektowana regulacja wprowadza zmiany w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) w rozdziale 4 działu II, normującym zasady gospodarki publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mające na celu ograniczenie „handlu wierzytelnościami” poprzez konieczność uzyskania zgody przez podmiot, który utworzył zakład. Intencją ustawodawcy jest objęcie powyższym ograniczeniem wszystkich czynności prawnych, które w efekcie doprowadziłyby do zmiany wierzyciela. Wobec faktu, że dla przeważającej części samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podmiotem, który utworzył zakład, jest jednostka samorządu terytorialnego, regulacja będzie dotyczyć tych jednostek. Potrzeba opracowania projektu wynika z konieczności wzmocnienia wpływu organu założycielskiego na zmianę wierzyciela zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ponadto spowoduje ograniczenie wtórnego obrotu wierzytelnościami, co wiązało się z dodatkowymi kosztami dla zakładów opieki zdrowotnej. Projektowane regulacje będą dotyczyć zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, powstałych po dniu wejścia w życie projektowanej ustawy. Przepis ten stanowi wprowadzenie ograniczenia zasady wolności działalności gospodarczej, jednakże mieści się w zakresie określonym w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Przepis ten dopuszcza ograniczenie w zakresie konstytucyjnych wolności i praw, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. W tym przypadku wprowadzenie ograniczenia podyktowane jest względami ochrony zdrowia. Ograniczenie w proponowanej formie nie ogranicza istoty wolności działalności gospodarczej. Stwarza natomiast narzędzie dla organów założycielskich do skutecznej kontroli nad „swoimi” zakładami opieki zdrowotnej, co przyczyni się do właściwej realizacji zadań tych podmiotów w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Przepis ten służyć będzie realizacji prawa do ochrony zdrowia wynikającego z art. 68 Konstytucji RP. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką realizującą szczególnego rodzaju zadania publiczne poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie. Działania windykacyjne mogłyby doprowadzić do wstrzymania udzielania świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji do braku dostępu do tych świadczeń na danym terenie. Należy przy tym podkreślić, że decyzja podmiotu, który

utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w zakresie wyrażenia zgody, nie będzie zupełnie arbitralna. Podmiot ten będzie wydawać zgodę na dokonanie czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni oraz uwzględniając konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W projekcie rezygnuje się z dotychczasowego art. 53 ust. 6, bowiem przepis ten jest de facto powieleniem regulacji art. 58 § 1 Kodeksu cywilnego, z którego wynika, że czynność prawna sprzeczna z ustawą jest nieważna (kwestię czynności prawnej za zgodą osoby trzeciej reguluje przepis art. 63 § 1 Kodeksu cywilnego). Stwierdzenia nieważności czynności prawnej sprzecznej z ustawą może domagać się każdy, kto wykaże w tym zakresie swój interes prawny. Zatem proponowane brzmienie art. 53 ust. 7 podkreśla szczególną rolę organu założycielskiego w zakresie „czuwania” nad dokonywaniem czynności prawnych przez zakład opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą.

Projekt zawiera także zmiany dotyczące uzyskiwania środków finansowych na realizację programów lub projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi. Potrzeba zmian wynika z konieczności doprecyzowania przepisów oraz ich dostosowania do brzmienia przepisów ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.). Ponadto stworzona zostanie podstawa prawna do przekazywania środków finansowych w ramach realizacji programów wieloletnich, co czyni zadość zaleceniu Najwyższej Izby Kontroli przedstawionemu w wyniku kontroli realizacji programu „Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”. Wniosek dotyczył finansowania programów wieloletnich na podstawie przepisów prawa materialnego. Stosowną podstawę prawną zapewnią nowelizowane art. 54 i 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Taka nowelizacja była też rozwiązaniem proponowanym przez Najwyższą Izbę Kontroli. Zgodnie z projektem możliwe będzie przekazywanie dotacji także jednostkom badawczo-rozwojowym, będącym publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Wynika to ze znaczącej roli, jaką pełnią te podmioty w systemie ochrony zdrowia.

Projekt zakłada też uchylenie przepisów dotyczących zobowiązań kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do przeznaczenia nie mniej niż 40 % kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia, na wzrost wynagrodzeń osób

zatrudnionych w zakładzie jako ograniczających swobodę zarządzania zakładem. Na potrzeby ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.) wśród samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zostało przeprowadzone badanie ankietowe, w którym podmioty te wskazały dochody uzyskane w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia zrealizowanych w 2005 r. oraz wysokość kosztów poniesionych przez te zakłady na wynagrodzenia dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wraz ze składnikami na ubezpieczenie społeczne i innymi obowiązkowymi kosztami ponoszonymi w związku z wypłatą wynagrodzeń na podstawie odrębnych przepisów oraz na wynagrodzenia osób wykonujących zawody medyczne na ich rzecz na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane dotyczące wysokości wynagrodzeń były ujęte w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na podstawie analizy zebranych danych, które zostały zweryfikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, obliczono udział kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej i przyjęto założenie, że wskaźniki te są reprezentatywne dla innych świadczeniodawców mających zawarte z Funduszem umowy w poszczególnych rodzajach świadczeń. Wskaźniki udziału kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w umowach wykonanych w 2005 r., stanowiące załącznik do ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zostały ukształtowane na poziomie od 0,4 do 0,72, a dla lecznictwa szpitalnego 0,65.

