

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 zwiększenia nakładów finansowych ze środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia oraz uregulowanie kwestii przeznaczenia środków publicznych na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy specjalistów oraz lekarzy rezydentów.

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%).

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 pomiędzy 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, zwany dalej „NFZ”, 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.

Konsekwencją zmiany brzmienia art. 131 d ustawy o świadczeniach jest konieczność dostosowania brzmienia art. 97 ust. 8 oraz 116 ust. 1 pkt 5a tej 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 zmiana art. 16i oraz art. 16j ust. 2 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. Jednocześnie w proponowanym przepisie art. 16j ust. 2 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 zatrudniania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiotach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie ze zmienianym art. 16j (dodawane ust. 2b – 2r) 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 wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej wymiarowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16j ust. 5, o kwotę 700 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny albo 600 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w innej dziedzinie medycyny. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz będzie składał za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, zwanego dalej „SMK”, do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego

lekarza. Zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługiwać będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację.

W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu, będzie ulegał proporcjonalnemu skróceniu.

Wojewoda potwierdzając zakończenie szkolenia specjalizacyjnego zawiadomi lekarza za pomocą SMK o okresie realizacji ww. zobowiązania.

W przypadku, gdy lekarz nie wywiąże się z zobowiązania wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji, będzie obowiązany do zapłaty kary w wysokości równej iloczynowi liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego oraz kwoty odpowiadającej temu zwiększeniu. Kara ta będzie proporcjonalnie zmniejszana w przypadku przepracowania przez lekarza części tego okresu.

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 z NFZ, 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. 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 dentystów oraz na jakość udzielanych przez nich świadczeń. 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.

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 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.

Przepisy art. 4–9 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 niniejszą ustawą na podwyżkę wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów do wysokości 6750 zł brutto miesięcznie, regulujące 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 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 oraz postanowień umowy, o których mowa w art. 7 ust. 2 projektu ustawy, nie będzie się stosować do tego lekarza.

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 ocenią możliwość ich dalszego wzrostu.

Przepisy dotyczące wzrostu wynagrodzeń 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 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.

Projekt przewiduje, że dyrektorzy wojewódzkich oddziałów 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 specjalistom wynagrodzeń zgodnie z projektowaną ustawą. Podmioty lecznicze zobowiązane będą do przeznaczenia tych środków na zapewnienie wzrostu wynagrodzeń lekarzom specjalistom zgodnie z projektowaną ustawą. Środki nieprzeznaczone na ten cel będą podlegały zwrotowi.

Projekt przewiduje, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2018 r.

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.