



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-99-18

Druk nr 2678
Warszawa, 28 czerwca 2018 r.

Pan
Marek Kuchciński
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 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

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

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

Z poważaniem

(-) Mateusz Morawiecki

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 13a otrzymuje brzmienie:

„Art. 13a. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 10–12, art. 12a, oraz art. 15 ust. 2 pkt 12, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz konieczność zapewnienia skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.”;

2) w art. 97:

a) w ust. 8 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2b i 2c.”,

b) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych na podstawie art. 131d. W ramach tej dotacji finansuje się również zadania, o których mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b.”;

3) w art. 116 w ust. 1 pkt 5 i 5a otrzymują brzmienie:

„5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b i 2c;

5a) dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a;”;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

4) w art. 131c ust. 1–3 otrzymują brzmienie:

„1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznacza się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:

- 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.;
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.;
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
- 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

2. Wartość produktu krajowego brutto, o którym mowa w ust. 1, jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na dzień 31 sierpnia.

3. Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują:

- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa;
- 3) koszty Funduszu ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem wydatków budżetowych, o których mowa w pkt 1 i 2, przekazywanych do Funduszu;
- 4) odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9, ujęty w planie finansowym Funduszu;
- 5) koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych;
- 6) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.”;

5) art. 131d otrzymuje brzmienie:

„Art. 131d. Ze środków finansowych, o których mowa w art. 131c ust. 1, stanowiących różnicę między danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej

kolejności finansuje się z budżetu państwa, w tym w formie dotacji podmiotowej przekazywanej do Funduszu, świadczenia gwarantowane.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, 650 i 697) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 16i dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Lekarzowi, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, pełniącemu dyżur medyczny, w ramach realizacji programu specjalizacji, przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1. Przepis art. 95 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stosuje się odpowiednio.”;

2) w art. 16j:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w tym dyżurów medycznych, w ramach realizacji programu specjalizacji do wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151¹ § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przez lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do jej odbywania lub odbywają ją w tym trybie, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym tych lekarzy. Umowa ta określa wysokość środków i ich przeznaczenie oraz, jeżeli dotyczy, zobowiązanie podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do przekazania środków na wynagrodzenie lekarzy odbywających staż kierunkowy poza tym podmiotem.”,

b) po ust. 2a dodaje się ust. 2b–2s w brzmieniu:

„2b. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16j ust. 5, o kwotę:

- 1) 700 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4;
- 2) 600 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa.

2c. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz składa na piśmie do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza.

2d. Deklaracja, o której mowa w ust. 2c, zawiera:

- 1) imię (imiona) i nazwisko lekarza;
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 4) nazwę specjalizacji;
- 5) numer prawa wykonywania zawodu;
- 6) oświadczenie lekarza, że zobowiązuje się do wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu;
- 7) zobowiązanie do zapłaty kary określonej zgodnie z ust. 2l;
- 8) datę i podpis lekarza składającego deklarację.

2e. Zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację, o której mowa w ust. 2c.

2f. Podmiot, o którym mowa w ust. 2c, w terminie:

- 1) 5 dni roboczych od dnia złożenia deklaracji, o której mowa w ust. 2c, przekazuje jej oryginał do właściwego ze względu na miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego wojewody;

2) 14 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1, przesyła wojewodzie informacje o okresie pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b.

2g. W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2b, ulega proporcjonalnemu skróceniu.

2h. Wojewoda, który potwierdził zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, niezwłocznie zawiadamia lekarza na piśmie o okresie realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g.

2i. Do okresu szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 2g, nie wlicza się okresów nieobecności lekarza w pracy w przypadkach określonych w art. 16l ust. 1 i 2.

2j. Lekarz, o którym mowa w ust. 2b, jest obowiązany niezwłocznie przekazać wojewodzie, który potwierdził mu zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, pisemną informację o:

- 1) okresach i miejscach realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g;
- 2) terminie zakończenia realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g;
- 3) zamiarze wykonywania zawodu lekarza poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym realizowane jest zobowiązanie, oraz każdorazowej jego zmianie.

2k. Podmioty, w których był zatrudniony lekarz, lub Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku lekarzy wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które zawarły z nim umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wystawiają na wniosek lekarza zaświadczenie, w którym potwierdzają okres oraz wymiar czasu, w którym udzielał on świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących realizację zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g. Lekarz jest obowiązany dostarczyć, do właściwego wojewody, zaświadczenie, o którym mowa w zdaniu

pierwszym, w terminie 60 dni od zakończenia realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g.

2l. W przypadku niewywiązania się z zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji, lekarz jest obowiązany do zapłaty kary w wysokości równej 75% iloczynu liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, oraz kwoty odpowiednio 700 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4, albo 600 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa.

2m. Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji w dotychczasowej dziedzinie, o którym mowa w art. 16ea ust. 3, jeżeli lekarz złoży ponownie deklarację, o której mowa w ust. 2c.

2n. Kara, o której mowa w ust. 2l, ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu, w jakim lekarz wykonywał zawód zgodnie z zobowiązaniem, o którym mowa w ust. 2b albo 2g.

2o. Kara, o której mowa w ust. 2l, stanowi niepodatkową należność budżetową o charakterze publicznoprawnym w rozumieniu art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 oraz z 2018 r. poz. 62 i 1000).

2p. Zapłaty kary, o której mowa w ust. 2l, należy dokonać na rachunek urzędu obsługującego właściwego wojewodę, w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l. Środki z tego tytułu stanowią dochód budżetu państwa.

2q. Od decyzji właściwego wojewody w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l, przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do tego wojewody. Do wniosku tego stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego dotyczące odwołań od decyzji.

2r. W przypadku zmiany miejsca odbywania specjalizacji w ramach tego samego województwa, wojewoda wraz ze skierowaniem do kontynuowania specjalizacji przekazuje podmiotowi, do którego kieruje lekarza rezydenta, kopię

złożonej deklaracji, o której mowa w ust. 2c, a w przypadku zmiany miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego na miejsce poza terenem województwa, przekazuje oryginał tej deklaracji, do wojewody właściwego terytorialnie dla nowego miejsca odbywania specjalizacji.

2s. Wojewoda, który potwierdził lekarzowi ukończenie szkolenia specjalizacyjnego, sprawuje nadzór nad realizacją zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, w tym wydaje decyzję w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l.”;

3) art. 44 otrzymuje brzmienie:

„Art. 44. Lekarzowi, który:

- 1) wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30,
- 2) wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie – przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138, 650 i 1128) wprowadza się następujące zmiany:

1) w dziale I po art. 27 dodaje się art. 27a w brzmieniu:

„Art. 27a. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, przekazuje, w terminie i w sposób przez niego wskazany, zbiorcze dane dotyczące osób zatrudnionych w tym podmiocie obejmujące liczbę osób zatrudnionych, informację o wysokości ich wynagrodzeń, w tym wynagrodzeń zasadniczych, jeżeli dotyczy, oraz dodatków, wymiarze czasu pracy, tytułach zawodowych, zajmowanych stanowiskach, formie zatrudnienia, posiadanych specjalizacjach, jeśli dotyczy, oraz posiadaniem lub wymaganym wykształceniu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane, o których mowa w ust. 1, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wskazać Narodowy Fundusz Zdrowia lub jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia jako podmiot, do którego są przekazywane dane, o których mowa w ust. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia i ta jednostka przetwarzają te dane.”;

2) uchyla się art. 96.

Art. 4. 1. W latach 2018–2020 ze środków finansowych, o których mowa w art. 131c ust. 1 pkt 1–3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansuje się koszty wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, zwanych dalej „lekarzami”.

2. Finansowanie kosztów, o których mowa w ust. 1, zapewnia podwyższenie lekarzom spełniającym łącznie warunki określone w ust. 3 wynagrodzeń zasadniczych do wysokości 6750 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny etat, oraz związane z tym podwyższenie dodatku za wysługę lat.

3. Środki finansowe, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawcy przeznaczają zgodnie z ust. 2 dla lekarzy, spełniających łącznie następujące warunki:

- 1) są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń;
- 2) zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy zmienianej w art. 1, z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej.

4. W przypadku lekarza zatrudnionego na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, przed dniem złożenia zobowiązania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, któremu obniżono wynagrodzenie w okresie 5 miesięcy poprzedzających złożenie tego zobowiązania, świadczeniodawca ten przeznacza środki finansowe na podwyższenie wynagrodzenia tego lekarza, o którym mowa w ust. 2, o kwotę nieprzekraczającą różnicy między kwotą 6750 zł miesięcznie i kwotą miesięcznego wynagrodzenia przed jego obniżeniem.

5. Przepis ust. 4 stosuje się w przypadku przerwy w zatrudnieniu, o którym mowa w tym przepisie, trwającej krócej niż 3 miesiące.

Art. 5. 1. Zobowiązanie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, albo jego cofnięcie, lekarze składają pracodawcy na piśmie ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca wskazanego przez lekarza, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym je złożono.

2. Pracodawca jest obowiązany do podwyższenia wynagrodzenia lekarza zgodnie z art. 4 ust. 2–4 od pierwszego dnia, w którym zobowiązanie stało się skuteczne.

3. W przypadku niewywiązywania się z zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, lekarz jest obowiązany do zapłaty pracodawcy kary w wysokości równej 75% iloczynu liczby miesięcy pobierania nienależnego zwiększonego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2, oraz kwoty odpowiadającej temu zwiększeniu, z uwzględnieniem związanego z nim zwiększenia dodatku za pracę w porze nocnej, dodatku za pracę w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dodatku za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego, dodatku za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dodatku za wysługę lat oraz składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Emerytur Pomostowych i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. W razie sporu o karze orzeka sąd pracy.

4. Cofnięcie zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, lub niewywiązanie się z niego, może stanowić podstawę do obniżenia wynagrodzenia do wysokości ustalonej przed złożeniem tego zobowiązania. Przepisu art. 42 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000 i 1076) nie stosuje się. Przy zmianie dotychczasowych warunków umowy o pracę lub innego aktu stanowiącego podstawę nawiązania stosunku pracy nie mają zastosowania przepisy ograniczające dopuszczalność wypowiedzania warunków takiej umowy lub aktu.

Art. 6. 1. Świadczeniodawca posiadający umowę, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1, przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informację o liczbie lekarzy spełniających warunki, o których mowa w art. 4 ust. 3, oraz zbiorczo kwotę niezbędną do zapewnienia im wynagrodzeń, o których mowa w art. 4 ust. 2, do dnia:

- 1) 21 stycznia każdego roku – według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego;
- 2) 21 lipca każdego roku – według stanu na dzień 30 czerwca tego roku.

2. Ostatnią informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje do dnia 21 stycznia 2021 r.

3. Informacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje następujące dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 2) wymiar etatu;
- 3) wskazanie dnia, o którym mowa w art. 5 ust. 2.

4. Kwota, o której mowa w ust. 1, obejmuje środki niezbędne do zapewnienia lekarzom wynagrodzeń, o których mowa w art. 4 ust. 2, od dnia, o którym mowa w art. 5 ust. 2.

5. Narodowy Fundusz Zdrowia przetwarza dane, o których mowa w ust. 3, w celu realizacji zadania, o którym mowa w art. 7.

6. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje dane, o których mowa w ust. 3, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, na jego wniosek.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane, o których mowa w ust. 3, w ramach sprawowania nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia.

Art. 7. 1. Na podstawie danych przekazanych zgodnie z art. 6, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w tym przepisie, na podstawie których przekazane zostaną środki na wzrost wynagrodzeń, o którym mowa w art. 4 ust. 2.

2. Zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierają postanowienia o zwrocie środków określonych w ust. 1, w przypadku:

- 1) ich nieprzeznaczenia na wzrost wynagrodzeń, o którym mowa w art. 4 ust. 2, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków;
- 2) ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w art. 4 ust. 2–4;
- 3) niewywiązania się lekarza z zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie informuje świadczeniodawcę o niewywiązaniu się lekarza z zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2.

4. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczania środków finansowych przekazanych na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy, o których mowa w art. 4 ust. 1;
- 2) warunki zwrotu środków, o którym mowa w ust. 2;
- 3) sposób przekazywania danych, o których mowa w ust. 1.

Art. 8. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może ogłosić na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej oddziału wykaz podmiotów leczniczych, wraz ze wskazaniem profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.³⁾), w których może wystąpić zagrożenie braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania, ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w tych podmiotach.

2. Przepisów art. 5 ust. 3 i 4 oraz postanowień umowy, o których mowa w art. 7 ust. 2, nie stosuje się w przypadku lekarza, który podejmie zatrudnienie w podmiocie leczniczym wymienionym w wykazie, o którym mowa w ust. 1, obejmujące wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili lub rodzajów komórek organizacyjnych w nim wymienionych.

Art. 9. 1. Zobowiązania, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, lekarze składają po raz pierwszy w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Pracodawca jest obowiązany do podwyższenia wynagrodzenia tych lekarzy zgodnie z art. 4 ust. 2–4 od dnia 1 lipca 2018 r., jeżeli lekarze ci złożą zobowiązanie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia zobowiązania.

2. Pierwszą informację, o której mowa w art. 6 ust. 1, świadczeniodawcy składają w terminie 21 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Przepis art. 7 stosuje się.

3. Kwota, o której mowa w art. 6 ust. 1, obejmuje również środki niezbędne do zapewnienia lekarzom, którzy złożyli zobowiązania zgodnie z ust. 1, wzrostu wynagrodzeń, o których mowa w art. 4 ust. 2–4, od dnia 1 lipca 2018 r.

Art. 10. W przypadku lekarza, który złożył deklarację, o której mowa w art. 16j ust. 2c ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, zwiększone wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w art. 16j ust. 2b ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wypłaca się od dnia 1 lipca 2018 r.

Art. 11. W 2019 r. środki finansowe na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy zmienianej w art. 1, wynoszą 320 232 tys. zł. Minister właściwy do

³⁾ Patrz odnośnik nr 2.

spraw zdrowia przekazuje, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca, do Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę odpowiadającą 1/12 tej dotacji.

Art. 12. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a i b w zakresie art. 97 ust. 8a zdanie drugie i pkt 3 w zakresie art. 116 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.;
- 2) art. 3 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2028 r.

UZASADNIENIE

Projektowana ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw zakłada zmianę:

- 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 2) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty”;
- 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.).

Przepisy projektowanej ustawy zawierają rozwiązania będące wynikiem dialogu społecznego, którego zwińczeniem jest Porozumienie Ministra Zdrowia z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z dnia 8 lutego 2018 r., zwanego dalej „Porozumieniem”. Strony Porozumienia jako podstawowy cel swoich działań określiły zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę ich jakości, m.in. przez zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia oraz zagwarantowanie lepszych warunków pracy kadrom medycznym. Projektowana regulacja realizuje te cele przez zwiększenie nakładów finansowych ze środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia oraz uregulowanie kwestii przeznaczenia środków publicznych na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy specjalistów oraz lekarzy rezydentów.

Przepis art. 1 projektowanej ustawy zmienia ustawę o świadczeniach. Zmiana ta stanowi realizację postanowień § 1 Porozumienia. Zmiana art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach zmierza do przyspieszenia tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024 r. Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach, wielkość tę nakłady ze środków publicznych na ochronę zdrowia mają osiągnąć dopiero od 2025 r.

Konsekwencją ww. zmiany jest wzrost odsetek środków finansowych w stosunku do produktu krajowego brutto, jaka corocznie ma być przeznaczana na ochronę zdrowia,

przez zagwarantowanie, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:

- 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r. (obecnie jest to 4,67%);
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r. (obecnie jest to 4,86%);
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r. (obecnie jest to 5,03%);
- 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r. (obecnie jest to 5,22%);
- 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r. (obecnie jest to 5,41%);
- 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r. (obecnie jest to 5,60%).

Dodatkowo doprecyzowano ust. 3 w art. 131c ustawy o świadczeniach w zakresie środków zaliczanych do nakładów, o których mowa powyżej.

Zmieniając art. 131d ustawy o świadczeniach, zrezygnowano z obecnie obowiązującego rozwiązania, zgodnie z którym przyrost środków finansowych na ochronę zdrowia przeznacza się w pierwszej kolejności na finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydawanego na podstawie art. 131d ust. 2 ustawy o świadczeniach, jako zbyt wąsko ujmującego zakres świadczeń gwarantowanych, na które można w pierwszej kolejności przeznaczyć publiczne środki. Konsekwentnie w zmienionym przepisie nie ma upoważnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydawania rozporządzenia, w którym określa corocznie rodzaje tych świadczeń gwarantowanych. Projektowany przepis art. 131d ustawy o świadczeniach zakłada bardziej elastyczne i dostosowane do potrzeb systemu ochrony zdrowia rozwiązanie, zgodnie z którym środki finansowe, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach, stanowiące różnicę między danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznacza się na finansowanie z budżetu państwa, w tym w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, świadczeń gwarantowanych (bez możliwości finansowania z tej dotacji kosztów administracyjnych NFZ). Przepis ten gwarantuje zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej, co będzie skutkowało większym dostępem do tych świadczeń i zmniejszeniem list osób oczekujących na ich udzielenie.

Konsekwencją zmiany brzmienia art. 131d ustawy o świadczeniach jest konieczność dostosowania brzmienia art. 97 ust. 8 oraz art. 116 ust. 1 pkt 5a tej ustawy, a także dodania ust. 8a w art. 97 tej ustawy.

Dodatkowo w art. 13a, art. 97 i art. 116 ustawy o świadczeniach wprowadzono zmiany wydłużające o jeden rok okres obowiązywania rozwiązań przewidzianych w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (Dz. U. poz. 1770). Konsekwencją tej zmiany jest utrzymanie w 2019 r. rozwiązania polegającego na finansowaniu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym w formie ryczałtu w kwocie 320 232 tys. zł przekazywanego NFZ w formie dotacji z budżetu państwa (art. 11 projektu ustawy).

Wprowadzenie art. 2 projektu ustawy, zmieniającego ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ma na celu uregulowanie zagadnień związanych z wynagradzaniem lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury.

Projektowana w art. 2 pkt 1 i pkt 2 lit. a projektu ustawy zmiana art. 16i oraz art. 16j ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zakłada zmianę zasad finansowania dyżurów medycznych pełnionych w ramach realizacji programu specjalizacji przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury.

Obecnie lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji (niezależnie od formy specjalizacji) przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżurów, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy. Rozwiązanie to pozostaje aktualne dla wszystkich lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w innych formach niż rezydentura.

W projektowanej nowelizacji zakłada się, że lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury będzie przysługiwało wynagrodzenie za pełnienie dyżuru na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, przy czym wynagrodzenie to minister właściwy do spraw zdrowia finansuje w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151¹ § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.). Jednocześnie w proponowanym przepisie art. 16j ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zapewniono przekazanie środków na ten cel przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W związku z występującym w naszym kraju deficytem lekarzy specjalistów związanym z tym, iż lekarze po uzyskaniu tytułu specjalisty podejmują pracę za granicą lub wykonują zawód w niepublicznym sektorze usług zdrowotnych, projektowana ustawa zakłada wprowadzenie zachęt dla młodych lekarzy do podejmowania zatrudnienia na terytorium

Rzeczypospolitej Polskiej w podmiotach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie ze zmienianym art. 16j (dodawane ust. 2b–2s) ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury będzie mógł zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie leczniczym, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o kwotę 700 zł brutto miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, albo 600 zł brutto miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w innej dziedzinie medycyny. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz będzie składał w postaci pisemnej do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza. Zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługiwać będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację, przy czym wyjątek stanowią ci lekarze, którzy złożą deklarację w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie projektu ustawy, a wówczas otrzymają zwiększenie wynagrodzenia począwszy od dnia 1 lipca 2018 r.

W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu będzie ulegał proporcjonalnemu skróceniu. Do obliczeń przyjmuje się okresy liczone w dniach kalendarzowych (przy czym dla roku przyjmuje się 365 dni) jako iloczyn 730 dni (2 lata odpracowania) i czasu pobierania zwiększonego wynagrodzenia w stosunku do okresu szkolenia specjalizacyjnego.

Wojewoda, potwierdzając zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, zawiadomi lekarza na piśmie o okresie realizacji ww. zobowiązania.

W projektowanym ust. 21 w art. 16j ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazano, że w przypadku niewywiązania się z zobowiązania, o którym mowa w art.

16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji, lekarz jest obowiązany do zapłaty kary w wysokości równej 75% iloczynu liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w art. 16j ust. 2b tej ustawy, oraz kwoty odpowiednio 700 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4 tej ustawy, albo 600 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa. W projekcie przyjęto, że od decyzji wojewody w przedmiocie nałożenia kary przysługiwać będzie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do tego wojewody, jako organu właściwego w zakresie nadzoru nad realizacją zobowiązania rezydentów. Jednocześnie przyjmuje się, że nie będzie zaprzestaniem realizacji specjalizacji jej zmiana wynikająca z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji w dotychczasowej dziedzinie pod warunkiem ponownego złożenia stosownej deklaracji. Wysoka 75% kara ma charakter prewencyjny, tj. ma na celu kształtować tak świadomość adresatów normy art. 16j ust. 2b–2s ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, aby nie dochodziło do naruszenia podjętego przez nich zobowiązania. Kara ta jest zbieżna z rozwiązaniami w przepisach podatkowych, które przewidują 75% wymiar podatku od dochodów nieujawnionych w rocznym zeznaniu podatkowym. Kara ta będzie ulegać zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu, w jakim lekarz wykonywał zawód zgodnie z zobowiązaniem, o którym mowa w art. 16j ust. 2b albo 2g ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Do obliczenia proporcjonalnego jej zmniejszenia również będzie się przyjmować okresy liczone w dniach kalendarzowych (przy czym dla roku przyjmuje się 365 dni). Podobne rozwiązanie – w zakresie kary – przyjęto w przypadku lekarzy, którym na podstawie art. 4 projektu ustawy będzie przysługiwało wynagrodzenie w wysokości 6750 zł.

