



ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Tadeusz Chrzan
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Mirosław Czaplą
POWIAT MALBORSKI
Jarosław Dudkowiak
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Józef Matysiak
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Joanna Potocka-Rak
POWIAT CIECHANOWSKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Tamborski
POWIAT KOŁOBRZESKI

Małgorzata Tudaj
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Mirosław Walicki
POWIAT GARWOLIŃSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Zdzisław Brezdeń
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciołek
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHEŁMIŃSKI

Krzysztof Nosal
POWIAT KALISKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOMSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0531/112/23

Warszawa, 23 maja 2023 roku

Szanowny Pan

Tomasz Latos

Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP

Szanowny Panie Przewodniczący

w związku ze skierowaniem do Komisji Zdrowia poselskiego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, poniżej przedkładam propozycję poprawek Związku Powiatów Polskich, mając nadzieję na ich uwzględnienie w toku dalszych prac legislacyjnych.

Propozycja poprawek:

I.

Skreśla się:

- 1) Art. 3 pkt 1;
- 2) Rozdział 2;
- 3) art. 54 pkt 1;
- 4) art. 54 pkt 3;
- 5) art. 62;

Uzasadnienie:

Związek Powiatów Polskich apeluje o wykreślenie z ustawy przepisów dot. autoryzacji. W porównaniu do rozwiązania przewidzianego w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, systemem autoryzacji mają być objęte tylko tzw. szpitale sieciowe. Zwracamy uwagę, że przewidziany w projekcie system autoryzacji w żaden sposób nie przyczyni się do poprawy jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a na pewno spowoduje pogorszenie sytuacji prawnej świadczeniodawców względem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zwracamy uwagę, że już dzisiaj na podstawie umów zawartych przez szpitale, płatnik ma możliwość kontroli udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym nakładania kar umownych na szpitale. W przypadku udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwość rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń bez wypowiedzenia. Wskazane regulacje podlegają jednak reżimowi prawa cywilnego. Innymi słowy płatnik już posiada prawne instrumenty służące temu, aby zapewnić udzielanie świadczeń zgodnie z wymogami przewidzianymi w tzw. rozporządzeniach koszykowych.

Tymczasem projektowana regulacja przewiduje, że NFZ zyska instrumenty administracyjny dzięki którym będzie decydował o być albo nie być szpitala. Nie jest sytuacją spotykaną w cywilizowanych systemach prawnych, aby strona umowy cywilnoprawnej posiadała jednocześnie względem drugiej strony umowy uprawnienia o charakterze administracyjnym. Taka sytuacja może skutkować zniechęcaniem dyrektorów szpitali do występowania przeciwko NFZ z uzasadnionymi roszczeniami cywilnoprawnymi, w obawie przed odwetowym wszczęciem przez NFZ postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia autoryzacji.

Należy przy tym zauważyć, że w przedmiotowej regulacji nie zapewniono żadnych realnych gwarancji procesowych, aby przeciwdziałać zjawisku nadużywania prawa przez płatnika. Przeciwnie, z literalnego brzmienia przepisów ustawy wynika, że każde nawet najmniejsze uchybienie warunkom udzielania świadczeń określonym w przepisach koszykowych, nawet niezawinione przez świadczeniodawcę, może skutkować cofnięciem autoryzacji.

Przy czym w przypadku szpitali publicznych, nieprzyznanie autoryzacji przed terminem ustalania listy szpitali zakwalifikowanych do sieci albo cofnięcie autoryzacji będzie równoznaczne w faktycznych skutkach z likwidacją takiego podmiotu, bowiem kolejny wniosek o autoryzację może być zgłoszony dopiero po upływie 12 miesięcy od dnia doręczenia decyzji administracyjnej.

Ponadto w przypadku wydania niekorzystnej decyzji dla podmiotu leczniczego, z uwagi na długi czas rozpatrywania skarg i skarg kasacyjnych przez sądy administracyjne, nie będzie on miał praktycznie żadnych instrumentów prawnych żeby realnie przeciwdziałać skutkom takiej decyzji.

