

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692). Zgodnie z tym upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, mając na uwadze specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy, lub grupy świadczeń oraz konieczność zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wysokiej jakości.

Celem projektowanego rozporządzenia jest aktualizacja katalogu wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszaru zarządczego, stanowiących załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1349). W obowiązującym rozporządzeniu wskaźniki jakości opieki zdrowotnej zostały przyporządkowane do trzech obszarów: klinicznego, konsumenckiego oraz zarządczego, przy czym obszar zarządczy obejmuje wskaźniki odnoszące się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania.

Projektowana zmiana polega na dodaniu trzech wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszaru zarządczego wskazanych w załączniku nr 3 do rozporządzenia, w części II „opisywany przez parametr stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu”.

W ramach projektowanej regulacji wprowadza się trzy wskaźniki jakości opieki zdrowotnej dotyczące zasobów kadrowych świadczeniodawcy. Pierwszy z nich obejmuje udział całkowitych kosztów zasobów kadrowych w przychodach z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Drugi wskaźnik obejmuje udział kosztów zasobów kadrowych z tytułu umów o pracę w wartości kosztów zasobów kadrowych ogółem. Trzeci wskaźnik obejmuje udział kosztów zasobów kadrowych osób wykonujących zawód medyczny w kosztach zasobów kadrowych ogółem.

Wprowadzenie wskazanych wskaźników ma na celu uzupełnienie obszaru zarządczego o parametry pozwalające na ocenę struktury kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z zapewnianiem zasobów osobowych niezbędnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasoby kadrowe stanowią jeden z

podstawowych elementów warunkujących prawidłową organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, ciągłość ich udzielania oraz zdolność świadczeniodawcy do zapewniania pacjentom opieki odpowiedniej jakości. Uwzględnienie w katalogu wskaźników parametrów odnoszących się do kosztów zasobów kadrowych pozwoli na pełniejsze monitorowanie aspektów zarządczych funkcjonowania świadczeniodawców, w szczególności w zakresie relacji pomiędzy kosztami personelu a przychodami uzyskiwanymi z tytułu realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Projektowane wskaźniki zostały skonstruowane w sposób umożliwiający ich odnoszenie do danych pozostających w związku z realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz do kosztów wynagrodzeń personelu medycznego i niemedycznego, ponoszonych zarówno z tytułu zatrudnienia na podstawie stosunku pracy, jak i z tytułu umów cywilnoprawnych, w tym umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych na podstawie art. 26 i art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156). Takie ujęcie pozwala na objęcie wskaźnikami różnych form organizacji pracy personelu występujących u świadczeniodawców, a jednocześnie umożliwia porównywanie struktury kosztów kadrowych w sposób spójny z konstrukcją projektowanych definicji.

Wprowadzenie wskaźnika udziału całkowitych kosztów zasobów kadrowych w przychodach z tytułu realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umożliwi ocenę, jaka część przychodów świadczeniodawcy z finansowania świadczeń ze środków publicznych jest przeznaczana na koszty personelu medycznego i niemedycznego. Wyłączenie z podstawy przychodów finansowania leków i substancji czynnych w programach lekowych i chemioterapii oraz RDTL ma na celu ograniczenie ryzyka zniekształcenia wartości wskaźnika przez kategorie przychodów, które ze względu na swoją specyfikę nie odzwierciedlają wprost zasobochłonności kadrowej udzielanych świadczeń.

Wprowadzenie wskaźnika udziału kosztów zasobów kadrowych z tytułu umów o pracę w wartości kosztów zasobów kadrowych ogółem pozwoli na ocenę struktury zatrudnienia u świadczeniodawców z perspektywy udziału kosztów wynikających ze stosunku pracy w ogólnej wartości kosztów zasobów kadrowych. Wskaźnik ten będzie obrazował relację pomiędzy kosztami zatrudnienia pracowniczego a kosztami wynikającymi z innych form zaangażowania personelu, w szczególności umów cywilnoprawnych i umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzenie wskaźnika udziału kosztów zasobów kadrowych osób wykonujących zawód medyczny w kosztach zasobów kadrowych ogółem umożliwi ocenę struktury kosztów kadrowych świadczeniodawcy z punktu widzenia udziału kosztów osób wykonujących zawód medyczny w łącznych kosztach ponoszonych na rzecz personelu medycznego i niemedycznego. Wskaźnik ten może stanowić istotne uzupełnienie informacji o sposobie alokacji zasobów osobowych w podmiotach udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Ewentualne skutki finansowe związane z wykorzystaniem wyników projektowanych wskaźników będą zależne od współczynników korygujących określanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowana regulacja ma charakter systemowy i uzupełniający wobec obecnie obowiązującego katalogu wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Nie zmienia ona zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ani warunków ich realizacji określonych w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych. Projekt nie określa również nowych świadczeń opieki zdrowotnej ani nie wprowadza zmian w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych. Jego przedmiotem jest wyłącznie aktualizacja katalogu wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w obszarze zarządczym.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Taki termin wejścia w życie jest uzasadniony potrzebą zapewnienia możliwie szybkiego stosowania zaktualizowanego katalogu wskaźników jakości opieki zdrowotnej w obszarze zarządczym. Jednocześnie projektowane przepisy nie wymagają od świadczeniodawców dostosowania warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, nie tworzą nowych obowiązków dotyczących organizacji procesu leczniczego oraz nie ingerują w prawa nabyte. Z tego względu wejście w życie rozporządzenia z dniem następującym po dniu ogłoszenia nie narusza zasad demokratycznego państwa prawnego.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt rozporządzenia nie dotyczy majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej.

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 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, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji 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).

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.