Zmiana art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma na celu objęcie lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie, ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu. Objęcie lekarzy wykonujących zawód w publicznym systemie ochrony zdrowia ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu związane jest z koniecznością zapewnienia warunków do niezakłóconego i należytego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy

i lekarzy dentystów. Przewidziana w projekcie ochrona prawna przysługująca funkcjonariuszowi publicznemu zawężona będzie tylko do sytuacji związanych z udzielaniem przez lekarzy świadczeń opieki zdrowotnej, nie obejmie natomiast sytuacji związanych z pełnieniem przez nich funkcji administracyjnych czy prowadzeniem działalności badawczej, ponieważ czynności te nie stanowią udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W zmienianym art. 44 pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyraźnie jest wskazane, że chodzi o świadczenia zdrowotne udzielane w podmiocie, który ma umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym nie jest istotne, czy akurat to świadczenie, którego lekarz udziela, jest finansowane ze środków publicznych, czy nie. Takie rozwiązanie wynika wprost z treści Porozumienia, które stanowi, że lekarze wnoszą o zapewnienie ochrony takiej jak dla funkcjonariuszy publicznych dla lekarzy zatrudnionych w „publicznej służbie zdrowia”. Ponadto już obecnie obowiązuje:

- 1) art. 15a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) dla funkcjonariuszy publicznych;
- 2) art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.), który przyznaje pielęgniarce i położnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1–5 i art. 5 ust. 1 pkt 1–9 tej ustawy, prawo do korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Natomiast z dniem 26 czerwca 2018 r. weszła w życie zmiana art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.), która m.in. osobie wchodzącej w skład zespołu ratownictwa medycznego (np. ratownikowi medycznemu), osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytorowi medycznemu podczas wykonywania swoich zadań przyznaje prawo do korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. W przypadku tych osób świadczenia przez nich udzielane są

finansowane ze środków publicznych (budżet państwa albo środki Narodowego Funduszu Zdrowia).

Obecnie zdarzają się sytuacje, w których lekarze i lekarze dentyści są atakowani fizycznie i werbalnie, a ataki te są związane z udzielaniem przez nich świadczeń zdrowotnych. Sytuacje te, a także stres związany z możliwością ich wystąpienia mają negatywny wpływ na warunki pracy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz na jakość udzielanych przez nich świadczeń. Jest to szczególnie odczuwalne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą finansowanych ze środków publicznych, jako zobowiązanych do udzielania świadczeń najszerszej grupie pacjentów. Ponadto finansowanie danej usługi ze środków publicznych – w tym przypadku świadczeń zdrowotnych, nadaje jej przymiot publicznoprawny. Lekarz, udzielając takich świadczeń zdrowotnych, *de facto* w praktyce wspomaga realizację obowiązków państwa wynikających z art. 68 Konstytucji RP.

Zmiana ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przez dodanie art. 27a umożliwi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia gromadzenie i przetwarzanie danych zbiorczych o osobach zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w tym o wysokości i składnikach ich wynagrodzenia. Posiadanie tych danych pozwoli ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na głębszą analizę i ocenę kosztów zatrudnienia jako składowej kosztów prowadzenia działalności leczniczej i prowadzenie bardziej adekwatnej polityki zdrowotnej. Minister właściwy do spraw zdrowia może zobowiązać podmioty lecznicze do przekazywania danych o osobach w nich zatrudnionych NFZ lub jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Do nowej regulacji art. 27a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie będą miały zastosowania przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2), gdyż zbierane dane będą miały charakter zbiorczy, zagregowany, uniemożliwiający identyfikację danej osoby.

Ponadto uchyleniu podlegać będzie art. 96 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który daje obecnie możliwość zobowiązania pracownika wykonującego zawód medyczny i posiadającego wyższe wykształcenie, po wyrażeniu

przez niego zgody (tzw. klauzula „opt-out”), do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Uchylenie art. 96 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ma wejść w życie od dnia 1 stycznia 2028 r. Powyższa zmiana wynika z postanowień § 9 Porozumienia, w którym Minister Zdrowia zobowiązał się podjąć niezbędne działania, by klauzula „opt-out” od 2028 r. przestała obowiązywać i maksymalny, dopuszczalny tygodniowy wymiar pracy w stosunku pracy wynosił nie więcej niż 48 godzin.

Przepisy art. 4–10 projektu ustawy zawierają przepisy epizodyczne na lata 2018–2020, związane z przeznaczaniem w tym okresie środków finansowych, o których mowa w art. 131c ust. 1 pkt 1–3 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu nadanym projektem ustawy, na podwyżkę wynagrodzeń zasadniczych lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację, zwanych dalej „lekarzami”, do wysokości 6750 zł brutto miesięcznie w przeliczeniu na pełny etat, co oznacza proporcjonalnie mniej w przypadku części etatu, oraz regulują zasady i sposób przekazania tych środków. Przepisy te stanowią realizację § 6 Porozumienia i mają na celu powstrzymanie nasilającego się kryzysu dotyczącego kadry lekarzy specjalistów w publicznym systemie ochrony zdrowia w podmiotach leczniczych przez zapewnienie lekarzom specjalistom wyższych wynagrodzeń, z zastrzeżeniem wykonywania świadczeń w podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnieni na umowę o pracę. Jednocześnie, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania, w art. 8 projektu ustawy przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może ogłosić na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej kierowanego przez siebie oddziału wykaz podmiotów leczniczych, wraz z wymienieniem profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których występują braki kadrowe dotyczące lekarzy. Jeżeli lekarz podejmie zatrudnienie w podmiocie leczniczym ujętym w tym wykazie (a będzie ono związane z wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili lub rodzajów komórek organizacyjnych w tym wykazie wymienionych) przepisów projektowanego art. 5 ust. 3 i 4 projektu ustawy oraz postanowień umowy, o których mowa w art. 7 ust. 2 projektu ustawy, nie będzie się stosować do tego lekarza.

Przepis art. 7 ust. 4 projektowanej ustawy przewiduje, że Prezes NFZ określi:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczania środków finansowych przekazanych na

pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy, o których mowa w art. 4 ust. 1 projektu ustawy;

- 2) warunki zwrotu środków, o którym mowa w art. 7 ust. 2 projektu ustawy;
- 3) sposób przekazywania danych, o których mowa w art. 7 ust. 1 projektu ustawy.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, określenie ww. elementów nastąpi w odpowiednim zarządzeniu Prezes NFZ, a warunki, o których mowa w art. 7 ust. 4 pkt 2 projektu ustawy, nie będą miały charakteru warunków ustawowych, a charakter warunków technicznych (chodzi o rozliczenie NFZ ze świadczeniodawcą).

Przyjęcie rozwiązania epizodycznego na lata 2018–2020 wynika z postanowienia § 7 Porozumienia, zgodnie z którym w styczniu 2020 r. jego strony spotkają się w celu ewaluacji realizacji jego postanowień dotyczących wzrostu wynagrodzeń i oceniają możliwość ich dalszego wzrostu.

Przepisy dotyczące wzrostu wynagrodzeń obejmą lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń i którzy zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach, z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej.

Lekarzowi, który cofnie zobowiązanie do nieudzielania świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy, oraz lekarzowi, który nie wywiąże się z tego zobowiązania, pracodawca będzie mógł obniżyć wynagrodzenie do wysokości ustalonej przed złożeniem tego zobowiązania. Wyłączone wówczas będzie stosowanie przepisu art. 42 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, który reguluje tryb wypowiedzenia warunków pracy lub płacy oraz przepisów ograniczających dopuszczalność wypowiedzenia warunków umowy o pracę lub innego aktu stanowiącego podstawę nawiązania stosunku pracy. Możliwość obniżenia wynagrodzenia przez pracodawcę ma swoje źródło w określonych w przepisach prawa pracy wyłącznych uprawnieniach pracodawcy do kształtowania wynagrodzeń zatrudnionych pracowników,

z uwzględnieniem określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy zasad ogólnych i kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia w taki sposób, by odpowiadało ono w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Proponowany w projektowanej ustawie mechanizm nie wyłącza powyższych uprawnień pracodawcy, co jednak wymaga podkreślenia, decyzja o nie obniżeniu wynagrodzenia lekarza specjalisty, w sytuacji, o której mowa w art. 5 ust. 4 projektu ustawy, będzie skutkowała tym, że świadczeniodawca (pracodawca) będzie zobowiązany do sfinansowania wynagrodzenia lekarza specjalisty – w pełnej wysokości (ustalonej w umowie o pracę), ze środków własnych, a więc bez możliwości uzyskania „dofinansowania” z NFZ, o którym mowa w art. 4 ust. 2 projektowanej ustawy.

W celu uniknięcia ewentualnych nadużyć, w art. 4 ust. 4 i 5 projektu ustawy dodano przepis stanowiący *lex specialis* do zasady sformułowanej w art. 4 ust. 1–3 tej ustawy. Zgodnie z tym przepisem szczególnym, w przypadku lekarza zatrudnionego u danego świadczeniodawcy przed dniem złożenia zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 projektu ustawy, któremu obniżono wynagrodzenie w okresie 5 miesięcy poprzedzających złożenie tego zobowiązania, podwyżka wynagrodzenia tego lekarza będzie nie większa niż różnica między kwotą 6750 zł miesięcznie i kwotą miesięcznego wynagrodzenia przed jego obniżeniem. Zgodnie z art. 4 ust. 5 projektu ustawy reguła ta będzie miała zastosowanie również w przypadku przerwy w zatrudnieniu, o którym mowa w tym przepisie, trwającej krócej niż 3 miesiące.

Projekt przewiduje, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, w oparciu o informacje przekazywane dwa razy do roku przez podmioty lecznicze, na podstawie zmienionych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będą przekazywali środki finansowe w wysokości niezbędnej do podwyższenia lekarzom wynagrodzeń zgodnie z projektowaną ustawą. Podmioty lecznicze będą obowiązane do przeznaczenia tych środków na zapewnienie wzrostu wynagrodzeń lekarzom zgodnie z projektowaną ustawą. Środki nieprzeznaczone na ten cel lub nieprzeznaczone w sposób określony w projektowanej ustawie będą podlegały zwrotowi. Świadczeniodawcy będą również zobowiązani do zwrotu środków w razie niewywiązania się przez lekarza z zobowiązania do nieudzielania świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy. NFZ w zmienianych umowach ze świadczeniodawcami określi techniczne warunki zwrotu tych środków.

Pierwsze zobowiązanie do nieudzielenia odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy lekarze będą mogli złożyć w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie projektu ustawy. Lekarzowi, który złożył ww. zobowiązanie w tym terminie ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia tego zobowiązania, pracodawca będzie podwyższał wynagrodzenie od dnia 1 lipca 2018 r. Jeśli natomiast lekarz złoży zobowiązanie w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie projektu ustawy, ale w zobowiązaniu tym określi inny, późniejszy termin skuteczności tego zobowiązania, wówczas zastosowanie znajdzie ogólna zasada, zgodnie z którą pracodawca jest obowiązany do podwyższenia wynagrodzenia lekarza do kwoty 6750 zł od pierwszego dnia, w którym zobowiązanie stało się skuteczne.

W pierwszej informacji o liczbie lekarzy spełniających warunki uprawniające do podwyższenia wynagrodzeń zgodnie z ustawą oraz o łącznej kwocie niezbędnej do zapewnienia im podwyższonych wynagrodzeń pracodawcy będą uwzględniać wszystkich lekarzy, którzy złożą w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie projektu ustawy zobowiązanie do nieudzielania świadczeń zdrowotnych u innego świadczeniodawcy. Informację tę świadczeniodawcy będą składali do NFZ w terminie 21 dni od dnia wejścia w życie projektu ustawy.

Projekt ustawy przewiduje (art. 12), że ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a i b w zakresie art. 97 ust. 8a zdanie drugie i pkt 3 w zakresie art. 116 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. (są to przepisy dotyczące dotacji dla NFZ na finansowanie świadczeń dla osób nieubezpieczonych);
- 2) art. 3 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2028 r. (uchylenie regulacji o klauzuli „opt-out”).

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

<p>Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Elżbieta Jazgarska, Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji, tel. (22) 634-95-10, e.jazgarska@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 26.06.2018 r.</p> <p>Źródło: Inicjatywa Ministra Zdrowia</p> <p>Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UD383</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Mając na uwadze potrzebę stałego dążenia do optymalizacji systemu ochrony zdrowia w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zidentyfikowane zostały istotne problemy wymagające wprowadzenia stosownych zmian w obowiązujących przepisach.

Jednym z nich jest niewystarczające finansowanie ochrony zdrowia wynikające ze zbyt niskiego dotychczas poziomu i dynamiki wzrostu nakładów na finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych wobec stale rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne na skutek starzenia się społeczeństwa oraz rosnących kosztów tych usług z uwagi na rozwój technologii medycznych. W celu rozwiązania tego problemu w 2017 r. uchwalona została ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 2434), która zagwarantowała wzrost nakładów na ochronę zdrowia do wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) do 2025 r. Drugim bardzo istotnym problemem mającym wpływ na dostępność do świadczeń jest od lat występujący problem niedostatecznej dostępności kadry lekarskiej na rynku pracy.

Projekt ustawy przewiduje rozwiązania dotyczące lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne, jak również lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, zwanych dalej „lekarzami”, zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W zakresie lekarzy rezydentów projekt ustawy przewiduje rozwiązania, które zapobiegą niewykonywaniu przez lekarzy rezydentów zawodu w kraju po zakończeniu specjalizacji.

Ponadto projekt ustawy wprowadza rozwiązania mające na celu uregulowanie kwestii wynagrodzenia za dyżury medyczne lekarzy rezydentów. Obecnie jednostki akredytowane ponoszą koszty dyżurów lekarzy rezydentów z własnych środków. W związku z powyższym zdarza się, że lekarze rezydenci faktycznie nie realizują tej części programu szkolenia, zwłaszcza w przypadku dyżurów w trakcie stażów kierunkowych, kiedy to przebywają poza jednostką macierzystą lub są to wyłącznie dyżury towarzyszące, często niekorzystnie opłacane. Ponadto obecnie stawki za dyżury medyczne lekarzy rezydentów, określane na podstawie odrębnej umowy, są bardzo zróżnicowane w skali całego kraju, co spotyka się z negatywną opinią środowiska. Konieczność ponoszenia kosztów dyżurów medycznych przez jednostki akredytowane powoduje, że podmioty lecznicze nie ubiegają się o akredytacje tak licznie, jak tego wymaga sytuacja sektora ochrony zdrowia, zwłaszcza, że jednostki szkolące nie otrzymują środków finansowych na koszty kształcenia lekarzy, z wyjątkiem wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę. Zatem identyfikuje się deficyt miejsc szkoleniowych w wielu dziedzinach medycyny. Ponadto dwoisty sposób wynagradzania lekarzy, tj. podstawowe (zasadnicze) wynagrodzenie ze środków przekazanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia, dyżury medyczne ze środków własnych podmiotu leczniczego na podstawie dwóch odrębnych umów powoduje liczne wątpliwości natury prawnej, technicznej oraz organizacyjnej.

Odnosnie do lekarzy specjalistów to problem ich braku dotyka w znacznym stopniu kluczowych – z punktu widzenia zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej – podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ta grupa podmiotów w sposób szczególny odczuwa skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego skutkiem jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.

Jednym z podstawowych powodów wskazywanych jako przyczyna braku zainteresowania lekarzy specjalistów podejmowaniem pracy tylko u jednego pracodawcy jest niewystarczający poziom wynagrodzeń, skutkujący

podejmowaniem decyzji o zawieraniu dodatkowego zatrudnienia u innego pracodawcy w przedziale czasowym, w którym lekarze ci mogliby udzielać świadczeń u swojego podstawowego pracodawcy w ramach np. dyżurów medycznych.

Według danych przyjętych do wyliczenia skutku wejścia w życie niniejszej regulacji grupa lekarzy specjalistów zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami, które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, i którzy to lekarze uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń, a ich wynagrodzenia zasadnicze są niższe niż 6750 zł, odpowiada liczbie ok. 22 308 pełnych etatów (na podstawie danych NFZ i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Stanowi to ok. 87,5% wszystkich etatów przeliczeniowych lekarzy specjalistów zatrudnionych w tych podmiotach leczniczych.

W celu rozwiązania tego problemu w ostatnich latach podejmowano szereg działań, które miały na celu zwiększenie liczby lekarzy przez zwiększenie naboru na studia medyczne, liczby lekarzy specjalistów przez poprawę warunków uzyskiwania specjalizacji czy uatrakcyjnienie pracownikom zatrudnionym w podmiotach leczniczych wykonywania zawodu medycznego przez zagwarantowanie minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473).

Uznając jednak potrzebę podejmowania dalszych działań w tym kierunku wyrażoną w podpisany w dniu 8 lutego 2018 r. Porozumieniu Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL, zakłada się m.in. przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, wprowadzenie – pod warunkiem zobowiązania się lekarza rezydenta do przepracowania w Rzeczypospolitej Polskiej łącznie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego – wliczanego do wynagrodzenia zasadniczego określonego dodatku, przekazanie środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy specjalistów do wysokości 6750 zł pod warunkiem złożenia odpowiedniego zobowiązania.

W związku ze zobowiązaniem Ministra Zdrowia zawartym w Porozumieniu z dnia 8 lutego 2018 r., aby tzw. klauzula „opt-out” od 2028 r. przestała obowiązywać i maksymalny, dopuszczalny tygodniowy wymiar pracy w stosunku pracy wynosił nie więcej niż 48 godzin, powstała potrzeba uchylecia przepisu uprawniającego do zobowiązania pracownika, pod warunkiem wyrażenia przez niego zgody, do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień.

Kolejnym problemem jest konieczność zapewnienia warunków do niezakłóconego i należytego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy i lekarzy dentyistów. Obecnie zdarzają się sytuacje, w których lekarze i lekarze dentyści atakowani są fizycznie i werbalnie, a ataki te związane są z udzielaniem przez nich świadczeń zdrowotnych. Sytuacje te, a także stres związany z możliwością ich wystąpienia mają negatywny wpływ na warunki pracy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz na jakość udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych. Jest to szczególnie odczuwalne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy z NFZ, jako zobowiązanych do udzielania świadczeń najszerzej grupie chorych.

Brak dostępu ministra właściwego do spraw zdrowia do danych dotyczących wynagrodzeń osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych utrudnia prowadzenie odpowiedniej polityki zdrowotnej również w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (brak danych do analizy i ustalenia, jaką częścią kosztu świadczenia opieki zdrowotnej są koszty pracy). Stąd też projektowana ustawa przewiduje dodanie do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) przepisu, na mocy którego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, podmioty wykonujące działalność leczniczą będą zobowiązane do przekazywania danych dotyczących liczby zatrudnionych osób oraz formy zatrudniania, wysokości wynagrodzeń, wymiaru czasu pracy, tytułów zawodowych, zajmowanych stanowisk, wymaganego wykształcenia, posiadanych specjalizacji, wymaganego na stanowiskach pracy wykształcenia. Do przetwarzania tych danych uprawniony będzie Minister Zdrowia oraz wskazany przez niego inny podmiot, do którego dane te zostaną przekazane.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Realizując ustalenia zawarte w § 5 pkt 1 Porozumienia podpisanego w dniu 8 lutego 2018 r. między Ministrem Zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL, przyjęto szereg rozwiązań, które ujęte zostały w niniejszym projekcie ustawy.

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Celem projektu jest zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych w ujęciu materialnym – przez skrócenie o rok okresu osiągnięcia poziomu nakładów w wysokości co najmniej 6% PKB, tj. do 2024 r., co oznacza również ich nominalne zwiększenie w tym okresie w stosunku do aktualnie obowiązującej ustawy. Tym samym w krótszym okresie możliwe będzie sfinansowanie większej liczby udzielonych świadczeń.

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Przyjęto, że lekarz odbywający specjalizację w dziedzinie nieokreślonej jako priorytetowa otrzyma zwiększone wynagrodzenie o kwotę w wysokości 600 zł miesięcznie, natomiast w dziedzinie określonej jako priorytetowa 700 zł miesięcznie. Aby otrzymać wyższe wynagrodzenie zasadnicze, lekarz będzie musiał złożyć w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne podpisane zobowiązanie do przepracowania w kraju minimalnego okresu określonego w art. 16j ust. 2b lub 2g ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.), min. łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Środki niezbędne do podniesienia wynagrodzenia zasadniczego będą przekazane do podmiotu prowadzącego szkolenia specjalizacyjne w oparciu o umowę zawartą z Ministrem Zdrowia.

Wprowadzany przepis realizuje jeden z punktów ww. Porozumienia i wychodzi naprzeciw identyfikowanym problemom dotyczącym zarówno stworzenia mechanizmów zabezpieczających przed emigracją lekarzy wykształconych w Rzeczypospolitej Polskiej, jak również sytuacji finansowej lekarzy odbywających specjalizacje w ramach rezydentury.

Oczekuje się, że przyjęte rozwiązanie z jednej strony powinno tworzyć większą zachętę dla lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji, a jednocześnie przez podpisywane zobowiązanie do przepracowania w kraju określonego czasu po zakończeniu specjalizacji tworzyć lepsze perspektywy w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli.

Projekt zakłada uwzględnienie programowych dyżurów medycznych w kosztach finansowania umów rezydenckich, przy czym finansowanych będzie 40 godzin i 20 minut dyżuru w miesiącu (4 x 10 godz. 5 min.). Takie rozwiązanie z jednej strony poprawi nieco kondycję finansową podmiotów zaangażowanych w kształcenie specjalizacyjne, co powinno również przyczynić się do zwiększenia ich liczby, a z drugiej strony da Ministrowi Zdrowia dodatkowe narzędzie oddziaływania na prawidłowość realizacji tego elementu szkolenia specjalizacyjnego. Jednocześnie lekarze będą mieli zapewnione finansowanie dyżurów na jednakowych podstawach i przy zastosowaniu jednorodnych stawek.

3. Lekarze specjaliści

Projekt określa sposób przekazywania do podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, środków finansowych na pokrycie kosztów podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów zatrudnionych na podstawie stosunku pracy do poziomu 6750 zł oraz kosztów podwyższenia należnego z tego tytułu dodatku za wysługę lat. Dzięki zagwarantowaniu lekarzom specjalistom zatrudnionym w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego wynagrodzeń zasadniczych na poziomie 6750 zł – pod warunkiem zobowiązania się do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy niż główne miejsce zatrudnienia, realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwiększyć się powinno zainteresowanie wykonywaniem zawodu w ramach stosunku pracy u jednego pracodawcy. Ułatwi to świadczeniodawcom zapewnianie całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, dla których świadczeniodawca jest głównym miejscem zatrudnienia.

W zakresie zapewnienia warunków do niezakłóconego i należytego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy i lekarzy dentystów projektowane jest objęcie lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie, ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu.

Zmiana ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej umożliwi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia gromadzenie i przetwarzanie danych o osobach zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w tym o wysokości i składnikach ich wynagrodzenia. Posiadanie tych danych pozwoli ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na głębszą analizę i ocenę kosztów zatrudnienia jako składowej kosztów prowadzenia działalności leczniczej i prowadzenie bardziej adekwatnej polityki zdrowotnej.