W związku z powyższym udział kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej został określony na poziomie co najmniej odpowiadającym temu, który został wskazany w art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (np. lecznictwo uzdrowiskowe – 0,40, podstawowa opieka zdrowotna – 0,41), ale zwykle kształtuje się na poziomie zdecydowanie wyższym (np. opieka długoterminowa – 0,72, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 0,69). Ponadto z informacji przekazywanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej wynika, że na skutek decyzji płacowych podejmowanych w związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2008 r. nowych przepisów regulujących czas pracy pracowników ochrony zdrowia – poziom wzrostu wynagrodzeń w chwili obecnej znacznie przekracza wzrost, o którym mowa w art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale również wskaźniki stanowiące załącznik do ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. W związku z powyższym wydaje się, że proponowane uchylenie art. 59a i 59b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie będzie miało istotnego wpływu na dynamikę wynagrodzeń w publicznych zakładach opieki

zdrowotnej, gdyż faktyczny odsetek kwot kontraktów przekazywany na wynagrodzenia jest wyższy niż ustalony w tym przepisie i sięga ok. 70 %. W związku z uchyleniem art. 59a i 59b konieczne było także uchylenie art. 67b i działu Va, które regulowały kwestie kontroli wykonywania obowiązku określonego w art. 59a i odpowiedzialności karnej za nieprzestrzeganie tego obowiązku.

Projekt zawiera przepis przejściowy dotyczący sytuacji, gdy przed dniem wejścia w życie ustawy nastąpi wzrost kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże środki, które zgodnie z dotychczas obowiązującymi przepisami powinny zostać przeznaczone na wynagrodzenia, zostaną wypłacone po tym dniu.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania Krajowego Systemu Notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Podmioty, o których mowa w art. 7 tej ustawy, nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem.



## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1) Podmioty, na które oddziałuje ustawa

Projektowana regulacja będzie oddziaływała na zakłady opieki zdrowotnej, ich organy tworzące i pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

### 2) Konsultacje społeczne

Projekt został 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. Projekt był przedmiotem uzgodnień zewnętrznych. Uwagi zgłosiły następujące podmioty: Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych Polmed, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Konfederacja Pracodawców Polskich, Naczelna Rada Aptekarska. Wyrażony został sprzeciw wobec planowanych ograniczeń obrotu wierzytelnościami jako naruszający konstytucyjną zasadę wolności działalności gospodarczej oraz wobec zasady zobowiązań kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do przeznaczenia nie mniej niż 40 % kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w zakładzie, jako ograniczających prawa pracowników. Uwagi te nie zostały uwzględnione – powody wprowadzania takich zmian przedstawione zostały szerzej w uzasadnieniu do projektu. Propozycje o charakterze redakcyjnym Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej zostały

uwzględnione poprzez przeredagowanie przepisu dotyczącego konsekwencji braku zgody organu założycielskiego na zmianę wierzyciela.

Projekt zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Podmioty, o których mowa w art. 7 tej ustawy, nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem.

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

Należy zakładać, iż skutkiem zmiany art. 53 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej będzie ograniczenie wtórnego obrotu wierzytelnościami, co wiązało się z dodatkowymi kosztami dla zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z danymi ankietowymi Ministerstwa Zdrowia wartość zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przekazanych przez wierzycieli pierwotnych w drodze cesji na inne podmioty wyniosła w 2007 r. około 300 mln zł. Nie jest możliwe określenie wartości dodatkowych kosztów, związanych z tym obrotem, jakie poniosły zakłady opieki zdrowotnej, zatem trudno oszacować skalę korzyści z projektowanych rozwiązań. Brak bezpośredniej zależności pomiędzy ograniczeniem wtórnego obrotu wierzytelnościami a możliwością zaciągania nowych zobowiązań przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

### 4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

### 5) Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

### 6) Wpływ na sytuację i rozwój regionalny

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

7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Regulacja wpłynie na ochronę zdrowia poprzez wzmocnienie wpływu organu założycielskiego na zmianę wierzyciela zobowiązań publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.



**URZĄD  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ STANU**

*Mikołaj Dowgielewicz*

Min..MD/1452/09/DP/kma

Warszawa, dnia 15 czerwca 2009 r.

**Pan  
Maciej Berek  
Sekretarz Rady Ministrów**

**Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wyrażona na podstawie art. 9 pkt 3 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494, z późn. zm.) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej Mikołaja Dowgielewicza**

*Szanowny Panie Ministrze,*

W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo nr RM-10-82-09) pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

**Projekt ustawy jest nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.**

*Z poważaniem,*

**SEKRETARZA  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
PODSEKRETARZA STANU**  
*Mikołaj Dowgielewicz*

Do uprzejmej wiadomości:  
Pan Jakub Szulc  
Sekretarz Stanu  
Ministerstwo Zdrowia

**GABINET  
SEKRETARZA RADY MINISTRÓW**