



## Stanowisko

### Komisji ds. Ochrony Zdrowia Związku Województw RP

z dnia 03 kwietnia 2023 roku

*w sprawie poparcia dla zmiany ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych polegającej na wprowadzeniu mechanizmu pośredniej waloryzacji wysokości wynagrodzenia jakie otrzymują świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej*

Komisja ds. Zdrowia Związku Województw RP popiera wystąpienie o zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, której celem będzie wprowadzenie mechanizmu pośredniej waloryzacji wysokości wynagrodzenia jakie otrzymują świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej. Rozwiązanie takie jest bardzo potrzebne dla bezpiecznego i stabilnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz dzięki projektowanym zapisom, pozwoli na zwiększenie roli podmiotów tworzących, zarządzających jednostkami ochrony zdrowia oraz organizacji pacjentów w obszarze zdrowia.

#### **Stan aktualny**

Obecnie w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej u.ś.o.z.) brakuje instrumentu, który obligowałby podmioty odpowiedzialne za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (minister właściwy do spraw zdrowia) oraz określania zasad zmian poziomu lub sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dalej AOTMiT) i podejmowania działań zmierzających do dostosowania wysokości cen świadczeń opieki zdrowotnej do rosnących kosztów ich udzielania, a wynikających z czynników makroekonomicznych.

Daleko niedoskonałą namiastką takiej regulacji stanowi art. 31ha u.ś.o.z., wprowadzony ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2022 poz. 1352), który wszedł w życie 29 czerwca 2022 r.

Zgodnie z art. 31ha ust. 1 u.ś.o.z., Prezes AOTMiT po otrzymaniu zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia dokonuje analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń

opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń oraz przygotowuje raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydaje rekomendację.

Przywołana regulacja po raz pierwszy miała zastosowanie przy zmianie wyceny świadczeń związanej z podwyżką wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia od 1 lipca 2023 r., niemniej jednak jest ona obciążona wadami. Do najważniejszych należą:

- 1) możliwość zastosowania regulacji jedynie w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (mechanizm podwyżkowy przewidziany w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych 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 zapewnienia udziału partnerów społecznych, w szczególności podmiotów reprezentujących świadczeniodawców, w formie konsultacji publicznych dokumentów opracowanych przez AOTMiT;
- 3) brak mechanizmu zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia do zlecenia wyceny w przypadku wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z czynnika inflacyjnego;
- 4) uzależnienie wysokości zmiany w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 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 zawarcia w umowach na roboty budowlane, dostawy lub usługi, zawarta 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);
- 4) ustawę z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych;
- 4) ustawy podatkowe.

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.

Publiczne nakłady na ochronę zdrowia w Polsce, zarówno w stosunku do PKB, w ujęciu nominalnym jak również przy uwzględnieniu siły nabywczej pieniądza są jednym z najniższych wśród europejskich państw będących członkami OECD. Według dostępnych danych, w Polsce nie przekraczają one 5% PKB (zgodnie z wadliwą metodologią z art. 131c u.ś.o.z. w 2021 r. powinny one wynieść 5,30% PKB).



Źródło: opracowano na podstawie

<https://stats.oecd.org/>

Dla porównania, w 2021 r. publiczne nakłady na ochronę zdrowia w Austrii wyniosły 9,6% PKB, w Danii 9,3% PKB, w Estonii 5,9% PKB, w Niemczech 11% PKB, na Węgrzech 5,3% PKB, w Islandii 8,1% PKB, w Irlandii 5,3% PKB, w Litwie 5,5% PKB, w Holandii 9,6% PKB, w Portugalii 7,2% PKB, w Słowenii 6,8% PKB, w Szwecji 9,8% PKB, w Wielkiej Brytanii 9,9% PKB.

## Proponowane rozwiązania.

- 1) W projekcie 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.
- 2) Projektowany przepis przewiduje możliwość zgłaszania przez partnerów społecznych uwag do raportu i rekomendacji Prezesa Agencji.
- 3) 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.
- 4) Proponuje się nałożenie na Prezesa GUS obowiązku publikacji (w oparciu o wstępne sprawozdania MZ-03) informacji o inflacji sektorowej w ochronie zdrowia.
- 5) 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 z uwzględnieniem wielu czynników kosztotwórczych, jak między innymi: średnioroczny wskaźnik cen leków, żywności, sprzętu jednorazowego, odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych, paliwa (gaz), zużycia pozostałych materiałów, energii elektrycznej, energii cieplnej, energii (pozostałe), usług remontowych, usług transportowych, usług medycznych obcych, podatków i opłat, wynagrodzeń umów zleceń i dzieło.

- 6) Przepisy określają minimalną zawartość raportu opracowanego przez AOTMiT. Należy przy tym zaznaczyć, że w projekcie ustawy nie przewiduje się automatycznego (tj. o wskaźnik inflacji) przeliczenia wartości kontraktów zawartych pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ, a jedynie wzięcia przez Agencję przy zmianie zasad finansowania czynników makroekonomicznych mogących mieć wpływ na koszty udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- 7) W stosunku do obecnie obowiązujących przepisów, 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, jakie partnerzy społeczni będą mogli przekazać do raportu i rekomendacji.

Komisja ds. Zdrowia Związku Województw RP wnioskuje o poparcie inicjatywy zmiany ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i wprowadzenie mechanizmu pośredniej waloryzacji wysokości wynagrodzenia, jakie otrzymują świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej. Inicjatywa ta zaproponowana przez Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej powstaje przy współpracy Związku Powiatów Polskich, Związku Miast Polskich, Związku Szpitali Powiatowych, przy wsparciu organizacji pozarządowych działających na rzecz Pacjentów. W naszej ocenie będzie to ważny krok w kierunku podniesienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce i zapewnieniu stabilnego działania placówek medycznych.



Roman Kolek

Przewodniczący Komisji  
ds. Ochrony Zdrowia  
Związku Województw RP