Projekt zakłada ponadto:

- 1) uchylenie przepisu umożliwiającego zobowiązanie pracownika, po wyrażeniu przez niego zgody (tzw. klauzula „opt-out”), do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Zmiana ta ma na celu ograniczenie liczby godzin pracy pracowników w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, co w efekcie przełożyć się ma na poprawę warunków pracy tego pracownika, jak też jakość udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów;
- 2) wprowadzenie zmiany wydłużającej o jeden rok okres obowiązywania rozwiązań przewidzianych w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (Dz. U. poz. 1770). Konsekwencją tej zmiany jest utrzymanie w 2019 r. rozwiązania polegającego na finansowaniu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym w formie ryczałtu w kwocie 320 232 tys. zł przekazywanego NFZ w formie dotacji z budżetu państwa;
- 3) wprowadzenie zmian w zakresie wskazania Funduszu Pracy jako źródła finansowania od 2019 r. staży podyplomowych oraz specjalizacji medycznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Wskazane problemy mają charakter uniwersalny – występują we wszystkich krajach na świecie, w tym osiągających lepsze wyniki w przyjętych wskaźnikach zdrowotnych. Państwa w różny sposób określają zakres podmiotowy i przedmiotowy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór ten wynika częstokroć z uwarunkowań historycznych i częściej podlega wyłącznie korektom niż głęboko idącym zmianom. Jednocześnie sposób zwiększania

środków dostępnych w publicznym systemie ochrony zdrowia zależy od przyjętego modelu. Tradycyjnie ukształtowały się następujące modele systemowe ochrony zdrowia: brytyjski – model Beveridge’a, rosyjski – model Siemaszki, amerykański – model rezydualny.

W systemie Beveridge’a (np. Wielka Brytania, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Portugalia, Dania, Finlandia czy Szwecja) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej mają wszyscy obywatele, zapewniony jest powszechny i równy dostęp do świadczeń, które są finansowane z budżetu państwa. Z kolei w systemie Bismarcka (np. Niemcy, Belgia, Francja, Luksemburg, Austria, Szwajcaria czy Holandia) środki finansowe pochodzą ze składek odprowadzanych przez pracowników i pracodawców, naturalnym elementem systemu jest współpłacenie pacjentów oraz finansowanie świadczeń przez kasy chorych (lub analogiczne im instytucje ubezpieczenia zdrowotnego) i udzielanie świadczeń przez świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych.

W praktyce coraz częściej mamy do czynienia z systemami mieszanymi. Również model stosowany w Rzeczypospolitej Polskiej ma charakter mieszany, ale w rozumieniu połączenia cech systemu ubezpieczeniowego z budżetowym, zarówno w obszarze gromadzenia środków, jak i ich rozdysponowania.

Mając powyższe na uwadze, należy wskazać, że wybór mechanizmu zwiększania środków finansowych dostępnych w systemie publicznym jest uzależniony od systemu, który ma miejsce w danym kraju. W praktyce w naszym kraju jest to możliwe na jeden z dwóch sposobów – zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne lub zwiększenie dotacji z budżetu państwa, z których to pierwsze rozwiązanie może być wyraźnie trudniejsze do wprowadzenia.

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Brak danych

3. Lekarze specjaliści

W krajach Unii Europejskiej można zaobserwować trzy modele regulowania kwestii wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia:

- 1) ogólnokrajowy branżowy akt prawny, w którym ustawodawca ustala miesięczne minimalne stawki wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia;
- 2) ponadzakładowe układy zbiorowe pracy;
- 3) modele mieszane łączące w sobie cechy rozwiązań opartych na powszechnie obowiązującym przepisie szczególnym z układami zbiorowymi pracy.

Ad 1. Jeżeli chodzi o pierwszy z modeli, oparty o ogólnokrajową regulację ustanawiającą płacę minimalną jako modelowe rozwiązanie, można wskazać rozwiązanie zastosowane w Wielkiej Brytanii.

W tym przypadku zasady wynagradzania pracowników publicznej służby zdrowia reguluje akt prawny, który określa wysokość rocznej płacy podstawowej dla pracowników służby zdrowia.

Przegląd wysokości określonych w ten sposób płac jest dokonywany co do zasady każdego roku. Uregulowanie to jest stosowane również poza publiczną służbą zdrowia – w zdecydowanej większości przypadków jest podstawą polityki płacowej stosowanej przez podmioty prywatne (choć nie jest to obligatoryjne). Pula środków na wynagrodzenia osób zatrudnionych w sektorze publicznej służby zdrowia jest wydzielana z budżetu państwa (finansowana z przychodów podatkowych i składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne).

System płac dla pracowników publicznej służby zdrowia obejmuje dziewięć różnych przedziałów wynagrodzeń rocznych, co zezwala na ustandaryzowanie wysokości płac dla pracowników sektora medycznego. Posiadane umiejętności, staż pracy i uprawnienia zawodowe decydują o zakwalifikowaniu do jednego z przedziałów płacowych.

Ad 2. Przykładem kraju, w którym kwestie wynagrodzeń w sektorze zdrowia są regulowane w drodze układów zbiorowych, jest Holandia. Wynagrodzenia w sektorze ochrony zdrowia są negocjowane tam przez stronę pracodawców i pracowników. Zawarte w ten sposób układy zbiorowe mają zasięg ogólnokrajowy i obejmują wszystkie grupy zawodowe.

Ad 3. We Francji funkcjonuje model mieszany, w ramach którego wynagrodzenia personelu medycznego oraz personelu pomocniczego są regulowane na szczeblu krajowym. Jednocześnie poziom wynagrodzeń personelu medycznego (oprócz lekarzy) oraz pomocniczego zatrudnionego w klinikach oraz przychodniach prywatnych jest określony w układzie zbiorowym.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	ok. 38 mln osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	zwiększony dostęp do świadczeń gwarantowanych przez skrócenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

Podmioty lecznicze	ok. 27 200, w tym podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami, które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych	Rejestry Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz NFZ	– umożliwienie udzielania większej liczby świadczeń gwarantowanych – finansowanie kosztów wyrównania wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów, którzy zobowiążą się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innym podmiocie leczniczym niż główne miejsce zatrudnienia, do poziomu 6750 zł brutto
Lekarze bez specjalizacji będący w jej trakcie lub zamierzający ją otworzyć	ok. 20 000 rocznie	Ministerstwo Zdrowia	wzrost wynagrodzenia lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury
Podmioty wpisane na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji	1635	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	zmniejszenie obciążeń wynikających z tytułu finansowania dyżurów medycznych
Lekarze specjaliści, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe niż 6750 zł brutto, zatrudnieni na podstawie stosunku pracy w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami, które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych	22 308 etatów przeliczeniowych	NFZ, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)	wynagrodzenia zasadnicze lekarzy specjalistów zatrudnionych w ramach stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, którzy zobowiążą się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innym podmiocie leczniczym niż główne miejsce zatrudnienia, zostaną podwyższone do kwoty 6750 zł brutto (chodzi o tych lekarzy specjalistów, których wynagrodzenia zasadnicze są niższe niż 6750 zł brutto).
Oddziały wojewódzkie NFZ + Centrala	17	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	– zwiększenie dostępnych środków finansowych – umożliwienie kontraktowania większej liczby świadczeń gwarantowanych

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt ustawy został przesłany do uzgodnień zewnętrznych i konsultacji publicznych w dniu 8 maja 2018 r. z terminem zgłaszania uwag do dnia 22 maja 2018 r. W ramach konsultacji publicznych projekt został skierowany do następujących podmiotów:

- 1) Naczelna Rada Lekarska,
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 3) Naczelna Rada Aptekarska,
- 4) Krajowa Rada Fizjoterapeutów,

- 5) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych,
- 6) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 7) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych,
- 8) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 9) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 10) Porozumienie Rezydentów OZZL,
- 11) Forum Związków Zawodowych,
- 12) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 13) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych,
- 14) rektorzy uczelni medycznych,
- 15) marszałkowie województw,
- 16) wojewodowie,
- 17) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 18) Związek Pracodawców Business Center Club,
- 19) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych,
- 20) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia,
- 21) Konfederacja Lewiatan,
- 22) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej,
- 23) Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej,
- 24) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 25) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”,
- 26) Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere,
- 27) Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”,
- 28) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 29) Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia,
- 30) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 31) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”,
- 32) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej,
- 33) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
- 34) Rada Dialogu Społecznego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia oraz zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostały omówione w raporcie.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	359,47	735,72	748,49	328,00	355,51	366,49	370,33	370,07	370,06	370,06	370,06	4 744,26
budżet państwa	45,36	92,15	93,23	27,72	30,04	30,97	31,30	31,27	31,27	31,27	31,27	475,86
JST	43,58	88,53	89,56	26,63	28,87	29,76	30,07	30,05	30,05	30,05	30,05	457,19
NFZ	60,53	123,69	125,69	51,35	55,66	57,38	57,98	57,94	57,94	57,94	57,94	764,02
FUS	190,46	391,47	399,49	206,10	223,39	230,29	232,70	232,53	232,53	232,53	232,53	2 804,00
FP	19,03	38,91	39,54	16,20	17,56	18,10	18,29	18,28	18,28	18,28	18,28	240,73
FGŚP	0,49	0,98	0,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,45
Wydatki ogółem	2 679,82	1 327,54	1 358,40	2 541,17	4 115,62	5 823,30	6 130,78	894,54	894,53	894,53	894,53	27 554,75
budżet państwa	2 036,74	728,99	759,86	2 541,17	4 115,62	5 823,30	6 130,78	894,54	894,53	894,53	894,53	25 714,58
JST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

NFZ	299,27	598,54	598,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 496,36
FUS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FP	343,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	343,81
FGŚP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Saldo ogółem	-2 320,36	-591,81	-609,91	-2 213,17	-3 760,11	-5 456,81	-5 760,45	-524,48	-524,47	-524,47	-524,47	-524,47	-22 810,50
budżet państwa	-1 991,37	-636,85	-666,63	-2 513,45	-4 085,57	-5 792,33	-6 099,48	-863,27	-863,26	-863,26	-863,26	-863,26	-25 238,72
JST	43,58	88,53	89,56	26,63	28,87	29,76	30,07	30,05	30,05	30,05	30,05	30,05	457,19
NFZ	-238,74	-474,85	-472,85	51,35	55,66	57,38	57,98	57,94	57,94	57,94	57,94	57,94	-732,34
FUS	190,46	391,47	399,49	206,10	223,39	230,29	232,70	232,53	232,53	232,53	232,53	232,53	2 804,00
FP	-324,78	38,91	39,54	16,20	17,56	18,10	18,29	18,28	18,28	18,28	18,28	18,28	-103,08
FGŚP	0,49	0,98	0,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,45

Źródła finansowania

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Budżet państwa

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Wynagrodzenia lekarzy rezydentów w 2018 r. są finansowane z Funduszu Pracy. W związku z tym dla zapewnienia sfinansowania zarówno dodatkowego zwiększenia wynagrodzeń, jak i kosztu programowych dyżurów medycznych konieczne jest zwiększenie środków ujętych w planie finansowym Funduszu Pracy przeznaczonych na staże i specjalizacje medyczne.

Od 2019 r. będzie konieczne dalsze zwiększenie środków na specjalizacje.

Koszt nowych etatów niezbędnych do obsługi nowych zadań związanych z finansowaniem zwiększonych wynagrodzeń, monitorowaniem realizacji zobowiązań i egzekucją należności wymaga zwiększenia środków budżetu państwa w cz. 46 – Zdrowie oraz 85 – Budżety wojewodów.

3. Lekarze specjaliści

Projekt spowoduje zwiększenie wydatków ponoszonych przez NFZ.

Wydatki ponoszone przez NFZ obejmować będą koszty przekazania podmiotom leczniczym w latach 2018–2020 kwot niezbędnych do sfinansowania wysokości różnicy między wynagrodzeniem zasadniczym lekarzy specjalistów, którzy spełnią warunki określone w art. 4 ust. 3 projektu ustawy, a kwotą 6750 zł (koszty obejmą również skutek podwyższenia należnego z tytułu wzrostu wynagrodzenia zasadniczego oraz dodatku za wysługę lat).

Wskazane wyżej dane obrazują skutki wdrożenia przewidzianych w projekcie rozwiązań przy założeniu, że wszyscy lekarze specjaliści, których wynagrodzenia zasadnicze są niższe od kwoty 6750 zł, posiadają maksymalny 20% wskaźnik wysługi lat i zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania tożsamyh świadczeń opieki zdrowotnej u innych świadczeniodawców.

Skutki finansowe wynikające z podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego dotyczące pozostałych składników wynagrodzenia i pochodnych od tych składników leżących po stronie pracodawcy będą ponoszone przez tych pracodawców w ramach środków uzyskiwanych z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Koszty te będą pokryte ze zwiększonej wyceny świadczeń. Szacowany skutek finansowy zwiększonej wyceny wyniesie 237,98 mln zł w 2018 r. i 475,96 mln zł rocznie w kolejnych latach.

Z uwagi na przepisy art. 4 projektu i postanowienia § 7 Porozumienia Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL w dniu 8 lutego 2018 r. projekt uwzględnia skutki finansowe dla NFZ w latach 2018–2020.

Zgodnie z § 7 ww. Porozumienia w styczniu 2020 r. obie strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 3–6 przedmiotowego Porozumienia oraz zrewalują możliwość dalszego wzrostu wynagrodzeń lekarzy, w tym ocenę rewaloryzacji wynagrodzenia w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłat nagród z zysku ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

Przyjęcie proponowanych rozwiązań będzie oznaczało konieczność dokonania zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Skutki finansowe wejścia w życie ustawy stanowią różnicę między nakładami wynikającymi z obowiązującej ustawy, w której przyjęto następujące wskaźniki PKB roku planistycznego: w 2018 r. – 4,67% PKB, w 2019 r. – 4,86% PKB, w 2020 r. – 5,03% PKB, w 2021 r. – 5,22% PKB, w 2022 r. – 5,41% PKB, w 2023 r. – 5,60% PKB, w 2024 r. – 5,80% PKB, a w latach 2025–2028 – 6,00% PKB, a wskaźnikami projektowanymi w niniejszym projekcie ustawy, tj.: w 2018 r. – 4,78% PKB, w 2019 r. – 4,86% PKB, w 2020 r. – 5,03% PKB, w 2021 r. – 5,30% PKB, w 2022 r. – 5,55% PKB, w 2023 r. – 5,80% PKB, a w latach 2024–2028 – 6,00% PKB.

Wyliczenia oparto na danych dotyczących nominalnego tempa wzrostu PKB oszacowanego i przekazanego przez Ministra Rozwoju i Finansów.

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Przyjęte założenia:

– Każdy lekarz odbywający rezydenturę będzie pobierał zwiększone wynagrodzenie w trakcie całego okresu swojego zatrudnienia począwszy od dnia 1 lipca 2018 r.

– Zakłada się, że od dnia 1 lipca 2018 r. Minister Zdrowia będzie finansował koszty wynagrodzenia z tytułu pełnienia programowych dyżurów medycznych. Koszty te skalkulowano przy zastosowaniu stawki 150% wynagrodzenia zasadniczego, przy czym przyjęto, iż każdy lekarz odbywa średnio 40 godzin i 20 min. dyżurów miesięcznie jedynie w porze昼间 oraz że koszt dyżuru stanowi 38% wynagrodzenia zasadniczego. Poniżej wartości wynagrodzenia zasadniczego rezydentów (wraz z pochodnymi) w poszczególnych latach stanowiące podstawę do oszacowania kosztów:

rok	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Wynagrodzenia w mln zł	686	1 450	1 511	1 583	1 741	1 793	1 812	1 810	1 810	1 810	1 810

Koszty zawierają pochodne od wynagrodzeń w wysokości 19,91% dla lekarzy rezydentów oraz 18,96% dla etatów obsługujących nowe zadanie.

Liczby rezydentów, którzy pobieraliby zwiększone wynagrodzenie zasadnicze w poszczególnych latach, przedstawiają się następująco:

rok	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
liczba lekarzy	17 990	18 890	19 607	20 090	20 716	21 312	21 516	21 500	21 499	21 499	21 499

Do obsługi nowego zadania, jakim jest finansowanie i nadzór nad prawidłową realizacją zobowiązań lekarzy z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia, skalkulowano: 3 dodatkowe etaty po stronie Ministerstwa Zdrowia z wynagrodzeniem brutto w wysokości 6818,86 zł (przeciętne wynagrodzenie dla pracowników korpusu służby cywilnej w dziale 750 część 46 wg sprawozdania Rb-70 za 2017 r.) oraz 8 etatów po stronie wojewodów z wynagrodzeniem brutto w wysokości 4772,54 zł (przeciętne wynagrodzenie dla pracowników korpusu służby cywilnej w części 85 w dziale 750 wg sprawozdania Rb-70 za 2017 r.), wg następującego podziału oszacowanego na podstawie aktualnej liczby lekarzy odbywających rezydenturę w województwie:

Część 85	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32
Liczba etatów	0,7	0,4	0,5	0,1	0,6	0,8	1,4	0,1	0,3	0,3	0,5	0,9	0,2	0,2	0,6	0,4

W zakresie Ministerstwa Zdrowia (MZ) nowe zadania MZ obejmować będą przede wszystkim obsługę nowych informacji dotyczących podpisania zobowiązania przez poszczególnych rezydentów, ewentualnych rezygnacji, ich analizę, sporządzanie dodatkowych aneksów do umów rezydenckich. Obecna obsada etatowa nie pozwala na wykonywanie żadnych dodatkowych zadań w zakresie obsługi umów rezydenckich. Przy założeniu, że 1 etat może obsłużyć w ciągu roku 600 rezydentów (analogicznie do założeń przyjętych do skalkulowania kosztów obsługi zadania zleconego marszałkom województwa z zakresu administracji rządowej (realizacja staży podyplomowych)) w MZ obsługą umów rezydenckich powinno zajmować się 33 etaty. W chwili obecnej zadanie to wykonuje 8 etatów. Niezbędne jest więc zwiększenie tej liczby. W projekcie przyjęto niezbędne minimum w liczbie 3 etaty.

Do nowych zadań dla wojewodów można zaliczyć m.in.: przyjmowanie deklaracji, informacji o rozwiązaniu umowy o pracę i o okresie pobierania przez lekarza zwiększonego wynagrodzenia, zawiadamianie lekarzy o okresie realizacji zobowiązania, rozpatrywanie spraw związanych z karami, ich umarzaniem, wydawanie decyzji, monitorowanie i aktualizowanie informacji.

Po stronie dochodowej wykazanej w tabeli uwzględniono wpływy z tytułu podatków i odprowadzanych pochodnych zarówno od wynagrodzeń zasadniczych, jak i pełnionych przez lekarzy programowych dyżurów medycznych.

Niezależnie od powyższego skutkiem wdrożenia tych przepisów będą oszczędności na wydatkach po stronie podmiotów leczniczych zatrudniających rezydentów z tytułu objęcia finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia kosztów pełnienia programowych dyżurów medycznych. Wysokość tych oszczędności będzie równa wysokości środków przeznaczonych na sfinansowanie tych dyżurów – od 260 mln zł w 2018 r., do 688 mln zł w 2028 r. – zgodnie z załącznikiem do OSR.

3. Lekarze specjaliści
Dane NFZ oraz CSIOZ.

Do obsługi nowego zadania, jakim jest finansowanie i nadzór nad prawidłową realizacją zobowiązań lekarzy specjalistów z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia, skalkulowano 17 dodatkowych etatów po 1 w każdym oddziale i centrali NFZ, z wynagrodzeniem brutto 5525 zł (przeciętne wynagrodzenie pracowników NFZ w 2017 r.).

W zakresie nowych etatów w NFZ będą realizowane m.in. następujące zadania:

– w Centrali NFZ

1. Przygotowanie, podpisanie i ewaluacja zarządzenia Prezesa NFZ określającego jednolity sposób realizacji przez oddział wojewódzki NFZ finansowania podwyższonego wynagrodzenia lekarzy specjalistów oraz kontroli prawidłowości realizacji zobowiązań lekarzy specjalistów z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia.
2. Dostosowanie systemu informatycznego NFZ do zbierania informacji, o której mowa w art. 6 ust. 1 projektu ustawy (Informacja o liczbie lekarzy spełniających warunki, o których mowa w art. 4 ust. 3, i kwocie niezbędnej do zapewnienia im wynagrodzeń, o których mowa w art. 4 ust. 2).
3. Dostosowanie systemu informatycznego NFZ do rozliczania ze świadczeniodawcami wypłaty podwyższonego wynagrodzenia lekarzy specjalistów.

– w oddziale wojewódzkim NFZ

1. Zebranie od świadczeniodawców i zweryfikowanie kilkudziesięciu tysięcy informacji, o których mowa w art. 6 ust. 1 projektu ustawy (2 razy do roku).
2. Przygotowanie i podpisanie kilkudziesięciu tysięcy aneksów do umów obejmujących udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych (2 razy do roku).
3. Prowadzenie comiesięcznych rozliczeń ze świadczeniodawcami z tytułu wypłaty podwyższonego wynagrodzenia lekarzy specjalistów.
4. Prowadzenie kontroli prawidłowości realizacji zobowiązań lekarzy specjalistów z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia.

Szczegółowe dane dotyczące skutków finansowych w zakresie wydatków zawiera załącznik do OSR.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na działalność dużych przedsiębiorców.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.						