II.

1) *art. 4 ust. 2 nadać brzmienie:*

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 oraz wartość realizacji tych dla świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, dla których zostały one ustalone oraz współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy, lub grupy tych świadczeń oraz konieczność zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wysokiej jakości.”

2) w art. 5

a) skreśla się ust. 2;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Prezes Funduszu, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, bierze pod uwagę współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 2, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczą.”

Uzasadnienie

Celem poprawki jest:

1) przeniesienie kompetencji do ustalania wartości realizacji wskaźników jakościowych oraz ustalenia współczynników korygujących związanych z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników z Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na Ministra Zdrowia;

2) wskazanie, że ustalenie wartości realizacji wskaźników jakościowych oraz ustalenie współczynników korygujących będzie ustalane w rozporządzeniu wydawanym przez Ministra Zdrowia, co zwiększy transparentność ustalania wartości wskaźników oraz współczynników oraz umożliwi udział partnerów społecznych w opiniowaniu aktu.

Do poselskiego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta nie załączono projektu rozporządzenia wykonawczego do ustawy, o którym mowa w art. 4 ust. 2. Taki projekt został jednak przedłożony wraz z rządowym projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (<https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/FAC760D36933C8D8C12589260049A6B5/%24File/2898.pdf> str. 323).

Z tego projektu wynika, że Ministerstwo Zdrowia niezwykle lakonicznie podeszło do wskazania wskaźników jakości w opiece zdrowotnej, co w praktyce oznacza, że poprzez ustalanie wartości realizacji wskaźników to Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w zamierzeniu projektodawcy będzie decydował o sposobie wyliczenia wskaźników, ich oczekiwanej wartości oraz decydował o wysokości finansowania za ich spełnienie. Zgodnie z projektem będzie się to odbywało poza kontrolą społeczną. Mowa jest tu o uprawnieniach mających charakter prawotwórczy, co dodatkowo rodzi pytanie o zgodność projektowanych regulacji z Konstytucją RP.

Z tego względu Związek Powiatów Polskich wnosi o poparcie dla zgłoszonej poprawki.

III.

W art. 54 przed aktualnym pkt 1 proponuje się dodać pkt od 1-3 w brzmieniu:

1) w art. 31e ust. 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) reprezentatywne organizacje świadczeniodawców;”

2) art. 31ha otrzymuje brzmienie:

„Art. 31ha 1. Prezes Agencji:

1) w terminie do 31 marca w zakresie dotyczącym wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem kosztów, o których mowa w pkt 2,

2) w terminie do 30 kwietnia w zakresie dotyczącym wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, wzrostu kosztów umów cywilnoprawnych oraz zakupu usług medycznych,

3) w terminie 21 dni od dnia otrzymania zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 31n pkt 2c, wydanego w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

- dokonuje analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz przygotowuje i publikuje na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Agencji raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rekomendacją.

1a. Do raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i rekomendacji można zgłaszać uwagi w terminie 7 dni od dnia ich opublikowania.

1b. Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z rekomendacją i uwagami, o których mowa w ust. 1a Prezes Agencji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 2 dni od upływu terminu, o którym mowa w ust. 1a.

1c. Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, na podstawie wstępnego sprawozdania o finansach podmiotów wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego za rok poprzedni, w terminie do 10 marca ogłasza, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług w podmiotach wykonujących działalność leczniczą ogółem oraz w podziale na:

- 1) średnioroczny wskaźnik cen leków;
- 2) średnioroczny wskaźnik cen żywności;
- 3) średnioroczny wskaźnik cen sprzętu jednorazowego;
- 4) średnioroczny wskaźnik cen odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych;
- 5) średnioroczny wskaźnik cen paliwa (gaz);
- 6) średnioroczny wskaźnik cen zużycia pozostałych materiałów;
- 7) średnioroczny wskaźnik cen energii elektrycznej;
- 8) średnioroczny wskaźnik cen energii cieplnej;
- 9) średnioroczny wskaźnik cen energii (pozostałe);
- 10) średnioroczny wskaźnik cen usług remontowych;
- 11) średnioroczny wskaźnik cen usług transportowych;
- 12) średnioroczny wskaźnik cen usług medycznych obcych;
- 13) średnioroczny wskaźnik cen pozostałych usług obcych;

14) średnioroczny wskaźnik podatków i opłat;

15) średnioroczny wskaźnik wynagrodzeń umów zleceń i dzieło.

2. Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 zawiera w szczególności:

1) analizę wzrostu wskaźników cen towarów i usług, o których mowa w ust. 1c pkt 1-11 i 13-14, ich wpływu na wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

2) analizę danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców, jeżeli takie dane były dodatkowo gromadzone;

3) sposób uwzględnienia w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej okoliczności, o których mowa w pkt 1 i 2;

4) analizę skutków finansowych zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

2a. Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 zawiera w szczególności:

1) sposób uwzględnienia w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej prognozowanej zmiany kosztów udzielania tych świadczeń związanych ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych;

2) analizę wzrostu wskaźników cen towarów i usług, o których mowa w ust. 1c pkt 12 i 15, ich wpływu na koszty udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz sposób uwzględnienia w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wpływu prognozowanej zmiany kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na wzrost kosztów umów zleceń i dzieło oraz zakupu usług medycznych obcych;

3) sposób uwzględnienia w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej prognozowanej zmiany kosztów udzielania tych świadczeń związanych ze wzrostem wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych;

4) analizę skutków finansowych zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

2b. Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 zawiera w szczególności:

1) analizę okoliczności mających wpływ na nadzwyczajny wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

2) sposób uwzględnienia w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej okoliczności, o których mowa w pkt 1;

3) analizę skutków finansowych zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

3. (skreśla się)

4. *Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, rekomendacją Prezesa Agencji oraz uwagami, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych dokumentów, zatwierdza rekomendację oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji w celu opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji lub wnosi do niej uwagi.”*

3) Art. 31n pkt 2c otrzymuje brzmienie:

„2c) przygotowywanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawanie, w przypadkach określonych w ustawie lub na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydawane w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, rekomendacji Prezesa Agencji w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;”

Uzasadnienie

Ani w poselskim projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta ani we wcześniejszym projekcie rządowym, nie odnoszono się do strony kosztowej tzn. do gwarancji systemowych jakie powinni mieć świadczeniodawcy, aby móc zapewnić odpowiednią jakość udzielanych świadczeń przy rosnących kosztach ich świadczenia wynikających z ogólnej sytuacji gospodarczej.

Celem poprawki jest wprowadzenie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mechanizmu pośredniej waloryzacji wysokości wynagrodzenia jakie otrzymują świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwienie reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców składanie do Ministra Zdrowia wniosków w sprawie dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego.

Przywołana regulacja po raz pierwszy miała zastosowanie przy zmianie wyceny świadczeń związanej z podwyżką wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia od 1 lipca 2022 r., niemniej jednak zauważalny jest szereg problemów związanych ze stosowaniem tych przepisów. Do najważniejszych należą:

- 1) możliwość zastosowania regulacji jedynie w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, gdy tymczasem mechanizm podwyżkowy przewidziany w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych został wprowadzony na stałe do systemu prawnego i skutkuje automatycznym, przewidywalnym, corocznym wzrostem kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych, a z uwagi na jego automatyzm w stosunku do świadczeniodawców powinien w podobny sposób działać w odniesieniu do podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) brak mechanizmu zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia do zlecenia wyceny w przypadku wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z czynnika inflacyjnego;
- 3) brak określenia ścisłych terminów na podjęcie kolejnych czynności związanych ze zmianą sposobu lub zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających ze zwyczajnego, corocznego,

przewidywalnego wzrostu kosztów realizacji świadczeń, co utrudnia przygotowanie planu pracy AOTMiT w kolejnych latach;

