

**UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO**

**Informacja o projekcie:**

<b>Tytuł</b>	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
<b>Autor</b>	MZ
<b>Projekt z dnia</b>	9 sierpnia 2024 r.

**Informacje o zgłaszającym uwagi:**

<b>Urząd</b>	-----
<b>Organizacja samorządowa</b>	Związek Powiatów Polskich
<b>Osoba do kontaktu</b>	Bernadeta Skóbel
<b>e-mail</b>	biuro@zpp.pl
<b>tel.</b>	18 477 86 00

**Uwagi:**

<b>Lp.</b>	<b>Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)</b>	<b>Treść uwagi (propozycja zmian)</b>	<b>Uzasadnienie uwagi</b>	<b>Stanowisko resortu</b>	<b>Odniesienie do stanowiska resortu</b>
1.	Uwaga ogólna	<p>W naszej ocenie proponowane zmiany będą miały marginalny wpływ na poprawę kondycji finansowej podmiotów leczniczych.</p> <p>Sama zmiana zasad sporządzania i wdrażania programów naprawczych nie poprawi sytuacji podmiotów leczniczych.</p> <p>W projekcie brakuje instrumentów zachęcających do współpracy (w miejsce konkurencji) podmioty lecznicze.</p> <p>Ponownie zwracamy uwagę, że w przepisach brakuje mechanizmu gwarantującego świadczeniodawcom wzrost</p>			

		<p>kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku wzrostu kosztów pracy, cen energii czy inflacji. Istniejący mechanizm zawarty w art. 31ha ustawy o świadczeniach takiej roli nie pełni, a po 3 latach jego obowiązywania wiemy, że nie jest przestrzegany nawet przez MZ i AOTMiT.</p>			
2.	<p>Art. 1 pkt 3 w zw. z pkt 2</p>	<p>Wprowadzenie nowego zadania dla AOTMiT wymaga wzmocnienia kadrowego tej instytucji, tymczasem w OSR nie przewidziano wzrostu kosztów funkcjonowania Agencji.</p> <p>Ponadto, nie wiadomo jak w praktyce ma wyglądać proces analizy programów naprawczych, jeżeli projektowane przepisy nie zobowiązują świadczeniodawców do przekazania AOTMiT programów naprawczych – sama zmiana art. 31lc ust. 3 i 4d nie jest tutaj wystarczająca, bo przepisy te określają kategorie danych gromadzonych przez Agencję i w kategorii tej nie mieszczą się programy naprawcze.</p>	<p>Trudno wyobrazić – biorąc pod uwagę liczbę podmiotów leczniczych, w tym podmiotów które potencjalnie objęte będą programami naprawczymi, aby zadanie to było realizowane bezkosztowo, przy wykorzystaniu zasobów już posiadanych przez Agencję.</p>		
3.	<p>Art. 1 pkt 5 i 6</p>	<p>Uwaga ogólna Dotychczasowy system kwalifikacji na jeden z trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego, pomimo swoich niedoskonałości oferował</p>			

		<p>             pewność, że szpital zakwalifikowany np. do II poziomu zabezpieczenia, otrzyma finansowanie adekwatne dla wszystkich kwalifikujących profili, co zapewniło znaczne poczucie stabilności finansowania w perspektywie długoterminowej. Na gruncie nowych przepisów planowanie finansowe jest znacznie utrudnione i pozostaje niejasne, przynajmniej do czasu wydania przepisów wykonawczych.           </p> <p>             Ponadto widzimy ryzyko rozdrobnienia świadczeniodawców (co będzie sprzyjało niezdrowej konkurencji o kardy) oraz powrotu do tworzenia małych szpitali monospecjalistycznych. Oczywiście w pewnych zakresach medycyny może to poprawić dostępność do wąskich, wyskospecjalistycznych zakresów świadczeń. Ale w przypadku pacjentów o wielozakresowych problemach zdrowotnych może implikować koniecznością odsyłania ich do innych podmiotów leczniczych. Ponadto, proponowane rozwiązanie może zachęcić – szczególnie sektor prywatny – do wchodzenia w te profile, które z punktu widzenia rachunku ekonomicznego będą dla nich bardziej opłacalne. To zaś będzie           </p>			
--	--	--	--	--	--