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Wprowadzenie projektowanych regulacji ma mieć przełożenie na zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych, liczbę i profesjonalność zatrudnionej w podmiotach leczniczych kadry lekarzy specjalistów, poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a w efekcie wyższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, w tym osób niepełnosprawnych i starszych. Wzrost poziomu zarobków lekarzy rezydentów i lekarzy specjalistów wpłynie pozytywnie na sytuację ekonomiczną i społeczną tych pracowników i ich rodzin.
Niemierzalne	Poprawa warunków płacowych pracowników objętych projektowanymi zmianami wpłynie na zwiększenie liczby zatrudnionych osób w podmiotach leczniczych oraz na konkurencyjność zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych.	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
zmniejszenie liczby procedur
skrócenie czasu na załatwienie sprawy
inne:

zwiększenie liczby dokumentów
zwiększenie liczby procedur
wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz: –

9. Wpływ na rynek pracy

- Projektowana ustawa ma spowodować poprawę warunków zatrudnienia lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne w trybie rezydentury, wpływając jednocześnie na poprawę dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez wprowadzenie mechanizmów zachęcających lekarzy do pracy w kraju.
- Podejmowane działania mają podnieść poziom zarobków lekarzy specjalistów zatrudnionych obecnie w działających całodobowo podmiotach leczniczych, co w efekcie przyczynić się ma do wzrostu satysfakcji pracowników oraz wzrostu zainteresowania zatrudnieniem w ramach stosunku pracy u jednego świadczeniodawcy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
sytuacja i rozwój regionalny
inne:

demografia
mienie państwowe

informatyzacja
zdrowie

Omówienie wpływu

Wzrost zainteresowania podejmowaniem pracy na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy (wraz z dyżurami) u jednego pracodawcy powinien wpłynąć pozytywnie na jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przepisy ustawy wejdą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a i b w zakresie art. 97 ust. 8a zdanie drugie i pkt 3 w zakresie art. 116 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.;
- 2) art. 3 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2028 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja nastąpi po 5 latach od dnia wejścia w życie ustawy przez analizę liczby lekarzy, którzy po specjalizacji nie będą obciążeni koniecznością zapłaty kary z tytułu niedotrzymania zobowiązania, o którym mowa w przepisach ustawy, oraz liczby lekarzy specjalistów, którzy skorzystali z podwyższenia wynagrodzenia, spełniając warunki określone w ustawie.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Załącznik do pkt 6 OSR oraz raport z opiniowania i konsultacji publicznych.

**Raport z opiniowania i konsultacji publicznych projektu ustawy o zmianie ustawy
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz
niektórych innych ustaw (UD 383)**

Projekt ustawy został przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych w dniu 8 maja 2018 r. z terminem zgłaszania uwag do dnia 22 maja 2018 r. W ramach opiniowania i konsultacji publicznych projekt został skierowany do następujących podmiotów:

- 1) Naczelna Rada Lekarska,
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 3) Naczelna Rada Aptekarska,
- 4) Krajowa Rada Fizjoterapeutów,
- 5) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych,
- 6) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 7) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych,
- 8) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 9) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 10) Porozumienie Rezydentów OZZL,
- 11) Forum Związków Zawodowych,
- 12) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 13) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych,
- 14) Rektorzy uczelni medycznych,
- 15) Marszałkowie Województw,
- 16) Wojewodowie,
- 17) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 18) Związek Pracodawców Business Center Club,
- 19) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych,
- 20) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia,
- 21) Konfederacja Lewiatan,
- 22) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej,
- 23) Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej,
- 24) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ "Solidarność",
- 25) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ "Solidarność 80",
- 26) Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere,
- 27) Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”,
- 28) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 29) Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia,
- 30) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 31) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”,
- 32) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej,
- 33) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
- 34) Rada Dialogu Społecznego.

W ramach przyjętych uwag w projekcie dokonano szereg zmian – w całości uwzględniono m.in. uwagi dotyczące wyłączenia Systemu Monitorowania Kształcenia, a także doprecyzowano niejasne wg niektórych podmiotów przepisy.

Zestawienie zgłoszonych przez ww. podmioty uwag wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia - w załączeniu.

Zał. – zestawienie uwag

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
1	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 1	<p>Wzrost środków na system opieki zdrowotnej- faktycznie oczekiwany wzrost wskaźnika w kolejnych latach z w roku 2018 4,78% na 5,80%, w 2023 i 6% w 2024. Ale rezygnuje się z określania rozporządzeniem Ministra Zdrowia rodzajów świadczeń gwarantowanych, na które przeznaczany byłby wzrost wskaźnika względem roku poprzedniego; obecnie przeznaczać się je ma w pierwszej kolejności na finansowanie z budżetu państwa, w tym w formie dotacji przekazywanej do Funduszu, świadczeń gwarantowanych. Rośnie więc swoboda Ministra Zdrowia i NFZ w dysponowaniu ową dotacją. Obiekcje musi przy tym budzić fakt, że środki mają być przekazywane „w pierwszej kolejności” na finansowanie świadczeń gwarantowanych – co może sugerować, że będą one także przeznaczane na inne cele. Konsekwencją tych zmian są też zmiany w art. 97 ust. 8 oraz w art. 116 ust. 1 pkt 5a u.ś.o.z.</p> <p>Zwiększenie nakładów na system ochrony zdrowia są oczekiwanym kierunkiem, choć nadal trudno te nakłady uznać za wystarczające. W praktyce kluczowe znaczenie będzie mieć jednak to, jaka część powyższych kwot przekazana zostanie na finansowanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej- a to pozostaje wielką niewiadomą.</p>	Uwaga nieuwzględniona. Projektowane brzmienie zakłada bardziej elastyczne i dostosowane do potrzeb systemu ochrony zdrowia rozwiązanie, zgodnie z którym środki finansowe w pierwszej kolejności przeznaczają się na świadczeń gwarantowanych. Przepis ten gwarantuje zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej, co będzie skutkowało większym dostępem do tych świadczeń i zmniejszeniem list osób oczekujących na ich udzielenie.
2	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Art. 1 pkt 3	„Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto (...)” - Zaznaczona (pogrubiona) treść jest sprzeczna z danymi wskazanymi poniżej (w projekcie przepisu), które wskazują na niższe niż 6% finansowanie.	Uwaga nieuwzględniona. W przepisie napisane jest wprost: „z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach...”
3	Wielkopolski Urząd Wojewódzki	Art. 2	Propozycja doprecyzowania zapisu dotyczącego zobowiązania do zapłaty kary w przypadku niewywiązania się ze zobowiązania z winy leżącej po stronie lekarza.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zapis został przeredagowany.
4	Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 2	W art. 2 projekt nakłada nowe zbędne obowiązki na podmioty lecznicze, które zmuszone będą do korzystania z SMK w celu potwierdzania zobowiązań lekarza zatrudnianego.	Uwaga uwzględniona.
5	Naczelna Rada Lekarska	Art. 2	W art. 16i ust. 3-5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (dot. art. 2 pkt 1 projektu ustawy) proponuje się nadać brzmienie:	Uwaga nieuwzględniona. Szczegółowe kwestie dotyczące zasad realizacji dyżurów zostaną

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>1. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżurów, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy. W przypadku realizacji stażu kierunkowego podmiot leczniczy, w którym jest realizowany dany staż, ma obowiązek podpisania umowy z lekarzem realizującym staż kierunkowy. W przypadku realizacji stażu kierunkowego w podmiocie leczniczym innym niż macierzysty, lekarz rezydent otrzymuje wynagrodzenie z tytułu umowy o pełnienie dyżurów medycznych w kwocie godzinowej brutto nie mniejszej niż wynikającej z umowy o pracę podpisanej z jednostką macierzystą zgodnie z ustawą Kodeks pracy.</p> <p>2. Lekarzowi, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, pełniącemu dyżur medyczny, o którym mowa w ust 3 przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy, o której mowa w art. 16h ust 1. Godziny pełnionych dyżurów medycznych nie będą uzupełnieniem podstawowego czasu pracy, w sytuacji gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne nie przepracuje w miesiącu podstawowego czasu pracy wymaganego programem specjalizacji. Odpoczynek lekarza po dyżurze nie powoduje przedłużenia odbywania specjalizacji i jest zaliczany do czasu jej trwania.</p> <p>3. Minister właściwy do spraw zdrowia finansuje wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 4, w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.</p>	<p>wypracowane zgodnie z porozumieniem przez Zespół, który został powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w szczególności w zakresie kształcenia podyplomowego. Zespół spotkał się już dwukrotnie, Pan Jarosław Biliński pełniący funkcję Przewodniczącego Zespołu powołał w roli eksperta ds. dyżurów medycznych Pana Michała Bulsę. Zatem Minister Zdrowia jak najbardziej realizuje zapisy porozumienia i przewiduje kompleksową regulację dot. tego zakresu na skutek akceptacji rozwiązań zaproponowanych przez ww. Zespół. Obecnie wprowadza się tylko takie zmiany jakie są niezbędne celem finansowania kosztów dyżurów medycznych przez Ministra Zdrowia. Należy zaznaczyć, że §11 pkt 2 zawartego Porozumienia przewiduje przedłożenie Radzie Ministrów przez Ministra Zdrowia projektu ustawy w tym zakresie nie później niż w I kwartale 2019 r.;</p>
6	Naczelna Rada Lekarska	Art. 2	W art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 2 pkt 2 lit. a projektu ustawy) proponuje się nadać brzmienie:	Uwaga częściowo uwzględniona. Z projektu wynika, że pracodawca jest obowiązany wypłacać wynagrodzenie