- 4) brak przepisów obligujących AOTMiT do upublicznienia raportu i rekomendacji na etapie przed przekazaniem tych dokumentów do ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) brak zapewnienia udziału partnerów społecznych, w szczególności podmiotów reprezentujących świadczeniodawców, w formie konsultacji publicznych dokumentów opracowanych przez AOTMiT;
- 6) uzależnienie wysokości zmiany w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Obecnie ustawodawca nie daje świadczeniodawcom żadnej gwarancji, że za wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pójdzie zwiększenie środków na pokrycie tego wzrostu. Z drugiej strony ten sam ustawodawca nakłada na świadczeniodawców obowiązki, które mają bezpośredni wpływ na wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Do regulacji tych można zaliczyć w szczególności:

- 1) ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych;
- 2) ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę;
- 3) art. 439 Prawa zamówień publicznych, nakładający na zamawiających obowiązek uwzględnienia w umowach na roboty budowlane, dostawy lub usługi, zawartych na okres dłuższy niż 6 miesięcy, postanowień dotyczących zasad wprowadzania zmian wysokości wynagrodzenia należnego wykonawcy w przypadku zmiany ceny materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia. Obecne brzmienie przepisu zostało ustalone ustawą z dnia 7 października 2022 r. o zmianie niektórych ustaw w celu uproszczenia procedur administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców, na niekorzyść zamawiających. Ponieważ umowy zawarte pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ wyłączone są spod reżimu Prawa Zamówień Publicznych, świadczeniodawcy są zobowiązani do stosowania art. 439 względem swoich kontrahentów, ale nie korzystają z dobrodziejstwa tego przepisu jako wykonawcy umów zawartych z płatnikiem;
- 4) ustawę z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych;
- 5) ustawy podatkowe.

Prowadzenie działalności leczniczej stanowi prowadzenie działalności gospodarczej. Nawet w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które nie są przedsiębiorcami, ustawodawca przesądził, że powinny one działać w oparciu o zasadę samofinansowania (tzn. pokrywać z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i regulować zobowiązania). Zatem ten sam ustawodawca powinien gwarantować istnienie mechanizmu dostosowującego wysokość przychodów do rosnących kosztów.

W uzasadnieniu do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2019 r. sygn. K 4/17 wskazano, że koszt udzielania świadczeń stale wzrasta na skutek wprowadzania nowych regulacji, głównie podnoszących wynagrodzenie personelu medycznego i poprawy jakości opieki zdrowotnej. Akty prawne wprowadzające te zmiany nie zawierają oszacowania kosztów ich wdrożenia i – w konsekwencji – nie

pociągają za sobą odpowiedniej weryfikacji kontraktów wiążących NFZ ze świadczeniodawcami. Dalej Trybunał wskazał, że ciągłe i powszechne narastanie zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie jest jedynie skutkiem nieudolności, braku profesjonalizmu czy należytej staranności po stronie osób zarządzających tymi zakładami i nadzorującymi je, lecz ma także przyczyny obiektywne, zewnętrzne, świadczące o wadach mechanizmu finansowania.

W art. 131c u.ś.o.z. przewidziano co prawda mechanizm nakładający obowiązek przekazania na finansowanie ochrony zdrowia środków finansowych w wysokości nie niższej niż 7% produktu krajowego brutto od 2027 r. z mechanizmem stopniowego dochodzenia do tego poziomu, jednak wskaźnik ten jest ustalany w oparciu o wysokość PKB za dwa lata wstecz, co oznacza, że nie uwzględnia aktualnej sytuacji ekonomicznej.