		miało wpływ na pogorszenie sytuacji zwłaszcza podmiotów leczniczych należących do sektora publicznego, które realizują świadczenia deficytowe, których koszty obecnie przynajmniej w części kompensują realizacją innych świadczeń.			
4.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 5 pkt 1 lit, c oraz art. 1 pkt 16 w zakresie art. 159a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Proponujemy zdefiniowanie pojęcia leczenia jednego dnia/trybu leczenia jednego dnia.	Pojęcie to pojawia się w projekcie ale nie jest zdefiniowane.		
5.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 5 pkt 3 w zw. z ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Ocena proponowanych zmian jest niemożliwa, bez zapoznania się z projektem rozporządzenia.	Rozporządzenia wykonawcze, będą w tym wypadku decydowały o kształcie i zakresie kontraktu dla danego podmiotu.		
6.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze	Uwaga ogólna Na podstawie danych załączonych do projektu ustawy nie sposób jest ocenić jaki skutek będzie miało wprowadzenie proponowanej zmiany. Zgodnie z art. 95m ust. 1 (w			

	środków publicznych	proponowanym brzmieniu) świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego. Z tego wynika, że minimalny udział świadczeń zabiegowych/liczby porodów powinien być odnoszony do liczby zabiegów/porodów w poszczególnych zakładach (szpitalach). Tymczasem exel załączony do projektu ustawy odnosi się do świadczeniodawców ogółem.			
7.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Nie kwestionujemy co do zasady możliwości ustalenia na poziomie rozporządzenia minimalnego udziału świadczeń zabiegowych dla danego profilu niemniej jednak zwracamy uwagę, że po pierwsze termin ogłoszenia takiego rozporządzenia powinien przypadać na datę wcześniejszą niż data będąca początkiem okresu referencyjnego, po drugie okres referencyjny powinien być ustalony w ustawie a nie w rozporządzeniu wykonawczym, po trzecie w większym zakresie powinien być zabezpieczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej niż sztywne określenie ram liczbowych. W przeciwnym wypadku może dojść do sytuacji braku zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. W tym zakresie	Podstawowym zarzutem jaki organy tworzące i właścielskie oraz szpitale powiatowe mają do obecnej sytuacji jest brak przewidywalności systemu. Proponowana regulacja nie dość, że nie odwraca tego trendu, to dodatkowo może go pogłębić. Na podstawie proponowanego przepisu Minister Zdrowia w dowolnym czasie, również bezpośrednio przed terminem kwalifikacji do sieci będzie mógł zmienić „reguły gry”.  Powyższy argument podbija fakt, że w ostatnich latach MZ permanentnie spóźnia się z przygotowaniem rozporządzeń wykonawczych lub są one przygotowywane na ostatnią chwilę. Tendencja ta ma niestety charakter trwały.		

		<p>należałoby zmienić zasady przygotowywania wojewódzkich planów transformacji i uwzględnić ich brzmienie w pracach nad projektem rozporządzenia.</p> <p>Nie jest również jasne czy w odniesieniu do okresu referencyjnego będzie brana pod uwagę średnia, suma czy inny sposób „wyliczenia” liczby udzielonych świadczeń.</p> <p>Z projektu ustawy nie wynika również, czy u świadczeniodawcy realizującego świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa w trybie hospitalizacji, z wyłączeniem porodów, profil ten będzie podlegał kwalifikacji do PSZ. W związku z tym, że ginekologia jest również profilem zabiegowym, nie jest jasne czy będzie miało tu zastosowanie kryterium udziału procentowego procedur zabiegowych.</p>	<p>Odnosząc się do ostatniej z uwag, Polska nie jest państwem jednolitym pod względem demograficznym czy sieci transportowych. Chociaż widzimy potrzebę racjonalizacji liczby niektórych oddziałów, to brak uwzględnienia przy przyjmowaniu rozporządzenia specyfiki poszczególnych regionów Polski może przyczynić się do braku faktycznej dostępności do świadczeń. Na przykładzie porodówek (bazując na danych przekazanych do projektu przez MZ) wynika, że przyjęcie limitu 400 porodów spowoduje, że dostęp na obszarze Polski północno i południowo-wschodniej, ścianie zachodniej oraz województwie świętokrzyskim do świadczeń w ujęciu terytorialnym będzie ograniczony w porównaniu do reszty kraju. W przypadku województwa świętokrzyskiego na 12 istniejących porodówek ma zostać zlikwidowanych 7, z pozostałych 5 aż trzy działają w mieście Kielce, nie będzie porodówki w Ostrowcu Świętokrzyskim (miasto liczące przeszło 60 tys. mieszkańców, siedziba 100-tysięcznego powiatu). Nie uwzględniono przypadków gdy po wprowadzeniu minimalnej liczby porodów,</p>		
--	--	--	---	--	--

			zostaną zlikwidowane oddziały w sąsiadujących obok siebie powiatach, bez możliwości „przejęcia” przez jeden z nich potencjalnych pacjentów.		
8.	Art. 1 pkt 7 lit c w zakresie art. 95n ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Zmienić termin 7 dni na 14 dni.	W naszej ocenie należy wydłużyć ten termin do 14 dni, aby w sposób realny zapewnić możliwość ochrony praw wnoszącego protest.		
9.	Art. 2 uwaga ogólna	Proponujemy wprowadzić regulację, która w odniesieniu do JST jednoznacznie przesądzi, który organ (stanowiący czy wykonawczy) jest odpowiedzialny za realizację poszczególnych zadań określonych w ustawie.	Obecnie takie regulacje w ustawie o działalności leczniczej wprowadzone są w zakresie szpitalowym (np. w art. 75). W przypadku samorządów gminnych domniemywa się kompetencje rady gminy, w przypadku powiatu w przepisach ustrojowych nie ma przepisu określającego domniemanie kompetencji, w samorządzie województwa domniemywa się kompetencje zarządu. W innych ustawach (np. w Prawie oświatowym) takie jednoznaczne uregulowanie kompetencji uporządkowało praktykę działania organów. Ponadto w obiegu prawnym pojawiają się kontrowersyjne akty nadzoru wojewodów oraz orzeczenia sądów administracyjnych, które nie sprzyjają racjonalnemu sprawowaniu nadzoru i kontroli nad SP ZOZ-ami. Przykładem		

			<p>jest wyrok WSA w Olsztynie IISA/OI 604/23, gdzie Sąd uznał, że organem właściwym w sprawie przeprowadzania kontroli w SP ZOZ jest rada gminy. Nie trzeba chyba szerzej wyjaśniać jakie problemy praktyczne może wywołać taki kierunek wykładni. Również wydaje się, że w sprawie zatwierdzania programów naprawczych decydujący głos powinien mieć organ wykonawczy.</p>		
10.	Art. 2 pkt 1	<p>Po pierwsze w projekcie ustawy brakuje zachęt do tworzenia związków dedykowanych wspólnemu prowadzeniu szpitala/szpitali (jeden z projektowanych przepisów wręcz zniechęca do wchodzenia w tego rodzaju współpracę). Wnosimy zatem o wprowadzenie mechanizmów (np. umorzenie zobowiązań publicznoprawnych, instrumenty wspierające restrukturyzację zobowiązań wobec dostawców), który zachęcałby samorzady do tworzenia związków. Jest to szczególnie istotne w przypadku łączenia potencjału szpitali, z których np. jeden jest w wyjątkowo złej kondycji finansowej.</p> <p>Ponadto zwracamy uwagę, że do związków JST nie mogą</p>			



	<p>przystępować samorządy województw. Biorąc pod uwagę fakt, że duża część szpitali jest prowadzona przez samorządy województw i często konkurują one o pacjentów ze szpitalami powiatowymi czy miejskimi, wydaje się, że ustawa o działalności leczniczej powinna w drodze wyjątku dopuszczać udział samorządu województw w związkach JST prowadzących szpital/szpital (w zakresie przystąpienia samorządu województw do takiego związku odpowiednio zastosowanie mogłyby mieć przepisy ustawy o samorządzie powiatowym).</p> <p>Wreszcie zwracamy uwagę, że w ustawie o działalności leczniczej po art. 67a powinna zostać wprowadzona odrębna jednostka redakcyjna odnosząca się do trybu przejęcia funkcji podmiotu tworzącego z JST na związek JST. Należy założyć, że jeżeli samorządy zdecydują się na prowadzenie szpitali przez związek decyzja w tej sprawie będzie podejmowana na etapie tworzenia związku (jest to istotne z punktu widzenia ustalenia w statucie chociażby zasad partycypacji w kosztach czy rozliczeń majątkowych). Zatem procedura przewidziana w art. 67a ustawy o działalności leczniczej jest niewystarczająca,</p>			
--	---	--	--	--

		<p>bo żeby móc zawrzeć porozumienie podmiot przejmujący musi istnieć w dniu zawarcia porozumienia.</p> <p>Dodatkowo zgłaszamy uwagę redakcyjną – po słowie samorządu należy dodać terytorialnego.</p>			
11.	Art. 2 pkt 3 lit. a	Zwrot „członek zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego” zmienić na „przewodniczący zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego”.	Z obecnego brzmienia przepisu wynika, że każdy członek zarządu związku (organ kolegialny) będzie zasiadał w radzie społecznej lub wyznaczał swojego przedstawiciela. Wydaje się, że nie taka była intencja projektodawcy.		
12.	Art. 2 pkt 5 lit. a w zakresie zmiany art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej	<p>Proponujemy wydłużenie terminu z 3 do 6 miesięcy na sporządzenie programu.</p> <p>Ponadto wnosimy o rozważenie wprowadzenia zapisu, aby obowiązek sporządzenia programu naprawczego dotyczył sytuacji, w których strata netto szpitala przewyższyła np. 5% wartości umów zawartych z NFZ.</p>	<p>Przepisy dotyczące programów naprawczych podlegają znacznej rozbudowie. Przygotowanie tak ważnego dokumentu nie powinno odbywać się w pośpiechu. Wskazuje na to również praktyka stosowania dotychczasowych przepisów.</p> <p>W naszej ocenie zapis wprowadzający 5% wartości straty netto w stosunku do umów zawartych z NFZ, ma na celu wyeliminowanie konieczności prowadzenia postępowania naprawczego w podmiotach, które notują minimalne straty. W naszej opinii, niezbyt racjonalne jest wprowadzanie rozbudowanego planu naprawczego w sytuacji, gdy</p>		

			wartość z umów z NZF wynosi 100 mln zł, podczas gdy zanotowana strata netto wyniosłaby 100 tys. zł.		
13.	Art. 2 pkt 5 lit. b w zakresie dodawanego ust. 6 w art. 59 ustawy o działalności leczniczej	Proponowany przepis w dużej mierze stanowi powtórzenie przepisu jaki był przewidziany w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa i który budził wątpliwości odnośnie jego praktycznego zastosowania.	<p>Obecnie jakość wojewódzkich planów transformacji budzi wątpliwości odnośnie ich praktycznej przydatności do planowania czegokolwiek na obszarze województwa.</p> <p>Kierownik SP ZOZ ma ograniczone kompetencje, aby uzgadniać zasady współpracy z innymi podmiotami w zakresie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, realizacji świadczeń czy połączenia podmiotu leczniczego z innymi podmiotami.</p> <p>Ponadto, program jest dokumentem jednostronnym. Nawet jeżeli postanowienia tego rodzaju znajdują się w planie naprawczym, nie oznacza to że inny podmiot będzie zobowiązany jego postanowieniami.</p> <p>Proponujemy wykreślić zapis dotyczący planowanych działań mających na celu podniesienie jakości – zła kondycja finansowa podmiotu leczniczego nie jest równoznaczna ze spadkiem jakości udzielanych świadczeń ponadto kwestie związane z jakością są uwzględniane w wewnętrznym systemie</p>		

			zarządzania jakością i bezpieczeństwem.		
14.	Art. 2 pkt 6 w zakresie dodawanego art. 59a ust. 7 ustawy o działalności leczniczej	Praktycznym problemem może być zdefiniowanie pojęcia istotności w odniesieniu do zmiany programu naprawczego.	Rozumiemy potrzebę wprowadzenia pewnej elastyczności w dokonywaniu zmian w zatwierdzonym programie, niemniej jednak powinien się pojawić przepis, który wskazywałby na to, które zmiany zawsze uważa się za istotne (albo za nieistotne). Ponadto o zmianach w programie naprawczym, które przez kierownika podmiotu leczniczego zostały uznane za nieistotne i tak powinien poinformować podmiot tworzący.		
15.	Art. 2 pkt 6 w zakresie dodawanego art. 59a ust. 8 ustawy o działalności leczniczej	Po pierwsze wątpliwości budzi czy aktualizacja jest czym innym niż zmianą programu naprawczego o charakterze nieistotnym.  Po drugie wnosimy o to aby obowiązek aktualizacji był dokonywany nie rzadziej niż raz na pół roku.	Poważne zastrzeżenia budzi projektowany przepis, który w istocie marginalizuje rolę podmiotu tworzącego. Aktualizacja programu może mieć dowolny kierunek, na który podmiot tworzący nie ma żadnego wpływu. Ponadto nie wiadomo jaka jest relacja ust. 8 do ust. 7.  Aktualizacja raz na kwartał spowoduje, że SPZOZ może być w permanentnej aktualizacji programu naprawczego.		
16.	Art. 2 pkt 6 w zakresie dodawanego art. 59b ust. 1 pkt 1 i 2	Termin 14-dniowy proponujemy zamienić na 45-dniowy albo zostawić termin 14 dniowy ale liczony do dnia sporządzenia	Zaproponowany przez projektodawcę termin 14 dni jest zbyt krótki, biorąc pod uwagę fakt jak wygląda zamknięcie		

	ustawy o działalności leczniczej	sprawozdania finansowego za rok obrotowy.	roku obrotowego i jakie czynniki mogą mieć wpływ na jego ostateczny kształt.		
17.	Art. 2 pkt 7	Proponowany przepis w zakresie odpowiedzialności solidarnej samorządów tworzących związek za zobowiązania likwidowanego SP ZOZ skutecznie zniechęca do łączenia potencjału szpitali, z których część jest obecnie w złej kondycji finansowej. Należy zauważyć, że zgodnie z przepisami samorządowym (np. art. 67 ust. 2 pkt 6) to statut związku określa zasady pokrywania strat związku.			
18.	OSR pkt 4	Odnosnie szacowania liczby związków – zwracamy uwagę, że obecnie istniejące związki JST raczej nie będą zainteresowane prowadzeniem szpitali (związki realizujące zadania geodezyjne, zaopatrzenia w wodę, promujące samorządy itp.). Raczej powinna zostać oszacowana potencjalna liczba związków JST, które po wejściu w życie przepisów będą prowadziły podmioty lecznicze.			
19.	OSR pkt 6	Nie da się naprawić systemu ochrony zdrowia bez nakładów finansowych (w tym zmiany wyceny świadczeń). Z rozczarowaniem przyjmujemy fakt, że na wdrożenie ustawy przewidziano 0 zł.			