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>„2. Środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, w tym dyżurów medycznych, o których mowa w art. 16i ust. 4 do wysokości, o której mowa w art. 16i ust. 5, przez lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do jej odbywania lub odbywają ją w tym trybie, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym tych lekarzy. Umowa ta określa wysokość środków i ich przeznaczenie. W przypadku wystąpienia różnicy pomiędzy kosztem dyżuru medycznego a przekazanymi środkami finansowymi różnica jest finansowana przez podmiot leczniczy w którym lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego odbywa dyżur medyczny”.</p> <p>Uzasadnienie:</p> <p>1. W ocenie Krajowego Zjazdu Lekarzy brzmienie art. 16i ust. 3-5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zaproponowane w projekcie ustawy jest sprzeczne z prawem. Proponowane zmiany zmierzają bowiem do uregulowania kwestii odrębnych umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów medycznych, pomimo istniejącego stosunku pracy w ramach którego lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury.</p> <p>Lekarz rezydent powinien otrzymywać wynagrodzenie z tytułu pełnienia dyżurów medycznych na podstawie umowy o pracę, zgodnie z Kodeksem pracy (co wskazano w § 11 pkt 2 Porozumienia).</p> <p>Po dyżurze medycznym lekarzowi rezydentowi powinien przysługiwać odpoczynek, co wynika wprost z art. 97 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.). Ponadto odpoczynek po dyżurze medycznym nie powinien powodować przedłużenia odbywania specjalizacji i powinien być zaliczony do czasu jej trwania.</p>	<p>za pełnione dyżury medyczne zgodnie z przepisami kodeksu pracy, natomiast ten przepis definiuje jedynie część tego kosztu, która podlega refundacji przez Ministerstwo Zdrowia.</p> <p>W pozostałym zakresie dotyczącym dyżurów – stanowisko jak do uwag powyżej.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>2. W projektowanym art. 16j ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści wskazano źródło finansowania obowiązkowych godzin dyżurowych, ujętych w programach specjalizacji lekarskich. Z „Oceny skutków regulacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw” wynika, że wyliczenia Ministerstwa Zdrowia przewidują dyżurowanie lekarzy w trakcie specjalizacji w porze dziennej. Natomiast zgodnie z proponowanym art. 16i ust. 5 ustawy rozliczanie finansowe godzin dyżuru ma następować zgodnie z Kodeksem pracy, który w zupełnie inny sposób reguluje wysokość wynagrodzenia godzin nocnych, W celu uniknięcia różnicy pomiędzy środkami finansowymi przekazywanymi przez Ministerstwo Zdrowia a realnymi kosztami dyżuru medycznego wynikającymi z art. 95 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, Zjazd proponuje doprecyzować art. 16j ust. 2 w sposób jak wyżej wskazano.</p> <p>3. W związku z projektowaną zmianą art. 16j ust. 2 ustawy, gwarantującą finansowanie przez Ministra Zdrowia dyżurów medycznych, w ocenie Zjazdu, niezbędne jest wprowadzenie regulacji określającej przepływ środków pomiędzy placówkami lub określającej swobodę zawierania umów z lekarzem realizującym staż kierunkowy poza ośrodkiem macierzystym. Ponadto, w celu uniknięcia ewentualnych nieprawidłowości w systemie wynagradzania lekarzy rezydentów odbywających staż kierunkowy w innej jednostce niż jednostka macierzysta ponosząca koszty dyżurów medycznych zgodnie z Kodeksem pracy, niezbędne wydaje się zagwarantowanie odpowiedniego wymiaru wynagrodzenia lekarzy rezydentów. W związku z tym proponuje się doprecyzować art. 16i ust. 1 jak wyżej wskazano.</p>	
7	Naczelna Rada Lekarska	Art. 2	W art. 16j ust. 2b-2c i ust. 21 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści (dot. art. 2 pkt 2 lit. b projektu ustawy) proponuje się nadać brzmienie:	Uwaga uwzględniona – w projekcie zrezygnowano z SMK i wprowadzono równoważnik etatu.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>„2b. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub działalność dydaktyczną i badawczą w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6, otrzymując w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16j ust. 5, o kwotę; (...)</p> <p>2c. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz składa za pomocą SMK do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza. W przypadku lekarzy nieposiadających konta SMK deklaracje, o których mowa w ust. 2b, zbiera podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne. (...)</p> <p>2d. W przypadku niewywiązania się z zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji, lekarz jest obowiązany do zapłaty kary w wysokości równej iloczynowi liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, oraz kwoty odpowiednio 700 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4, albo 600 zł, w przypadku gdy lekarz odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa. Wyliczona kwota będzie pomniejszona o różnicę pomiędzy kwotą brutto a netto otrzymywanego zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b”</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>1. Propozycje zawarte w projekcie ustawy są rozbieżne z treścią Porozumienia. Strony Porozumienia nie ustaliły wymiaru godzin, które lekarz byłby zobowiązany odpracować w zamian za pobieranie dodatkowych środków finansowych w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury. Strony Porozumienia nie określały także powiązania obowiązku pracy z wymogiem posiadania umowy na świadczenie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przez podmiot zatrudniający lekarza. Należy wskazać, że istnieją dziedziny priorytetowe dla systemu ochrony zdrowia, tj. patomorfologia czy radiologia, w których lekarze specjaliści świadczą usługi nie w formie zatrudnienia w wymiarze etatu, ale w formie rozliczania pojedynczych procedur. Wobec powyższego dla wskazanych specjalności, bardzo potrzebnych dla prawidłowej realizacji opieki nad polskimi obywatelami, nie będzie możliwe odpracowanie dodatku z powodu braku możliwości zatrudnienia się we wskazanej przez ustawodawcę formie. Proponowana regulacja ogranicza także możliwości pracy przyszłych nauczycieli akademickich w uczelniach medycznych. Kształcenie przeddyplomowe ma bardzo duże znaczenie i wymagany jest stały wzrost liczby pracowników dydaktycznych. Brak uwzględnienia możliwości odpracowania dodatku do pensji rezydenckiej w formie pracy dydaktycznej jest sprzeczny z działaniami Ministra Zdrowia dotyczącymi wzrostu liczby studentów kierunku lekarskiego oraz spowoduje spadek zainteresowania tą formą realizacji wykonywania zawodu lekarza. Konsekwencją tych działań będzie niedostateczne przygotowanie studentów kierunku lekarskiego do realizacji podstawy programowej lub brak możliwości utrzymania liczby kształconych studentów ze względu na brak kadry dydaktycznej.</p> <p>Ponadto podkreślenia wymaga fakt, że część specjalizacji, np. stomatologicznych lub chirurgia plastyczna, nie posiada dostatecznego finansowania ze środków publicznych, uniemożliwiając lekarzom i lekarzom dentystom odpracowanie wspomnianych dodatków. Praca w przytoczonych dziedzinach odbywa się głównie w sektorze prywatnym.</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>2. W art. 16j ust. 2c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazano, że platformą zbierającą informacje na temat woli lekarza do pobierania dodatkowego wynagrodzenia ma być SMK. Z uwagi na fakt, że ustawy obowiązek uruchomienia konta w SMK mają lekarze przystępujący do szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury od jesienno-naboru w 2017 r., znaczna grupa lekarzy realizujących kształcenie specjalizacyjne w ramach rezydentury nie posiada konta w SMK. Wymagane jest stworzenie przejściowego rozwiązania dla wspomnianej grupy lekarzy. Optymalnym wydaje się zobowiązanie podmiotów leczniczych prowadzących szkolenie specjalizacyjne do zbierania oświadczeń od lekarzy chcących pobierać dodatkowe wynagrodzenie. Zgodnie z art. 16j ust. 21 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wysokość kary, która zostanie nałożona na lekarza w przypadku przerwania szkolenia specjalizacyjnego lub niewywiązania się ze zobowiązania do przepracowania wskazanego okresu, jest wyrażona w kwocie brutto. Dodatkowe środki finansowe, o których mowa w art. 16j ust. 2b, pobierane będą przez lekarzy w kwocie netto. Wobec powyższego istnieje znaczna różnica. Kwota kary powinna odzwierciedlać prawdziwą kwotę pobranego wynagrodzenia.</p>	
8	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art.2 pkt 1	<p>Zapisy artykułu nie znoszą ograniczenia ilości pełnionych dyżurów medycznych przez lekarzy rezydentów w podmiocie leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Limit ten nadal wynosi 2 dyżury w miesiącu. Takie ograniczenie uniemożliwia prawidłową organizację pracy podmiotu leczniczego.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona. Postulowana zmiana wykracza poza zakres zmian wynikających z Porozumienia. Należy zaznaczyć, że dyżurów w programie specjalizacji jest tyle ile wynika z przepisów związanych z dopuszczalnymi normami czasu pracy.</p>
9	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 2 pkt 1) b)	<p>propozycja sfinansowania w całości skutków wynagrodzenia dyżuru – z art. 1511 § 1 Kp oraz dodatku nocnego – „w wysokości nieprzekraczającej odpowiedniej stawki określonej w art. 1511 § 1 oraz art. 1518 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy”</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona. Pozostała część będzie płacona, tak jak w chwili obecnej, przez pracodawcę</p>
10	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Art. 2	<p>w art. 2 pkt 2 lit. b po słowach ...co najmniej wymiarowi jednego etatu brakuje słowa „i” otrzymać w zamian...</p>	<p>Uwaga uwzględniona.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
11	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Art. 2 pkt 1 lit. b	Czy chodzi o art. 151 ¹ Kodeksu pracy ?Kto w takim przypadku finansuje pozostałą część? MZ finansuje wynagrodzenie za dyżur rezydenta, ale w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej przepisami tj. 50% wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych. Czy należy rozumieć, że środki za dyżury rezydentów pokrywają tylko 50% stawki dyżurowej, w dodatku bez pochodnych?	Uwaga częściowo uwzględniona. Zapisy w tym zakresie zostały doprecyzowane.
12	Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy	Art. 2 pkt 1 i 2	<p>Proponowane zmiany zmierzają do uregulowania kwestii odrębnych umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów medycznych pomimo istniejącego stosunku pracy w ramach odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. Umowy te są nagminnie wykorzystywane w placówkach medycznych zatrudniających lekarzy rezydentów, co jest wprost sprzeczne z prawem. Uregulowanie tej kwestii ustawowo jest ważnym punktem tworzenia przyjaznego pracownikowi prawa pracy, szczególnie w tak newralgicznych zawodach, jakim jest m.in. zawód lekarza. Należy jednak zauważyć, że proponowana zmiana nie reguluje kwestii interpretacji prawa pracy związanego z problematyką dyżurów medycznych jako szczególnej formy wykonywania pracy. Omawiana kwestia została ujęta w §11 ust. 2 porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL z 8 lutego 2018. W opinii Porozumienia Rezydentów OZZL uzupełnianie podstawowego wymiaru czasu pracy godzinami dyżurowymi jest łamaniem art. 16j ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry mówiącego o przeznaczeniu środków przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia podmiotom zatrudniającym lekarzy rezydentów. Przeznaczenie to określone jest wprost – jest to wynagrodzenie za podstawowy wymiar czasu pracy oraz dodatkowo dyżury medyczne wynikające z programu specjalizacji. Wobec powyższego należy w art. 16i ust. 4 zawrzeć następujące sformułowanie:</p> <p>„Godziny pełnionych dyżurów medycznych nie będą uzupełnieniem podstawowego czasu pracy, w sytuacji gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne nie przepracuje w miesiącu podstawowego czasu pracy wymaganego programem specjalizacji”. Proponowane rozwiązanie jest zgodne z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2013 r. (I PK 293/12).</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Przepisy przewidują , że umowa o dyżury połączy się umową rezydencką. Ponadto kwestia dyżurów medycznych zostanie kompleksowo uregulowana po zakończeniu prac Zespołu, zgodnie ze stanowiskiem przedstawionym w tym zakresie wcześniej.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>Kolejną kwestią wynikającą z §11 ust. 2 porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 jest kwestia odpoczynku po dyżurze medycznym, który wynika bezpośrednio z art. 97 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto, w naszej opinii, odpoczynek po dyżurze medycznym nie powinien powodować przedłużenia odbywania specjalizacji i powinien być zaliczony do czasu jej trwania. Wobec powyższego w art. 16i ust. 4 należy dopisać także następujące sformułowanie:</p> <p>„Odpoczynek lekarza po dyżurze nie powoduje przedłużenia odbywania specjalizacji i jest zaliczany do czasu jej trwania”.</p> <p>W art. 16j ust. 2 wskazano źródło finansowania obowiązkowych godzin dyżurowych ujętych w programach specjalizacji lekarskich. W dokumencie „Ocena skutków regulacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw” w pkt. 6 stwierdzono:</p> <p>„Zakłada się, że od 1 lipca 2018 r. Minister Zdrowia będzie finansował koszty wynagrodzenia z tytułu pełnienia programowych dyżurów medycznych. Koszty te skalkulowano przy zastosowaniu stawki 150% wynagrodzenia zasadniczego, przy czym przyjęto, iż każdy lekarz odbywa średnio 40 godzin i 20 minut dyżurów miesięcznie jedynie w porze dziennej”.</p> <p>Jednoznacznie z przedłożonych zapisów wynika, że wyliczenia Ministerstwa Zdrowia przewidują dyżurowanie lekarzy w trakcie specjalizacji w porze dziennej. Lekarze w trakcie specjalizacji odbywają dyżury medyczne w trybie 16- lub 24-godzinnym, który obejmuje w znacznej części porę nocną. Zgodnie z zapisami proponowanej ustawy art. 16i ust. 5 przewiduje rozliczanie finansowe godzin dyżuru zgodnie z Kodeksem pracy, który w zupełnie inny sposób reguluje wysokość wynagrodzenia godzin nocnych. Wobec powyższego, mając na uwadze możliwość wystąpienia różnicy pomiędzy środkami finansowymi przekazywanymi przez Ministerstwo Zdrowia a realnymi kosztami dyżuru medycznego wynikającymi z ustawy o działalności leczniczej art. 95 ust. 5, należy doprecyzować art. 16j ust. 2 o stwierdzenie:</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>„W przypadku wystąpienia różnicy pomiędzy kosztem dyżuru medycznego a przekazanymi środkami finansowymi różnica jest finansowana przez podmiot leczniczy, w którym lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego odbywa dyżur medyczny”.</p> <p>W proponowanej ustawie brakuje uregulowania kwestii odbywania dyżurów medycznych w ramach realizacji stażów zewnętrznych. W przypadku realizacji stażu kierunkowego zgodnie z programem specjalizacji niezbędne jest wskazanie źródła finansowania dyżurów w placówkach innych niż macierzysty ośrodek szkolący, z którymi lekarz rezydent jest związany stosunkiem pracy. W związku z faktem zmiany ustawowej gwarantującej finansowanie przez Ministerstwo Zdrowia dyżurów medycznych niezbędne jest wprowadzenie regulacji określającej przepływ środków pomiędzy placówkami lub określającej swobodę zawierania umów z lekarzem realizującym staż kierunkowy poza ośrodkiem macierzystym. Należy doprecyzować art. 16i ust. 1 o stwierdzenie:</p> <p>„W przypadku realizacji stażu kierunkowego podmiot leczniczy ma obowiązek podpisania umowy z lekarzem realizującym staż kierunkowy”.</p> <p>Mając na uwadze możliwość występowania patologii w systemie wynagradzania lekarzy rezydentów odbywających staż kierunkowy w innej jednostce niż jednostka macierzysta ponosząca koszty dyżurów medycznych zgodnie z Kodeksem pracy, niezbędne wydaje się zagwarantowanie odpowiedniego wymiaru wynagrodzenia lekarzy rezydentów realizujących staż kierunkowy w podmiocie zewnętrznym. Należy doprecyzować art. 16i ust. 1 o stwierdzenie:</p> <p>„W przypadku realizacji stażu kierunkowego w ośrodku innym niż macierzysty lekarz rezydent otrzymuje wynagrodzenie z tytułu umowy o pełnienie dyżurów medycznych w kwocie godzinowej brutto nie mniejszej niż wynikającej z umowy o pracę podpisanej z jednostką macierzystą zgodnie z ustawą Kodeks pracy”.</p> <p>Proponowana zmiana:</p> <p>Art 2. W Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617,650 i 697) wprowadza się następujące zmiany:</p> <p>1) w art. 16i (...)</p> <p>a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>„3. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżurów zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy. W przypadku realizacji stażu kierunkowego podmiot leczniczy ma obowiązek podpisania umowy z lekarzem realizującym staż kierunkowy. W przypadku realizacji stażu kierunkowego w innym ośrodku niż macierzysty lekarz rezydent otrzymuje wynagrodzenie z tytułu umowy o pełnienie dyżurów medycznych w kwocie godzinowej brutto nie mniejszej niż wynikającej z wynagradzania dyżurów medycznych zgodnie z art. 95 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej”.</p> <p>„4. Lekarzowi, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, pełniącemu dyżur medyczny, o którym mowa w ust. 3, przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy, o której mowa w art. 16h ust 1. Godziny pełnionych dyżurów medycznych nie będą uzupełnieniem podstawowego wymiaru czasu pracy, w sytuacji gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne nie przepracuje w miesiącu podstawowego wymiaru czasu pracy wymaganego programem specjalizacji. Odpoczynek lekarza po dyżurze nie powoduje przedłużenia odbywania specjalizacji i jest zaliczany do czasu jej trwania.</p> <p>5. Minister właściwy do spraw zdrowia finansuje wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 4, w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151 §1 pkt 2 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy”.</p> <p>2) w art. 16j:</p> <p>a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			„2. Środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, w tym dyżurów medycznych, o których mowa w art. 16i ust. 4 do wysokości, o której mowa w art. 16i ust. 5, przez lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do jej odbywania lub odbywają ją w tym trybie, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym tych lekarzy. Umowa ta określa wysokość środków i ich przeznaczenie. W przypadku wystąpienia różnicy pomiędzy kosztem dyżuru medycznego a przekazanymi środkami finansowymi różnica jest finansowana przez podmiot leczniczy, w którym lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego odbywa dyżur medyczny ”.	
13	Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy	Art. 2 pkt 2	<p>W proponowanym przez ustawodawcę zapisie należy zauważyć znaczną różnicę pomiędzy tym zapisem proponowanej zmiany ustawy a porozumieniem z dnia 8 lutego 2018 pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL. Zgodnie z §5 Porozumienia Ministra Zdrowia i Porozumienia Rezydentów OZZL ust. 2:</p> <p>„Wypłatę dodatkowych środków, o których mowa w ust. 1, uzależnia się od zobowiązania się lekarza do przepracowania w Polsce łącznie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego”.</p>	Uwaga częściowo uwzględniona – w projekcie zrezygnowano z SMK, a w pozostałym zakresie przepisy zostały doprecyzowane.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>W przytoczonym fragmencie, podczas podpisywania porozumienia i w toku negocjacji, strony nie ustaliły wymiaru godzin, które lekarz byłby zobowiązany odpracować w zamian za pobieranie zwiększonego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 16j ust. 2b pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W przytoczonym fragmencie strony nie określały zobowiązania się lekarza do pracy w podmiocie leczniczym, który posiada umowę na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Ponadto w porozumieniu z 8 lutego 2018 r. nie było mowy, w jakim wymiarze należy odpracować pobieranie zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury. Należy zaznaczyć, że istnieją dziedziny priorytetowe dla systemu ochrony zdrowia, tj. patomorfologia czy radiologia, w których lekarze specjaliści świadczą usługi nie w formie zatrudnienia w wymiarze etatu, ale rozliczania pojedynczych procedur. Wobec powyższego dla wskazanych specjalizacji, bardzo potrzebnych dla prawidłowej realizacji opieki nad obywatelami Polski, nie będzie możliwe odpracowanie dodatku z powodu braku możliwości zatrudnienia się we wskazanej przez ustawodawcę formie. Należy podkreślić, że Minister Zdrowia wraz z negocjatorami Porozumienia Rezydentów OZZL słownie dookreślił, iż cytowany zapis porozumienia oznacza jakąkolwiek formę zatrudnienia w jakiegokolwiek placówce medycznej, praca musi jedynie polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W opinii Porozumienia Rezydentów OZZL każde udzielanie świadczeń zdrowotnych jest poprawianiem dostępności do świadczeń w wysoce niedofinansowanym systemie ochrony zdrowia, z jakim mamy do czynienia w Polsce.</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>Podkreślenia wymaga fakt, że część specjalizacji, np. stomatologicznych lub chirurgia plastyczna, nie posiada dostatecznego finansowania ze środków publicznych, uniemożliwiając lekarzom i lekarzom denty stomom odpracowanie wspomnianych dodatków. Praca w przytoczonych dziedzinach odbywa się głównie w sektorze prywatnym. Wobec przytoczonych powyżej argumentów należy zmodyfikować zapis art. 16j ust. 2b, aby odzwierciedlał warunki wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które zostały zawarte w porozumieniu pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów z dnia 8 lutego 2018. Należy usunąć zapis dotyczący wymiaru czasu pracy oraz uzależnienia pracy od pracy w sektorze publicznym, gdyż dyskryminuje on część pracowników, pracujących w określonych wyżej (i innych) specjalizacjach.</p> <p>W ust. 2c wskazano, że platformą zbierającą informacje na temat woli lekarza do pobierania dodatkowego wynagrodzenia ma być SMK. Należy zauważyć, że obowiązek ustawy uruchomienia konta w SMK mają lekarze przystępujący do szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury od postępowania kwalifikacyjnego 1-31 października 2017 roku. Wobec powyższego znaczna grupa lekarzy realizujących kształcenie specjalizacyjne w ramach rezydentury nie posiada konta w SMK. Wymagane jest stworzenie innego rozwiązania dla tego celu. Optymalnym wydaje się zobowiązanie podmiotów leczniczych prowadzących szkolenie specjalizacyjne do zbierania oświadczeń od lekarzy chcących pobierać dodatkowe wynagrodzenie i przekazywanie ich do odpowiedniej komórki Ministerstwa Zdrowia. Będzie to zarazem budowanie wzajemnego zaufania.</p> <p>W ust. 2l wysokość kary, która zostanie nałożona na lekarza w przypadku przerwania szkolenia specjalizacyjnego lub niewywiązania się ze zobowiązania, o którym mowa w ust. 2, wyrażona jest w kwocie brutto. Dodatkowe środki finansowe, o których mowa w ust. 2b, pobierane będą przez lekarzy w kwocie netto. Wobec powyższego istnieje znaczna różnica. Kwota kary powinna odzwierciedlać prawdziwą kwotę pobranego wynagrodzenia.</p> <p>Proponowana zmiana:</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>Art 2. W Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617,650 i 697) wprowadza się następujące zmiany:</p> <p>(...)</p> <p>2) art. 16j</p> <p>a) po ust. 2a dodaje się ust. 2b-2t w brzmieniu:</p> <p>„2b. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonujących działalność leczniczą, w łącznym okresie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust 6, otrzymując w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16j ust. 5, o kwotę: (...)</p> <p>2c. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz składa za pomocą oświadczenia do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza. Podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne informuje Ministerstwo Zdrowia o liczbie lekarzy, którzy podpisali oświadczenie. Prawidłowość przekazywanych danych podlega kontroli.c (...)</p> <p>2l. W przypadku niewywiązania się ze zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji lekarz jest obowiązany do zapłaty kary w wysokości równej iloczynowi liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, oraz kwoty odpowiednio 700 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4, albo 600 zł, w przypadku gdy lekarz odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa. Wyliczona kwota będzie pomniejszona o różnicę pomiędzy kwotą brutto a kwotą netto otrzymywanego zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b.</p>	
14	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Art. 2 pkt 2 lit. b	Po słowach Co najmniej wymiarowi jednego etatu brakuje słowa „i” otrzymać w zamian	Uwaga uwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
15	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 1) w art. 16i lit. b) w dodanym ust 5.	<p>Uwaga: " Minister właściwy do spraw zdrowia finansuje wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 4, w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 1511 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy."</p> <p>Proponowana zmiana: " Minister właściwy do spraw zdrowia finansuje wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 4, w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy."</p> <p>Uzasadnienie: Korekty wymaga wskazany art. w przywołanym Kodeksie pracy.</p>	Uwaga uwzględniona.
16	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 2) w art.16j: lit. b) w dodanym ust. 2c	<p>Uwaga: Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz składa za pomocą SMK do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza.</p> <p>Proponowana zmiana: Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz <i>niezwłocznie</i> składa za pomocą SMK do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza.</p> <p>Uzasadnienie: Brak terminu przedłuża procedury i stanowi problem w egzekwowaniu zobowiązań.</p>	Uwaga nieuwzględniona Należy zauważyć, że jak najszybsze złożenie deklaracji jest w interesie lekarza. Deklaracja, jak i całe zobowiązanie lojalnościowe mają charakter fakultatywny.
17	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 2) w art.16j: lit. b) w dodanym ust. 2d pkt 8)	<p>Uwaga: Zobowiązanie do zapłaty kary określonej zgodnie z ust. 2l. Proponowana zmiana: Zobowiązanie do zapłaty kary określonej zgodnie z ust. 2l w terminie 14 dni od dnia otrzymania decyzji właściwego wojewody. Uzasadnienie: Brak określenia terminu stanowi problem w jakim czasie lekarz powinien uregulować karę.</p>	Uwaga nieuwzględniona.
18	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 2) w art.16j: lit. b) w dodanym ust.	<p>Uwaga: Brak szczegółowych wytycznych (wzoru), w jaki sposób należy wyliczać okres wykonywania zawodu lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, o którym mowa art. 2b.</p>	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez doprecyzowanie w tym zakresie uzasadnienia.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
		2g	<p>Proponowana zmiana: Niezbędne jest doprecyzowanie zapisów o algorytm do prawidłowego wyliczania okresu wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 2b. Tym samym wnioskuję się o stworzenie funkcjonalności w SMK, umożliwiającej automatyczne przeliczenie tego okresu z uwzględnieniem art. 2 pkt. 2i ustawy.</p> <p>Uzasadnienie: Brak algorytmu i funkcjonalności w tym zakresie w SMK stanowi trudność prawidłowego wyliczania okresu wykonywania zawodu lekarza na terenie RP, z uwagi na bardzo różny czas odbywania specjalizacji oraz stanowi zbyt duże ryzyko nieprawidłowego wyznaczenia okresu jaki lekarz zobowiązany jest odpracować na terenie RP oraz skutki finansowe związane z rozliczeniem środków finansowych pochodzących z budżetu państwa (ponieważ istnieje możliwość zmiany trybu szkolenia, uwzględnienia indywidualnych decyzji administracyjnych - dotyczy skrócenia/wydłużenia/uznanie dorobku naukowego, planów osobistych lekarza, przywilejów z tytułu macierzyństwa, urlopów i choroby).</p>	
19	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 2) w art.16j: lit. b) w dodanym ust. 2j	<p>Uwaga: Przepis nie określa terminu w jakim lekarz ma obowiązek przekazać wojewodzie, za pomocą SMK, informacje dotyczące realizacji zobowiązania. Brak sankcji w przypadku jej niezłożenia.</p> <p>Proponowana zmiana: Lekarz ma obowiązek niezwłocznie przekazać wojewodzie, za pomocą SMK, informacje dotyczące realizacji zobowiązania .</p> <p>Uzasadnienie: Brak wskazania terminu oraz nałożenia sankcji spowoduje trudność wyegzekwowaniu tego obowiązku.</p>	Uwaga częściowo uwzględniona – zrezygnowano z SMK i preredagowano przepisy.
20	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 2) w art. 16j: lit. b) w dodanym ust. 2p	<p>Uwaga: Ponowne rozpatrzenie wniosku w przedmiocie nałożenia kary powinno być dokonane przez inny organ odwoławczy i w tym przypadku powinien to być Minister Zdrowia (który jest również organem wyższego rzędu).</p> <p>Proponowana zmiana: Od decyzji właściwego wojewody w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l, przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do ministra właściwego do spraw zdrowia.</p>	Uwaga nieuwzględniona. W powyższym zakresie zostało zmodyfikowane uzasadnienie.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>Uzasadnienie: Minister Zdrowia jako organ odwoławczy będzie mógł ponownie rozpatrzyć wniosek w sposób obiektywny (określić czy interes strony został w pełni uwzględniony). Pozostawiając niezmienny zapis w projekcie, wojewoda będzie organem odwoławczym dla samego siebie.</p> <p>W świetle przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego sprawuje Minister Zdrowia, który również przekazuje środki finansowe na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury i to on powinien sprawować całościowy nadzór nad wydatkowaniem środków finansowych, które przyznaje na ten cel.</p>	
21	Wojewoda Lubuski	Art. 2 pkt 2) w art. 16j: lit.b) w dodanym ust. 2r	<p>Uwaga: Usunięcie w całości zapisu lub doprecyzowanie pojęcia „ważne względy”. Proponowana zmiana: Usunięcie w całości art. 2 pkt 2 r. lub określenie katalogu zamkniętego dot. przypadków. Uzasadnienie: Każde rozpatrzenie wniosku, będzie uznaniowe i rodzić będzie wątpliwości, co do podstawy uznania powodów podanych przez lekarza (np. czy są to względy ekonomiczne, społeczne, itp.). Ponadto z doświadczenia wiadomo, że uznaniowość stwarza pole do nadużyć i problemy w realizacji takiego zadania .</p>	Uwaga uwzględniona.
22	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Art. 2 pkt 2 ust. 2b	Należy doprecyzować, czy dotyczy to wszystkich lekarzy będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, czy zakwalifikowanych po określonej dacie.	Uwaga nieuwzględniona. Nie ma potrzeby precyzowania, ponieważ skoro przepis nie wyłącza jakiejś grupy rezydentów, czy też nie wprowadza innych ograniczeń, to znaczy, że dotyczy wszystkich rezydentów niezależnie od tego na którym roku rezydentury są.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
23	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Art. 2 pkt 2 ust. 2c oraz 2f	Wątpliwości budzi realizacja zobowiązań terminowych leżących po stronie podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Z ponad rocznego doświadczenia współpracy z jednostkami szkolącymi, wynika, iż w wielu podmiotach wiedza na temat pracy w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jest nadal niewystarczająca. Większość podmiotów wykonuje swoje czynności w systemie z dużym opóźnieniem na bazie informacji uzyskanych z Wydziału Zdrowia (brak odpowiednich podręczników dla jednostek szkolących, czy kierowników specjalizacji, które ponad pół roku temu miały być przygotowane przez CSIOZ).	Uwaga uwzględniona. SMK nie będzie obsługiwał obiegu zobowiązania lojalnościowego.
24	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Art. 2 pkt 2 ust. 2j	Czy lekarz w informacji przesłanej do wojewody będzie miał możliwość wyboru podmiotu, w którym zamierza zrealizować zobowiązanie? Czy dopuszcza się zmianę tego podmiotu, w jakich okolicznościach i kto dokonywałby ewentualnej zmiany? Jakie sankcje dla lekarzy przewiduje się za nie złożenie przedmiotowych informacji? Ponadto należy określić termin, w którym lekarz ma zrealizować nałożony na niego obowiązek, gdyż brak regulacji w tym zakresie spowoduje bardzo dużą dowolność składania tych informacji.	Ustawa przyznaje lekarzowi dowolność wyboru podmiotu leczniczego, w którym będzie wykonywał działalność, stawiając tylko jeden warunek aby udzielał świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast ustawa przewiduje możliwość zmiany między województwami jako wymagającą przeniesienia informacji o zobowiązaniu pomiędzy dwoma organami (województwami).
25	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Art. 2 pkt 2 ust. 2l-2r	Należy doprecyzować sytuacje, w których wojewoda może umorzyć zwrot środków z tytułu kary lub rozłożenia jej na raty. Obecny zapis sugeruje sytuację uznaniową i nie gwarantuje przejrzystości postępowania. W jaki sposób lekarz miałby być obciążony określoną kwotą, jak egzekwować spłatę zobowiązania?	Uwaga uwzględniona.
26	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Art. 2 pkt 2 ust. 2t	Nowy obowiązek nakładany na wojewodę dotyczący sprawowania nadzoru nad realizacją zobowiązania dokonywanego w Systemie Monitorowania Kształcenia budzi wiele obaw i wątpliwości. System pomimo roku funkcjonowania w przedmiocie kształcenia kadr medycznych jest stale modyfikowany, brak niezbędnych funkcjonalności, które umożliwiłyby skuteczne sprawowanie nadzoru nad szkoleniem specjalizacyjnym. Użyteczność i dostępność systemu dla różnych użytkowników budzi wiele kontrowersji, dlatego realizacja nowego zadania w systemie SMK wiąże się z dużym ryzykiem jego powodzenia.	Uwaga uwzględniona. SMK nie będzie obsługiwał obiegu zobowiązania lojalnościowego.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
27	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2b	Lekarz rezydent deklarujący się do wyższego wynagrodzenia ma w 5 kolejnych latach od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego odpracować łączny okres 2 lat. Proponowane 2 lata odpracowania nie uwzględniają różnych okresów trwania szkolenia specjalizacyjnego, i co za tym idzie, pobierania zwiększonego wynagrodzenia, np. 6 lat: chirurgia ogólna, kardiologia, kardiochirurgia, ortopedia, otolaryngologia, neurochirurgia; 5 lata: choroby wewnętrzne, choroby płuc, dermatologia; 4 lata: medycyna rodzinna; 3 lata – dziedziny stomatologiczne. Wskazany jest odpracowanie zwiększonego wynagrodzenia proporcjonalnie do okresu jego pobierania, np. połowa czasu trwania specjalizacji.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane terminy wynikają z Porozumienia z rezydentami z dnia 8 lutego br.
28	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2g	„W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, w okresie krótszym, niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2b, ulega proporcjonalnemu skróceniu”. Należy zatem doprecyzować, w jaki sposób należy obliczyć proporcjonalnie skrócony okres realizacji zobowiązania. W szczególności – w jaki sposób obliczyć ww. okres w przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia w okresie oznaczonym dniami, np. przez 2 miesiące i 3 dni?	Uwaga częściowo uwzględniona. Doprecyzowano uzasadnienie w tym zakresie.
29	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2i	„Do okresów, o których mowa w ust. 2b i 2g nie wlicza się okresów określonych w art. 16l ust. 1-3”, tj. okresów przedłużenia szkolenia o czas nieobecności (np. zwolnienia lekarskie, urlop macierzyński, urlop bezpłatny 3 mies. lub 2 lata, przerwa 14 dni lub 12 mies.), z powodu urlopu wychowawczego oraz dodatkowego przedłużenia. Należy doprecyzować zapis ust. 2i – do którego okresu, z wymienionych w:	Uwaga częściowo uwzględniona. Przepisy w tym zakresie zostały preredagowane.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>1) ust. 2b („Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6, w wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej wymiarowi jednego etatu otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16j ust. 5, o kwotę: (...)” i</p> <p>2) ust. 2g („W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2b, ulega proporcjonalnemu skróceniu.”)</p> <p>nie wlicza się okresów określonych w art. 16l ust. 1-3?</p> <p>Należy zaznaczyć, że do okresu 2 lat lub proporcjonalnie skróconego okresu wykonywania zawodu (tj. okresów „odpracowania”) nie mają zastosowania przyczyny przedłużeń z art. 16l ust. 1 pkt 4 (staż zagraniczny zgodny z programem specjalizacji), pkt 5 (przerwa do 14 dni), oraz art. 16l ust. 3 (dodatkowe przedłużenie Ministra Zdrowia lub wojewody).</p> <p>Ponadto, jeżeli okresy absencji z art. 16l ust. 1-3 nie byłyby wliczane do okresu realizacji szkolenia specjalizacyjnego to wskazanym jest, aby okres pobierania zwiększonego wynagrodzenia nie obejmował tych absencji lub przedłużenia z ich tytułu.</p>	
30	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2j-2k	Proponowany przepis dotyczy obowiązków informacyjnych lekarza, podmiotu zatrudniającego lub NFZ. Propozycja, wyznaczenia terminów, w jakich należy przekazać informacje o realizacji zobowiązania, za pomocą SMK do wojewody, np. niezwłocznie lub do 7 dni od dnia rozpoczęcia/zakończenia realizacji zobowiązania.	Uwaga nieaktualna – w obecnej wersji projektu zrezygnowano z SMK.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
31	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2j pkt 3	Lekarz ma obowiązek przekazać wojewodzie: „informację o zamiarze wykonywania zawodu lekarza poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”. Jeżeli ta informacja miałaby dotyczyć nieodpracowania zadeklarowanego okresu (tj. 2 lata lub okresu skróconego) należy zapis doprecyzować, np. „informację o zamiarze wykonywania zawodu do 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie innym niż podmiot wykonujący działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.	Uwaga nieuwzględniona.
32	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2l	Należy doprecyzować, kto wydaje decyzję w przedmiocie nałożenia kary pośrednio z zapisu ust. 2p wynika, że decyzję wydaje wojewoda.	Uwaga nieuwzględniona. Decyzję w tym zakresie wydaje wojewoda.
33	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2p	„Od decyzji właściwego wojewody w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l, przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do tego wojewody”. Niezależnie od faktu, iż wynagrodzenie lekarzy rezydentów finansowane jest z budżetu Ministerstwa Zdrowia w tym miejscu uprawnionym jest zauważyć, iż zgodnie z najważniejszą zasadą obowiązującą w postępowaniu administracyjnym, zasadą dwuinstancyjności, właściwszym byłoby zastosowanie regulacji zawartej w art. 127 §1-2 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. Z 2017 r. poz. 1257 j.t. z późn. zm.), zgodnie z którą od decyzji wydanej w pierwszej instancji służy odwołanie tylko do jednej instancji. Uwzględniając powyższe, właściwym jest odwołanie lekarza do organu administracji publicznej wyższego stopnia tj. do Ministra Zdrowia. PROPOZYCJA ZAPISU: „Od decyzji właściwego wojewody w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l, lekarz może odwołać się do ministra właściwego do spraw zdrowia”.	Uwaga nieuwzględniona. Uzupełniono uzasadnienie w tym zakresie.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
34	Wojewoda Małopolski	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2r	„W przypadkach uzasadnionych ważnymi względami, w tym ekonomicznymi lub społecznymi, wojewoda może, na wniosek lekarza, o którym mowa w ust. 2b umorzyć w całości lub w części zwrot środków z tytułu kary, o której mowa w ust. 2l albo rozłożyć jej spłatę na raty”. W przypadku realizacji zapisu ust. 2r przez wojewodów (tj. odwołań) oraz podejmowania decyzji przez wojewodów 16 województw o umorzeniu w całości lub w części zwrotu kary, czy rozłożenie jej na raty z ważnych względów ekonomicznych lub społecznych – wystąpią sytuacje, iż w każdym województwie będą uwzględniane różne kryteria ekonomiczne, społeczne, które będą stanowić podstawę do umorzenia w całości czy części nałożoną przez wojewodę karę. Mogą więc wystąpić sytuacje nierównego traktowania lekarzy. PROPOZYCJA ZAPISU: „W przypadkach uzasadnionych ważnymi względami, w tym ekonomicznymi lub społecznymi, minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek lekarza, o którym mowa w ust. 2b umorzyć w całości lub w części zwrot środków z tytułu kary, o której mowa w ust. 2l albo rozłożyć jej spłatę na raty”. W sytuacji realizacji zadania przez wojewodów należy stworzyć szczegółowy katalog zamknięty przypadków, w jakich wojewoda może stosować umorzenie kary aby nie zachodziła obawa uznaniowości organu.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zapis został usunięty z projektu.
35	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 2 pkt 2 odnoszący się do normy art. 16j ust. 2f pkt 1	Niezbędne jest wydłużenie czasu na przekazanie do wojewody deklaracji poprzez SMK do co najmniej 5 dni roboczych.	Uwaga częściowo uwzględniona. SMK nie będzie obsługiwało zobowiązań lojalnościowych.
36	Wojewoda Dolnośląski	Art. 2 pkt 2	Dopisanie co należy rozumieć za uzasadniony przypadek	Uwaga częściowo uwzględniona. Zapis został usunięty z projektu.
37	Śląski Urząd Wojewódzki	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2h i 2j	Należy sprecyzować formę przekazania informacji czy ma to być pismo, decyzja, oświadczenie?	Uwaga uwzględniona.
38	Śląski Urząd Wojewódzki	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2k	Czy podmiot, w którym zatrudniony był lekarz oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku lekarzy wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiadamia wojewodę o niewywiązaniu się lekarza z zobowiązania, jeżeli tak to w jakiej formie?	Podmiot zawsze powinien zawiadomić na zasadach ogólnych.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
39	Śląski Urząd Wojewódzki	Art. 2 pkt 2 Art. 16j ust. 2r	<p>W art. 16j ust. 2r nie został sprecyzowany katalog ważnych powodów umożliwiających lekarzom wystąpienie o umorzenie w całości lub w części zwrotu środków z tytułu kary. Brak jednolitych kryteriów będzie skutkować nierównym traktowaniem lekarzy. W związku z powyższym, jak również uwzględniając fakt, że kwoty o których mowa w ust. 2b są wypłacane ze środków publicznych proponujemy aby zadanie to realizowało Ministerstwo Zdrowia, proponuję, aby zapis przepisu brzmiał:</p> <p>„Art. 16j ust. 2r. W przypadkach uzasadnionych ważnymi względami, w tym ekonomicznymi lub społecznymi, minister właściwy do spraw zdrowia może na wniosek lekarza, o którym mowa w ust. 2b, umorzyć w całości lub w części zwrot środków z tytułu kary, o której mowa w ust. 2l, albo rozłożyć jej spłatę na raty”. Proszę o wskazanie w jaki sposób wojewoda będzie sprawował nadzór na realizacją zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b?</p>	Uwaga częściowo uwzględniona. Zapis został usunięty z projektu.
40	Wojewoda Mazowiecki	Art. 2 pkt 2 lit. b	<p>W art. 2 pkt 2 lit. b projektu w zakresie dodawanego ust. 2b do art. 16j proponuje się po wyrazie „lekarz” dodać wyraz „aktualnie”, gdyż z propozycji przepisu nie wynika jednoznacznie jakiej grupy lekarzy dotyczy zmiana.</p>	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z Porozumieniem zapis dotyczy wszystkich lekarzy w trakcie rezydentury.
41	Wojewoda Mazowiecki	Art. 2 pkt 2 lit. b	<p>W art. 2 pkt 2 lit b w zakresie dodawanego ust. 2c do art. 16 j proponuje się po wyrazach „o którym mowa w ust. 2b” dodać zapis „bez okresów określonych w art. 16l ust. 1-3”. Jednostki szkolące powinny przysyłać informację o okresie pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego bez okresów przedłużających szkolenie z przyczyn określonych w ustawie. Aktualnie jednostki przysyłają informację do wojewody o terminie zakończenia szkolenia z uwzględnieniem tych okresów, dlatego też wydaje się zasadne, aby doprecyzować ten zapis.</p>	Uwaga częściowo uwzględniona, zapis został przeredagowany.
42	Wojewoda Mazowiecki	Art. 2 pkt 2 lit b	<p>W art. 2 pkt 2 lit b projektu w zakresie dodawanego ust. 2r do art. 16j proponuje się po wyrazach „rozłożyć jej spłatę na raty” dodać zapis „po akceptacji Ministra Zdrowia”. Zmiana ta podyktowana jest potrzebą zapewnienia jednakowej uznaniowości umorzenia całości lub w części zwrotów środków z tytułu kary przez wszystkich wojewodów.</p>	Uwaga nieuwzględniona. Z uwagi na różnorodność i indywidualność każdej sytuacji, decyzja o umorzeniu musi mieć po części charakter uznaniowy. Uznaniowość w tym zakresie przewidują również przepisy ustawy o finansach publicznych (po spełnieniu określonych przesłanek)

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
43	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Art. 2 pkt 3	Dlaczego występuje takie zawężenie?- Taką ochronę powinni mieć wszyscy. Jest to niespójne z pkt 1, gdzie mowa jest o przypadkach wskazanych w art. 30	Uwaga nieuwzględniona. Szczegółowa argumentacja została przedstawiona w uzasadnieniu do projektu.
44	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Art. 3	<p>Artykuł 3 projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej jako „projekt”) przewiduje dodanie do ustawy o działalności leczniczej art. 27 a zgodnie z którym:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Minister Zdrowia uprawniony będzie do wnioskowania do podmiotu wykonującego działalność leczniczą o ujawnienie mu szeregu informacji; 2) Żądanie ujawnienia informacji może obejmować nie tylko podmioty publiczne, ale także podmioty niepubliczne w tym działające całkowicie komercyjnie i niepobierające jakichkolwiek środków z NFZ; 3) Żądanie ujawnienia informacji obejmuje wynagrodzenie, które jest informacją szczególnie wrażliwą z punktu widzenia przedsiębiorcy jak i pracownika. <p>Pracodawcy RP wnoszą o usunięcie Artykuł 3 projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej jako „projekt”) przewidującego dodanie art. 27a do ustawy o działalności leczniczej.</p> <p><u>Uzasadnienie</u></p> <p>Naruszenie prawa obywatela do prywatności oraz wartości konstytucyjnych chroniących przedsiębiorców</p>	Uwaga uwzględniona. Zapis został przeredagowany.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>Przedmiotowy projekt stanowi poważne naruszenie konstytucyjnych zasad swobody działalności gospodarczej oraz proporcjonalności. Projektowana nowelizacja w bezprecedensowy sposób ignoruje w wolność wykonywania działalności, umożliwiając organowi państwowemu pozyskiwanie danych dotyczących tej działalności, w szczególności danych dotyczących wynagrodzeń pracowników. Proponowane zmiany są ponadto całkowicie pozbawione rozsądnego uzasadnienia. Zgodnie z proponowanym artykułem 27a ust. 3 dane te będą przetwarzane przez ministra do celów „zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych”. Do odbierania tych danych mogą ponadto zostać wskazane NFZ lub inna jednostka podległa MZ. Można spodziewać się, że dane przetwarzane będą w systemach komputerowych, zapewniając Ministrowi możliwość całkowitej kontroli nie tylko nad wynagrodzeniami personelu medycznego, ale także wszystkich osób pracujących w podmiotach ochrony zdrowia. Tym samym, po stronie osób których dane miałyby być przekazane, dochodzi do zaprzeczenia prawa do prywatności, zaś Minister Zdrowia staje się osobą, która może w dowolnym momencie pozyskać informacje o wynagrodzeniu tej osoby. W ten sposób cały personel medyczny, który będzie miał ograniczone możliwości pracy w innych sektorach, poddany zostanie nieustannej możliwości kontroli ze strony ministra. Można spodziewać się, że przynajmniej dla części tych osób sytuacja ta będzie na tyle niekomfortowa, że będą rozważać pracę w krajach, gdzie takie zapisy nie obowiązują.</p> <p><u>Ingerencja w tajemnicę przedsiębiorstwa</u></p> <p>Przedmiotowy projekt uderza w istotę tajemnicy przedsiębiorstwa na całym rynku medycznym. Ponieważ w działalności leczniczej koszty personelu stanowią najistotniejszy składnik kosztów, minister dzięki projektowanym przepisom uzyskuje przejrzysty obraz sytuacji każdego z podmiotów leczniczych. Tak szeroka możliwość pozyskiwania informacji przez Ministra jest całkowicie nieuzasadniona i stanowi bezprecedensową ingerencję w swobodę działalności. Jest ona tym bardziej niedopuszczalna jeżeli chodzi o podmioty, które nie uzyskują jakichkolwiek środków z NFZ.</p> <p><u>Ujawnianie informacji o wszystkich pracownikach</u></p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			Obowiązek przewidziany w art. 27a obejmuje nie tylko pracowników medycznych, ale także wszystkie osoby zatrudnione w podmiocie medycznym. Minister Zdrowia będzie miał więc możliwość pozyskiwania danych o wszystkich osobach pracujących na rzecz podmiotu medycznego. Obejmie to także pracowników niemających jakiegokolwiek związku z medycyną, księgowych, informatyków, członków zarządów spółek. Mając na uwadze poszanowanie prawa do własnej prywatności można spodziewać się, że wprowadzenie projektowanych przepisów prowadziłyby do odpływu z sektora medycznego szczególnie wykwalifikowanych osób, które przejdą do innych sektorów, gdzie nie ma możliwości pozyskiwania przez administrację państwową danych o wynagrodzeniach pracowników.	
45	Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 3	Wprowadzany w art. 3 nowy art. 27a ustawy o działalności leczniczej zbyt głęboko ingeruje w samodzielność podmiotów leczniczych jako przedsiębiorców, a także w ich tajemnicę prowadzonej działalności gospodarczej. Powinien zostać usunięty w całości.	Uwaga uwzględniona. Zapis został przeredagowany.
46	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 3	zgłaszamy wątpliwość w zakresie szerokiego zakresu przekazywanych danych wskazanych w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z jednoczesnym brakiem doprecyzowania, jakich osób zatrudnionych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, przekazywanie danych dotyczy	Uwaga uwzględniona. Brzmienie art. 3 zostało zmienione.
47	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 3	Propozycja anonimizacji przekazywanych danych lub ograniczenia ilości danych wskazanych w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	Uwaga uwzględniona. Zapis art. 3 został przeredagowany.
48	Marszałek Województwa Mazowieckiego	Art. 4	Wykluczenie z podwyżek lekarzy specjalistów, zatrudnionych na umowę o pracę u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy, obejmujące udzielanie	Uwaga nieuwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>świadczeń opieki zdrowotnej, w warunkach całodobowych lub całodziennych, którzy uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń, i jednocześnie świadczą usługi u innych świadczeniodawców, w tym zakresie (np. dyżury lekarskie), spowoduje ogromne trudności (wręcz katastrofę) w funkcjonowaniu szpitali nie będących w stanie zabezpieczyć obsady dyżurowej. Dotyczy to głównie szpitali na tak zwanej prowincji, gdzie braki kadrowe są ogromne. Sytuacja taka, pojawia się np. w przypadku Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, gdzie zagrożone jest co najmniej Oddziału otolaryngologicznego oraz Oddziału Neurotraumatologii (do zamknięcia włącznie). Trudno sobie wyobrazić, że lekarze zatrudnieni na umowę o pracę, w innych jednostkach, zdecydują się zrezygnować ze znacznej podwyżki wynagrodzenia, na rzecz dyżurowania w innych szpitalach.</p>	<p>Projektowane regulacje uzasadnione są problemem świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, którzy w sposób szczególny odczuwają skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równoległe, którego konsekwencją jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
				<p>W celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania, w art. 8 projektu przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może ogłosić na stronie Biuletynu Informacji Publicznej kierowanego przez siebie oddziału wykaz podmiotów leczniczych, wraz z wymienieniem profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których występują braki kadrowe dotyczące lekarzy. Lekarz, który złoży zobowiązanie do nieudzielania tożsamyh świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy i tym samym uzyska wzrost wynagrodzenia zasadniczego do poziomu 6750 zł będzie mógł podjąć zatrudnienie w podmiotach leczniczych wskazanych w BIP przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
49	Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 4	Pominięcie zwiększenia nakładów na lekarzy w POZ spowoduje dalszy odpływ kadry z POZ co pogłębi katastrofalną sytuację kadrową tej części ochrony zdrowia.	Uwzględnienie uwagi w sposób znaczący poszerzałoby zakres podmiotowy ustawy i generowałoby dodatkowe skutki finansowe. Regulacja zawarta w art. 4-9 projektu ustawy tworzona była przy założeniu że dotyczyć będzie lekarzy zatrudnionych w lecznictwie całodobowym i całodziennym. Jak wskazano w OSR problem braku lekarzy specjalistów dotyka w znacznym stopniu kluczowych - z punktu widzenia zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń i ciągłości opieki medycznej - podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ta grupa podmiotów w sposób szczególny odczuwa skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego konsekwencją jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
				<p>Z uwagi na powyższe, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania, projektowane rozwiązania w zakresie podwyższania wynagrodzeń lekarzy specjalistów adresowane są do pracowników szpitali.</p> <p>W odniesieniu do podwyższania wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w POZ, to ich wynagrodzenia będą mogły w dalszym ciągu być podwyższane na zasadach ogólnych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
50	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 4	<p>Wzrost wynagrodzeń lekarzy specjalistów w latach 2018-2020- niektórych lekarzy posiadających specjalizację. Omawiane podwyżki nie obejmą więc ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej: nie udziela się w niej bowiem świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych. Zwiększenie wynagrodzeń lekarzy w Polsce jest niewątpliwie koniecznością. Z punktu widzenia podstawowej opieki zdrowotnej musi jednak budzić wątpliwości sytuacja, w której zwiększa się wynagrodzenia w innych sektorach systemu ochrony zdrowia, nie przewidując analogicznego finansowania podwyżek w p.o.z. Wydaje się bowiem prawdopodobnym, że lekarze pracujący w p.o.z. domagać się będą od swych pracodawców podobnego wzrostu wynagrodzeń, co w przypadku lekarzy szpitalnych – w Projekcie nie przewiduje się zaś środków na te podwyżki.</p> <p>Po drugie, tymczasowość regulacji rodzi pytanie o wysokość pensji lekarzy po 2020 r. i sposób finansowania owych wynagrodzeń.</p>	<p>Uwaga niezasadna. Uwzględnienie uwagi w sposób znaczący poszerzałoby zakres podmiotowy ustawy i generowałoby dodatkowe skutki finansowe. Regulacja zawarta w art. 4-9 projektu ustawy tworzona była przy założeniu że dotyczyć będzie lekarzy zatrudnionych w lecznictwie całodobowym i całodziennym. Jak wskazano w OSR proponuje się nie uwzględnić. Problem braku lekarzy specjalistów dotyka w znacznym stopniu kluczowych - z punktu widzenia zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń i ciągłości opieki medycznej - podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ta grupa podmiotów w sposób szczególny odczuwa skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego konsekwencją jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
				<p>Z uwagi na powyższe, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania projektowane rozwiązania w zakresie podwyższania wynagrodzeń lekarzy specjalistów adresowane są do pracowników szpitali.</p> <p>W odniesieniu do podwyższania wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w AOS, to ich wynagrodzenia będą mogły w dalszym ciągu być podwyższane na zasadach ogólnych.</p> <p>Odnosząc się do kwestii tymczasowości regulacji, wskazania wymaga, że projektowane przepisy stanowią realizację publicznego zobowiązania Ministra Zdrowia wynikającego z Porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r. Zgodnie z § 7 Porozumienia, w styczniu 2020 r. Strony Porozumienia odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 3 - § 6 Porozumienia oraz zrewaluują możliwość dalszego wzrostu wynagrodzeń lekarzy. Określenie projektowanego rozwiązania jako epizodyczne wynika z faktu, że na dzień dzisiejszy nie jest możliwe określenie jakie będą efekty zaplanowanych na styczeń 2020 r. rozmów i jakie w ich wyniku zostaną przyjęte rozwiązania prawne w zakresie wysokości wynagrodzeń lekarzy rezydentów oraz lekarzy specjalistów.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
51	Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy	Art. 4	<p>Zgodnie z porozumieniem pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 §6 ust. 2.: „Lekarze specjaliści zatrudnieni na podstawie stosunku pracy otrzymują wynagrodzenie zasadnicze w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto miesięcznie nie później niż od dnia 1 lipca 2018 r.”. Zgodnie z przytoczonym zapisem nie wskazuje on podmiotowi leczniczemu zatrudniającemu lekarza obowiązku udzielania świadczeń całodobowych lub całodziennych. Wobec powyższego należy zmodyfikować zapis art. 4 ust. 3 pkt 1, aby przyjął on następującą treść:</p> <p>„1) są zatrudnieni w stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub są w inny sposób finansowani ze środków publicznych”.</p> <p>§6 ust. 2 stanowi, że lekarz nie będzie wykonywał tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych. Wobec powyższego proponowana przez ustawodawcę regulacja wydaje się być zbyt restrykcyjna. Zapis porozumienia z dnia 8 lutego 2018 pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL mówiący o tożsamyh świadczeniach został przez ustawodawcę błędnie zinterpretowany. Tożsame świadczenia miały uniemożliwić lekarzowi specjaliście wykonywanie świadczeń w konkurencyjnej jednostce posiadającej umowę z płatnikiem publicznym głównie pod postacią udzielania dyżurów medycznych dokładnie w tym samych charakterze. Wobec powyższego wprowadzenie ww. regulacji uniemożliwi, m.in. wykonywanie świadczeń z zakresu na przykład stomatologii czy ratownictwa medycznego, co wydaje się przeinaczać sens zawartego porozumienia z dnia 8 lutego 2018. Wobec powyższego należy zmodyfikować art. 4 ust. 3 pkt 2, aby przyjął następujące brzmienie:</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Ad. 1</p> <p>Projektowany przepis art. 4 ust. 3 pkt 1 dotyczy świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że nie jest możliwa taka modyfikacja przepisów, która polegałaby na wprowadzeniu podstawy prawnej do przekazywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych na inny cel niż finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (np. dla lekarzy, którzy „są w inny sposób finansowani ze środków publicznych”).</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>„2) zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania tożsamyh świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt. 1, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie wykonywania pracy z analogicznym zakresem obowiązków”.</p>	<p>Ad. 2 Przepisy projektowanej ustawy obejmą lekarzy posiadających specjalizację, zatrudnionych na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i którzy to lekarze uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń, i którzy zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania tożsamyh świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6-13, 15 i 16 ustawy o świadczeniach. W świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej, pełnienie dyżurów medycznych jest możliwe jedynie w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w warunkach całodobowych lub całodziennych).</p>
			<p>Dodatkowo niektóre specjalizacje charakteryzujące się szczególnym deficytem kadrowym w opinii Porozumienia Rezydentów OZZL powinny być wyłączone z niniejszego punktu, np. lekarze specjaliści neonatologii.</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
52	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Art. 4	<p>Akceptowalnym jest wprowadzenie ekwiwalentności w postaci podwyższenia wynagrodzenia dla pracownika, który zobowiąże się do „nieudzielania tożsamyh świadczeń u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ”. Wyrażam pogląd, iż proponowana w art. 4 ust. 2 i 4 powyższego projektu kwota 6750 zł wynagrodzenia zasadniczego brutto nie stanowi ekwiwalentności w stosunku do ograniczenia działalności zawodowej lekarzy specjalistów.</p> <p>Rozważenia wymaga jej podwyższenie do wysokości postulowanej przez środowisko.</p>	Uwaga nieuwzględniona. Projekt przewiduje możliwość zobowiązania się przez lekarza do nieudzielania tożsamyh świadczeń u innego świadczeniodawcy, które to zobowiązanie skutkować będzie podwyższeniem jego wynagrodzenia. Zobowiązanie powyższe jest dobrowolne. Nie ma przy tym przeszkód, aby świadczeniodawcy/pracodawcy ustalali wynagrodzenia lekarzy specjalistów na kwoty wyższe niż wskazane w projekcie ustawy 6750 zł. Z tym tylko zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli świadczeniodawca zatrudnia lekarza specjalistę, który złożył ww. zobowiązanie, na podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego do kwoty 6750 zł świadczeniodawca będzie otrzymywał finansowanie z NFZ. Dodatkowo należy zaznaczyć, że kwota 6.750 wynika z Porozumienia.
53	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 4	Zakaz podejmowania dodatkowego zatrudnienia – może i dobry kierunek , ale to kolejny problem w dobie tak znacznego niedoboru lekarzy . nie będzie dotyczyć udzielania świadczeń w ramach profili lub rodzajów komórek organizacyjnych podmiotów wymienionych w tym wykazie.	Przedmiotowe stwierdzenie nie stanowi uwagi do projektu ustawy.
54	Naczelna Rada Lekarska	Art. 4	<p>W art. 4 projektu ustawy ust. 3 proponuje się nadać brzmienie:</p> <p>„3. Środki finansowe, o których mowa w ust 1, świadczeniodawcy przeznaczają zgodnie z ust. 2 dla lekarzy spełniających łącznie następujące warunki:</p> <p>1) są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub są finansowani w inny sposób ze środków publicznych;</p> <p>2) zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania tożsamyh świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie odbywania dyżurów medycznych na oddziale o podobnym profilu medycznym.”.</p>	Uwaga nieuwzględniona. Omawiany przepis został preredagowany.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>Uzasadnienie:</p> <p>Zgodnie z Porozumieniem lekarze specjaliści zatrudnieni na podstawie stosunku pracy mają otrzymywać wynagrodzenie zasadnicze w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto miesięcznie nie później niż od dnia 1 lipca 2018 r. W Porozumieniu nie wskazano, że dotyczy to wyłącznie zatrudnienia w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń całodobowych iub całodziennych.</p>	
55	Naczelna Rada Lekarska	Art. 4	<p>Zgodnie z Porozumieniem lekarz specjalista, aby otrzymać wyższe wynagrodzenie, miał zobowiązać się do niewykonywania świadczeń medycznych tożsamych z finansowanych ze środków publicznych. Regulacja wskazana w projekcie jest zbyt restrykcyjna.</p>	Uwaga częściowo uwzględniona. Przepis został przeredagowany.
56	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Art. 4	<p>Treść regulacji zapewnia finansowanie kosztów wzrostu wynagrodzeń dla lekarzy specjalistów oraz związany z tym dodatek za usługę lat Natomiast nie przewiduje środków finansowych na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wzrost kosztów dyżurów medycznych, 2) dodatku za pracę w godzinach nocnych, w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy, 3) wzrost składek ZUS, Fundusz Pracy, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, jak też nie wskazuje źródła ich finansowania. <p>Niemniej jednak ww. wydatki zostały przez ustawodawcę wskazane w art. 5 ust. 3, w którym przewiduje się ich zwrot przez lekarzy, którzy nie spełnią warunku, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 projektu.</p>	Stwierzenie nie stanowi uwagi.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
57	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Art. 4 ust. 1	Projekt ustawy beneficjentami wzrostu nakładów na ochronę zdrowia czyni wyłącznie jedną grupę zawodową. Nie jest to zatem regulacja kompleksowa zmierzająca do zwiększenia dostępności świadczeń i poprawy ich jakości. Należy bowiem zauważyć, że świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanych przez fizjoterapeutów dotyczy również problem nikłej dostępności i długiego czasu oczekiwania. Sytuacja ta nie ma jednak przełożenia na proponowane regulacje prawne.	Uwaga niezasadna. Jednym z celów projektu ustawy jest przyspieszenie tempa wzrostu nakładów finansowych na ochronę zdrowia, w tym na świadczenia gwarantowane, a przez to zwiększenie dostępu do tych świadczeń i zmniejszenie list osób oczekujących na ich udzielanie. Zwiększone środki trafią do systemu i zostaną przeznaczone nie tylko na finansowanie podwyższenia wynagrodzeń lekarzy rezydentów i specjalistów.
58	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 4 ust. 1	propozycja doprecyzowania, co wchodzi w koszty wzrostu wynagrodzeń lekarzy (należałoby wskazać wszelkie koszty pracodawcy ponoszone w związku z podwyższeniem wynagrodzenia, w tym koszty składek ZUS)	Uwaga nieuwzględniona. Doprecyzowanie znajduje się w ust. 2 – dodatkowe środki będą przeznaczone na wzrost wynagrodzenia zasadniczego i dodatku za usługę lat. Pozostała część będzie kosztem pracodawcy pokrywanym ze zwiększonego kontraktu z NFZ.
59	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Art. 4 ust. 1	Zmiana zapisu na „Koszty wzrostu wynagrodzeń lekarzy posiadających specjalizację, zwanych dalej „lekarzami”, finansuje się ze środków, o których mowa w art. 131c ust. 1 pkt 1-3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą”.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z §7 ww. porozumienia w styczniu 2020 r. obie strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 3 - 6 niniejszego Porozumienia oraz zrewaluuują możliwość dalszego wzrostu wynagrodzeń lekarzy w tym ocenę rewaloryzacji wynagrodzenia w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłat nagród z zysku ogłaszanego przez prezesa GUS.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
60	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Art. 4 ust. 2	Dodanie zapisu o pokryciu ze środków, o których mowa w ust. 1 wzrostu kosztów pozostałych dodatków i pochodnych wynagrodzenia zasadniczego, w tym związanych z pełnieniem dyżurów medycznych	Uwaga nieuwzględniona. Dodatkowe środki będą przeznaczone na wzrost wynagrodzenia zasadniczego i dodatku za usługę lat. Pozostała część będzie kosztem pracodawcy pokrywanym ze zwiększonego kontraktu z NFZ.
61	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 4 ust. 2	propozycja sfinansowania w całości skutków podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych lekarzy wraz z odpowiednimi wielkościami wynikającymi z podwyższenia pochodnych, nie tylko dodatku stażowego, ale także nadgodzin dyżurowych, dodatku nocnego , dodatków funkcyjnych, oraz dodatków naukowych, tak jak ujęto to w art. 5 ust. 3 projektu ustawy,	Jak wyżej.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
62	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Art. 4 pkt. 3	W projekcie zostali pominięci lekarze wykonujący działalność w placówkach nie finansowanych na podstawie umowy z NFZ , ale również wykonujących zawód w publicznym systemie ochrony zdrowia (WOMP, ZUS, KRUS)	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projektowane regulacje uzasadnione są problemem świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, którzy w sposób szczególny odczuwają skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego konsekwencją jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych. Ponadto należy wskazać, że z uwagi na fakt, że projektowane regulacje zawarte są w zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (finansowanie podwyższenia wynagrodzeń spoczywać ma na NFZ) nie ma możliwości poszerzenia zakresu podmiotowego we wnioskowanym zakresie.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
63	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 4 ust. 3 pkt 2) projektu ustawy	Propozycja doprecyzowania pojęcia: „tożsamych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1”	Uwaga uwzględniona. Art. 4 został przeredagowany w tym zakresie – wyrażenie „tożsamych” zostało usunięte.
64	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 4 ust.4	Pytanie, czy podwyższenie wynagrodzenia dotyczy tylko lekarzy zatrudnionych podmiocie leczniczym na dzień 8 lutego 2018 r. , Propozycja rozszerzenia refinansowania na wszystkich lekarzy zatrudnionych także po dniu 8 lutego 2018 r. Ponadto odwołanie do ust. 2 art. 4 w zakresie wynagrodzenia (mowa w nim o wynagrodzeniu zasadniczym i stażowym) rodzi wątpliwość, czy od podwyższonego wynagrodzenia świadczeniodawca może naliczać pozostałe pochodne związane z podwyższeniem wynagrodzenia (choć przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz Kodeks Pracy tak stanowią)	Uwaga wynika z błędnej interpretacji projektu. Zapis w tym zakresie został przeredagowany.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
65	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Art. 4 ust. 1 i 2	<p>Nie będą finansowane inne składniki wynagrodzenia, jak np. dyżury? Czy finansowanie zapewnione jest jedynie do 2020 roku? – co później? Działanie należy rozumieć, jako podwyżkę – nie jako dodatek, ale wzrost wynagrodzenia zasadniczego. Wobec ww., powyższe obejmuje tylko zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Czy MZ finansuje jedynie różnicę w wynagrodzeniu zasadniczym plus dodatek za usługę ale bez pochodnych, czy razem z pochodnymi? Sankcja (zwrot „podwyżki” natomiast jest już z pochodnymi. Wobec ww. art. 4 jest nieprecyzyjny i nie wskazuje wprost o pokryciu wszystkich kosztów wzrostu wynagrodzenia zasadniczego, albo szpital może liczyć na pokrycie tych kosztów jedynie, gdy lekarz naruszy zasady przyznawania zwiększonego wynagrodzenia. Zgodnie z art. 4 projekt przewiduje sfinansowanie różnicy pomiędzy obecną stawką specjalisty w szpitalu a stawką 6.750 zł w przeliczeniu na pełen etat plus związane z nim podwyższenie dodatku za usługę. Nie ma wprost mowy o finansowaniu kosztów pracodawcy – pochodnych.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Doprecyzowanie znajduje się w ust. 2 – dodatkowe środki będą przeznaczone na wzrost wynagrodzenia zasadniczego i dodatku za usługę lat. Pozostała część będzie kosztem pracodawcy pokrywanym ze zwiększonego kontraktu z NFZ.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
66	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art.4,pkt 3,ppkt2	wyłączenie możliwości pracy lekarzy specjalistów w innych podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych wymienionych w tym podpunkcie utrudni zapewnienie świadczeń : wielokrotnie, w różnych zakresach świadczeń wymagane jest zapewnienie lekarza specjalisty w niepełnym wymiarze czasu pracy lub jedynie w zakresie konsultacji, projekt ustawy wyłącza taką możliwość.	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Mechanizm zawarty w art. 4-9 projektowanej ustawy nie ma charakteru obligatoryjnego. W przypadku, gdy lekarz specjalista nie złoży zobowiązania do nieudzielania tożsamych świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy, wówczas jego warunki zatrudnienia nie ulegają zmianie. Nie jest wówczas również ograniczony w możliwości podejmowania zatrudnienia poza swoim podstawowym miejscem pracy na dotychczasowych zasadach.</p> <p>Ponadto, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania, w art. 8 projektu przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może ogłosić na stronie Biuletynu Informacji Publicznej kierowanego przez siebie oddziału wykaz podmiotów leczniczych, wraz z wymienieniem profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których występują braki kadrowe dotyczące lekarzy. Lekarz, który złoży zobowiązanie do nieudzielania tożsamych świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy i tym samym uzyska wzrost wynagrodzenia zasadniczego do poziomu 6750 zł będzie mógł podjąć zatrudnienie w podmiotach leczniczych wskazanych w BIP przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
67	Pomorski Uniwersytet Medyczny	Art. 4 ust. 3 pkt 1	Wzrost wynagrodzeń pomija lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.	<p>Uwzględnienie uwagi w sposób znaczący poszerzałoby zakres podmiotowy ustawy i generowałoby dodatkowe skutki finansowe. Regulacja zawarta w art. 4-9 projektu ustawy tworzona była przy założeniu że dotyczyć będzie lekarzy zatrudnionych w lecznictwie całodobowym i całodziennym. Jak wskazano w OSR problem braku lekarzy specjalistów dotyka w znacznym stopniu kluczowych - z punktu widzenia zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń i ciągłości opieki medycznej - podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ta grupa podmiotów w sposób szczególny odczuwa skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego konsekwencją jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
				<p>Z uwagi na powyższe, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania projektowane rozwiązania w zakresie podwyższania wynagrodzeń lekarzy specjalistów adresowane są do pracowników szpitali.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
68	Członek Zarządu Województwa Lubelskiego	Art. 4 ust 3 pkt 1	Rozszerzenie świadczeniodawców o udzielających świadczeń ambulatoryjnych specjalistycznych - projekt uniemożliwia świadczeniodawcom AOS podwyższenia wynagrodzenia specjalistom ze środków NFZ oraz wprowadza dysproporcje pomiędzy poszczególnymi grupami lekarzy (lekarze kontraktowi).	Uwaga niezasadna. Uwzględnienie uwagi w sposób znaczący poszerzałoby zakres podmiotowy ustawy i generowałoby dodatkowe skutki finansowe. Regulacja zawarta w art. 4-9 projektu ustawy tworzona była przy założeniu że dotyczyć będzie lekarzy zatrudnionych w lecznictwie całodobowym i całodziennym. Jak wskazano w OSR problem braku lekarzy specjalistów dotyka w znacznym stopniu kluczowych - z punktu widzenia zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń i ciągłości opieki medycznej - podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ta grupa podmiotów w sposób szczególny odczuwa skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego konsekwencją jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym – sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
				Z uwagi na powyższe, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania projektowane rozwiązania w zakresie podwyższania wynagrodzeń lekarzy specjalistów adresowane są do pracowników szpitali. W odniesieniu do podwyższania wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w AOS oraz lekarzy kontraktowych, to ich wynagrodzenia będą mogły w dalszym ciągu być podwyższane na zasadach ogólnych.
69	Pomorski Uniwersytet Medyczny	Art. 4 ust. 3 pkt 2	Ograniczenie możliwości udzielania tożsamych świadczeń u innego świadczeniodawcy pogłębi deficyt lekarzy w systemie opieki zdrowotnej.	<p>Uwaga niezasadna.</p> <p>Mechanizm zawarty w art. 4-9 projektowanej ustawy nie ma charakteru obligatoryjnego. W przypadku, gdy lekarz specjalista nie złoży zobowiązania do nieudzielania tożsamych świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy, wówczas jego warunki zatrudnienia nie ulegają zmianie. Nie jest wówczas również ograniczony w możliwości podejmowania zatrudnienia poza swoim podstawowym miejscem pracy na dotychczasowych zasadach.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
				<p>Ponadto, w celu zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ciągłości ich udzielania, w art. 8 projektu przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może ogłosić na stronie Biuletynu Informacji Publicznej kierowanego przez siebie oddziału wykaz podmiotów leczniczych, wraz z wymienieniem profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których występują braki kadrowe dotyczące lekarzy. Lekarz, który złoży zobowiązanie do nieudzielania tożsamych świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy i tym samym uzyska wzrost wynagrodzenia zasadniczego do poziomu 6750 zł będzie mógł podjąć zatrudnienie w podmiotach leczniczych wskazanych w BIP przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.</p>
70	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Art. 4 ust. 3	<p>Realizacja przepisu spowoduje zmniejszenie kadrowe z poradni specjalistycznych znajdujących się poza placówką macierzystą lekarza. Wiele zatrudnionych w szpitalach pracuje również w poradniach specjalistycznych, mających umowę z NFZ, innych niż jednostka macierzysta.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona. Przepis art. 4 ust. 3 pkt 2 dotyczy zobowiązania się przez lekarza do nieudzielania tożsamych świadczeń u innego świadczeniodawcy, ale takiego który realizuje umowę z NFZ z co najmniej jednego z wymienionych w tym przepisie zakresów. Zatem lekarz nie będzie pozbawiony możliwości udzielania świadczeń w każdym podmiocie leczniczym, jedynie w tym, o którym mowa powyżej.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
71	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 4 pkt.4 str. 7	<p>Uważamy, że w niniejszym punkcie należy uwzględnić stan zatrudnienia i wynagrodzenia lekarzy na dzień 31.12.2017 r., a nie 8 lutego 2018 r., czyli przed terminem kolejnych podwyżek dla lekarzy rezydentów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 roku. (Dz.U. 2017.2017). Pierwsze podwyżki lekarze rezydenci otrzymali 1 lipca 2017 roku, co wywołało liczne protesty środowiska lekarskiego – lekarzy specjalistów. Roszczenia lekarzy specjalistów doprowadziły do sytuacji, że wiele placówek medycznych mimo braku pokrycia finansowego na podwyżki musiało dokonać zwiększenia wynagrodzenia od 1 stycznia 2018 r. dla zapewnienia ciągłości opieki w oddziałach szpitalnych, jak również zapewnienia obsady dyżurów lekarskich. Ponadto podwyższenie wynagrodzenia lekarzom rezydentom spowodowało różnicę między otrzymywanym wynagrodzeniem rezydenta, a lekarza specjalisty będącym często jego kierownikiem specjalizacji (uczeń zarabia więcej niż jego nauczyciel). Reasumując wnosimy o uwzględnienie wynagrodzeń lekarzy specjalistów w w/w punkcie zgodnie ze stanem na dzień 31.12.2017</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona. Zapis został preredagowany. W obecnej wersji projektu brak jest odniesienia do dnia 8 lutego 2018 r.</p>
72	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 4 ust. 4	<p>W niniejszym punkcie należy uwzględnić stan zatrudnienia i wynagrodzenia lekarzy na dzień 31.12.2017 r., a nie 8 lutego 2018 r., czyli przed terminem kolejnych podwyżek dla lekarzy rezydentów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 roku. (Dz.U. 2017.2017). Pierwsze podwyżki lekarze rezydenci otrzymali 1 lipca 2017 roku, co wywołało liczne protesty środowiska lekarskiego – lekarzy specjalistów. Roszczenia lekarzy specjalistów doprowadziły do sytuacji, że wiele placówek medycznych mimo braku pokrycia finansowego na podwyżki musiało dokonać zwiększenia wynagrodzenia od 1 stycznia 2018 r. dla zapewnienia ciągłości opieki w oddziałach szpitalnych, jak również zapewnienia obsady dyżurów lekarskich. Ponadto podwyższenie wynagrodzenia lekarzom rezydentom spowodowało różnicę między otrzymywanym wynagrodzeniem rezydenta, a lekarza specjalisty będącym często jego kierownikiem specjalizacji (uczeń zarabia więcej niż jego nauczyciel). Reasumując wnosimy o uwzględnienie wynagrodzeń lekarzy specjalistów w w/w punkcie zgodnie ze stanem na dzień 31.12.2017</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – ten zapis już został preredagowany.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
73	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Art. 4 ust. 4	Regulacja ta gwarantuje środki finansowe na wzrost wynagrodzeń dla lekarzy, którzy w dniu 08.02.2018 r. byli zatrudnieni w danym podmiocie leczniczym. Natomiast brak jest informacji o zapewnieniu finansowania na wskazanym w art. 4 ust. 2 poziomie dla lekarzy specjalistów, których zatrudnienie stało się niezbędne dla prawidłowej realizacji umowy zawartej z NFZ i nastąpiło po tym terminie.	Uwaga nieuwzględniona. Regulacja dotyczy wszystkich lekarzy specjalistów niezależnie od daty zatrudnienia.
74	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 5 ust.2	odwołanie do ust. 2 art. 4 w zakresie wynagrodzenia (mowa w nim o wynagrodzeniu zasadniczym i stażowym) rodzi wątpliwość, czy pozostałe pochodne związane z podwyższeniem wynagrodzenia świadczeniodawca może naliczać od podwyższonego wynagrodzenia (choć przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz Kodeks Pracy tak stanowią)	Uwaga nieuwzględniona. Z ogólnych przepisów prawa pracy określających zasady ustalania wysokości poszczególnych elementów wynagrodzenia wynika wprost, że wysokość dodatków i pochodnych zależy od wysokości wynagrodzenia zasadniczego. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego skutkuje wzrostem pochodnych.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
75	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 5 ust.3	Brak wskazania w ustawie narzędzi, dzięki którym pracodawca może skutecznie ustalić, czy lekarz się nie wywiązuje ze zobowiązania , o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie zapisu zgodnie z którym NFZ zobowiązany będzie do przekazywania świadczeniodawcy informacji o niewywiązywaniu się przez lekarza z zobowiązania.
76	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 5 ust. 4	Zachodzi wątpliwość odnośnie zastosowania tego zapisu w sytuacji, gdy akty prawa pracy u danego świadczeniodawcy ustalą dla danej grupy zawodowej lekarzy zmiany wynagrodzenia w stosunku do wysokości ustalonej przed złożeniem zobowiązania u poszczególnego lekarza	Uwaga nieuwzględniona. Przepis ten, podobnie jak złożenie przez lekarza zobowiązania, ma charakter fakultatywny.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
77	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Art. 5 ust. 4.	Redakcja artykułu jest nieprecyzyjna.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zapis został doprecyzowany.
78	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Art. 6	Mechanizm przekazania środków finansowych celem podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego jest nieprecyzyjne. Prowadzi do nie refinansowania podwyżki, a jej koszty zostaną przerzucone na świadczeniodawcę.	Uwaga nieuwzględniona. Refinansowanie pozwala na lepszą kontrolę prawidłowości wydatkowania środków przez pracodawców.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
79	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Art. 6 ust. 1	propozycja sfinansowania w całości skutków podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych lekarzy wraz z odpowiednimi wielkościami wynikających z podwyższenia pochodnych, nie tylko dodatku stażowego, ale także nadgodzin dyżurowych, dodatku nocnego , dodatków funkcyjnych, oraz dodatków naukowych, tak jak ujęto to w art. 5 ust. 3 projektu ustawy,	Uwaga nieuwzględniona. Dodatkowe środki będą przeznaczone na wzrost wynagrodzenia zasadniczego i dodatku za wysługę lat. Pozostała część będzie kosztem pracodawcy pokrywanym ze zwiększonego kontraktu z NFZ.
80	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 6	Wątpliwości budzi również kolejny zakres zbieranych danych - informację o liczbie lekarzy objętych podwyżką i zbiorczej kwocie niezbędnej do zapewnienia im wynagrodzeń. Informacje te przekazywać ma się dwa razy w roku: do 21 stycznia (według stanu na koniec poprzedniego roku) i 21 lipca (według stanu na 30 czerwca); pierwszą informację przekazywać się ma jednak w terminie 21 dni od dnia wejścia w życie nowelizacji. Na podstawie tych danych dyrektor oddziału NFZ jest obowiązany w terminie 14 dni do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiana umowy zawierać ma postanowienie o zwrocie środków w przypadku ich niewłaściwego przeznaczenia oraz karze umownej w wysokości do 5% tych środków	Uwaga częściowo uwzględniona – zapis został preredagowany.
81	Porozumienie Pracodawców	Art. 6	Informacje zbierane przez Ministra Zdrowia	Uwaga częściowo uwzględniona – zapis został

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
	Ochrony Zdrowia		Minister Zdrowia będzie mógł żądać od podmiotu wykonującego działalność leczniczą danych dotyczących osób zatrudnionych w tym podmiocie, obejmujących m.in. formę tego zatrudnienia i wysokość wynagrodzenia, w tym zasadniczego (jeżeli dotyczy) oraz dodatków. Minister będzie mógł też upoważnić jednostkę mu podległą właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia bądź też NFZ do zbierania tych informacji. Zmianę tę należy ocenić wysoce negatywnie: żądanie takie naruszać bowiem będzie tajemnicę przedsiębiorstwa i prywatność samych lekarzy. Wydaje się, że zakres podmiotów objętych zbieraniem informacji ograniczać się powinien do podmiotów zależnych od Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego bądź uczelni publicznych.	przeredagowany.
82	Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 8	Zaproponowane w art. 8 ogłoszenie na stronie BIP miejsc gdzie występują braki lekarzy nie spowoduje zapewnienia dostępności do świadczeń jak życzeniowo zapisano w projekcie.	
83	Wojewoda Dolnośląski	Art. 10 pkt 2	Jaka będzie zasada dyspozycji środków przez Wojewodów?	Uwaga nieaktualna – przepis został z projektu usunięty
84	Marszałek Województwa Pomorskiego	Art. 10 ust. 1 i 3	W przepisie zawarto limity finansowe, zaś w ust. 3 mowa jest nawet o obniżeniu wysokości tych wydatków, propozycja wykreślenia ust. 3	Uwaga uwzględniona. Zapis został w całości usunięty.
85	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Art. 11	Termin wejścia w życie ustawy tj. 1 lipca 2018 r. wdaje się zbyt wczesny z powodu braku przygotowania systemowego oraz szczegółowych informacji i procedur postępowania w kontekście proponowanych zmian.	Uwaga uwzględniona.
86	Wojewoda Lubuski	Ocena Skutków Regulacji	Uwaga: Zapis dotyczący „8 etatów po stronie wojewodów (...)” jest niejasny i budzi wątpliwości, który wojewoda i w jakim wymiarze otrzyma środki finansowe na taki etat. Proponowana zmiana: Dla każdego wojewody minimum zabezpieczenia to szacunkowo 1 etat/ 100 lekarzy rezydentów odbywających szkolenie specjalizacyjne, wydaje się minimalnym zabezpieczeniem etatowym dla lekarzy rezydentów, którzy w większości pozostają w kraju.	Uwaga częściowo uwzględniona. Podział etatów pomiędzy wojewodów został przedstawiony w OSR.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			Uzasadnienie: W świetle obciążenia nowymi, dodatkowymi zadaniami budzi on również wątpliwości, co do zabezpieczenia etatów niezbędnych do prawidłowej realizacji tych zadań Należy doprecyzować sposób podziału etatów dla poszczególnych województw.	
87	Wojewoda Małopolski	Ocena Skutków Regulacji	Koszty dodatkowych etatów do obsługi nowych zadań, tj. monitorowania realizacji zobowiązań i nadzór nad prawidłowością realizacji zobowiązań z tytułu pobierania podwyższonej rezydentury oraz egzekucją należności oszacowane zostały na 8 etatów po stronie wojewodów (tj. po 0,5 etatu na województwo) z wynagrodzeniem brutto w wysokości 4.772,54 zł. Biorąc pod uwagę, iż w każdym województwie jest różna liczba osób odbywających szkolenie specjalizacyjne, w tym w trybie rezydentury – należy przyznawać dla województw wymiar etatu i finansów proporcjonalnie do liczby lekarzy odbywających szkolenie w trybie rezydentury w danym województwie.	Uwaga częściowo uwzględniona. Podział etatów pomiędzy wojewodów został przedstawiony w OSR.
88	Wielkopolski Urząd Wojewódzki	OSR	Do obsługi nowego zadania skalkulowano m.in. 8 etatów po stronie wojewodów, jaki klucz planuje się do podziału etatów na 16 województw.	Uwaga częściowo uwzględniona. Podział etatów pomiędzy wojewodów został przedstawiony w OSR.
89	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Uwaga ogólna	W opiniowanym projekcie brak informacji czy finansowanie przez MZ dyżurów medycznych lekarzy rezydentów skutkuje koniecznością pełnienia dyżurów zgodnie z normą czasu pracy określoną w ustawie o zawodzie lekarza, tj. 10 h 5 min tygodniowo?	Uwaga niezasadna. Pełnienie dyżurów medycznych stanowi element programu specjalizacji określony w przepisie art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h obowiązującej ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, który wyraźnie stanowi, że pełnienie dyżurów odbywa się „w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej”, zgodnie z którymi czas pełnienia dyżuru nie może przekraczać 10 godzin i 5 minut tygodniowo. Z proponowanej treści art. 16i ust. 3 i 4 jasno wynika, że chodzi o dyżury realizowane w ramach programu szkolenia specjalizacyjnego, a zatem, max. 10h5min tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym, bez opt-out.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
90	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie	Uwaga ogólna	Ustawa nie zawiera propozycji w sprawie częstości zmian w wysokości dotacji dotyczącej finansowania pracy lekarzy. Poziom finansowania powinien być ustalany raz na kwartał, bowiem zatrudnienie lekarzy wykazuje dużą zmienność w przedziałach 6 miesięcy czy 12 miesięcy. Ocena zatrudnienia dokonywana raz na 6 czy 12 miesięcy prowadzi do dużych niedoborów lub nadwyżek poziomu dofinansowania – wysokości dotacji na zatrudnienie lekarzy, przy czym niedofinansowanie staje się znaczącym kosztem własnym podmiotu leczniczego, pogarszającym wyniki finansowe tego podmiotu.	<p>Uwaga niezasadna Zgodnie z art. 6 projektu 1. Świadczeniodawca posiadający umowę, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1, przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informację o liczbie lekarzy spełniających warunki, o których mowa w art. 4 ust. 3, oraz zbiorczo kwotę niezbędną do zapewnienia im wynagrodzeń, o których mowa w art. 4 ust. 2, do dnia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 21 stycznia każdego roku – według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego; 2) 21 lipca każdego roku – według stanu na dzień 30 czerwca tego roku. <p>Ale jednocześnie zgodnie z ust. 3 tego przepisu kwota, o której mowa w ust. 1 (czyli zbiorczo kwota niezbędna do zapewnienia wynagrodzeń), obejmuje środki niezbędne do zapewnienia lekarzom wynagrodzeń, o których mowa w art. 4 ust. 2, od dnia, o którym mowa w art. 5 ust. 2.</p> <p>- czyli dla wszystkich lekarzy, którzy między terminami składania informacji złożyli zobowiązania.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
91	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie	Uwaga ogólna	Należy rozważyć zapis ustawy przewidujący pokrycie ze środków dotacji kosztów obsługi administracyjnej na obsługę rozliczenia dotacji w podmiocie leczniczym.	Uwaga nieuwzględniona. Szpitale nie będą otrzymywać z tytułu omawianego projektu żadnej dotacji z budżetu państwa.
92	Wojewoda Dolnośląski	Uwaga ogólna	Czy w związku z nowymi zadaniami nałożonymi na Wojewodów zostały zaplanowane nowe stanowiska do obsługi tych zadań?	Obecna wersja projektu przewiduje dla każdego urzędu wojewódzkiego część etatu na obsługę zadań wynikających z projektu
93	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Uwaga ogólna	Nowe zadanie nałożone na wojewodę dotyczące sprawowania nadzoru nad realizacją zobowiązania, w tym wydawania decyzji w przedmiocie nałożenia kary, pociąga za sobą wątpliwości nie tylko w kwestii realizacji zadania w Systemie Monitorowania Kształcenia. Zadanie, zważywszy na liczbę osób rozpoczynających szkolenie w trybie rezydentury oraz możliwość otrzymania przez lekarza/lekarza dentyście wyższego wynagrodzenia zasadniczego, może wiązać się z dużym zainteresowaniem środowiska lekarskiego co pociągać będzie za sobą spore nakłady ze strony pracowników urzędu. Proponowane regulacje są zbyt mało precyzyjne i nie uwzględniają rzeczywistych zasobów kadrowych.	Uwaga nieuwzględniona.
94	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Brak docelowej i sprawnie funkcjonującej wersji SMK oraz wprowadzanie kolejnych zadań, które mają być realizowane w tym Systemie - grozi ryzykiem wystąpienia błędów, niezrealizowania ustawowych zadań oraz roszczeniami ze strony lekarzy. Wprowadzony z dniem 1 maja 2017 r. System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), na którym oparte mają być kolejne zadania dotyczące finansowania i nadzoru nad prawidłową realizacją zobowiązań lekarzy z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia jest niedostosowany i nie posiada wielu podstawowych funkcjonalności, w oparciu o które muszą być realizowane dotychczasowe zadania. Pomimo wprowadzanych kolejnych udoskonalanych wersji tego Systemu, w dalszym ciągu nie pozwala on na prawidłową realizację zadań związanych	Uwaga uwzględniona poprzez rezygnację z SMK.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			<p>z kształceniem kadry medycznej (dotyczących np. Elektronicznej Karty Specjalizacyjnej - nieprawidłowy numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację, brak możliwości skreślenia lekarza z rejestru i załączenia decyzji o skreśleniu). Ponadto podkreślić należy, iż nie działa właściwie rejestr lekarzy odbywających szkolenie specjalizacje w SMK – podstawowe ustawowe narzędzie i szczegółowa baza danych, nie zawiera elementów określonych w ustawie o ZLiLD,</p> <p><i>a sprawne jego działanie planowane jest przez Ministerstwo Zdrowia/ CSiOZ dopiero na 1 stycznia 2019 r.</i></p> <p>Zauważyć należy, iż osoby realizujące aktualnie zadania dotyczące kształcenia kadry medycznej nigdy dotąd nie realizowały zadań w kwestiach finansowych i kadrowych (również brak praktycznych szkoleń, które dawałyby podstawę do realizacji zadań projektowanych w ustawie). Dotychczasowe spotkania organizowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz CSiOZ dla pracowników urzędów realizujących zadania w zakresie specjalizacji lekarskich, poświęcone SMK były jedynie namiastką informacji dotyczących tego Systemu (brak warsztatów). Pomimo zgłaszanych próśb do dnia dzisiejszego urzędy wojewódzkie, nie otrzymały instrukcji obsługi SMK, a pracownicy wojewodów stali się „systemowymi ofiarami” niezadowolenia i frustracji lekarzy, którzy zobowiązani są szczególnie procedować swoje szkolenie specjalizacyjne wyłącznie w tym Systemie. Dotychczas brak nowelizacji podstawowych przepisów wykonawczych do ustawy o ZLiLD, które wyznaczałyby wojewodzie, jako organowi, konkretne obowiązki i procedury w poszczególnych sytuacjach, zgodnie z aktualnymi przepisami szczegółowymi, a ostatnie rozporządzenie w tym zakresie nie uwzględnia nowelizacji tej ustawy i SMK.</p> <p>Proponuje się odroczenie terminu wejścia w życie projektu ustawy, do czasu wdrożenia docelowej wersji SMK, która pozwoli na bezpieczną i właściwą realizację zadań.</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
95	Wojewoda Małopolski	Uwaga ogólna	Nowa zadanie dla wojewodów, polegające na sprawowaniu nadzoru nad realizacją zobowiązań lekarzy rezydentów do odpracowania zwiększonego wynagrodzenia, planowane jest do realizacji za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Dotychczasowe doświadczenie w pracy w systemie np. przy postępowaniach kwalifikacyjnych na specjalizację, wykazały braki lub problemy w funkcjonowaniu systemu, uniemożliwiające lub wydłużające wykonanie niektórych czynności przez pracowników urzędu wojewódzkiego. Liczne zgłaszane od kilku miesięcy propozycje i uwagi do pracy SMK, adresowane do Ministerstwa Zdrowia i do CSIOZ, jak do tej pory nie zostały uwzględnione. W związku z powyższym zachodzi obawa, iż nowe, tak szybko wprowadzone zadanie będzie skutkowało nieprzygotowaniem Systemu, utrudnieniami w pracy urzędów, i w konsekwencji z opóźnieniami w realizacji zadania. Propozycja rezygnacji z wykonywania tego zadania za pomocą SMK lub przesunięcie terminu jego wdrożenia.	Uwaga uwzględniona poprzez rezygnację z SMK.
96	Wojewoda Mazowiecki	Uwaga ogólna	Założenia kont w SMK przez jednostki szkolące oraz lekarzy, którzy do tej pory nie musieli tej czynności wykonywać, gdyż odbywają szkolenie w wersji dotychczasowej (dokumentacja prowadzona w formie papierowej). Wydaje się wątpliwe, aby od 1 dnia lipca 2018 roku lekarz mógł złożyć deklarację za pomocą SMK do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza, dlatego też proponuje się wydłużenie terminu wejścia w życie ww. obowiązku.	Uwaga uwzględniona poprzez rezygnację z SMK.
97	Wojewoda Mazowiecki	Uwaga ogólna	Warto zauważyć, że szkolenie specjalizacyjne odbywa się zgodnie z programem danej specjalizacji, w którym określony jest czas trwania. Z uwagi na różnice w zakresie okresu specjalizacji (trwają od 4 do 6 lat), uważam że zobowiązanie się lekarza do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat powinno być proporcjonalnie do trwania okresu specjalizacji – projektowany art. 16j ust. 2b.	Uwaga nieuwzględniona Treść przepisu wynika bezpośrednio z Porozumienia.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
98	Wojewoda Mazowiecki	Uwaga ogólna	<p>Należy dodać, że z uwagi na największą liczbę lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne oraz podmiotów leczniczych posiadających akredytację na obszarze województwa mazowieckiego realizacja nowych zobowiązań wynikających z nowelizacji ustawy wymaga dodatkowych etatów, co oczywiście zauważono poprzez przyznanie 8 etatów dla 16 województw. Oznacza to przyznanie na dodatkowe zadania pół etatu dla każdego wojewody. Rozdysonowanie takich samych środków finansowych pomiędzy wojewodów jest krzywdzące dla województw, które obsługują tak dużą liczbę lekarzy jak województwo mazowieckie (około 5 tysięcy) i może mieć wpływ na jakość wykonywanych zadań, zarówno bieżących jak i dodatkowych. Liczba przyznanych etatów powinna być zróżnicowana – adekwatnie do liczby lekarzy odbywających szkolenie podobnie jak w przypadku oceny wniosków o celowości inwestycji w sektorze zdrowia (IOWISZ).</p>	Uwaga uwzględniona.
99	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Uwaga ogólna	<p>Proponowany wzrost nakładów może i jest pozytywnym na dzień dzisiejszy, ale w perspektywie lat trudno ocenić go pozytywnie . Od lat czekamy na zmiany systemowe. Projektowana ustawa nie stanowi elementu zmian systemowych. Należy do tych kategorii aktów prawnych, które legalizują działania antyreformatorskie. Ustawa pogłębi chaos w systemie ochrony zdrowia i przyczyni się do jego dalszej dysfunkcyjności. Projektowane rozwiązania prawne wspierają sektor publicznej ochrony zdrowia i dyskryminują prywatne podmioty lecznicze. Preferują szpitale kosztem ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej. Utrwalają tym samym te rozwiązanie, które są przyczyną wysokich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa wprowadza kolejne biurokratyczne obciążenia. Systemy informatyczne zamiast wspierać pracę personelu medycznego wspierają stale rosnącą biurokrację.</p>	Uwaga nieuwzględniona. Projekt reguluje kwestie wynikające z Porozumienia z rezydentami z dnia 8 lutego br.
100	Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy	Uwaga ogólna	<p>Zgodnie z porozumieniem Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 §9 zawiera zapis o likwidacji klauzuli opt-out do 2028 roku i ustanowienia 48-godzinnego tygodnia pracy maksymalnym wymiarem czasu, w jakim może pracować lekarz.</p> <p>Proponowana zmiana:</p>	Uwaga uwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) wprowadza się następujące zmiany: Po ust 7. dodaje się ust. 8 o następującej treści: „Artykuł 96 przestaje obowiązywać z dniem 1 stycznia 2028 roku, a maksymalny dopuszczalny czas pracy pracowników, o których mowa w art. 95, wynosi przeciętnie 48 godzin tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym.	

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
101	Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w Bydgoszczy	Uwaga ogólna	<p>Zarząd Krajowy OZZL zauważa, że od pewnego czasu następuje burzenie (psucie) systemu finansowania publicznej ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie elementów niezgodnych z pierwotnym założeniem i logiką tego systemu. Założenie było takie, że źródłem finansowania publicznej ochrony zdrowia są środki zbierane w postaci składki zdrowotnej płaconej przez obywateli w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a poszczególni świadczeniodawcy uzyskują pieniądze na swoją działalność (w tym na wynagrodzenia dla pracowników) sprzedając swoje świadczenia publicznemu płatnikowi (obecnie – Narodowy Fundusz Zdrowia). Od pewnego czasu ten porządek jest burzony: część pieniędzy dla świadczeniodawców trafia dodatkowymi, bocznymi strumieniami, bez związku z udzielanymi świadczeniami. Są to np. środki przeznaczone na podwyżki dla pielęgniarek, zgodnie z odpowiednimi rozporządzeniami ministra zdrowia. Teraz dojdzie jeszcze jeden podobny, dodatkowy strumień na podwyżki dla lekarzy specjalistów, przy czym strumień trafi do tych placówek, które gorzej wynagradzały lekarzy, czyli – jak można domniemywać – mają więcej środków lub są mniej zadłużone. Żadnych środków dodatkowych nie dostaną szpitale, które zatrudniają lekarzy na umowy cywilno-prawne. W ten sposób zasada, że świadczeniodawcy otrzymują pieniądze za wykonane świadczenia zostanie niemal zupełnie zniesiona. Dodatkowym zdeformowaniem sposobu finansowania publicznej ochrony zdrowia będzie przyjęta niedawno (i nowelizowana przez omawianą ustawę) zasada, że budżet państwa będzie corocznie dopłacał do środków uzyskanych ze składki zdrowotnej do kwoty 6%PKB (lub odpowiednio niższej w latach poprzedzających rok 2024). W ten sposób rząd buduje niezwykle skomplikowaną hybrydę systemu budżetowo-ubezpieczeniowego i budżetowo-rynkowego, która wzmacnia wady obu systemów, nie sumując korzyści. W ocenie OZZL konieczne jest zdecydowanie uporządkowanie tego stanu rzeczy i przerwanie obecnego chaosu. W obecnym modelu finansowania publicznej ochrony zdrowia musi to oznaczać wzrost składki na NFZ do wysokości 13,5% (co odpowiada w przybliżeniu postulowanej wysokości 6,8%PKB0 oraz uporządkowanie wysokości składki dla poszczególnych obywateli – tak, aby nie było osób uprzywilejowanych i nadmiernie obciążonych jak to jest obecnie. Konieczne będzie również ustalenie wyceny świadczeń refundowanych na takim poziomie, aby wycena ta wystarczyła na godne wynagrodzenie dla pracowników ochrony zdrowia, co w przypadku lekarzy ze specjalizacją oznacza wynagrodzenie zasadnicze w wysokości odpowiadającej 3xprzeciętne wynagrodzenie w gospodarce. Wzywamy Ministra Zdrowia do takiego uporządkowania systemu finansowania publicznej ochrony zdrowia.</p>	Uwaga nie odnosi się do projektu ustawy.

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
102	Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	Uwaga ogólna	Federacja wnosi o zorganizowanie konferencji uzgodnieniowej	Uwaga uwzględniona.
103	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Uwaga ogólna	<p>W imieniu szpitali klinicznych zwracam się z prośbą o przekazanie informacji – stanowiska w sprawie dotyczącej stosowania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. Z 2017 r. poz. 1473) w kontekście zapisów zawartych w projekcie ustawy. W myśl przepisu art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako, iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, z uwzględnieniem warunków wskazanych w tymże przepisie.</p> <p>Natomiast projekt ustawy – przepisy art. 4-9 zawierają epizodyczne na lata 2018-2020, związane z przeznaczeniem w tym okresie środków finansowych, o których mowa w art. 131c ust. 1 pkt 1-3 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu nadanym projektem ustawy na podwyżkę wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów do wysokości 6.750 zł brutto miesięcznie, regulujące zasady i sposób przekazania tych środków. Art. 11 cyt. Wyżej projektu wskazuje, iż ustawa ma wejść w życie z dniem 1 lipca 2018 roku.</p>	<p>Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, nie zaś jedynie lekarzy, jak ma to miejsce w przypadku projektowanej ustawy. Ustawy te będą miały charakter równorzędnych aktów prawnych, z tym, że lekarze specjaliści, którzy zobowiążą się do nieudzielania tożsamyh świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3,4,6-13, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, otrzymają miesięczne wynagrodzenie zasadnicze podwyższone do kwoty 6750 zł, począwszy od pierwszego dnia, w którym zobowiązanie stało się skuteczne. Od dnia w którym wynagrodzenie zasadnicze lekarza specjalisty będzie wyższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na mocy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi lub opinii	Stanowisko MZ
			W związku z powyższym, nasuwa się pytanie o wzajemną relację postanowień ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. a zapisami zawartymi w art. 4 ust. 2 projektu, przy założeniu, iż postanowienia te po dniu 1 lipca 2018 roku staną się obowiązującymi przepisami prawa – zapewniającymi podwyższenie lekarzom spełniającym łącznie warunki określone w art. 4 ust. 3 wynagrodzeń zasadniczych do wysokości 6.750 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat oraz związane z tym podwyższenie dodatku za wysługę lat.	medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, nie będą miały do niego zastosowania przepisy tejże ustawy.
104	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	Uwaga ogólna	Projekt zakłada bardzo krótkie vacatio legis, oraz ustawa nie przewiduje dopłat dla pozostałych (jeszcze) w kraju lekarzy, którzy nie zdecydowali się wyjechać.	Uwaga nieuwzględniona
105	Wielkopolski Urząd Wojewódzki	Uwaga ogólna	W SMK wpisana jest data rzeczywista rozpoczęcia szkolenia, a adnotacje w SMK dotyczące czasu trwania specjalizacji m.in. dot. skrócenia, przedłużenia oraz potwierdzania zakończenia szkolenia powinny skutkować wyliczeniem automatycznym okresu zobowiązania oraz wysokości kary w razie niewywiązania się z realizacji zobowiązania.	Uwaga uwzględniona. Zobowiązanie lojalnościowe poza SMK.



Warszawa, 26 czerwca 2018 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.726.2018 / 11/dl

dot.: RM-10-99-18 z 26.06.2018 r.

Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia
o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowna Pani Minister,


w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

Do wiadomości:

Pan Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia


z up. Ministra Spraw Zagranicznych
Piotr Wawrzyk
Podsekretarz Stanu