Szczegółowe uzasadnienie proponowanych rozwiązań:

Art. 31e ust. 2 dodaje się pkt 2a - Proponuje się umożliwienie reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców składanie do Ministra Zdrowia wniosków w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego. Wskazany przepis nie będzie obowiązywał Ministra Zdrowia do podjęcia działań w celu dokonania zmian wynikających z wniosku. Zgodnie z art. 31 ust. 1 i 2 u.ś.o.z za reprezentatywną organizację świadczeniodawców uważa się taką organizację, która zrzesza świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 10 tys. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

Art. 31ha ust. 1 - w poprawce przewiduje się nałożenie na Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ustawowego obowiązku przeprowadzenia analizy dotyczącej sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w dwóch przypadkach: tj. w związku ze wzrostem wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia oraz w związku ze wzrostem innych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo minister właściwy do spraw zdrowia nadal będzie miał możliwość wydania Prezesowi Agencji zlecenia przygotowania raportu i rekomendacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Przewiduje się wprowadzenie terminów na przygotowanie raportu i rekomendacji. W przypadku kosztów innych niż koszty pracy i pochodnych proponuje się termin 31 marca. Jest on skorelowany z terminem przekazywania przez podmioty lecznicze sektora publicznego wstępnych sprawozdań o finansach (sprawozdanie MZ-03), który upływa 28 lutego.

W przypadku kosztów pracy i pochodnych (niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia) oraz kosztów usług medycznych proponuje się, aby był to termin 30 kwietnia, który jest skorelowany z terminem publikacji przez GUS informacji o wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku poprzednim (połowa lutego danego roku). Dodatkowo, w celu zwiększenia transparentności działania AOTMiT proponuje się nałożenie na Prezesa Agencji obowiązku publikacji raportu i rekomendacji na stronie BIP jeszcze przed przekazaniem tych dokumentów do ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 31ha ust. 1a - Projektowany przepis przewiduje możliwość zgłaszania przez partnerów społecznych uwag do raportu i rekomendacji Prezesa Agencji.

Art. 31ha ust. 1b – Proponowany przepis stanowi częściowe powielenie obecnie obowiązującej regulacji zawartej w art. 31h ust. 1 i jest powiązany z omówionym wcześniej ust. 1a. Prezes Agencji będzie zobowiązany do przekazania raportu i rekomendacji do ministra właściwego do spraw zdrowia ale wraz z uwagami jakie do tych dokumentów wpłynęły od partnerów społecznych. W przepisie proponuje się określenie terminu realizacji tego obowiązku.

Art. 31ha ust. 1c - Proponuje się nałożenie na Prezesa GUS obowiązku publikacji (w oparciu o wstępne sprawozdania MZ-03) informacji o inflacji sektorowej w ochronie zdrowia.

Art. 31ha ust. 2-2b - Przepisy określają minimalną zawartość raportu opracowanego przez AOTMiT. Należy przy tym zaznaczyć, że w proponowanej poprawce nie przewiduje się automatycznego (tj. o wskaźnik inflacji) przeliczenia wartości kontraktów zawartych pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ, a jedynie wzięcie przez Agencję pod uwagę przy zmianie zasad finansowania, czynników makroekonomicznych mogących mieć wpływ na koszty udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 31ha ust. 3 - Proponuje się skreślić ust. 3 – jest to konsekwencja zmian zaproponowanych w ust. 1.

Art. 31ha ust. 4 - W stosunku do obecnie obowiązującego przepisu proponuje się wprowadzenie dwóch zmian: określenia dla ministra właściwego do spraw zdrowia terminu zatwierdzania lub wprowadzenia poprawek do rekomendacji opracowanej przez AOTMiT oraz uwzględnienia w działaniach ministra uwag, które partnerzy społeczni będą mogli przekazać do raportu i rekomendacji na podstawie projektowanego ust. 1a.

Art. 31n pkt 2c - Zmiana przepisu jest konsekwencją zmian przewidzianych w art. 31ha.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich
Andrzej Płonka

Do wiadomości:

- 1) członkowie Komisji Zdrowia Sejmu RP,
- 2) członkowie Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych