



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-14-17

Druk nr 1322

Warszawa, 21 lutego 2017 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych z projektami aktów
wykonawczych.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Beata Szydło

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) pkt 7a otrzymuje brzmienie:

„7a) kompleksowa opieka zdrowotna (kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej) – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;”;

b) pkt 28a otrzymuje brzmienie:

„28a) poradnia przyszpitalna – komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, 1579 i 1948) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2015 r. poz. 1438), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice – w tej samej gminie, i tworzącą funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym;”;

2) w art. 55:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu podstawowego

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60.

szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.”;

3) po dziale IVa dodaje się dział IVb w brzmieniu:

„DZIAŁ IVB

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 95l. 1. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

2. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się następujące poziomy:

- 1) szpitale I stopnia;
- 2) szpitale II stopnia;
- 3) szpitale III stopnia;
- 4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
- 5) szpitale pediatryczne;
- 6) szpitale ogólnopolskie.

3. Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których te świadczenia udzielane są w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, zwanych dalej „profilami”.

4. Poziomy systemu zabezpieczenia są określane przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach następujących profili:

- 1) poziom szpitali I stopnia:
 - a) chirurgia ogólna,

- b) choroby wewnętrzne,
 - c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
 - d) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
 - e) pediatria;
- 2) poziom szpitali II stopnia:
- a) chirurgia dziecięca,
 - b) chirurgia plastyczna, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
 - c) kardiologia,
 - d) neurologia,
 - e) okulistyka,
 - f) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
 - g) otorynolaryngologia,
 - h) reumatologia, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
 - i) urologia;
- 3) poziom szpitali III stopnia:
- a) chirurgia klatki piersiowej,
 - b) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
 - c) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
 - d) choroby płuc,
 - e) choroby płuc dla dzieci,
 - f) choroby zakaźne,
 - g) choroby zakaźne dla dzieci,
 - h) kardiochirurgia,
 - i) kardiochirurgia dla dzieci,
 - j) kardiologia dla dzieci,
 - k) nefrologia,
 - l) nefrologia dla dzieci,
 - m) neurochirurgia,
 - n) neurochirurgia dla dzieci,
 - o) neurologia dla dzieci,
 - p) okulistyka dla dzieci,
 - q) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
 - r) otorynolaryngologia dla dzieci,

- s) toksykologia kliniczna,
 - t) toksykologia kliniczna dla dzieci,
 - u) transplantologia kliniczna,
 - v) transplantologia kliniczna dla dzieci,
 - w) urologia dla dzieci;
- 4) poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:
- a) dla szpitali onkologicznych:
 - brachyterapia,
 - ginekologia onkologiczna,
 - chemioterapia hospitalizacja,
 - chirurgia onkologiczna,
 - chirurgia onkologiczna dla dzieci,
 - hematologia,
 - onkologia i hematologia dziecięca,
 - onkologia kliniczna,
 - radioterapia,
 - terapia izotopowa,
 - transplantologia kliniczna,
 - transplantologia kliniczna dla dzieci,
 - b) dla szpitali pulmonologicznych:
 - chemioterapia hospitalizacja,
 - chirurgia klatki piersiowej,
 - chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
 - choroby płuc,
 - choroby płuc dla dzieci;
- 5) poziom szpitali pediatrycznych – wszystkie profile dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego;
- 6) poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego.

Art. 95m. 1. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa.

2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

3. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, jeżeli spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) w odniesieniu do poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–5:
 - a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5,
 - b) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 2 i 3, z zastrzeżeniem ust. 9,
 - c) spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ust. 6 albo 7 lub 8 oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 12 pkt 1,
 - d) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:
 - okres trwania umowy, w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,
 - umowa, w odniesieniu do wszystkich profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego systemu zabezpieczenia, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d;

2) w odniesieniu do poziomu, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6:

a) jest:

- instytutem, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079, 1311 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 202), albo
- podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez uczelnię medyczną w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra,

b) spełnia kryteria kwalifikacji do tego poziomu określone w ust. 6,

c) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

- okres trwania umowy wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,
- umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

4. Do okresu trwania umowy, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lit. a, b i d oraz pkt 2 lit. c, zalicza się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki wstąpił świadczeniodawca określony w ust. 2 na podstawie ustawy lub czynności prawnej, w tym umowy przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5.

5. Podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej warunek ten rozpatruje się łącznie z kryterium zapewniania kompleksowej opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

6. Kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, dokonuje się w oparciu o następującą, minimalną liczbę profili określonego rodzaju:

- 1) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 1 – dwa profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1;

- 2) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 2 – sześć profili spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1 i 2, w tym trzy profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 2;
- 3) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 3 – osiem profili spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1–3, w tym trzy profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 3;
- 4) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 4:
 - a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – sześć profili spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a,
 - b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – dwa profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. b;
- 5) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 5 – trzy profile spośród profili, o których mowa w art. 95l ust. 4 pkt 5;
- 6) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 6 – jeden profil spośród profili, o których mowa w art. 95l ust. 4 pkt 6.

7. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, może zostać ustalona mniejsza liczba profili, w stosunku do liczby profili wskazanej w ust. 6, nie mniejsza jednak niż:

- 1) dla poziomów określonych w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 – jeden profil charakteryzujący dany poziom;
- 2) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 4:
 - a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – trzy profile charakteryzujące ten poziom,
 - b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – jeden profil charakteryzujący ten poziom.

8. Kwalifikacja świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia w oparciu o liczbę profili wskazanych w ust. 7 następuje przy jednoczesnym spełnieniu przez świadczeniodawcę co najmniej jednego z warunków dodatkowych w zakresie:

- 1) wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu;
- 2) zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu, na danym terenie;

- 3) struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach profilu;
- 4) zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, możliwe jest odstępianie od wymogu dotyczącego profilu określonego w ust. 3 pkt 1 lit. b.

10. W celu zagwarantowania kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy udzielają świadczeń gwarantowanych:

- 1) na każdym z poziomów systemu zabezpieczenia:
 - a) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem, że w przypadku porad specjalistycznych, dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom wskazanym zgodnie z ust. 12 pkt 4,
 - b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,
- 2) w przypadku poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3 – udzielanych w ramach profili innych niż określone dla tego poziomu w art. 95l ust. 4 pkt 3, w ramach profili w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d – pod warunkiem posiadania do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych wskazanych w pkt 1 i 2, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

11. W celu zagwarantowania kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, w ramach poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, zapewniają świadczeniobiorcom również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:

- 1) w ramach dodatkowych profili innych niż określone dla danego świadczeniodawcy na podstawie ust. 6 i 7 dla profili w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub

- 2) w ramach dodatkowych zakresów lub rodzajów świadczeń innych niż określone w ust. 10.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia,
- 2) dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 11,
- 3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych profili, zakresów i rodzajów świadczeń, w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 11,
- 4) wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom, o których mowa w ust. 10 pkt 1 lit. a

– uwzględniając potrzebę zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a także zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 95n. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, działając na zasadach określonych w art. 95m i ust. 3, ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujący wskazanie:

- 1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa;
- 2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili, zakresów lub rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z art. 95m ust. 3 pkt 1 i 2 lit. b i c, ust. 10 i 11 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 i 4.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 marca z okresem obowiązywania 4 lat, z zastrzeżeniem ust. 14. Wykaz obowiązuje od dnia 1 lipca.

3. W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu

ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz nie spełnia pozostałych warunków kwalifikacji, o których mowa w art. 95m, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje opinię, o której mowa w ust. 3, w terminie 7 dni od otrzymania wniosku dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. W przypadkach niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, kwalifikacji do niewłaściwego poziomu systemu zabezpieczenia lub niewłaściwego wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2:

- 1) świadczeniodawca posiadający w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczącą udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d albo
- 2) świadczeniodawca, w stosunku do którego dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wystąpił o wydanie opinii, o której mowa w ust. 3

– może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, środek odwoławczy w postaci protestu.

6. Protest zawiera:

- 1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnoszącego protest oraz jego numer KRS albo numer REGON;
- 3) oznaczenie siedziby podmiotu wnoszącego protest;
- 4) wskazanie przedmiotu protestu wraz z uzasadnieniem;
- 5) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protestu, decyzję o:

- 1) uwzględnieniu protestu oraz:
 - a) zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia lub

- b) zmianie kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, lub
 - c) zmianie wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, albo
- 2) odmowie uwzględnienia protestu.

8. Od decyzji wydanej w zakresie ust. 7 pkt 1 i 2 świadczeniodawca może złożyć odwołanie do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia doręczenia tej decyzji. Do odwołania stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6.

9. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję, w której:

- 1) utrzymuje w mocy zaskarżoną decyzję albo
- 2) uchyla zaskarżoną decyzję w całości albo w części i przekazuje ją do ponownego rozpatrzenia przez dyrektora oddziału Funduszu, albo
- 3) umarza postępowanie odwoławcze.

10. Protest i odwołanie nie podlegają rozpatrzeniu, jeżeli:

- 1) zostały wniesione po terminie,
- 2) nie spełniają wymagań określonych w ust. 5, 6 i 8

– o czym dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu informuje na piśmie świadczeniodawcę wnoszącego protest lub odwołanie, w terminie 7 dni od dnia wniesienia protestu albo odwołania.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu albo odwołania, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

12. Terminy, o których mowa w ust. 5 i 8, uznaje się za zachowane, pod warunkiem doręczenia protestu lub odwołania niezawierającego braków formalnych do siedziby właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu lub centrali Funduszu.

13. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w ust. 1.

14. W przypadkach:

- 1) niezawarcia umowy, o której mowa w art. 159a, w terminie do dnia 30 czerwca albo

- 2) stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub do danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 1, lub
- 3) niewłaściwego wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2

– dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany w tym wykazie, polegającej na usunięciu świadczeniodawcy z wykazu, kwalifikacji do innego poziomu zabezpieczenia lub wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, w ramach których może on udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. Przepisy ust. 5–13 i 15 stosuje się odpowiednio.

15. Do postępowania, o którym mowa w:

- 1) ust. 1–4, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego;
 - 2) ust. 5–10 i 12–14, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.”;
- 4) w art. 107 w ust. 5 w pkt 24 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 25 w brzmieniu:
- „25) kwalifikacja świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia.”;
- 5) w art. 136 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
- 1) z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy;
 - 2) zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia, w kwocie zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, obejmuje się ryczałt systemu zabezpieczenia oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu

do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5.”;

6) po art. 136b dodaje się art. 136c w brzmieniu:

„Art. 136c. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a, są finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 2.

2. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.

3. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń.

4. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z uzasadnioną przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która miała wpływ na dane określone w ust. 3 pkt 2, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu.

5. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określi Prezes Funduszu.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia,
- 2) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2

– mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.”;

- 7) w art. 139 w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia po wyrazach „art. 159” dodaje się wyrazy „i art. 159a”;
- 8) po art. 159 dodaje się art. 159a w brzmieniu:

„Art. 159a. 1. Na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

2. W przypadku zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy, o której mowa w art. 95n ust. 14, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje zmiany lub rozwiązania umowy, o której mowa w ust. 1.

3. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1 lub 2.”.

Art. 2. 1. Tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”.

2. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa, jeżeli w tym zakresie spełnia on warunki określone w art. 95m ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 2, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz wskazanie profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na zasadach określonych w ust. 2 i 3 oraz 6, ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej

pierwszy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujący wskazanie:

- 1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa;
- 2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili, zakresów lub rodzajów, zgodnie z art. 95m ust. 3 pkt 1 i 2 lit. b i c, ust. 10 i 11 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 i 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

5. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 czerwca 2017 r. Wykaz obowiązuje od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.

6. W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 4, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz nie spełnia pozostałych warunków, o których mowa w art. 95m ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje opinię, o której mowa w ust. 6, w terminie 7 dni od otrzymania wniosku dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. Przepisy art. 95n ust. 5–15 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się odpowiednio.

Art. 3. 1. Do dnia 30 września 2017 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą

ustawą, obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie.

2. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujące udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawarte ze świadczeniodawcami niewymienionymi w wykazach, o których mowa w art. 2 ust. 4, wygasają z dniem 30 września 2017 r.

Art. 4. 1. W przypadku łączenia się podmiotów leczniczych, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje kwalifikacji podmiotu leczniczego powstałego w wyniku połączenia, o której mowa w art. 2 ust. 2 i 3, i zmiany wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4, w terminie do dnia 26 września 2017 r.

2. Warunkiem dokonania kwalifikacji w terminie, o którym mowa w ust. 1, jest przedstawienie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie:

- 1) do dnia 20 czerwca 2017 r. aktu o połączeniu;
- 2) do dnia 21 września 2017 r. zaświadczenia o wpisie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3. Terminy, o których mowa w ust. 2, uznaje się za zachowane, pod warunkiem wpływu dokumentów, o których mowa w ust. 2, do siedziby właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do dnia 26 czerwca 2017 r., zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wykaz podmiotów leczniczych, które przedstawiły akty o połączeniu, o których mowa w ust. 2 pkt 1.

5. Do kwalifikacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się art. 2 oraz odpowiednio przepisy art. 95n ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z tym że dniem ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4, jest dzień dokonania zmiany wykazu.

6. W przypadku łączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie stosuje się okresu, o którym mowa w art. 66 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

Art. 5. 1. Przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na pierwszy okres rozliczeniowy uwzględnia się dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 136c ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, które mają być finansowane w formie tego ryczałtu, udzielonych i sprawozdanych przez

świadczeniodawcę za rok 2015, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w latach 2015–2017.

2. W przypadku gdyby nie było możliwe uwzględnienie danych, o których mowa w ust. 1, za rok 2015, za podstawę wyliczenia ryczałtu przyjmuje się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcą lub okresu obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok.

3. Przepisy art. 136c ust. 1–5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się odpowiednio.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy, mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.

Art. 6. 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy – może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 września 2017 r.;
- 2) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi na podstawie art. 159a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy – może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 r.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w ust. 1, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Aktualny stan prawny

W aktualnym stanie prawnym, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą”, obowiązują – wprowadzone już na etapie wdrażania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanego dalej „systemem” – rozwiązania przewidujące niemal nieograniczoną możliwość ubiegania się świadczeniodawców o zawarcie umów realizacji świadczeń zdrowotnych w systemie. W okresowych postępowaniach konkursowych mogą brać udział wszyscy świadczeniodawcy spełniający warunki określone w ustawie oraz odpowiednich rozporządzeniach wykonawczych, w szczególności tzw. rozporządzeniach kosztowych wydawanych na podstawie art. 31d ustawy.

W kontekście funkcjonowania ww. systemu i możliwości osiągnięcia przez niego założonych celów systemu należy jednocześnie zwrócić uwagę na następujące fakty:

- 1) od momentu wejścia w życie ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1290), czyli już ponad 3 lata, zawieranie umów w systemie opiera się nie o postępowania konkursowe, ale aneksowanie umów;
- 2) ww. nowelizacja ustawy wprowadziła, jako jedno z podstawowych kryteriów zawierania umów, zasady ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pojęcie poradni przyszpitalnej jako miejsca realizacji świadczeń ambulatoryjnych.

Wprowadzone zmiany wskazywały, że już wtedy ocena możliwości realizacji celów systemu w oparciu o obowiązującą dotychczas zasadę (nieograniczonych) postępowań konkursowych była negatywna.

Pomimo takiej diagnozy nie zostały jednakże podjęte w tym zakresie odpowiednie działania – następowała jedynie konserwacja ww. nieefektywnego systemu w wyniku kolejnych procesów aneksowania umów.

Natomiast projektowana ustawa proponuje istotne zmiany w tym zakresie.

Należy w związku z tym zauważyć, że z punktu widzenia funkcjonowania systemu i możliwości realizacji jego celów, przyjęty sposób kontraktowania świadczeń ma

podstawowe znaczenie, ponieważ determinując decyzje świadczeniodawców zarówno co do zakresów i rodzajów kontraktowanych świadczeń, jak również co do ściśle z tym związanej kwestii struktur organizacyjnych oraz alokacji zasobów, w istotny sposób wpływa zarówno na poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, jak i efektywność systemu ochrony zdrowia.

Dlatego proponowana zmiana wynika z identyfikacji następujących zjawisk systemowych:

1. Zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły. Okresowe postępowania konkursowe, dotyczące wyodrębnionych zakresów/profilu świadczeń oraz systemy rozliczeń tych wyodrębnionych zakresów/profilu oparte, co zasady, na modelu *fee-for-service* oraz systemie rozliczeń Jednorodnych Grup Pacjentów, promowały, zamiast ww. kompleksowości, fragmentację procesu udzielania świadczeń. W efekcie zasadnicze znaczenie uzyskiwało rozliczenie wyodrębnionego zakresu/profilu świadczeń – stanowiącego od strony klinicznej tylko jeden z elementów procesu leczenia – kosztem udzielania świadczeń w sposób skoordynowany, gdzie pacjent miałby zapewniony dostęp do kompleksowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących nie poszczególne procedury, ale cały cykl leczenia. Należy zauważyć, że dotyczy to zarówno koordynacji świadczeń udzielanych w ramach poszczególnych zakresów świadczeń, jak i między zakresami (np. leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym leczeniem specjalistycznym). Konsekwencją takich zasad zawierania umów jest więc swoiste rozmycie wyrażnie niegdyś wyodrębnionych poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej. Stan taki utrudnia świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń w tym zakresie. Jest to jedna z istotnych cech obecnego systemu opieki zdrowotnej, oznaczająca poważne jego nieuporządkowanie i umożliwiającą rozwijanie aktywności podmiotów leczniczych, w szczególności podmiotów szpitalnych, w zbyt szerokim zakresie świadczeń zdrowotnych.
2. Występuje sytuacja kształtowania struktury świadczeniodawców funkcjonujących w systemie publicznym, jak i wewnętrznej struktury organizacyjnej, przede wszystkim w oparciu o produkty konkursowe/rozliczeniowe konstruowane przez płatnika świadczeń, a nie w oparciu o potrzeby zdrowotne.

3. Istniejące unormowania, poddające obecnie świadczeniodawców okresowym zmianom wynikającym z postępowań konkursowych, powodują po stronie szpitali permanentny stan niepewności co do przyszłych warunków finansowania ich działalności, co utrudnia racjonalne inwestycje oraz długofalową politykę kadrową, a także przyczynia się do marnotrawstwa zasobów.
4. Podobne nieefektywne zachowania dotyczą kształtowania wewnętrznych struktur organizacyjnych. Świadczeniodawcy często, aby uzyskać dodatkowe finansowanie, tworzyli dodatkowe oddziały i pododdziały szpitalne, co powodowało komplikację struktury organizacyjnej, a tym samym zarządczej jednostek. Łączna kwota kontraktu powstawała w wyniku sumowania kwot częściowych, które z kolei były wynikiem odrębnych postępowań konkursowych. Możliwość dokonywania przesunięć środków między kwotami częściowymi jest ograniczona i trudno uznać to za podstawę do racjonalnego i efektywnego zarządzania wielooddziałowym szpitalem jako całością. To z kolei często prowadziło do powstawania tzw. „nadwykonań” w niektórych zakresach świadczeń, przy jednoczasowym występowaniu tzw. „niewykonań”, tj. udzielaniu świadczeń poniżej wartości ustalonej w umowie. Połączenie finansowania „za usługę” z rozliczeniem na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów powodowało ponadto presję na rozliczanie świadczeń względnie lepiej taryfikowanych oraz ograniczanie kosztów własnych przez kierowanie bardziej skomplikowanych przypadków do innych podmiotów. To samo zjawisko obserwowane było na linii świadczenia szpitalne – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Świadczeniodawca działający w oparciu o tak rozumianą „racjonalność” funkcjonowania systemu, realizując oba zakresy świadczeń (ambulatoryjne i szpitalne), często udzielał świadczeń w ramach hospitalizacji, celem uzyskania większych przychodów.

Podstawowe założenia projektowanych zmian

Punktem wyjścia projektowanych zmian jest założenie, że opieka specjalistyczna, w szczególności leczenie szpitalne, wymaga szczególnego traktowania w systemie opieki zdrowotnej, z uwagi na takie aspekty jak:

- 1) kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych i świadczeń specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym;
- 2) kosztochłonność inwestycji w infrastrukturę medyczną;

- 3) konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju i w poszczególnych regionach i uporządkowanie struktury świadczeniodawców;
- 4) poddanie tej sfery działalności leczniczej szczególnym wymogom planowania w celu zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli oraz wykorzystania zasobów;
- 5) istotny element związany z funkcjonowaniem wspólnoty lokalnej i regionalnej.

Projektowana ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Zakłada się również, że do PSZ zostaną włączone (w części, która obecnie jest zakontraktowana w szpitalach będących częścią właściwego poziomu PSZ) świadczenia z zakresu:

- 1) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 2) rehabilitacji leczniczej;
- 3) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych;
- 4) programów lekowych oraz chemioterapii;
- 5) świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zawieranie umów na realizację świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w trybie konkursu ofert lub rokowań pozostanie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie porównania planu zakupu świadczeń zdrowotnych ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane przez świadczeniodawców w ramach systemu PSZ, przeprowadzi konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone. Jednocześnie ze świadczeniodawcami włączonymi do systemu PSZ nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139 ustawy (konkurs ofert, rokowania), dotycząca świadczeń objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę w ramach PSZ.

Zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień pozostaną bez zmian, tj. zakup świadczeń w tych zakresach będzie w dalszym ciągu następował w trybie konkursu ofert albo rokowań. Jednocześnie trzeba dodać, że w noweli ustawy zakłada się przedłużenie do końca 2017 r. obecnie

obowiązujących umów w drodze aneksów w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W odniesieniu do rehabilitacji leczniczej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w części, która nie zostanie włączona do PSZ, zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej pozostaną bez zmian.

W ramach PSZ zostanie wyodrębnionych sześć poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń. Zostanie przeprowadzona kwalifikacja świadczeniodawców do poszczególnych poziomów PSZ, która będzie odnosiła się do zakładu leczniczego świadczeniodawcy, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. W ramach kwalifikacji danemu szpitalowi zostanie przyporządkowany jeden z poziomów PSZ oraz wskazane zostaną profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których będzie on mógł udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ. Zatem obecnie prowadzony zakres działalności leczniczej będzie determinował w pierwszym kroku to, do jakiego poziomu zakwalifikowany będzie dany świadczeniodawca. Nie oznacza to jednak, że zakres ten determinuje przyszłe możliwości działania świadczeniodawcy.

Oprócz profili kwalifikujących do danego poziomu PSZ szpital zakwalifikowany do tego systemu będzie mógł realizować, na zasadach określonych w przepisach wykonawczych, również profile, rodzaje i zakresy dodatkowe, tj. takie, które nie wpływają na klasyfikację świadczeniodawcy w ramach PSZ.

Istotną różnicą między stanem obecnym a projektowanym jest to, że finansowanie dla świadczeniodawcy będzie oparte w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym (uwzględniającym odpowiednie wskaźniki dotyczące struktury udzielanych świadczeń) obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w PSZ (np. łącznie ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne i rehabilitację). Umożliwi to również elastyczne dostosowanie struktury wydatków do pojawiających się potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkanej na danym terenie oraz pozwoli zarządzającemu szpitalem na optymalizację struktury organizacyjnej jednostki. Innymi słowy ustawa wprowadza istotne narzędzie zarządcze po stronie osób stojących na czele podmiotów leczniczych.

Przyjmując ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń, zakłada się odstępianie od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ramach jednej kwoty całości opieki udzielanej pacjentom w danym okresie rozliczeniowym.

Obecnie rozliczanie usług zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego odbywa się na podstawie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Ten sposób ewidencji działalności szpitala nie zostanie zmieniony. Wysokość ryczałtu na następny rok będzie uzależniona od świadczeń wykonanych i sprawozdanych za poprzedzający okres rozliczeniowy.

Jednocześnie ustawa przewiduje wyodrębnienie środków na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom odpowiedniego dostępu do świadczeń.

Świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach PSZ, której szczegółowy zakres będzie uzależniony od kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia świadczeń.

Podstawowymi celami projektowanych zmian są:

1. Poprawienie dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności przez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Pacjent posiadający skierowanie do szpitala będzie mógł uzyskać świadczenia, w zależności od oceny specjalisty, zarówno w formie ambulatoryjnej, jak i szpitalnej oraz skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych. Jednocześnie działanie to powinno być podyktowane przede wszystkim aspektami zdrowotnymi (cyklem leczenia pacjenta), a nie rozliczeniowymi.
2. Zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach, jako warunek zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom.
4. Zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych.
5. Poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia.
6. Uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali.
7. Stworzenie mechanizmu przenoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.

Zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach zostanie zrealizowane przede wszystkim przez gwarancję zawarcia umowy ze szpitalem zakwalifikowanym do PSZ. Planowana zmiana modelu rozliczania w ramach umowy w PSZ będzie narzędziem uzupełniającym, które oprócz ww. celu podstawowego, ma również przyczynić się do zwiększenia elastyczności zarządzania w szpitalach.

Rozwiązania szczegółowe

Ze względu na doniosłość wprowadzanej nowej instytucji prawnej w zakresie zawierania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uzasadnione jest wyodrębnienie w ustawie odrębnego działu „System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej”.

W projektowanym art. 95l ust. 2 ustawy określono sześć poziomów PSZ. Każdy z poziomów został tu zdefiniowany przez wskazanie charakteryzujących go profili. Pod pojęciem profilu rozumie się w tym przypadku profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy. W przypadku niektórych profili doprecyzowano, że chodzi o jeden z poziomów referencyjnych, z uwagi na to, że zgodnie z ww. przepisami poszczególne poziomy referencyjne są traktowane jako odrębne profile.

Do poziomu szpitali I stopnia powinny należeć przede wszystkim szpitale o zasięgu powiatowym, realizujące najczęstsze świadczenia szpitalne o charakterze najbardziej podstawowym, które powinny być zabezpieczone jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Kolejny poziom systemu zabezpieczenia obejmuje już świadczenia o znacznym poziomie skomplikowania oraz gwarantuje, że świadczeniodawca przez otoczenie opieką znacznej liczby pacjentów będzie stale posiadał doświadczenie w prowadzeniu leczenia danego typu chorób.

Poziom szpitali III stopnia dotyczy, co do zasady, wieloprofilowych szpitali specjalistycznych spełniających obecnie najszersze wymagania, gdzie znów centralizacja leczenia jest podyktowana dbałością o bezpieczeństwo pacjenta.

Poziomy szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych oraz szpitali pediatrycznych zostały wyodrębnione odpowiednio ze względu na specyfikę i istotność danego rodzaju

świadczeń z punktu widzenia epidemiologii i kosztów oraz ze względu na szczególny charakter tej opieki.

Wyodrębnienie ogólnopolskiego poziomu systemu zabezpieczenia dla świadczeniodawców mających status instytutów oraz innych szpitali klinicznych utworzonych przez uczelnie medyczne lub ministrów jest uzasadnione szczególną rolą tych jednostek w sektorze opieki zdrowotnej, która obejmuje zarówno udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co do zasady na najwyższym poziomie, jak i prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej w ochronie zdrowia, oraz innymi względami podyktowanymi bezpieczeństwem państwa.

W projektowanym art. 95m określono zasady kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ oraz kryteria kwalifikacji do poszczególnych poziomów PSZ.

Podstawowe zasady kwalifikacji do PSZ dotyczą:

- 1) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poza podmiotami zakwalifikowanymi do poziomu szpitali ogólnopolskich oraz szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych), co jest z oczywistych względów konieczne dla szpitali należących do PSZ;
- 2) udzielania świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (w przypadku szpitali II i III stopnia);
- 3) posiadania w okresie co najmniej 2 lat kalendarzowych (do momentu kwalifikacji) umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie dotyczącym świadczeń, których dany szpital może udzielać w ramach PSZ, co wynika z potrzeby promowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Posiadanie takiej umowy wiąże się również z koniecznością spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;
- 4) udzielania (na podstawie zawartej umowy) świadczeń w trybie hospitalizacji, co przede wszystkim oznacza działanie w trybie tzw. „ostрым”.

W przypadku poziomu ogólnopolskiego kwalifikacja obejmie wszystkie podmioty mające status instytutu w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych albo będące podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez uczelnię medyczną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, pod warunkiem że realizują przynajmniej jeden profil szpitalny, na podstawie umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji, której okres trwania umowy wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

Projektowana ustawa ma na celu m.in. zagwarantowanie stabilnych reguł funkcjonowania w systemie opieki zdrowotnej oraz właściwego poziomu finansowania szpitalom, które już w obecnych warunkach pełnią podstawową rolę dla zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Posiadanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres 2 ostatnich lat kalendarzowych jest potwierdzeniem tej roli, stąd uzasadnione jest wprowadzenie takiego wymogu jako podstawowego warunku kwalifikacji. Wprowadzono również wymóg, aby ww. umowa dotyczyła udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.) (w odróżnieniu od pozostałych dwóch trybów, tj. hospitalizacji planowej i leczenia jednego dnia). Zakłada się bowiem, że szpitale udzielające świadczeń w ramach (pełnej) hospitalizacji oraz posiadające szpitalny oddział ratunkowy albo izbę przyjęć – co stanowi kolejny warunek kwalifikacji – są szpitalami działającymi w trybie „ostрым”, na których spoczywa główny ciężar leczenia pacjentów, w szczególności w odniesieniu do trudniejszych lub bardziej skomplikowanych przypadków, i które powinny stanowić systemową podstawę zabezpieczenia świadczeń szpitalnych.

Należy zaznaczyć, że PSZ stanowić ma podstawowy system zabezpieczenia świadczeń udzielanych w szpitalach, który nie pokryje jednak w pełni zapotrzebowania na te świadczenia. Dlatego, obok kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zachowany zostanie również dotychczasowy tryb zawierania umów o udzielanie tych świadczeń, na zasadzie konkursów ofert lub rokowań. W związku z tym niezakwalifikowanie danego szpitala do PSZ nie musi oznaczać, że będzie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie w dalszym ciągu ogłaszał postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając zidentyfikowane potrzeby zdrowotne oraz posiadane środki finansowe, w oparciu o sporządzony plan zakupu świadczeń dla danego województwa. Ponadto projektowane przepisy nie wykluczają możliwości wejścia do PSZ nowych podmiotów, w ramach kolejnej kwalifikacji do tego systemu, czyli na kolejny czteroletni okres obowiązywania wykazów ogłaszanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego

Funduszu Zdrowia, pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikacji – co stanie się możliwe w przypadku szpitali, które spełnią w międzyczasie wymagania dotyczące odpowiedniego okresu trwania umów z Funduszem, które będą zawierane, jak wskazano wyżej, również w trybie konkursowym.

Z punktu widzenia określenia relacji, jakie zachodzą między ww. warunkiem dotyczącym wymaganego okresu trwania umowy a zasadą swobody działalności gospodarczej, należy wskazać, że podstawowym celem działania publicznego systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie obywatelom właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, nie zaś zapewnienie swobody przedsiębiorczości. W kontekście uregulowań prawnych służących poprawie efektywności funkcjonowania tego systemu, do których należy projektowana ustawa, prawo obywateli do właściwej ochrony zdrowia i życia musi być traktowane jako wartość nadrzędna w stosunku do wolności działalności gospodarczej, w hierarchii wartości podlegających konstytucyjnej ochronie.

W projektowanym art. 95m określono również kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, oparte na liczbie realizowanych profili.

Przyjęto, że co do zasady warunkiem kwalifikacji do poszczególnych poziomów jest realizacja świadczeń w ramach co najmniej:

- 1) dla poziomu szpitali I stopnia – dwóch profili spośród wskazanych dla tego poziomu;
- 2) dla poziomu szpitali II stopnia – sześciu profili spośród profili wskazanych dla dwóch pierwszych poziomów, w tym trzech profili wskazanych dla poziomu szpitali II stopnia;
- 3) dla poziomu szpitali III stopnia – ośmiu profili spośród profili wskazanych dla trzech pierwszych poziomów, w tym trzech profili spośród wskazanych dla poziomu szpitali III stopnia;
- 4) dla poziomu szpitali onkologicznych i pulmonologicznych:
 - a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – sześciu profili spośród profili wskazanych dla szpitali onkologicznych,
 - b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – dwóch profili spośród profili wskazanych dla szpitali pulmonologicznych;
- 5) dla poziomu szpitali pediatrycznych – trzech profili spośród profili wskazanych dla poziomu pediatrycznego;

6) dla poziomu ogólnopolskiego – jednego profilu szpitalnego.

Ponadto określono zasady, w oparciu o które, na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia, w przypadku konieczności zabezpieczenia właściwego dostępu do świadczeń, będzie możliwe obniżenie ww. liczby profili w celu dokonania kwalifikacji do danego poziomu PSZ.

W omawianym przepisie określono również inne, niż wynikające z profili kwalifikujących, świadczenia opieki zdrowotnej, które mogą być zabezpieczane w ramach PSZ przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, oraz warunki, po których spełnieniu mogą one być udzielane.

Ponadto przewidziano możliwość udzielania, przez szpitale zakwalifikowane do poszczególnych poziomów PSZ, również określonych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych profili, zakresów i rodzajów.

W drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, uwzględniającego potrzebę zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zostaną określone:

- 1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów PSZ;
- 2) dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów będą mogli udzielać świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy będą mogli udzielać świadczeń w ramach dodatkowych profili, zakresów i rodzajów świadczeń;
- 4) porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom.

W projektowanym art. 95n określono sposób i tryb kwalifikacji szpitali do poszczególnych poziomów PSZ.

W związku z tym, że kryteria kwalifikacji określone w projektowanej ustawie i wydanych na jej podstawie przepisach wykonawczych pozwolą na jednoznaczne wskazanie podmiotu zakwalifikowanego do danego poziomu systemu zabezpieczenia oraz wskazanie dla niego profili, rodzajów i zakresów, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w PSZ, przewiduje się, że wykazy

świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów ogłaszać będą dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w odniesieniu do podmiotów prowadzących działalność na terytorium danego województwa. Ogłoszenie takiego wykazu będzie miało charakter czynności techniczno-administracyjnej. Kryteria kwalifikacji świadczeniodawców określone w projektowanej ustawie i rozporządzeniu nie będą pozostawiać w tym względzie żadnego pola uznaniowości dyrektorom oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia – ich rolą będzie wyłącznie zbadanie, czy świadczeniodawca spełnia jednoznaczne kryteria określone w projektowanych przepisach ustawy i przepisach wykonawczych.

Świadczeniodawca wymieniony w ww. wykazie uzyskiwałby prawo zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do profili kwalifikujących oraz dodatkowych profili, zakresów i rodzajów świadczeń, które zostaną dla niego wskazane w ramach kwalifikacji.

Kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie się dokonywać na okres kolejnych 4 lat kalendarzowych. Przyjęty okres kwalifikacji stanowi kompromis między potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji systemu, z możliwością jego poszerzenia o nowe podmioty.

Pierwsze wykazy podmiotów zakwalifikowanych do PSZ zostaną ogłoszone nie później niż do dnia 27 marca 2017 r., z terminem obowiązywania od dnia 1 lipca 2017 r.

Dodatkowo dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia mógłby, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, zakwalifikować do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa świadczeniodawcę, który nie spełnia warunków kwalifikacji, w przypadku stwierdzenia, iż jest to niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Nie dotyczy to poziomu ogólnopolskiego. Sformułowano tu jednak warunek, iż taki podmiot musi posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, obowiązującą w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1.

W związku z tym, iż w trakcie trwania okresu obowiązywania wykazu mogą nastąpić po stronie świadczeniodawcy zmiany istotne z punktu widzenia spełniania kryteriów kwalifikacji do PSZ, wprowadzono regulację upoważniającą dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do dokonywania w takich

przypadkach odpowiednich zmian w wykazach. Dotyczy to wyłącznie takich sytuacji, gdy dany podmiot w tym czasie przestanie spełniać określone warunki kwalifikacji. Zmiana wykazu może zatem polegać albo na usunięciu szpitala z wykazu, albo na przesunięciu go do innego poziomu zabezpieczenia, albo ewentualnie na ograniczeniu liczby profili, zakresów lub rodzajów, w ramach których może on udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ. Natomiast poszerzenie wykazów o nowe podmioty będzie możliwe dopiero przy kwalifikacji na kolejny 4-letni okres.

Ponadto dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie dokonywał odpowiedniej zmiany w wykazie również w przypadku niezawarcia przez świadczeniodawcę, w terminie do dnia 30 czerwca, umowy, dotyczącej udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ. Uzasadnione jest usuwanie z wykazu podmiotów, które nie zawrą z Narodowym Funduszem Zdrowia, we wskazanym terminie, umów będących podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia. W przeciwnym razie mogłaby powstać wątpliwość, czy taki podmiot mógłby ubiegać się o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w późniejszym okresie, w trakcie obowiązywania wykazu.

W związku z możliwością wystąpienia przypadków kwestionowania przez świadczeniodawców ewentualnego niezakwalifikowania do PSZ lub sposobu kwalifikacji w omawianym artykule wprowadzono postępowanie odwoławcze, przewidujące możliwość złożenia protestu do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz odwołania od decyzji w sprawie rozpatrzenia tego protestu – do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W art. 136 ust. 2 ustawy zaproponowano zmianę polegającą na dodaniu przepisu stanowiącego, że w kwocie zobowiązania dotyczącego umowy ze świadczeniodawcą zakwalifikowanym do PSZ wyodrębnione zostaną środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

W dodanym art. 136c określono sposób rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami w ramach PSZ. Formą rozliczania tych świadczeń, z zastrzeżeniem wyłączenia zawartego w zmienionym art. 136 ust. 2, będzie specjalny ryczałt, określony jako ryczałt systemu zabezpieczenia.

Ryczałt systemu zabezpieczenia ustalany będzie na okres rozliczeniowy określony w umowie ze świadczeniodawcą, nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Przy ustalaniu wysokości tego ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględniane będą:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określonych w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju świadczeń,
 - b) cen świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń.

Ponadto, mając na uwadze możliwość zaistnienia stanów faktycznych, które mogą wpłynąć na liczbę i rodzaj udzielanych świadczeń – a w konsekwencji na wysokość ryczałtu – przewidziano również rozwiązanie uwzględniające taką sytuację. I tak, w przypadku wystąpienia przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (regulowanej w § 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz w przypadku wystąpienia innych uzasadnionych sytuacji, związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, przewidziano możliwość dokonania odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o ryczałt systemu zabezpieczenia określi Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szczegółowy sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia zostanie określony w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Określi ono ponadto wykaz świadczeń, na których sfinansowanie wyodrębnione zostaną środki w ramach kwoty zobowiązania, zgodnie ze zmienionym art. 136 ust. 2.

Przez dodanie projektowanego art. 159a ustawy nakłada się na dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązek złożenia wszystkim świadczeniodawcom udzielającym świadczeń na terenie danego województwa, wymienionym w wykazach świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ, ofert zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowy te obejmować będą

świadczenia, których zgodnie z tym wykazem dany podmiot może udzielać w ramach PSZ, i zawierane będą na okres obowiązywania wykazów. Jednocześnie przewidziano, iż ze świadczeniodawcą posiadającym umowę w ramach PSZ nie będzie mogła zostać zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139 ustawy, dotycząca tych samych świadczeń opieki zdrowotnej.

Poza powyższym zastrzeżeniem projektowane przepisy nie wprowadzają żadnych zmian w odniesieniu do możliwości ubiegania się przez podmioty wykonujące działalność leczniczą o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursów ofert lub rokowań.

Umowy zawarte w trybie przewidzianym w projektowanym art. 159a ustawy będą podlegały wszelkim zasadom dotyczącym ogółu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikającym z ustawy oraz przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, z wyjątkiem sposobu rozliczania kosztów świadczeń, uregulowanego w art. 136c.

Ponadto w ustawie wprowadzono następujące zmiany:

- 1) zmieniono art. 5 pkt 7a ustawy przez poszerzenie i doprecyzowanie definicji kompleksowości. W obowiązującej definicji kompleksowość rozumiana jest wyłącznie w ramach danego zakresu świadczeń, natomiast istotą kompleksowości jest również możliwość koordynacji udzielania świadczeń między poszczególnymi zakresami;
- 2) zmieniono art. 5 pkt 28a ustawy przez rozszerzenie i doprecyzowanie definicji poradni przyszpitalnej.

W art. 55 ustawy wprowadzono nową regulację dotyczącą nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zgodnie z którą świadczenia z tego zakresu będą udzielane w pierwszej kolejności przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ, a jedynie subsydiarnie będą mogły być kontraktowane na zasadach konkursowych. Celem tej zmiany jest zapewnienie realizacji ww. świadczeń przede wszystkim przez podmioty prowadzące jednocześnie izby przyjęć lub szpitalne oddziały ratunkowe (IP/ SOR). Powinno to sprzyjać racjonalizacji udzielania świadczeń, przez zmniejszenie zjawiska korzystania z IP/SOR w sytuacjach, w których wystarczająca powinna być interwencja na poziomie ambulatoryjnym.

Przepisy przejściowe i końcowe

W art. 2 zawarto regulację przejściową, na podstawie której utworzony zostanie PSZ i wydane zostaną pierwsze wykazy zakwalifikowanych świadczeniodawców. W tym przypadku znajdują zastosowanie zasady oraz tryb kwalifikacji określone w projektowanych art. 95m i art. 95n ustawy.

W art. 3 projektowanej ustawy przewidziano rozwiązanie polegające na tym, że w przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ dyrektorzy odpowiednich oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia będą obowiązani zawrzeć ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w ramach kwalifikacji do danego poziomu PSZ, co powinno nastąpić do dnia 30 września 2017 r.

Wprowadzono również regulację, zgodnie z którą z dniem 30 września 2017 r. wygasają umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawarte ze świadczeniodawcami niezakwalifikowanymi do PSZ, co jest konsekwencją zasady przyjętej w zmienionym art. 55 ustawy.

Proponowane rozwiązanie w zakresie brzmienia art. 4 projektu ustawy przewiduje stworzenie dodatkowej procedury umożliwiającej zakwalifikowanie do PSZ również tych podmiotów leczniczych, które powstaną w wyniku – prowadzonych obecnie lub przewidzianych do rozpoczęcia – postępowań dotyczących łączenia podmiotów leczniczych. Zgodnie z proponowanymi regulacjami, w przypadku łączenia się podmiotów leczniczych, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje kwalifikacji podmiotu leczniczego powstałego w wyniku połączenia w terminie do dnia 26 września 2017 r., po przedstawieniu dyrektorowi oddziału:

- do dnia 20 czerwca 2017 r. aktu o połączeniu oraz
- do dnia 21 września 2017 r. zaświadczenia o wpisie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W tym przypadku wyłącza się również stosowanie normy prawnej wynikającej z art. 66 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) w zakresie okresu wymaganego do złożenia wniosków rejestrowych.

Wskazane przepisy umożliwiają tym podmiotom leczniczym, które w związku z wejściem w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie rozpoczęły lub planują rozpoczęcie procedur w zakresie łączenia i nie mają obecnie formalno-prawnej możliwości ich zakończenia w przewidzianym projektem terminie kwalifikacji (27 czerwca 2017 r.), zakwalifikowanie się do PSZ w drugim terminie (26 września 2017 r.), po spełnieniu wskazanych powyżej warunków.

W art. 5 wprowadzono regulację przejściową dotyczącą ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy objęty tym ryczałtem.

Do umów zawartych na podstawie art. 3 będą miały ponadto zastosowanie przepisy wydane na podstawie projektowanego art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy w zakresie określenia świadczeń, dla których ustalany będzie odrębny sposób finansowania. Przepis art. 5 projektu stanowi wyjątek od reguły zawartej w art. 136c ustawy zawierającej rozwiązanie docelowe i odnosi się wyłącznie do ustalania ryczałtu, bowiem w tym zakresie należy uwzględnić inne dane. Nie będą mogły być stosowane dane z art. 136c ust. 3 ustawy.

W art. 6 projektowanej ustawy zawarto regulację umożliwiającą, za zgodą świadczeniodawców, przedłużenie na okres nie dłuższy niż:

- do dnia 30 września 2017 r. obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zakresów wchodzących w skład PSZ;
- do dnia 30 czerwca 2018 r. obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi w ramach PSZ, realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy.

W przypadku świadczeń wchodzących w skład PSZ konieczność zastosowania proponowanego rozwiązania wynika z tego, iż z dniem 30 czerwca 2017 r. wygasa większość umów o udzielanie świadczeń w tych zakresach, a nieracjonalne byłoby przeprowadzanie postępowań konkursowych na okres 3 miesięcy, tj. do dnia rozpoczęcia funkcjonowania PSZ.

W przypadku opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień proponowane rozwiązanie wiąże się z trwającymi obecnie w Ministerstwie Zdrowia pracami nad całościowym uregulowaniem kwestii organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej,

w szczególności w drodze powołania Centrów Zdrowia Psychicznego, mających zapewnić kompleksowość opieki.

Natomiast przedłużenie obowiązywania umów dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi w ramach PSZ, jest związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniego okresu przejściowego pomiędzy rozpoczęciem funkcjonowania PSZ a rozpoczęciem nowych procedur konkursowych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia. Skrócenie terminu wejścia w życie ustawy podyktowane jest koniecznością zapewnienia dotrzymania przewidzianego w niej terminu ogłoszenia wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ.

Kwestie regulowane w projektowanej ustawie nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu 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). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

Nazwa projektu: Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące: Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Rafał Bułanowski, r.bulanowski@mz.gov.pl; (22) 860 11 38, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia	Data sporządzenia: 03.02.2017 r. Źródło: Potrzeba pilnego wprowadzenia regulacji racjonalizujących zawieranie umów i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego Nr w Wykazie prac Rady Ministrów: UD116
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W obecnie funkcjonującym modelu ochrony zdrowia pacjent stracił poczucie bezpieczeństwa i orientacji w systemie. Zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły. Okresowe postępowania konkursowe, dotyczące wyodrębnionych zakresów/profilu świadczeń oraz systemy rozliczeń tych wyodrębnionych zakresów oraz profili oparte, co do zasady, na modelu *fee-for-service* oraz systemie rozliczeń Jednorodnych Grup Pacjentów, promowały, zamiast kompleksowości, fragmentację procesu udzielania świadczeń. W efekcie zasadnicze znaczenie uzyskiwało rozliczenie wyodrębnionego zakresu/profilu świadczeń – stanowiącego od strony klinicznej tylko jeden z elementów procesu leczenia – kosztem udzielania świadczeń w sposób skoordynowany, gdzie pacjent miałby zapewniony dostęp do kompleksowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących nie poszczególne procedury, ale cały cykl leczenia. Należy zauważyć, że dotyczy to zarówno koordynacji świadczeń udzielanych w ramach poszczególnych zakresów świadczeń, jak i między zakresami (np. leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym leczeniem specjalistycznym). Konsekwencją takich zasad zawierania umów jest więc swoiste rozmycie wyrażnie niegdyś wyodrębnionych poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej. Stan taki utrudnia świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń w tym zakresie. Ze względu na konkursowy charakter wyboru świadczeniodawców, po stronie szpitali występuje permanentny stan niepewności co do przyszłych warunków finansowania ich działalności, utrudniając racjonalną politykę inwestycyjną i długofalową politykę kadrową, a także przyczyniając się do marnotrawstwa zasobów. Brak jest również wystarczających mechanizmów sprzyjających integracji specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektowana ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w przychodniach przyszpitalnych. Zawieranie umów na udzielanie tych świadczeń opieki zdrowotnej na dotychczasowych zasadach, a więc w drodze konkursów ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym.

W ramach systemu zabezpieczenia zostanie wyodrębnionych sześć poziomów zabezpieczenia, poczynwszy od poziomu lokalnego, aż po poziom świadczeń udzielanych przez podmioty o randze instytutów i szpitali klinicznych. Podmioty mogące udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia zostaną przyporządkowane do jednego z poziomów zabezpieczenia, w zależności od stopnia i rodzaju specjalizacji.

Świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, w ramach systemu zabezpieczenia. Szczegółowy zakres umowy będzie uzależniony od profili, zakresów i rodzajów świadczeń realizowanych w ramach dotychczasowych umów z Funduszem.

W zakresie świadczeń objętych umową zawartą w ramach systemu zabezpieczenia przyjęta zostanie nowa forma rozliczenia kosztów udzielanych świadczeń, w postaci ryczału na dany okres rozliczeniowy.

Obok świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, kontraktowanie i rozliczanie świadczeń na zasadach systemu zabezpieczenia obejmie także świadczenia wysokospecjalistyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne udzielane w odpowiednich poradniach przyszpitalnych, świadczenia rehabilitacji leczniczej oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentem, przez zwiększony stopień koordynacji i integracji tej opieki.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W państwach członkowskich UE istnieją rozmaite modele relacji między płatnikami publicznymi a świadczeniodawcami opieki szpitalnej. Trudno byłoby wyróżnić określony model zdecydowanie dominujący. Można jednak stwierdzić, że

w zdecydowanej większości państw nie jest praktykowany wybór świadczeniodawców na zasadach (nieograniczonych) konkursów ofert.

W pewnym stopniu propozycje zawarte w przedmiotowym projekcie korespondują z rozwiązaniami przyjętymi w państwach takich jak Niemcy i Austria.

W Niemczech do udzielania świadczeń szpitalnych w ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a tym samym do otrzymywania refundacji kosztów tych świadczeń od kas chorych, są automatycznie uprawnione wszystkie szpitale ujęte w planach szpitali tworzonych przez władze każdego landu.

W Austrii istnieje ryczałtowa forma finansowania świadczeń szpitalnych, w postaci rocznych budżetów dla poszczególnych podmiotów, których wysokość uzależniona jest od wolumenu udzielonych świadczeń w roku poprzedzającym.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	NFZ nie będzie organizował konkursów ofert w odniesieniu do zdecydowanej większości świadczeń szpitalnych. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ ogłaszać będą wykazy świadczeniodawców uprawnionych do udzielania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia.
Szpitale	1375	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	W celu uzyskania prawa udzielania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia, które stanowić będzie główną formę zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, podmioty lecznicze będą musiały spełnić wymogi niezbędne dla zakwalifikowania do danego poziomu systemu zabezpieczenia.
Świadczeniobiorcy	ok. 35 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Świadczeniobiorcy uzyskają poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Odniosą także korzyści związane z wyraźną poprawą koordynacji świadczeń szpitalnych i świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której konsekwencją powinna być ogólna poprawa jakości opieki zdrowotnej.
Minister właściwy do spraw zdrowia			Minister właściwy do spraw zdrowia wydawać będzie opinie o celowości włączenia do systemu zabezpieczenia podmiotów niespełniających warunków kwalifikacji.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnosnie do projektowanej ustawy nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.

Projekt regulacji został przekazany na okres 30 dni do opiniowania i konsultacji publicznych m.in. z następującymi podmiotami:

- 1) Radą Dialogu Społecznego;
- 2) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelną Radą Lekarską;
- 4) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelną Radą Aptekarską;
- 6) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 9) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 13) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 17) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;

- 21) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 22) Związkiem Powiatów Polskich;
- 23) Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 24) Konwentem Marszałków Województw;
- 25) Konfederacją „Lewiatan”;
- 26) Business Centre Club;
- 27) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 28) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 29) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 30) Federacją Pacjentów Polskich;
- 31) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 32) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 33) Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych;
- 34) Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- 35) Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- 36) Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- 37) Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 38) Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie;
- 39) Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie;
- 40) Instytutem Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi;
- 41) Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu;
- 42) Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie;
- 43) Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 44) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 45) Instytutem Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie;
- 46) Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 47) Narodowym Instytutem Leków w Warszawie;
- 48) Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH;
- 49) Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostały omówione w raporcie załączonym do niniejszej Oceny.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

Projekt został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. W przypadku leczenia szpitalnego, przyjmując rok 2015 za rok bazowy oraz przyjmując założenia zawarte w załączonych projektach rozporządzeń, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia przypadałoby ok. 91% środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na ten zakres świadczeń. W odniesieniu do świadczeń z zakresu AOS i rehabilitacji leczniczej odsetek ten wynosiłby odpowiednio 37% i 27%.

Wśród podmiotów, które wchodzi do systemu zabezpieczenia ok. 11% liczby podmiotów jest niepublicznych, którym odpowiada ponad 4% wartości środków w ramach systemu zabezpieczenia. Odsetek podmiotów niepublicznych jest najwyższy na poziomie onkologicznym – ok. 24% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie. Wysoki odsetek podmiotów niepublicznych jest również na poziomie pierwszym – ok. 19% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie.

Powyższe wyliczenia oparte są na aktualnym projekcie rozporządzenia. Udziały środków wyliczone są na podstawie danych sprawozdawczych z 2015 r.

Natomiast pozostaną bez zmian zakresy świadczeń: opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem nocnej pomocy lekarskiej.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Projektowane przepisy zapewnią znacznej części podmiotów leczniczych większą stabilność finansową, ponieważ świadczeniodawcy zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia uzyskają pewność zawarcia z nimi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zostaną tym samym zwolnieni z konieczności ubiegania się o takie umowy w trybie konkursowym. Z drugiej strony takie rozwiązanie spowoduje z konieczności znaczne ograniczenie liczby ogłaszanych przez płatnika postępowań konkursowych, przede wszystkim w zakresie leczenia szpitalnego. W konsekwencji podmioty lecznicze niezakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będą miały relatywnie mniejszą szansę na uzyskanie finansowania udzielanych przez siebie świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku systemu zabezpieczenia mówimy o kluczowych dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli podmiotach, które ze względu na swoje znaczenie zostały uprzednio wyłonione w drodze konkursowej. Ponadto trzeba zaznaczyć, że do „systemu zabezpieczenia” kwalifikowane są podmioty lecznicze bez względu na własność, w tym systemie będą zarówno podmioty publiczne, jak i podmioty niepubliczne.

Wpływ projektowanej ustawy na warunki życia ogółu obywateli i rodzin będzie się wiązał z poprawą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń szpitalnych i specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz poprawą jakości tych świadczeń dzięki lepszej koordynacji między leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym.

Proponowane rozwiązania nie będą w żaden negatywny sposób oddziaływać na ciągłość leczenia pacjentów w szpitalach, które wejdą do systemu zabezpieczenia. Podmioty te będą kontynuowały udzielanie świadczeń w zakresach objętych wcześniejszymi umowami z NFZ, na nowych zasadach obowiązujących w ramach systemu zabezpieczenia – w zakresie sposobu rozliczania kosztów opieki zdrowotnej. W nowych warunkach nie ulegną obniżeniu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadające danym zakresom świadczeń, wobec czego nie zachodzi ryzyko ograniczenia dostępności tych świadczeń.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

☐ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

☐ zwiększenie liczby dokumentów
☐ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

☐ tak
☐ nie
☒ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Nie dotyczy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ inne:

☐ demografia
☐ mienie państwowe

☐ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń szpitalnych i specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz jakości tych świadczeń, w związku z poprawą koordynacji między leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym i ciągłości leczenia.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przepisy projektowanej ustawy powinny wejść w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania
projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) z chwilą skierowania ww. projektu ustawy do uzgodnień, konsultacji publicznych oraz opiniowania, został on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt podlegał konsultacjom publicznym i opiniowaniu w okresie 30 dni z:

- 1) Radą Dialogu Społecznego;
- 2) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelną Radą Lekarską;
- 4) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelną Radą Aptekarską;
- 6) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 9) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 13) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 17) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;

- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 21) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 22) Związkiem Powiatów Polskich;
- 23) Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 24) Konwentem Marszałków Województw;
- 25) Konfederacją „Lewiatan”;
- 26) Business Center Club;
- 27) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 28) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 29) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 30) Federacją Pacjentów Polskich;
- 31) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 32) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 33) Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych;
- 34) Instytutem "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 35) Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- 36) Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- 37) Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 38) Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie;
- 39) Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie;
- 40) Instytutem Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi;
- 41) Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu;
- 42) Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie;
- 43) Instytutem "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 44) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 45) Instytutem Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie;
- 46) Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 47) Narodowym Instytutem Leków w Warszawie;
- 48) Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH;
- 49) Narodowym Funduszem Zdrowia.

W związku z tym, że projekt ustawy był dostępny w serwisie RPL Rządowego Centrum Legislacji, w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, uwagi do projektu zgłaszały także inne podmioty. W sumie uwagi zgłosiło 91 podmiotów.

W wyniku uwzględnienia części zgłoszonych uwag w projekcie ustawy zostały wprowadzone następujące zmiany:

- wprowadzono nową, szerszą definicję przychodni przyszpitalnej w art. 5 pkt 28a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.);
- włączono rehabilitację leczniczą do zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być udzielane w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”;
- w projektowanym art. 95n ust. 1 pkt 2 wprowadzono zmianę polegającą na włączeniu do poziomu szpitali ogólnopolskich wszystkich szpitali utworzonych przez ministrów;
- w projektowanym art. 95n ust. 3 pkt 2 lit. a zamieniono wymóg realizacji zadań polegających na kształceniu zarówno przed- jak i podyplomowym na wymóg alternatywny, tj. prowadzenia kształcenia przed- lub podyplomowego – jako warunek zakwalifikowania do poziomu szpitali ogólnopolskich;
- doprecyzowano projektowany przepis art. 95n ust. 4 pkt 2 (poprzednio ust. 6 pkt 2) w taki sposób, aby nie ulegało wątpliwości, że wskazanie profili lub rodzajów świadczeń dla danego szpitala, w ramach kwalifikacji do PSZ, obejmuje wszystkie profile i rodzaje świadczeń, dla których spełnia on warunki określone w ustawie i rozporządzeniu wykonawczym;
- w projektowanej nowej wersji art. 136 ust. 2 pozostawiono zasadę nie limitowanego rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, a jednocześnie przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym, w kwocie zobowiązania, dot. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej w ramach PSZ, zostaną wyodrębnione środki na sfinansowanie niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania;
- w art. 2 projektowanej ustawy wprowadzono zmianę polegającą na rezygnacji z automatycznego przekwalifikowywania zawartych wcześniej umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na umowy zawarte w ramach PSZ, na rzecz zawierania nowych umów przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pozostałe uwagi zgłoszone do projektu ustawy w ramach konsultacji publicznych i opiniowania zostały uznane za niezasadne.

Szczegółowe zestawienie uwag wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia stanowi załącznik do niniejszego raportu. Nie zostały w nim ujęte uwagi zgłoszone do projektu rozporządzenia, który załączono do projektu ustawy jako materiał uzupełniający i nie stanowił przedmiotu konsultacji.

Załącznik - ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU, Konsultacje publiczne i opiniowanie

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

	Zgłaszający uwagę	przepis/część proj.	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Związek Zawodowy Anestezjologów	zm. ust 2 art. 136 u.ś.o.z.	Na podstawie nowego zapisu ustawy przewiduje się wprowadzenie zmian w obecnym modelu finansowania szpitali polegającym na „odejścia finansowania pojedynczych procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującym całość opieki w danym okresie”. W ocenie ZG ZZA to rozwiązanie jest szczególnie niekorzystne dla finansowania świadczeń pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Obecnie wysokość finansowania świadczeń realizowanych dla pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii uzależniona jest od ciężkości stanu pacjenta i od zrealizowanych poszczególnych procedur medycznych (skala TISS 28), świadczenia te traktowane są jako procedury ratujące życie i w praktyce nie są objęte limitem finansowania w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z NFZ w rodzaju lecznictwo szpitalne. Finansowanie leczenia szpitalnego w ramach rocznego ryczałtu i brak możliwości rozliczania świadczeń ratujących życie jako świadczeń nielimitowanych może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń udzielanych w oddziałach intensywnej terapii jako wysoko kosztochłonnnych. To rozwiązanie może w skrajnych przypadkach skutkować ograniczeniem liczby stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii powodując obniżenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów będących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Wnioskuję jako obligatoryjnego warunku dla świadczeniodawców I poziomu zabezpieczenia w tym aspekcie podobnie jak dla szpitali II i III stopnia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Brak jest na tym etapie szczegółowych rozwiązań dot. sposobu finansowania podmiotów działających w ramach sieci. Jednak zasadniczo przewiduje się, że poziom finansowania będzie oparty na rzeczywistym wykonaniu świadczeń w przyjętym okresie referencyjnym (finansowanie w roku 2017 będzie oparte na danych za rok 2015). W związku z tym nieuzasadnione są obawy dot. obniżenia finansowania OAiIT dla podmiotów, które znalazłyby się w sieci. Wymóg posiadania umowy w zakresie AiIT dla szpitali I stopnia byłby nadmiernie restrykcyjny.
2.	Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	uwaga ogólna	W przypadku szpitali powiatowych nie zakwalifikowanych do II poziomu oddziały specjalistyczne będą miałyby zagrożony byt. Budżetowaniem będą bowiem objęte tylko oddziały podstawkowe, natomiast świadczenia specjalistyczne na oddziałach z poziomu II i III zabezpieczenia będą kontraktowane w trybie konkursowym i odrębnie rozliczane. Taki podział sposobu kontraktowania świadczeń doprowadzi do chaosu. Zawieranie umów w tym trybie wydaje się nierealne. Realizacja projektu doprowadzi do niezapewnienia finansowania świadczeń specjalistycznych z poziomu II i III przy pozostawianiu szpitala w I poziomie.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do profili nie objętych siecią pozostawia się możliwość zawierania umów w dotychczasowym trybie.
3.	Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	uwaga ogólna	Uważamy, że kategoryzacja szpitala powinna być jedynie instruktarzowa, wskazująca przyszłe kierunki rozwoju szpitala. Oczekujemy, że wszystkie komórki organizacyjne szpitali zostaną utrzymane i objęte jednym budżetem dla szpitala. Dyrektor powinien mieć zapewnione elastyczne możliwości zarządzania powierzonymi środkami finansowymi w celu efektywnego zapewnienia świadczeń zdrowotnych dla lokalnej społeczności.	<u>Uwaga niezasadna</u>
4.	Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych		Różne uwagi i postulaty: – Konieczność określenia czytelnych zasad budżetowania szpitali. – Określenie zasad przekazywania pacjentów pomiędzy poszczególnymi poziomami szpitali. – SOR jako jeden z trzech oddziałów z II poziomu systemu zabezpieczenia. – Uwzględnienie przy kategoryzowaniu szpitali oddziałów stacjonarnych nie należących do rodzaju leczenia szpitalnego (np. oddziały rehabilitacyjne, psychiatryczne, długoterminowe, hospicja, zakłady opiekuńczo - lecznicze i zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze). – System budżetowania szpitali może być demotywujący. – Okresowa korekta budżetu po ocenie sprawozdawczości – Możliwość rozliczania świadczeń nielimitowanych i nadwykonań. – Określenie sposobu zabezpieczenia opieki szpitalnej i jej finansowania począwszy od poziomu I do poziomu VI. – Umożliwienie zakwalifikowania świadczeń z profili z poziomu wyższego do profilu z poziomu niższego. – Wnioskujemy, że kategoryzacja powinna dotyczyć podmiotu leczniczego, a nie szpitala, w przypadkach gdy podmiot posiada więcej niż jeden szpital. – Uwzględnienie w ustalaniu poziomu szpitala i kontraktowaniu konieczności zachowania trwałości projektów	<u>Uwagi niezasadne</u> Uwagi zbyt ogólne i nie poparte żadną argumentacją. Nie ma możliwości zagwarantowania utrzymania trwałości projektów poprzez wydłużenie czasu, na jaki zawierana jest umowa w ramach sieci. Trwałość liczona jest bowiem od zakończenia projektu, a projekty mogą kończyć się równie dobrze w 1 co i w np. 4 roku od wejścia szpitala do sieci.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			unijnych.	
5.	PZH	zm. art. 55 ust. 1 u.ś.o.z.	Z treści przepisu wynika konieczność prowadzenia przez zakład leczniczy „świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej” – w innym niż dotychczas realizowanym systemie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest jasny cel tej uwagi.
6.	PZH	art. 95 l. ust. 3 u.ś.o.z.	Wyodrębnienie 6 poziomów systemu zabezpieczenia, wymaga bardziej szczegółowego opisanie – proponowany podział nie ma swoich odpowiedników w innych krajowych systemach, nie odpowiada funkcjonalnie tzw. poziomom referencyjnym opieki specjalistycznej np. ginekologii i położnictwa, neonatologii, intensywnej terapii, itp. W podziale tym nie „mieszczą” się np. tzw. „szpitale chirurgii jednodniowej”, szpitale „monospecjalistyczne” (okulistyka, chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna, itp.). Nie zostały również opisane merytoryczne podstawy wyodrębnienia np. szpitali pulmonologicznych. Należy także przypomnieć o konieczności „skorelowania” z przepisami prawnymi odnoszącymi się do szpitali m.in.: ustawy o działalności leczniczej; ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia; rozporządzenia w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych (prawdopodobnie trzeba będzie przygotować odrębne standardy akredytacyjne dla wyodrębnionych poziomów zabezpieczenia), itd.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa zawiera uregulowania równoległe do innych obowiązujących regulacji w obszarze opieki zdrowotnej. Przedmiot regulacji tego projektu nie dotyczy zagadnień regulowanych w przepisach dot. poziomów referencyjnych czy akredytacji.
7.	PZH	art. 95 n. ust. 3 pkt. 1 lit. a. u.ś.o.z.	Spełnienie wymogów posiadania Izby Przyjęć, czy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, może „wykluczyć” zakłady lecznicze wykonując wyłącznie zabiegi planowe np. szpitale jednodniowe. Ponadto, wymóg posiadania przez ostanie 2 lata umowy z NFZ na wykonywanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, ”wyklucza” nowe szpitale.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali o najistotniejszym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń.
8.	PZH	art. 95 n. ust. 6 u.ś.o.z.	Ustawowe przypisanie decydujących uprawnień do kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia Dyrektorowi OW NFZ, wprowadza nową regulację prawną, pozostającą w trudnej do oceny relacji z dotychczasowymi kompetencjami wojewody, prowadzącego rejestr zakładów leczniczych (zwłaszcza, iż dotychczasowych przepisów w tym zakresie ustawa nie uchyla). Należy także nadmienić, iż w odniesieniu do tych nowych zadań, Dyrektorzy OWNFZ nie są zupełnie przygotowani, nie posiadają też odpowiadających merytorycznie struktur organizacyjnych. Ad. art. 95 n. ust. 9 – treść tego ustępu może budzić wątpliwości formalno-prawne, decyzje Dyrektora OW NFZ, jeżeli nie będą możliwe do zastosowania przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, będą ostateczne i nie podlegające procedurze odwoławczej, co wymaga merytorycznego uzasadnienia, którego w przesłanym projekcie brakuje.	<u>Uwagi niezasadne</u> Kwalifikacja do sieci jest czymś zasadniczo różnym od rejestracji przez Wojewodę w RPL. Dyrektorzy OW NFZ mają wszelkie narzędzia niezbędne dla zweryfikowania, czy dany podmiot spełnia kryteria kwalifikacji. Weryfikacja taka nie będzie miała charakteru uznaniowego.
9.	Fundacja Alivia	Art. 95m ust. 1	Proponujemy wprowadzenie następującej poprawki do projektu: do art. 95m ust. 1. dodaje się pkt 5 w brzmieniu: „w odniesieniu do ośrodków wskazanych w art. 95l ust. 2 pkt 4 minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia zakres danych gromadzonych, agregowanych i publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczących jakości opieki oraz uzyskiwanych efektów terapeutycznych”. Fundacja od wielu lat sygnalizuje konieczność wdrożenia systemu publicznie dostępnych informacji dotyczących jakości opieki nad pacjentami onkologicznymi. W szczególności apelujemy o wprowadzenie narzędzi, które pozwolą monitorować m.in. opinię pacjentów z uzyskanej opieki, skuteczność i bezpieczeństwo zabiegów chirurgicznych oraz farmakoterapii, jak również systemu monitorowania uzyskiwanych efektów leczenia na podstawie 1-rocznych, 2-letnich, 3-letnich, 4-letnich oraz 5-letnich wskaźników przeżyć w różnych obszarach terapeutycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Treść uwagi wykracza poza zakres procedowanego projektu.
10.	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych/ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	art. 95n	Należy zagwarantować aby medyczne laboratorium diagnostyczne stanowiło obligatoryjnie jednostkę organizacyjną podmiotu zakwalifikowanego do danego poziomu systemu zabezpieczenia, tym samym podmiotu, który będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z NFZ. Samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych proponuje zmianę projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez dodanie: w art. 95n ust. 2a w brzmieniu: „2a. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, obowiązany jest posiadać w swojej strukturze organizacyjnej medyczne laboratorium diagnostyczne stanowiące jego zakład leczniczy lub jednostkę organizacyjną zakładu leczniczego.	<u>Uwaga niezasadna</u> Świadczeniodawcy mogą korzystać z usług laboratoriów diagnostycznych na zasadzie podwykonawstwa. Zobowiązanie każdego szpitala zakwalifikowanego do sieci do posiadania własnego laboratorium byłoby nadmiernym i nieracjonalnym obciążeniem.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

11.	Związek Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Szpitali Powiatowych	Uwagi ogólne	Po analizie proponowanej ustawy widzimy ogromne zagrożenie przyszłości funkcjonowania szpitali powiatowych. Projekt ten w naszej ocenie doprowadzi do zdecydowanego ograniczenia dostępności i jakości usług w szpitalach powiatowych. Konsekwencją będzie również upadek finansowy części tych szpitali oraz ogromna skala marnotrawstwa środków finansowych jakie pochłoneła infrastruktura jednostek. Projekt ten niestety nie zauważa, że w ramach tworzonego systemu szpitale I stopnia to często skrajnie różne szpitale chociażby w zakresie udzielanych świadczeń, ich roli często nie tylko na obszarze lokalnego rynku zdrowotnego, ale również w zakresie stanu i posiadanej infrastruktury medycznej. Projekt wrzuca do "jednego worka" szpitale powiatowe, które prowadzą działalność niezabiegową lub w ograniczonym zakresie zabiegową i posiadają ogółem 2 - 5 oddziałów szpitalnych ze szpitalami powiatowymi, które wykonują 1500 - 2000 zabiegów rocznie posiadają 10 -12 oddziałów szpitalnych z SOR. Mówimy o szpitalach, które posiadają poza wymienionymi w rozporządzeniu (projekt z dnia 26.09.2016) 5 profilami podstawowymi profile dodatkowe często w liczbie większej niż niezbędna do zakwalifikowania do II stopnia lecz są to profile niekiedy inne niż te zarezerwowane dla szpitali II poziomu (mamy tu na myśli: sor, nefrologia, stacja dializ, rehabilitacja, geriatria, ZOL itp). Gdyby rozporządzenie to zawierało te profile w wykazie to byłoby możliwe i celowe wydzielenie jeszcze jednego stopnia pomiędzy I a II. Należy zdawać sobie sprawę, że część szpitali powiatowych historycznie (nie mówimy o ostatnich latach ale często o 25 latach) rozwinęła swój zakres działalności. Działanie takie nie było efektem rozдутých ambicji lokalnych, a jedynie odpowiedzią na potrzeby regionu. Musimy mówić o regionie, a nie obszarze powiatu ponieważ w wielu przypadkach oddziały specjalistyczne powstawały w sposób uzupełniający obejmując swym zakresem często trzy powiaty (w jednym jedne specjalizacje w kolejnym inne). Projekt niestety nie zauważa tej specyfiki lokalnej komplementarności, która jest przykładem na oddolne dostosowywanie podaży do potrzeb rynku. Kolejnym elementem jakiego nie uwzględnia się przy takim kształcie ustawy to wzajemne powiązanie organizacyjne poszczególnych profili. Jako przykład można tu podać szpital posiadający poza profilami podstawowymi oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, rehabilitacji i SOR. Jest nie do wyobrażenia funkcjonowanie pozostałych wyżej wspomnianych oddziałów bez ortopedii. Trzeba zdawać sobie sprawę, że większość szpitali powiatowych otwierała oddziały urazowo – ortopedyczne odpowiadając na zapotrzebowanie lokalnych społeczności, a to właśnie jest nasze statutowe działanie. Wiele spośród tych oddziałów wykonuje zalecone przez konsultanta krajowego endoprotezy zarówno stawu biodrowego jak i kolanowego. Rezygnacja z tej części kontraktu, niemożliwej z oczywistych względów do włączenia w zakres chirurgii ogólnej, spowoduje znaczne ograniczenie dostępności pacjentów do zabiegów endoprotezoplastyki i jeszcze bardziej wydłuży czas oczekiwania na zabieg w ośrodkach referencyjnych. Część szpitali powiatowych posiada nowoczesne wielosłalowe bloki operacyjne, lądowiska dla helikopterów, bogatą bazę sprzętową oraz co najważniejsze wykwalifikowany personel. Mając na względzie powyższe argumenty wnosimy o: 1. Wprowadzenie jeszcze jednego poziomu systemu zabezpieczenia, który byłby umiejscowiony pomiędzy I a II i obejmowałby szpitale posiadające poza podstawowymi profilami również oddziały specjalistyczne (nie tylko wymienione w II grupie profili) w tym SOR-y. Taki profil odpowiada większości szpitali powiatowych. Czyli proponowana przez nas II poziom to np. 3 lub nawet 4 oddziały z I grupy, OIT, SOR lub Izba Przyjęć, oraz minimum 1 profil z II grupy. 2. Wprowadzenie zapisu gwarantującego utrzymanie wszystkich zakresów świadczeń jakie są wykonywane w poszczególnych jednostkach przez minimum ostatnie 2 lata. 3. Zagwarantowanie finansowania szpitali wchodzących w skład Systemu Zabezpieczenia na poziomie nie mniejszym niż obecnie wykonywane, a nie kontraktowane. 4. Ponownego stworzenia rozporządzenia o minimalnym wynagrodzeniu ponieważ zapisy obecnego projektu są niezgodne między innymi z obowiązującym kodeksem pracy (na tych samych stanowiskach te same obowiązki a różne wynagrodzenia) 5. W przypadku wprowadzenia rozporządzenia o minimalnym wynagrodzeniu zagwarantowania mechanizmu finansowania realizacji tych podwyżek z jasnym wskazaniem źródeł finansowania	<u>Uwagi niezasadne</u> W odniesieniu do profili nie objętych siecią pozostawia się możliwość zawierania umów w dotychczasowym trybie. Uwagi wykraczają poza zakres projektu.
-----	---	--------------	---	--

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

12.	Fundacja 1 czerwca	Uwagi ogólne	Z przedstawionych do konsultacji społecznych propozycji tworzenia sieci szpitali i sposobu ich finansowania wynika, że Minister Zdrowia dąży do stworzenia "ideału" systemu ochrony zdrowia, w którym funkcjonowanie było by łatwiejsze i prostsze, gdyby udało się z niego wyeliminować pacjenta. Przedstawiony projekt reformy opartej na ryczałtowym finansowaniu szpitali to naszym zdaniem droga do tego "ideału" w którym pacjent nie będzie potrzebny. Aby łatwiej zrozumieć jakie mechanizmy zadziałają po wprowadzeniu reformy pozwolę sobie w sposób obrazowy przedstawić - co będzie czekać nas pacjentów po „reformie” w proponowanym kształcie. "Prowadzisz "punkt usługowy" (szpital), dostajesz na niego środki ryczałtem z góry - w zasadzie dostajesz z państwa pieniądze za to, że Twój "punkt" jest otwarty. Niestety w prowadzeniu placówki przeszkadza Ci "klient". Zwłaszcza ten "klient-pacjent", który wymaga większej uwagi i zaangażowania, a co gorsze poniesienia zwiększonych kosztów leczenia. Najprościej jest go splawić czym prędzej - i to bez ponoszenia konsekwencji, bo konkurencja została wyeliminowana. Zresztą pozostali w sieci działają na tej samej zasadzie co ty. Jedynym zmartwieniem będzie kreatywna sprawozdawczość, czyli pamiętaj, że raz na jakiś czas będziesz musiał napisać raport o tym jak bardzo jesteś potrzebny. Ale, to tylko statystyka." Pełni obaw pacjenci skupieni wokół Fundacji 1 Czerwca, apelują do Pani Premier i Pana Ministra o zwrócenie uwagi na to, że jakość i dostępność są dla człowieka chorego najważniejsze gdy występują jednocześnie. Dążenie do jakości kosztem dostępności i tworzenie dostępności bez jakości doprowadza do patologii i nadużyć. Niestety egoizm, chciwość, wyrachowanie, bezwzględność - to cechy które w ochronie zdrowia tak jak i innych elementach życia mają i będą miały miejsce. Tworzenie systemu który potęguje, wzmacnia i wręcz zachęca do nadużyć doprowadzi wcześniej czy później do tragedii.	<u>Uwagi niezasadne</u> Świadczeniodawcy finansowani w formie ryczałtu będą zobowiązani do prowadzenie sprawozdawczości z wykonanych świadczeń, która będzie również podstawą wyliczenia kwot ryczałtu na kolejne okresy.
13.	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Uwagi ogólne	Podstawowe założenia i zapisy w ocenie opiniującego nie gwarantują wprowadzenia mechanizmów zapewnienia dostępności, kryteriów dotyczących pożądaną jakości na poszczególnych poziomach zabezpieczenia, kryteriów różnicowania poziomów pod kątem posiadanych zasobów, sposobu organizacji udzielania świadczeń, czy też umiejętności personelu wykonującego dane świadczenia, co potwierdza brak w załączonym projekcie propozycji finansowania, czy też zróżnicowania finansowania dla poszczególnych poziomów, czy też profili. Kluczowym bowiem jest zarówno zmiana, jak i doprecyzowanie zasad finansowania poszczególnych poziomów zabezpieczenia przez Ustawodawcę określającą np. minimalny poziom finansowania dla poszczególnego poziomu, czy profilu przez Płatnika, jakim jest NFZ. Pamiętając, że podmiot tworzący jakim jest uczelnia nie dysponuje środkami umożliwiającymi wyodrębnienie środków finansowych na sfinansowanie świadczeń gwarantowanych i aby móc na równych prawach wspierać kluczowe dla systemu zabezpieczenia podmioty - szpitale kliniczne, proponuje się rozszerzenie w projektowanej ustawie zmian uwzględniających możliwość sfinansowania świadczeń przez Ministerstwo Zdrowia również z możliwością pominięcia zasad konkursowych, jeśli zadanie jakie Ministerstwo zleca, może być wykonane przez szpital kliniczny, a w przypadku możliwości wykonania przez kilka szpitali klinicznych, stworzenie konkursu wyłącznie dla tych podmiotów, tj. dla szpitali ogólnopolskich.	<u>Uwaga niezasadna</u> Wykracza poza zakres projektowanych przepisów.
14.	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Uwagi ogólne	Sposób kalkulacji ryczałtu likwiduje de facto instytucję tzw. „nadwykonań”, które w mniejszym lub większym stopniu były finansowane przez NFZ. Szczególnie niebezpieczne dla sytuacji finansowej szpitala staje się to w zakresach nielimitowanych oraz przy udzielaniu świadczeń w stanach nagłych ratujących życie np. w intensywnej terapii, kardiologii, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, itp. Zapis „dotychczasowe umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej automatycznie staną się umowami realizowanym w ramach PSZ” nie wyjaśnia, na jakim poziomie ustalony zostanie „ryczałt obejmujący całość opieki w danym okresie”. Mianowicie, czy będzie to początkowa wartość umowy z NFZ, wartość z danego dnia (po ewentualnych zwiększeniach z przesunięcia, negocjacji, czy też po wszelkich ugodach) dotyczących danego roku. Wprowadzenie mechanizmu powiązania kwoty ryczałtu na dany rok z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzedzającym nie gwarantuje relacji 1:1 pomiędzy poziomem realizacji świadczeń a kwotą ryczałtu. Celowa wydaje się również zasada adekwatności wysokości ryczałtu do liczby wykonywanych świadczeń medycznych oraz profilu leczonych pacjentów, przy uwzględnieniu także wskaźnika indeksacyjnego. Nie doprecyzowano czy szpital wpisany w ramach jednego profilu do danego poziomu referencyjności będzie mógł ubiegać się o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach konkursu (np. w zakresie hospitalizacji jednego dnia), w przypadku posiadania przez niego stosownego potencjału. Doprecyzowania wymaga, czy nowe rozwiązania będą dotyczyły wyłącznie obecnych umów podstawowych, czy też pokrewnych dotyczących wyodrębnionych zakresów	<u>Uwagi niezasadne</u> Kalkulacja wysokości pierwszych ryczałtów uwzględni zapłacone nadwykonania. Szczegółowe kwestie związane z kalkulacją ryczałtów będą przedmiotem zarządzenia Prezesa NFZ. j.w. Zgodnie z już obecnie obowiązującymi regułami dany podmiot nie może zawrzeć umów w 2 różnych trybach na ten sam zakres świadczeń. Konwersja dotychczasowych umów na umowy w ramach sieci dotyczy wszystkich zakresów,

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			świadczeń np. radioterapii, chemioterapii, programów lekowych, czy też świadczeń ambulatoryjnych kosztochłonnych związanych z diagnostyką specjalistyczną np. TK MRI. Nie określono sposobu finansowania świadczeń, które obecnie mają charakter świadczeń nielimitowanych np. wykonywanych w ramach tzw. Pakietu onkologicznego – obecnie w umowach z NFZ zastrzeżone zostało finansowanie wszystkich świadczeń udzielonych w zakresie wyodrębnionych świadczeń medycznych. Zmiany nie określają, jaki zakres świadczeń finansowany będzie w ramach tzw. „sieci”, a jaki w ramach kontraktów. Budzi to obawy, że zbyt duża decyzyjność pozostawiona zostanie w gestii dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ, bądź nie określonego na dzień dzisiejszy jego następcy w przypadku likwidacji NFZ. Projekt w żadnym stopniu nie odnosi się do funkcjonującego dziś Pakietu onkologicznego, w zakresie w jakim jest on realizowany w warunkach leczenia szpitalnego. W projekcie, żadne z nowych instrumentów organizacyjno-finansowych nie odnoszą się (za wyjątkiem szpitali psychiatrycznych i rehabilitacyjnych) do lecznic monospecjalistycznych oraz świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Dodatkowo w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych nie określono, czy rehabilitacja neurologiczna stanowiąca istotny element kontynuacji leczenia udarów mózgu będzie objęta gwarancją zawarcia kontraktu na dotychczasowych zasadach. Wskutek uznania zakresów świadczeń realizowanych przez placówkę w okresie dwóch ostatnich lat kalendarzowych za bazę wyjściową do określenia usług zdrowotnych, jakie wykonywane będą w ramach przynależności do poszczególnych poziomów i finansowane w trybie ryczałtu nastąpi skuteczne zablokowanie możliwości poszerzenia obecnie prowadzonej działalności, nawet jeżeli rozpoczęcie określonego rodzaju działalności medycznej znajduje oparcie w opracowanych mapach potrzeb zdrowotnych. Powyższe rozwiązanie zamyka drogę rozwoju dla szpitali klinicznych, którym zważywszy na usytuowanie w systemie taka możliwość winna być dana. Negatywnie ocenić należy wyłączenie stosowania KPA w odniesieniu do zaliczenia świadczeniodawcy do określonego poziomu PSZ.	które zostaną wskazane dla danego podmiotu na podstawie art. 95 ust. 6. Szczegółowe kwestie związane z kalkulacją ryczałtów będą przedmiotem zarządzenia Prezesa NFZ. Wskazanie podmiotów do sieci przez Dyrektora OW NFZ nie będzie miało charakteru uznaniowego . Nie ma takiej potrzeby. Projektowana ustawa nie zmienia zasad zawierania kontraktów na zasadach ogólnych. Zachowana zostanie możliwość kontraktowania świadczeń w trybie konkursowym. Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną (brak uznaniowości decyzji).
15.	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Uwaga ogólna	PPOZ pragnie zwrócić uwagę na konieczność oszacowania w takim przypadku skali ilości świadczeń zdrowotnych, które przesunięte zostaną z dotychczasowego ich miejsca realizacji, szpitali, do POZ. Konieczne jest też oszacowanie kosztów realizacji tych świadczeń. Dopiero wtedy będzie możliwa ocena czy planowany, coroczny o 5%, wzrost nakładów na POZ będzie wystarczający. Oszacowanie ilości dodatkowych świadczeń zdrowotnych, które będą musiały być zrealizowane w POZ jest niezbędne także dla zaplanowania zatrudnienia dodatkowych kadr lekarzy i pielęgniarek. Borykający się z ogromnymi brakami kadrowymi POZ w chwili obecnej nie jest w stanie przyjąć na siebie realizację żadnych dodatkowych usług. PPOZ pragnie także wskazać na konieczność przygotowania do zakrojonej na tak szeroką skalę operacji zarówno środowisk pacjenckich jak i świadczeniodawców. Środowiska, w ich odczuciu tracące na prestiżu, nie będą zainteresowane takim kierunkiem przemian.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane przepisy nie powodują przesunięcia wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z opieki szpitalnej do POZ.
16.	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	95n. ust. 3	Propozycja: Kwalifikacji, o której mowa w ust.1, dokonuje się pod warunkiem, że dany świadczeniodawca, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie województwa, spełnia łącznie następujące warunki: Sugeruje się wykreślić to sformułowanie bowiem dany świadczeniodawca może mieć poukładaną strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego w taki sposób, że różne zakresy usług (brane pod uwagę przy określaniu profilu) mogą być realizowane w ramach różnych zakładów leczniczych podmiotu leczniczego, a co za tym idzie – pomimo całościowego kwalifikowania się podmiotu leczniczego do np. „II” poziomu, podmiot ten będzie na poziomie „I” w zakresie kilku posiadanych zakładów leczniczych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Spełnienie warunków kwalifikacji powinno być oceniane na poziomie zakładu leczniczego.
17.	Polska Federacja Szpitali	Uwagi ogólne	Polska Federacja Szpitali zgłasza następujące postulaty w konsultacjach społecznych dotyczących projektu zmiany projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie stworzenia system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: - Stworzenie nowego projektu “krajowej sieci szpitali finansowanych ze środków publicznych” zwanego dalej “siecią szpitali” z wykorzystaniem dotychczasowego dorobku Ministerstwa Zdrowia oraz zgłoszonych uwag partnerów	<u>Uwagi niezasadne</u> Prezentowany projekt odpowiada na pilną potrzebę racjonalizowania mechanizmu kontraktowania i rozliczania świadczeń szpitalnych, w podstawowym zakresie, w ramach istniejącego systemu kontraktowego i przy uwzględnieniu

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			społecznych w tym zakresie. - Powołanie grupy roboczej do spraw sieci szpitali, złożonej z kluczowych uczestników systemu, tj. reprezentacji organizacji pacjentów, przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciela NFZ, przedstawiciela AOTMiT, przedstawiciela organizacji pracodawców szpitali oraz reprezentacji pracowników szpitali, a także przedstawiciela NIZP-PZH. - Opracowanie założeń do projektu zmiany ustawy w zakresie stworzenia sieci szpitali przez grupę roboczą - Następnie, przeprowadzenie konsultacji społecznych założeń projektu zmiany ustawy w zakresie stworzenia sieci szpitali - Następnie, opracowanie projektu zmiany ustawy w zakresie stworzenia sieci szpitali przez Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia. - Następnie, przeprowadzenie konsultacji społecznych projektu zmiany ustawy w zakresie stworzenia sieci szpitali. - Następnie postulujemy zatwierdzenie projektu zmiany ustawy w zakresie stworzenia sieci szpitali przez Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia. - Następnie, przeprowadzenie pilotażu projektu w jednym z mniejszych województw. - Następnie, weryfikację projektu po pilotażu przez Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia. - Następnie, przekazanie projektu do dalszych działań legislacyjnych oraz wdrożeniowych. Projekt budowy system zabezpieczenia szpitalnego powinien być nazywany konkretnie projektem sieci szpitali finansowanych ze środków publicznych bowiem taki jest faktyczny cel projektu. Sieć szpitali, która spełni oczekiwania społeczne powinna być wspólnie budowana i akceptowana przez kluczowych uczestników systemu. Sieć szpitali powinna być tworzona w oparciu o aktualne i rzetelne mapy potrzeb zdrowotnych oraz mając na uwadze możliwości finansowe, w tym także planowany wzrost nakładów na zdrowie. Sieć szpitali powinna spełniać oczekiwania pacjentów oraz pracowników szpitali. Sieć szpitali powinna uwzględniać inne ważne uwarunkowania, takie jak np. jakość świadczeń, trwałość projektów finansowanych ze środków unijnych, czy zgodność z nowoczesnymi modelami działania szpitali (oddziały wieloprofilowe, preferencje hospitalizacji krótkoterminowych, wykonywanie zabiegów operacyjnych w trybie jednodniowym). System finansowania szpitali powinien sprzyjać ich kosztowej-efektywności przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej jakości usług. Konieczne jest wprowadzenie do projektu mechanizmów koordynowanej ochrony zdrowia, np. poprzez umożliwienie tworzenia organizacji koordynowanej ochrony zdrowia w modelu konsorcjów, grup lub fuzji podmiotów leczniczych.	istniejących uwarunkowań. funkcjonowania sieci szpitali powinny być oczywiście udoskonalane, w szczególności poprzez uzależnienie finansowania od spełniania kryteriów jakościowych, co wymaga jednak czasu i znacznych nakładów i jest kwestią dalszej przyszłości.
18.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Uwagi ogólne	Świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane umowy z płatnikiem, której szczegółowy zakres profili będzie uzależniony od kwalifikacji do danego poziomu. W takiej sytuacji rodzi się pytanie, co z oddziałami, które nie zostaną zakwalifikowane do danego poziomu, a tym samym nie uzyskają kontraktu z płatnikiem. Czy będą mogły nadal funkcjonować i uzyskać umowę z płatnikiem na realizację świadczeń zdrowotnych w danym zakresie na odrębnych warunkach, czy zostaną zamknięte? Szpitale zostaną pozbawione finansowania świadczeń, które realizują od lat i które spełniają wymagania określone w rozporządzeniach w zakresie świadczeń gwarantowanych. Projekt w takim kształcie nie gwarantuje przyszłości szpitalom publicznym, które od lat realizują specjalistyczne świadczenia w zakresie profili wybranych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców danego regionu. W przypadku niespełnienia przez szpital jednego z przyjętych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców traci możliwość bycia nadal szpitalem wielospecjalistycznym na rzecz ograniczonego zakresu świadczeń zdrowotnych wskazanego jedynie dla I poziomu. Powyższa sytuacja spowoduje zmniejszenie dostępu do świadczeń specjalistycznych w szpitalach publicznych, oraz ograniczy kompleksowość ich oferty leczniczej. Należy wskazać, iż zaproponowane rozwiązania w projekcie niosą także i inne zagrożenia wynikające z braku finansowania określonych oddziałów ze środków publicznych; szpitale nie będą mogły wykorzystać nowo wybudowanej infrastruktury i zakupionego sprzętu medycznego ze środków finansowych pochodzących z programów unijnych i w konsekwencji zaistnieje konieczność zwrócenia środków pozyskanych z dotacji unijnych. Ponadto, w projekcie nie wspomina się o finansowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, oddziałów /zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych, (które są w strukturze podmiotów leczniczych), czy zakłada się, że będą one odrębnie finansowane. Nie uwzględniono także szpitali psychiatrycznych,	<u>Uwagi niezasadne</u> Zachowana zostanie możliwość kontraktowania świadczeń w trybie konkursowym, w odniesieniu do tych profili, których dany podmiot nie będzie mógł realizować w ramach sieci. IP/ SOR będą finansowane w ramach ryczałtów. Opieka długoterminowa i leczenie psychiatryczne nie są objęte zakresem projektu.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			na jakich zasadach będzie odbywało się ich finansowanie i funkcjonowanie. Należy także rozważyć wprowadzenie zewnętrznego systemu oceny jakości dla szpitali, które będą w systemie szpitalnego zabezpieczenia świadczeń.	Postulat wykracza poza zakres projektu (ewentualnie do rozważenia w przyszłości).
19.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	art. 95n. ust. 1	Proponujemy wydłużenie okresu kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia na okres 10 lat. Wydłużenie okresu zakwalifikowania świadczeniodawcy będą stanowił istotną gwarancję w procesie pozyskiwania od instytucji finansowych środków na rozwój podmiotów leczniczych. Stabilność finansowa podmiotów leczniczych może prowadzić do zapewnienia lepszej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Wieloletnie umowy to także korzyść płatnika, gdyż redukcja kosztów dotychczasowych postępowań i zawierania umów ze świadczeniodawcami może doprowadzić do zmniejszenia kosztów administracyjnych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
20.	Porozumienie Zielonogórskie	Uwagi ogólne	Samo reorganizowanie bez dołożenia środków nie poprawi dostępności. Zaproponowane rozwiązania, w których szpitale będą finansowane praktycznie za sam fakt istnienia i bycia w grupie wybrańców może skutkować brakiem zainteresowania zwiększaniem zakresu świadczeń, podejmowaniem diagnostyki i terapii trudnych i przez to kosztownych przypadków medycznych. Jednocześnie całkowite rozmontowywanie systemu AOS spowoduje, że pacjent zginie w nowym systemie bez nadziei na rozwiązanie jego problemów zdrowotnych. Rosnące przez to kolejki do świadczeń specjalistycznych spowodują jeszcze większe obciążenie podstawowej opieki zdrowotnej, która winna być odciążana z racji planowanego nałożenia ustawą o POZ całkowicie nowych obowiązków związanych z opieką koordynowaną. Nie da się tego wdrożyć przy jednoczesnym wprowadzeniu systemu stymulującego szpitale do odsyłania wszystkich pacjentów, a zwłaszcza ciężko chorych, do POZ.	<u>Uwagi niezasadne</u> Świadczeniodawcy finansowani w formie ryczału będą zobowiązani do prowadzenia sprawozdawczości z wykonanych świadczeń, która będzie również podstawą wyliczenia kwot ryczału na kolejne okresy. Projekt nie powoduje zaburzeń w funkcjonowaniu AOS, przeciwnie powinien przyczynić się do poprawy dostępności do świadczeń AOS w przychodniach przyszpitalnych.
21.	Związek Przedsiębiorców i Pracodawców	Uwagi ogólne	Aby maksymalnie usprawnić innowacyjny system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia należy wziąć pod uwagę zmianę lub rozszerzenie katalogu ewentualnych świadczeniodawców, którzy wcześniej nie posiadali umowy z NFZ lub nie posiadali w dotychczasowej strukturze Izby Przyjęć ze względu na wcześniejszy brak wymagań NFZ w tym zakresie. Nie ulega więc wątpliwości, że ograniczenia wprowadzone w art. 95 lit. N przedmiotowego projektu ustawy są niewłaściwe i mogą niekorzystnie wpływać na innowacyjne rozwiązanie jakim ma być system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. Ponadto w opinii Związku Przedsiębiorców i Pracodawców art. 9S lit N w/w projektu ustawy może naruszać konstytucyjną zasadę swobody działalności gospodarczej.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali o najistotniejszym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń szpitalnych, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Nadrzędnym celem systemu opieki zdrowotnej nie jest zapewnienie swobody przedsiębiorczości, lecz zapewnienie właściwego i równego dostępu do świadczeń. Dlatego w tym przypadku normy wynikające z art. 68 Konstytucji RP powinny być traktowane jako nadrzędne w stosunku do innych norm konstytucyjnych, takich jak zasada równości podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.
22.	Obywatele dla Zdrowia	Uwagi ogólne	Zakres świadczeń zdrowotnych jakie mają być udzielane pacjentom w ramach profili podstawowych szpitali będących w sieci jest znacznie węższy niż zakres obecnie udzielanych świadczeń w tych szpitalach. Wprawdzie projektodawca wskazuje, że „W celu zagwarantowania kompleksowości i ciągłości opieki zdrowotnej, w zakresie poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia może być zapewniony świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach dodatkowych profili, innych niż te, o których mowa w ust. 3 (przyp. aut.: profile podstawowe)”. To jednak jest to tylko pozorna możliwość, bowiem dla świadczeń udzielanych w ramach profili innych niż podstawowe wprowadza się zasady finansowania w drodze konkursu wyłącznie na poziomie 15 % całego budżetu przeznaczanego na świadczenia. Oznacza to, faktycznie brak finansowania i prawdopodobnie będzie skutkowało ograniczeniem udzielanych świadczeń w zakresie profili dodatkowych. Tym samym konsekwentnie pacjenci będą mogli uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie znacznie węższym niż dotychczas. Mając na uwadze znaczne ograniczenie finansowania w stosunku do aktualnie finansowanego zakresu świadczeń w poszczególnych podmiotach leczniczych bez wątpienia trzeba przyjąć, że projekt ustawy będzie skutkował ograniczeniem dostępności pacjentów do leczenia jak i ograniczeniem swobody przedsiębiorczości tych podmiotów które spełniają kryteria jakości a jednak nie otrzymają finansowania w zakresie wystarczającym do udzielania świadczeń. To też doprowadzi do wyeliminowania części podmiotów leczniczych lub znacznego ograniczenia ich działalności.	<u>Uwagi niezasadne</u> Prezentowany projekt nie wprowadza ograniczeń w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do stanu obecnego. Podział środków 85/ 15%, wskazany w uzasadnieniu wynika z przybliżonej symulacji i oznacza podział pomiędzy koszty świadczeń szpitalnych realizowanych w ramach sieci i świadczeń szpitalnych, które będą udzielane na podstawie umów zawartych w dotychczasowym trybie.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

23.	Konfederacja Lewiatan	Uwagi ogólne	Zaproponowany sposób kwalifikacji do systemu faworyzuje duże placówki publiczne. W konsekwencji będzie to prowadziło do wyeliminowania z systemu małych i ograniczenia działalności średniej wielkości szpitali, co wywrze odwrotny od zamierzeń skutek, tj. doprowadzi do ograniczenia dostępności do świadczeń i wydłuży, a nie skróci kolejki oczekujących. Mając na uwadze fakt, że od 2011 r. NFZ nie ogłosił konkursów, jedynie aneksując umowy, bardzo rzadko przeprowadzając konkursy uzupełniające, nowe podmioty nie miały szans na przystąpienie do konkursów a tym samym na realizację umów z Funduszem. Wprowadzając zapisy dotyczące konieczności posiadania umowy, jako warunek sine qua non ubiegania się o włączenie do systemu zabezpieczenia, będziemy mieć do czynienia nie tylko z ograniczeniem konkurencyjności na rynku, ale także realnym zmniejszaniem dostępu do usług, ponieważ z każdym rokiem potrzeby pacjentów rosną. Warto przy tej okazji przywołać decyzję Prezesa UOKIK z dnia 10 lipca 2009 r. nr RWA - 9/2009 w cytacie: „Tylko bowiem w warunkach konkurencji przedsiębiorcy i konsumenci mają gwarancję realizacji zasady konstytucyjnej wolności gospodarczej i ochrony swoich praw. Mogą bowiem współzawodniczyć pomiędzy sobą w celu osiągnięcia maksymalnych korzyści ekonomicznych ze sprzedaży swoich towarów lub usług i zaspakajając należycie potrzeby odbiorców tych towarów lub usług”. W naszej ocenie nowi świadczeniodawcy wzmacniają zasady konkurencyjności. „Konkurencja, będąc podstawowym mechanizmem gospodarki, rodzi dla niej wymierne korzyści: prowadzi do optymalizacji procesu zaspokajania potrzeb nabywców poprzez poprawę jakości produktów, sprzyja optymalizacji alokacji zasobów, stymuluje wzrost produkcji i obniżenie kosztów. Bezpośrednio sprzyja to dobrobytowi konsumentów. Ograniczenie konkurencji prowadzi więc w ostatecznym rozrachunku do naruszenia interesu konsumentów.” A posiadanie od dwóch lat umowy z NFZ wyklucza zakwalifikowane do sieci nowych podmiotów. Budzi to tym większe wątpliwości, że taki zapis uniemożliwia pozyskanie kontraktów na nowe rodzaje świadczeń medycznych w tym nowych profili komórek organizacyjnych, które powstawały wychodząc na przeciw potrzebom zdrowotnym często z udziałem środków unijnych i EOG, czy systemu wsparcia ze środków Norweskich. Projekt nie określa także ich miejsca w nowej kwalifikacji podmiotów leczniczych. Brak jasnych zasad włączania do systemu zabezpieczenia placówek niespełniających kryteriów kwalifikacji. W projekcie ustawy nie określono dostatecznie szczegółowy przesłanek stanowiących podstawę kwalifikacji do sieci szpitali niespełniających kryteriów dla danego poziomu zabezpieczenia. Ogólnikowe stwierdzenie o konieczności odpowiedniego zabezpieczenia świadczeń nie spełnia konstytucyjnego standardu dobrej legislacji i powoduje, że kryteria kwalifikacji do sieci tylko z pozoru będą obiektywne i transparentne. Nawet wyjątek określony w art. 95n ust. 5 nie wskazuje na żadne przesłanki, jak tylko i wyłącznie jednoosobowa decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie ma tu mowy o żadnej rynkowej konkurencji. Nowelizacja z jednej strony wprowadzi zatem kryteria nie pozostawiające żadnego pola uznaniowości, a z drugiej strony umożliwi włączenie do sieci każdego szpitala zaakceptowanego przez NFZ, co może skutkować uprzywilejowaniem niektórych placówek zdrowia. Ponadto, w naszej ocenie koniecznym jest zachowanie wpływ środowiska medycznego pracodawców na poziomie wojewódzkim, który identyfikuje potrzeby, zarówno a szczeblu powiatowym, jak i regionalnym. Jako pracodawcy tworzymy wraz z naszymi zespołami pracowniczymi często jedno z największych społeczności zakładowych, działających w dialogu z organizacjami związkowymi. Wyrażamy także pogląd, aby arbitralnie przedstawiony przez Ministra Zdrowia podział na poszczególne profile i poziomy, mógł być modyfikowany indywidualnie dla każdego zakładu opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę jego zasoby, jakość wykonywanych świadczeń medycznych oraz dotychczasowe działanie na konkurencyjnym rynku medycznym. Wnosimy również, aby zgodnie z już wprowadzonymi zmianami, do procesu decyzyjnego został silnie włączony wojewoda działający przy pomocy Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych. Tylko bowiem w sytuacji, gdy niezależne jednostki będą dokonywały oceny zasadności włączenia placówek medycznych do systemu będziemy mogli mówić o działaniach planowanych, transparentny, obiektywny i dostosowanych do potrzeb pacjentów lokalnych. Brak powiązania z innymi instrumentami prawnymi istniejącymi na gruncie prawa. Projektowane zmiany są niespójne z wprowadzonymi mechanizmami w zakresie budowania map potrzeb zdrowotnych, czy tworzeniem przez wojewodów regionalnych priorytetów zdrowotnych. Nie uwzględnia również możliwości działania w ramach tzw. konsorcjów, co bezzasadnie ograniczy możliwość współpracy świadczeniodawców celem zagwarantowania koordynowanej, kompleksowej i wieloprofilowej oferty w ramach sieci szpitali oraz spowoduje wykluczenie z tej	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali, którym już obecnie przypada najistotniejsza rola w zapewnianiu dostępu do świadczeń szpitalnych, w szczególności udzielanych w ramach pełnej hospitalizacji (w trybie ostrym). Nadrzednym celem systemu opieki zdrowotnej nie jest zapewnienie swobody przedsiębiorczości, lecz zapewnienie właściwego i równego dostępu do świadczeń. Dlatego w tym przypadku normy wynikające z art. 68 Konstytucji RP powinny być traktowane jako nadrzędne w stosunku do innych norm konstytucyjnych, takich jak zasada równości podmiotów prowadzących działalność gospodarczą. Ten tryb kwalifikacji ma mieć charakter nadzwyczajny i powinien być stosowany jedynie w sytuacji, gdy kwalifikacja danego podmiotu do PSZ będzie uznana za konieczny warunek właściwego zabezpieczenia świadczeń. Zasady kwalifikacji do sieci muszą mieć charakter uniwersalny i nie mogą być modyfikowane indywidualnie dla każdego podmiotu. Brak uzasadnienia dla włączenia wojewody w proces kwalifikacji, z uwagi na to, że ma on opierać się na obiektywnym zweryfikowaniu danych, w których posiadaniu jest wyłącznie płatnik. Projektowana ustawa jednoznacznie stanowi, że warunki kwalifikacji do sieci powinny być spełnione przez
-----	-----------------------	--------------	--	---

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			sieci placówek zapewniających wysoką jakość i dostępność dla pacjentów. Pomimo wejścia w życie procedury wydawania opinii o celowości inwestycji w sektorze zdrowia, m.in. w zakresie leczenia szpitalnego - IOWISZ, to nowelizacja wprowadza odrębne i nieskoordynowane z mapami potrzeb zdrowotnych ograniczenie możliwości ubiegania się kontrakty z NFZ. Niezrozumiałe włączenie do systemu zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Niejasna, szczególnie z punktu widzenia braku wskazania źródeł i sposobu finansowania, jest propozycja włączenia do systemu zabezpieczenia szpitalnego świadczeń AOS. Z uwagi na istniejący obecnie system kontraktowania niezrozumiałe zdaniem przedsiębiorców jest próbowanie łączenia tych dwóch zakresów, szczególnie bez przeprowadzenia jakiegokolwiek pilotażu. Przy wprowadzeniu tzw. finansowania ryczałtowego niema żadnych wyjaśnień, jak środki będą przez placówki medyczne dzielone pomiędzy świadczenia hospitalizacyjne, a świadczenia specjalistyczne. Dodatkowo rodzi się obawa, że część świadczeń specjalistycznych zupełnie przestanie być kontraktowania z uwagi na „przejęcie” ich przez placówki szpitalne. Wnosimy o usunięcie z projektu propozycji włączania do systemu zabezpieczenia szpitalnego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i pozostawienie jej w obecnej formule konkursowej. Brak mechanizmów Kontroli. W projekcie ustawy nie zostały wprowadzone żadne mechanizmy, które gwarantowałyby skuteczną kontrolę płatnika publicznego w przypadku działania niezgodnego z założeniami reformy, w tym brak jest instrumentów fundamentalnych dla pacjenta, jak: dostępność do świadczeń, czy ocena jakości świadczonych usług. Jedyny zaproponowany mechanizm, to określony w art. 95n ust. 8 (w ramach art. 1 pkt 3 projektu ustawy), zgodnie, z którym dyrektor oddziału będzie mógł zmienić kwalifikację świadczeniodawcy w systemie, gdy ten nie będzie spełniał kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia. Oznacza to, że nawet przy wystąpieniu innych wątpliwości (czasem dużo bardziej poważniejszych) nie będzie podstaw do wyłączenia takiej placówki z systemu zabezpieczenia.	świadczeniodawcę w odniesieniu do zakładu leczniczego funkcjonującego w danym województwie. Nie przewiduje się możliwości tworzenia konsorcjów w celu spełnienia warunków kwalifikacji łącznie przez 2 lub więcej podmiotów leczniczych. Możliwość udzielania przez szpitale w ramach sieci również świadczeń z zakresu AOS udzielanych w odpowiednich przychodniach przyszpitalnych stanowi istotną wartość dodaną procedowanego projektu, gdyż sprzyjać ma poprawie koordynacji świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtu obejmującego AOS będą materią zarządzenia Prezesa NFZ. Szpitale udzielające świadczeń w ramach sieci będą podlegały tym samym regułom w zakresie kontroli przez płatnika co pozostali świadczeniodawcy.
24.	Konfederacja Lewiatan	art. 95n ust. 3 pkt 1 lit, a	Wymóg posiadania kontraktu przez ostatnie 2 lata jest nadmiernie restrykcyjny, szczególnie w przypadku, gdy dany szpital spełnia w znacznym stopniu większość pozostałych kryteriów dla danego poziomu zabezpieczenia. Oznacza to również niezasadne odrzucenie możliwości zaliczenia do sieci szpitali posiadających oddziały funkcjonujące w trybie hospitalizacji planowej, które nie odstępują poziomem jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń oddziałom działającym w trybie ostrym, a często ten poziom znacząco przewyższają, stanowiąc ważny punkt na mapie potrzeb zdrowotnych. Warto zwrócić uwagę, że brak zakontraktowania izby przyjęć nie oznacza, że placówki takiej izby nie posiadają. Tym samym bardziej zasadne jest odniesienie się do wpisu w rejestrze podmiotów leczniczych niż ustalanie na sztywno konieczności posiadania kontraktu na ten typ działalności. Wnosimy o usunięcie z art. 95n ust. 3 pkt 1 lit, a (w art. 1 pkt 3 projektu ustawy) w ramach wymogu udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału zapisu: „na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe”.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali, którym już obecnie przypada najistotniejsza rola w zapewnianiu dostępu do świadczeń szpitalnych, w szczególności udzielanych w ramach pełnej hospitalizacji (w trybie ostrym), z czym wiąże się także posiadanie umowy obejmującej SOR lub IP.
25.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych	Uwagi ogólne	Zbyt szybkie tempo wprowadzanych zmian, uniemożliwiające przygotowanie skutecznej reformy, a także przygotowanie się świadczeniodawców do nowego otoczenia prawnego. Zgodnie z założeniami projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach do sieci szpitali podmioty lecznicze mają zostać wybrane do końca kwietnia 2016 roku. Przy terminach legislacyjnych oraz szczątkowości zaproponowanej regulacji proponowany terminarz uniemożliwia przeprowadzenie rzetelnej debaty publicznej i przygotowania się do wdrożenia proponowanych zmian, zarówno po stronie organizatora systemu opieki zdrowotnej, jak i podmiotów tworzących system leczenia szpitalnego. Tak gwałtowna redefinicja zasad leczenia szpitalnego, która w założeniu ma zrewolucjonizować obecny kształt funkcjonowania systemu szpitali na najbliższych wiele lat, stawia grono świadczeniodawców w pozycji olbrzymiej niepewności względem chociażby obecnie realizowanych działań. Bardzo ogólny charakter projektowanych przepisów uniemożliwia przygotowanie się do planowanej zmiany w leczeniu szpitalnym, jak również podjęcie szczegółowej dyskusji z ustawodawcą. W związku z tym wyznaczenie daty rozpoczęcia funkcjonowania systemu PSZ powinno zostać odłożone w czasie, przynajmniej o 1 rok. Postulowane zmiany: Niezwłoczne przedstawienie opinii publicznej, szczegółowych zasad funkcjonowania sieci szpitali, uwzględniających finansowanie oraz sposób zabezpieczenia dostępu świadczeniobiorców do świadczeń wysokiej	<u>Uwagi niezasadne</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materią zarządzenia Prezesa NFZ. Projektowane rozwiązania nie wymagają przeprowadzenia pilotażu. Pilny charakter projektowanych rozwiązań nie pozwala na ich odroczenie o rok.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			jakości; Przeprowadzenie pilotażu funkcjonowania regulacji, ograniczonego przykładowo do jednego województwa; Odroczenie opublikowania pierwszego wykazu podmiotów, które wejdą do PSZ do 30 kwietnia 2018 r.	
26.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych		Nieuwzględnienie w treści projektu tak istotnego aspektu wprowadzenia sieci szpitali, jak finansowanie świadczeń przyczynia się do niepewności świadczeniodawców co do tego, czy będą w stanie sfinansować świadczenia na odpowiednio wysokim poziomie jakościowym. Nie przedstawiono również projektu rozporządzenia, do którego odsyła delegacja ustawowa w Projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach i które powinno precyzować sposoby rozliczania świadczeń po wprowadzeniu sieci szpitali. W naszej ocenie, żeby w pełni móc ocenić skutki wdrożenia nowego systemu leczenia szpitalnego konieczne jest precyzyjne określenie finansowania sieci szpitali i planowanych metod rozliczeń z nimi. <u>Postulowane zmiany:</u> Określenie na poziomie ustawowym mechanizmu finansowania świadczeń; Przedstawienie opinii publicznej szczegółowych zasad finansowania.	<u>Uwagi niezasadne</u> j.w. Brak uzasadnienia do określenia w ustawie sposobu finansowania. Obecnie szczegółowe zasady rozliczania świadczeń są określane przez Prezesa NFZ.
27.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych		Projekt wskazuje jako jedno z kryteriów włączenia do sieci szpitali wymóg posiadania przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, której okres trwania w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do odpowiedniego poziomu systemu sieci szpitali musi wynosić co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe. W efekcie oznacza to, że świadczeniodawcy, którzy zawarli taką umowę później, aniżeli 30 kwietnia 2015 r. będą co do zasady wykluczeni z sieci szpitali, chyba że stosowną decyzję o włączeniu do sieci podejmie dyrektor OW NFZ za zgodą Ministra Zdrowia. W naszej opinii tego typu mechanizm stanowi niedopuszczalne naruszenie zasady zaufania obywateli do państwa, podważa zasadę pewności prawa i w nieuzasadniony sposób arbitralnie wyklucza grupę świadczeniodawców z możliwości ubiegania się o uwzględnienie w sieci szpitali (dalej również jako: „PSZ”). Obawy wzbudza również wpływ takiego rozwiązania na zapewnienie bezpieczeństwa dostępu do świadczeń dla pacjentów. Z Oceny Skutków Regulacji Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach nie wynika ile świadczeniodawców zostanie wykluczonych z sieci szpitali i jaki wpływ będzie to miało na wypełnianie zapotrzebowania na świadczenia wynikającego z map potrzeb zdrowotnych. Aby reforma wpłynęła pozytywnie na dostępność do świadczeń oraz jakość powinna być koherentna z analizami wynikającymi z opublikowanych map potrzeb zdrowotnych - powinna uwzględniać diagnozy w nich zawarte. <u>Postulowane zmiany:</u> Przy tworzeniu pierwszego wykazu świadczeniodawców wchodzących do PSZ kryterium okresu trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych powinna być zastąpiona kryteriami jakościowymi.	<u>Uwagi niezasadne</u> Sieć szpitali z założenia objąć ma szpitale, które już obecnie pełnią kluczową rolę dla zapewnienia podstawowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd wymóg 2-letniej umowy jest zasadny. Szpitale nie zakwalifikowane do sieci będą mogły ubiegać się o zawarcie umowy w trybie konkursowym. Oparcie kwalifikacji do sieci od spełniania kryteriów jakościowych, wymagałoby najpierw wypracowania odpowiedniego zestawu wskaźników i stworzenia mechanizmów monitorowania jakości w oparciu o takie wskaźniki. Mapy potrzeb zdrowotnych i tzw. sieć szpitali są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.
28.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych		Pomimo wskazania, że celem proponowanych zmian jest poprawienie dostępu pacjentów do świadczeń gwarantowanych ani projekt nowelizacji, ani uzasadnienie nie wskazują w jaki sposób ma być osiągnięty wskazany cel. W uzasadnieniu nie wskazano w ogóle, jak rozumiane jest pojęcie dostępu do świadczeń: czy chodzi o czas oczekiwania na świadczenie przez pacjenta, czy o możliwość uzyskania świadczeń dotychczas niedostępnych, czy też wreszcie o wyższą jakość świadczenia. Szczególnie niezrozumiałe jest to jakim mechanizmem ma dojść do poprawy dostępności, skoro świadczeniodawcy, którzy wejdą do PSZ będą finansowani za pomocą bliżej nieokreślonego ryczałtu. Przyjęcie regulacji w projektowanym kształcie wpłynie natomiast niewątpliwie na zmniejszenie liczby placówek medycznych, co może doprowadzić do ograniczenia dostępu. Również brak mechanizmów gwarantowania jakości udzielania świadczeń może wpłynąć negatywnie na dostęp do wysokiej jakości świadczeń. W efekcie istnieje poważne ryzyko, że świadczeniodawcy będą zmuszani drastycznie obniżać jakość świadczeń lub odmawiać ich wykonania w przypadku, gdy ryczałt będzie niedoszacowany (alternatywnie). <u>Postulowane zmiany:</u> Sprecyzowanie pojęcia dostępu do świadczeń; Ustawowe uregulowanie mechanizmów w sytuacji, gdy ze względu na duże zapotrzebowanie na świadczenia danego rodzaju ryczałt okazuje się niewystarczający; Wprowadzenie kryteriów jakościowych, mających na celu ewaluację zapewnienia dostępności do świadczeń (np.	<u>Uwagi niezasadne</u> Finansowanie świadczeń w formie ryczałtów nie może być wyłączone z ogólnych uwarunkowań wynikających z ograniczonych zasobów na opiekę zdrowotną. j.w.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			czas oczekiwania na świadczenie, zakres oferowanych świadczeń).	
29.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych		Włączenie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ danego świadczeniodawcy do sieci szpitali ma być teoretycznie czynnością materialno-techniczną, nie pozostawiającą pola uznaniowości władzy publicznej. Jednocześnie Projekt nowelizacji przewiduje, że jeżeli wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który nie spełnia kryteriów pozwalających mu na zakwalifikowanie się do PSZ w trybie regularnym może zostać zakwalifikowany do PSZ przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia. Uważamy, że niniejsza decyzja ma charakter arbitralny, zwłaszcza że pojęcie właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter pojemnej klauzuli generalnej, dającej władzy publicznej pełną dowolność jej interpretowania. Projektowana zmiana nie rozwiązuje zatem problemu arbitralności w podejmowaniu decyzji o zawarciu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a wręcz przeciwnie zwiększa ją przyznając prawo dowolnego dokoptowania świadczeniodawców sieci szpitali nie stosując przy tym jakiegokolwiek kryterium merytorycznego. Postulowane zmiany: Określenie obiektywnych kryteriów, jakimi dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ się kieruje podejmując decyzję, iż konieczne jest tymczasowe zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń; Wprowadzenie mechanizmu konkurencyjnego do wyboru świadczeniodawcy, który zostanie włączony do PSZ poza standardową.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest możliwe sprecyzowanie przesłanek podjęcia decyzji o zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do PSZ w tym trybie. Będzie on stosowany jako narzędzie o charakterze nadzwyczajnym – w odniesieniu do podmiotów niespełniających przesłanek określonych w przepisach. Jediną przesłanką ma być to, że włączenie danego podmiotu do PSZ jest wymagane w celu zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a ocena jej spełnienia powinno leżeć w gestii dyrektora OW NFZ i MZ.
30.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych		Ryzyko „zamrożenia” wykazu świadczeniodawców, którzy zostaną zakwalifikowani do PSZ przy pierwszym wykazie. Ryzyko to wynika w szczególności z następujących czynników: kryterium wymogu 2- letniego trwania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili kwalifikujących; faktu, że z uzasadnienia Projektu wynika, że jedynie 15% środków publicznych będzie przeznaczana dla świadczeniodawców niewchodzących do sieci szpitali. W efekcie świadczeniodawcy, którzy nie zostaną zakwalifikowani do sieci przy pierwszym wykazie i którzy nie otrzymają umowy na udzielane świadczeń w ramach niewielkiej puli środków pozostawionych dla świadczeniodawców spoza sieci, nie będą praktycznie mieli możliwości spełnienia kryteriów wstąpienia do sieci w przyszłości. postulowane zmiany: Utworzenie mechanizmu prawnego, który pozwalałby wyłączyć kryterium okresu trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w stosunku do świadczeniodawców, którzy dotychczas nie znaleźli się w PSZ. Zamiast tego kryterium, dla świadczeniodawcy dotychczas nieuwzględnionego w sieci szpitali wprowadzone mogłyby być kryteria jakościowe.	<u>Uwagi niezasadne</u> Sieć szpitali z założenia objąć ma szpitale, które już obecnie pełnią kluczową rolę dla zapewnienia podstawowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd wymóg 2-letniej umowy jest zasadny. Oparcie kwalifikacji do sieci od spełniania kryteriów jakościowych, wymagałaby najpierw wypracowania odpowiedniego zestawu wskaźników i stworzenia mechanizmów monitorowania jakości w oparciu o takie wskaźniki.
31.	Stowarzyszenie Lekarzy Rehabilitacji	Art. 951 ust. 2 pkt 4	Proponuje się objęcie siecią rehabilitacji leczniczej. Propozycja uzupełnienia: szpitale onkologiczne, pulmonologiczne i rehabilitacyjne.	<u>Uwaga uwzględniona</u>

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

32.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych	Uwagi ogólne	Przejsięcie z tak aktualnie atakowanego systemu płatności za wykonane świadczenie do systemu budżetowania rocznego, wydaje się być tożsame z obniżeniem skłonności placówek medycznych do zwiększania liczby realizowanych świadczeń, będących w wielu zakresach odzwierciedleniem faktycznych potrzeb zdrowotnych populacji. Zablokuje to także możliwość wynagradzania pracowników medycznych w ramach umów kontraktowych, ściśle powiązanych z liczbą i jakością wykonanych świadczeń. Powyższe, szczególnie w perspektywie przewidywanych przez nas problemów z dostępnością do świadczeń na poziomie POZ oraz AOS, spowoduje drastyczną zmianę w zasadach funkcjonowania szpitali, w tym obniżenie dostępności do świadczeń. Opublikowane projekty nie w pełni korespondują z innymi regulacjami, w tym ustawą refundacyjną (brak w proponowanych przepisach odniesienia do realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii czy programów lekowych), założeniami ustawy o POZ (która nie wskazuje żadnych konkretnych rozwiązań prezentowanych we wcześniejszych materiałach MZ) czy rozporządzeniami koszykowymi, kryteriami oceny ofert czy wytycznych prowadzenia postępowań przez płatnika publicznego. Powyższa sytuacja pozostawia interesariuszom systemu wrażenie niepewności co do funkcjonowania całości systemu ochrony zdrowia, finansowanego ze środków. Obecność placówki w sieci 4 lata – biorąc pod uwagę fakt, iż aktualnie konkursy na świadczenia zawierane były na lat 5, a zgodnie z przepisami miały być wydłużone do 10 lat w leczeniu szpitalnym, określenie obecności placówki (oddziału) w sieci zabezpieczenia na okres 4 lat wydaje się być terminem zbyt krótkim.	<u>Uwagi niezasadne</u> Świadczeniodawcy finansowani w formie ryczału będą zobowiązani do prowadzenia sprawozdawczości z wykonanych świadczeń, która będzie również podstawą wyliczenia kwot ryczału na kolejne okresy. Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
33.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych	Art. 95n ust. 3 pkt a	Warunkiem przynależności do sieci jest izba przyjęć, kontraktowana przez NFZ przez minimum 2 lata wstecz – warunek ten może być faktyczną przeszkodą we włączeniu do sieci wielu placówek monospecjalistycznych, w tym centrów onkologii, które posiadają izby przyjęć w strukturze, ale nie posiadają na nie zawartych kontraktów z NFZ;	<u>Uwaga niezasadna</u> Dla szpitali poziomu 4 nie obowiązuje wymóg IP/ SOR.
34.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych	Art. 2	Zapis dot. automatycznego przekwalifikowania obowiązujących aktualnie umów na umowy w zakresie zabezpieczenia uniemożliwi rozwój placówek medycznych o nowe zakresy / oddziały, które były lub są planowane do otwarcia w najbliższych miesiącach;	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do zakresów nie objętych umowami w ramach sieci pozostawia się możliwość zawierania umów w trybie konkursowym.
35.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych	art. 136	Bezzasadne jest wykreślenie zapisu art. 136 ust. 2 ustawy, zapewniającego bezlimitowe finansowanie diagnostyki i leczenia onkologicznego na poziomie ustawy.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
36.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Proponowane zmiany w żaden sposób nie korespondują z potrzebami pacjentów, nie diagnozują ich i nie odpowiadają na nie. Jednocześnie, co zaznaczono na wstępie, nie ma określonego celu oraz harmonogramu. Nie widząc tak naprawdę jak wygląda docelowe funkcjonowanie systemu, trudno będzie dobierać odpowiednie rozwiązania, które pozwolą go osiągnąć.	<u>Uwagi niezasadne</u> Cele regulacji zostały jasno określone. Dotyczy ona tylko pewnego obszaru systemu opieki zdrowotnej i nie ma charakteru całościowego.
37.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Projekt ustawy jest rozwiązaniem fragmentarycznym i bardzo nieprecyzyjnym. W opinii Pracodawców RP brakuje zapisów regulujących m.in. sposób wyliczenia budżetu szpitali wchodzących do sieci, regulacji co się dzieje w sytuacji, gdy szpital przed końcem roku w pełni wykorzysta przydzielony ryczałt, a także jak rozwiązać sytuację, kiedy szpitale nie przyjmują pacjentów z powodu 100% obłożenia ? Sprawą dodatkową to koordynacja opieki nad pacjentem w takim przypadku. Sprawą kolejną jest brak określenia czy wyceny procedur medycznych. Tutaj pojawia się pytanie, jakie będą obowiązywały zasady przy wykonywaniu świadczeń ryczałtowych, jakie są sankcje za brak odpowiedniej statystyki wykonanych świadczeń do publicznego płatnika?	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczału obejmującego AOS oraz sprawozdawczości będą materialem zarządzenia Prezesa NFZ. Istotą ryczału jest to, iż obejmuje finansowanie całości świadczeń udzielanych w danym okresie (podobnie jak już obecnie przypadku SOR/ IP).
38.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Zwracamy uwagę na brak także regulacji, która określi sytuację tj. sposób wyboru świadczeniodawcy po wykreśleniu szpitala z sieci (podstawa prawna art. 95n ust. 8).	<u>Uwaga niezasadna</u> Taki podmiot będzie mógł kontraktować świadczenia na ogólnych zasadach.
39.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Uważamy, że ustawa powinna zawierać opis procedury odwoławczej w przypadku niezakwalifikowania szpitala do sieci – brak takiej regulacji przy jednoczesnym zapisaniu, że w tym przypadku nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego spowoduje lukę prawną.	<u>Uwaga niezasadna</u> Brak zasadności procedury odwoławczej, w sytuacji gdy proces kwalifikacji będzie miał charakter nie uznaniowy (techniczny).

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

40.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Wyrażamy pogląd, że w ustawie brakuje przepisów, które określają, jak ma być sfinansowane zadłużenie szpitali publicznych. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia obecne zadłużenie wymagalne wynosi 1,8 mld zł a szacowane całkowite zadłużenie zamyka się kwotą ok. 11 mld zł. Powstaje więc pytanie czy szpital będzie miał prawo przeznaczać pieniądze z ryczałtu na obsługę swojego zadłużenia ?	Uwaga wykracza poza materię projektu.
41.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Proponowane rozwiązanie obejmuje zarówno finansowanie jak i organizację systemu. W projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych trudno znaleźć powiązanie sieci szpitali ze zmianami w zakresie POZ, czy z wprowadzaniem modelem koordynacji. Nie dostrzegamy korelacji i powiązania między zmianami, co może wprowadzić dodatkowy chaos w systemie ochrony zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Omawiany projekt nie ma związku z projektem ustawy o POZ.
42.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Tworzona sieć szpitali nie koresponduje z dokumentami, które stały się podstawą do przekazania Polsce przez Unię Europejską kwoty 12 mld zł na inwestycje w ochronie zdrowia. Warunkiem wejścia do sieci nie jest uzyskanie zgody w systemie IOWISZ, nie ma sankcji za inwestycje dokonywane przez szpitale będące w sieci niezgodnie z mapami potrzeb. Okazuje się, że pomimo uzyskania negatywnej opinii w systemie IOWISZ, brakuje także korelacji z mapami potrzeb zdrowotnych jak i Policy Paper. To powoduje zagrożenie wstrzymania przez Komisję Europejską budżetu na ochronę zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> PSZ ma objąć zasadniczo podmioty już istniejące i działające w ramach umów w NFZ. Mapy potrzeb zdrowotnych i PSZ są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.
43.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Sieć szpitali będzie tworzona jedynie w powiązaniu z historycznymi kontraktami szpitali. Niestety nie zwraca się uwagi na fakt, że według wstępnych szacunków nawet ok. 200 szpitali może nie spełniać kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgodnie z projektem ustawy jedynym proponowanym rozwiązaniem jest wykreślenie tego podmiotu, w związku z niespełnianiem wymagań, po upływie pół roku po zakwalifikowaniu do sieci. Oczywiście jest pytanie : kto zastąpi świadczeniodawcę który zniknie z sieci? Propozycją resortu wyjścia z tej sytuacji jest kolejna nowelizacja rozporządzenia tak aby zmniejszyć wymogi i tym samym aby wszystkie szpitale je spełniały. Rozwiązanie to de facto ukarze tych którzy olbrzymim kosztem przeprowadzili odpowiednie zmiany i spełnili wymogi prawne. W naszej opinii to nie rodzi zaufania przepisów prawa stanowionych przez organy administracji publicznej oraz dramatycznie wpłynie na bezpieczeństwo pacjenta !	<u>Uwaga niezasadna</u> Obok systemu podstawowego zabezpieczenia w ramach sieci pozostawia się możliwość kontraktowania świadczeń na zasadach ogólnych - w trybie konkursowym.
44.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Reforma nie jest poprzedzona pilotażem. Uważamy, że niezbędne jest sprawdzenie jak proponowany system budżetowy wpłynie na efektywność systemu ochrony zdrowia. Proponujemy możliwość wprowadzenia sieci w formie pilotażu, ale tylko w zakresie szpitali klinicznych lub w obszarze związanym bezpośrednio z ratowaniem życia. To pozwoliłoby na sprawdzenie funkcjonowania szpitali w nowym modelu, a także wyeliminowaniu ewentualnych błędów. Dopiero w kolejnym etapie można rozważyć rozszerzenie sieci szpitali na kolejne grupy szpitali. Takie rozwiązanie pozwoliłoby także na zachowanie ciągłości leczenia wielu pacjentów i jednocześnie na naukę społeczeństwa zasad obowiązujących w nowym systemie.	<u>Uwaga niezasadna</u> W tym przypadku nie jest konieczne przeprowadzenie pilotażu.
45.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Uważamy, że zmiana systemu finansowania z zadaniowego na ryczałtowe będzie działała demotywująco na świadczeniodawców – może spaść jakość i będzie niejasna dostępność do świadczeń dla pacjentów. Bez wprowadzenia odpowiednich systemów zwiększających efektywność systemu, każdy szpital dla swojego „bezpieczeństwa finansowego” będzie realizował procedury w maksymalnie długim czasie, tak aby nie przekroczyć zaplanowanego na dany rok ryczałtu. Sztuczne wydłużanie hospitalizacji pozwoli dyrektorowi szpitala na usprawiedliwienie wobec wojewody w przypadku skarg pacjentów na zmniejszenie dostępu do świadczeń medycznych. Dyrektor każdego szpitala odpowiada finalnie przed organem założycielskim również za finanse szpitala . Jego ważnym celem będzie takie zarządzanie ryczałtem, aby go nie przekroczyć (zwłaszcza w związku z zapowiedzią, że nie będzie żadnej podstawy do roszczeń w tym zakresie), a wzrost ryczałtu nastąpi w sposób w pełni uznaniowy. Bez bardzo istotnego wzrostu finansowania (którego nie widać w zapisach znanych nam projektów aktów prawnych) efektem zmian będzie dramatyczne pogorszenie dostępności do świadczeń i pełna uznaniowość w przyjmowaniu pacjentów do szpitala. Nawet dzisiaj, mimo wielu zachęt zwiększających efektywność systemu, trudno go uznać za efektywny. Przykładem może być liczba procedur wykonywanych w trybie jednodniowym lub ambulatoryjnym. W zakresie operacji usunięcia żołądka w wielu państwach OECD ponad 90% świadczeń udziela się w trybie jednodniowym (np. w Finlandii 99%) natomiast w Polsce jedynie 27%. Czy	<u>Uwaga niezasadna</u> Świadczeniodawcy finansowani w formie ryczałtu będą zobowiązani do prowadzenia sprawozdawczości z wykonanych świadczeń, która będzie również podstawą wyliczenia kwot ryczałtu na kolejne okresy. Dlatego ta forma rozliczeń nie będzie demotywowała świadczeniodawców do przyjmowania pacjentów.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			możemy akceptować w naszym kraju , przy tak niskim odsetku PKB przeznaczanego na zdrowie, na zwiększenie skali nieefektywności ?	
46.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Wprowadzenie finansowania ryczałtowego spowoduje, jak już wspomniano, blokowanie dostępu do świadczeń dla pacjentów, ale też będzie zachęcało do powrotu do wykonywania świadczeń starszymi, tańszymi i mniej przyjaznymi dla pacjenta a bardziej czasochłonnymi metodami. Konieczność zastosowania drastycznych oszczędności przez dyrekcje szpitali zablokuje innowacyjność polskich lekarzy i niekorzystnie wpłynie na leczenie pacjentów.	<u>i.w.</u>
47.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Nowelizacja ustawy o świadczeniach ogranicza się jedynie do określenia, kto będzie w sieci i do ustanowienia budżetu szpitali na podstawie danych historycznych – nie odnosi się do systemu organizacji pracy szpitali w nowym systemie (sposobu finansowania świadczeń, kwestii kolejek i regulacji w tym zakresie).	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtu obejmującego AOS oraz sprawozdawczości będą materiały zarządzenia Prezesa NFZ. Nie ma powodu do odrębnego regulowania zasad prowadzenia list oczekujących dla szpitali w sieci.
48.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Ustawa nie określa żadnych kryteriów jakościowych i nie są one warunkiem wejścia do sieci szpitali. Uważamy, że już dzisiaj istnieje możliwość szczególnego potraktowania szpitala posiadającego certyfikat CMJ (np. wprowadzenie dla nich odstępstw w zakresie posiadania odpowiedniej liczby oddziałów lub kontraktu na izbę przyjęć itd.) Brak odniesienia się do certyfikacji CMJ wyraźnie dowodzi, że jakość nie jest istotna dla resortu zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Uzależnianie kwalifikacji do sieci od spełniania kryteriów jakościowych, wymaga czasu i znacznych nakładów, związanych z wypracowaniem odpowiedniego zestawu wskaźników i stworzenia mechanizmów monitorowania jakości w oparciu o takie wskaźniki.
49.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	W nowelizacji ustawy stanowi się, że „tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej”. Słowo podstawowy wyraźnie wskazuje na selektywność tego rozwiązania i ograniczenie sieci szpitali do wybranych procedur. Tymczasem według założeń, szpitale włączone do sieci mają otrzymać ok 85% środków przeznaczanych dotychczas przez publicznego płatnika na leczenie szpitalne. To dowodzi o niespójności proponowanego rozwiązania – system ten nie będzie podstawowym zabezpieczeniem świadczeń – to będzie w założeniu kompleksowe rozwiązanie wszystkich potrzeb Polaków zakresie leczenia szpitalnego. Gdyby literalnie podejść do zapisu ustawy należałoby zabezpieczenie potrzeb podstawowych ograniczyć np. do świadczeń ratujących życie i udzielanych w trybie tzw. ostrym / identyfikowanym w obecnym systemie jako przyjęcia w trybie nagłym	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektodawca wychodzi z szerszego rozumienia pojęcia „podstawowego zabezpieczenia”.
50.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Zdaniem Pracodawców RP, jeśli proponowana reforma ma za zadanie wzmocnić szpitale udzielające świadczeń w trybie ostrym, to niezbędne jest wprowadzenie instrumentów zwiększających efektywność leczenia planowego. W przeciwnym razie dostępność do świadczeń ulegnie radykalnemu pogorszeniu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa dotyczy tylko pewnego obszaru funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i nie ma charakteru całościowego.
51.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Sieć szpitali w powiązaniu w kryteriami wyboru ofert powoduje zupełnie wykreślenie z mapy świadczeniodawców korzystających ze środków publicznych jednostek jednoimiennych i jednodniowych. To ogromny wzrost nieefektywności na który nas nie stać – co już zaznaczono w pkt. 11. Zmiana ta jednak spowoduje ogromny chaos i realne relokowanie miejsca udzielania świadczeń ogromnej liczby pacjentów. Zakładając, że sektor szpitali prywatnych realizował tylko ok. 6% budżetu NFZ przeznaczanego na leczenie szpitalne, można przyjąć, że wykonywał on nawet do 10% świadczeń szpitalnych (procedury jednodniowe są tańsze). To oznacza, że pacjenci będący w kolejkach w tych szpitalach od 1 lipca 2017 r. zostaną pozbawieni miejsca w kolejce a zgodnie z prawem będą mieli prawo uzyskać świadczenie w podobnym czasie w innym podmiocie leczniczym. Stąd pojawia się pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia dokonało rzetelnej analizy ilu pacjentów pozostanie bez możliwości uzyskania świadczenia i czy świadczeniodawcy, którzy pozostaną na mapie będą w stanie obsłużyć tą ogromną liczbę pacjentów w przewidzianym w prawie terminie? Ustawa, uzasadnienie ani OSR nie próbuje zarządzić kryzysem, który nastąpi w takiej sytuacji.	<u>Uwaga niezasadna</u> Obok systemu podstawowego zabezpieczenia w ramach sieci pozostawia się możliwość kontraktowania świadczeń na zasadach ogólnych - w trybie konkursowym. Brak świadczeniodawcy w sieci nie oznacza więc automatycznie pozbawienie go finansowania.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

52.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	W sieci szpitali brakuje szpitali monospecjalistycznych np. sercowo-naczyniowych lub ortopedycznych. To spowoduje ogromne ryzyko dla zdrowia i życia pacjentów. Proponowane rozwiązanie przypisujące określone zakresy świadczeń realizowanych w poszczególnych profilach zabezpieczenia szpitalnego, faworyzuje szpitale wielozakresowe, w oderwaniu od jakości. Krytykując brak wyodrębnienia poziomów gwarantujących kompleksową, koordynowaną opiekę sercowo – naczyniową zważyć należy, iż na chwilę obecną w Polsce ok. 50% zgonów jest skutkiem chorób układu krążenia. Co więcej, rozpowszechnienie czynników ryzyka, czyli stanów, które prowadzą do zachorowań na choroby serca, jest bardzo duże. Powyższe jednoznacznie przesądza o konieczności zapewnienia polskim Pacjentom wyspecjalizowanej i kompleksowej opieki z zakresu świadczeń kardiologicznych i kardiochirurgicznych, opartej na założeniach przyjętych w omawianym projekcie legislacyjnym w przypadku placówek specjalizujących się w świadczeniach z zakresu onkologii i pulmonologii. Uważamy, że należy dodać szpitale monospecjalistyczne poprzez zmianę treści art. 95l ust. Projektu Ustawy.	j.w.
53.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Ustawa nie zawiera żadnych regulacji umożliwiających tworzenie konsorcjów szpitali na potrzeby wspólnego wejścia do sieci. Tymczasem takie rozwiązanie byłoby pierwszym krokiem do koordynacji opieki nad pacjentem, do współpracy podmiotów leczniczych. Jednocześnie to pozwoliłoby znacznie większej liczbie podmiotów wejść do sieci wymuszając między podmiotami leczniczymi tak oczekiwaną współpracę. Trudno uzasadnić jednoznaczny sprzeciw resortu zdrowia wobec takiemu rozwiązaniu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa jednoznacznie stanowi, że warunki kwalifikacji do sieci powinny być spełnione przez świadczeniodawcę w odniesieniu do zakładu leczniczego funkcjonującego w danym województwie. Nie przewiduje się możliwości tworzenia konsorcjów w celu spełnienia warunków kwalifikacji łącznie przez 2 lub więcej podmiotów leczniczych.
54.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	W opinii Pracodawców RP zupełnie niezrozumiałe są kryteria wejścia do sieci tj. posiadanie zakontraktowanej izby przyjęć. Takie rozwiązanie eliminuje większość prywatnych i mniejszych podmiotów leczniczych, ale nie z tego powodu, że izb przyjęć nie mają , gdyż był to warunek konieczny do wykonywania świadczeń szpitalnych , lecz dlatego, że NFZ nie był nigdy zainteresowany ich kontraktowaniem. Warunek posiadania kontraktu na izbę przyjęć nie jest niczym uzasadniony. Podobnie jak propozycja kryterium dwuletniej trwałości kontraktu. Cemu przyjęto kryterium dwóch lat a nie np. sześciu lat – skoro i tak od tego okresu nie było kontraktowania. Kryterium to eliminuje wszystkie podmioty posiadające nową infrastrukturę medyczną, znacznie niższe zagrożenie epidemiologiczne ze względu na spełnianie nowych surowszych norm (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą obowiązuje, odroczone jest jedynie termin w jakim podmioty niespełniające wymogów mają się do niego dostosować). To petryfikacji systemu dotychczasowych świadczeniodawców, niezależnie od jakości i ich skuteczności klinicznej. Jednocześnie to niczym nieuzasadniona nierówność w traktowaniu świadczeniodawców.	<u>Uwaga niezasadna</u> Posiadanie umowy na IP lub SOR jest związane z udzielaniem świadczeń w trybie ostrym.
55.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	W opinii Pracodawców RP brakuje rzetelnej Oceny Skutków Regulacji, który wskaże na rzeczywiste konsekwencje wejścia w życie proponowanych rozwiązań. Z ustawy nie wynika, ile szpitali albo oddziałów i jakich zostanie bez umowy z publicznym płatnikiem Brak też wskazania, czy w związku z tym zostanie mapa polski pokryta odpowiednim zabezpieczeniem medycznym we wszystkich zakresach oraz czy jest to zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych i regionalnymi priorytetami zdrowotnymi. Jesteśmy przekonani, że takie analizy Ministerstwo Zdrowia przygotowało, w związku z tym prosimy o pilne ich przekazanie do publicznej wiadomości. Zwłaszcza, że jednym z deklarowanych z uzasadnieniu celów ustawy (jedyń łatwo mierzalny) jest „zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych”.	<u>Uwaga niezasadna</u> Ostateczna liczba szpitali, które pozostaną poza siecią będzie w znacznej mierze uzależniona od kształtu rozporządzenia wykonawczego do projektowanej ustawy, które będzie oddzielnie przedmiotem konsultacji.
56.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Uważamy, że zmiany w systemie powinny być ściśle skorelowane ze wzrostem finansowania systemu ochrony zdrowia. Brak tej korelacji spowoduje zupełnie minięcie się potrzeb i możliwości oraz doprowadzi do radykalnego pogorszenia się dostępności do świadczeń medycznych. Alternatywnie - Ministerstwo Zdrowia może rękami AOTMiT obniżyć wycenę większości świadczeń medycznych a więc teoretycznie kupić więcej usług, doprowadzając szpitale do bankructwa. Uważamy także, że w projekcie należy jednoznacznie określić planowany udział wydatków na leczenie szpitalne w budżecie płatnika – to pozwoli rzetelnie ocenić projekt ustawy i jego skutki.	<u>Uwaga niezasadna</u> Rozwiązania przyjęte w projekcie powinny być wprowadzone niezależnie od potrzeby zwiększenia środków na opiekę zdrowotną.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

57.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Projekt nie zawiera uregulowań czy szpital spełniający kryteria musi wejść do sieci, czy robi to na swój wniosek. Można sobie bowiem wyobrazić, że część szpitali bojąc się rozliczenia ryczałtowego nie będzie zainteresowane wejściem do sieci i te same świadczenia będą wołały realizować w ramach kontraktów. Pozostaje jednak pytanie czy będzie to możliwe na gruncie projektowanych przepisów prawa. Należy jednak przypomnieć, że podobne rozwiązania zastosowano w tzw. Pakiecie onkologicznym. Taka formuła sieci pozwoliłaby na ewolucyjne dostosowanie się szpitali do proponowanego systemu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Podstawą do udzielania świadczeń w ramach sieci będzie zawarcie umowy z OW NFZ, do czego, co oczywiste, konieczna będzie wola świadczeniodawcy.
58.	Pracodawcy RP	Uwaga ogólna	Z projektu ustawy nie wynika co się stanie z ambulatoryjną opieką specjalistyczną – z przekazanego dokumentu wynika, że w ramach sieci znajdą się także przychodnie specjalistyczne przyszpitalne – nie wiadomo jednak czy będą one miały charakter otwarty czy jedynie ukierunkowany na pacjentów szpitalnych (kwalifikacja przedoperacyjna i opieka pooperacyjna). To istotnie wpływa na docelowy model systemu ochrony zdrowia oraz umiejscowienie/rolę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w systemie. Uważamy, że wymaga to wyjaśnienia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Możliwość udzielania przez podmioty zakwalifikowane do sieci, w jej ramach, również świadczeń z zakresu AOS - w odpowiednich przychodniach przyszpitalnych nie oznacza, że będą to tylko świadczenia przeznaczone dla pacjentów korzystających również z opieki szpitalnej w danej placówce.
59.	Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych	Uwagi ogólne	Zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie możliwości rozszerzenia o choroby zakaźne poziomu „szpitale onkologiczne i pulmonologiczne” w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Udzielanie świadczeń zdrowotnych uwarunkowane jest zakwalifikowaniem szpitala do określonego poziomu zabezpieczenia. Rozszerzenie poziomu „szpitale onkologiczne i pulmonologiczne” o szpitale zakaźne wydaje się jak najbardziej zgodne z zasadą ich wydzielenia przywołaną w uzasadnieniu projektu, wskazującą na specyfikę i istotność danego rodzaju świadczeń z punktu widzenia epidemiologii i kosztów oraz ze względu na szczególny charakter tej opieki. Wydaje się ono także jak najbardziej odzwierciedlać założenie projektu, że opieka specjalistyczna a w szczególności leczenie szpitalne, wymaga szczególnego traktowania w systemie opieki zdrowotnej. Umożliwi ono zapewnienie ciągłości opieki specjalistycznej dla chorych na choroby zakaźne co jest również realizacją Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia włączenia do finansowania w ramach PSZ monoprofilowych szpitali zakaźnych może zostać rozwiązana na poziomie rozporządzenia MZ.
60.	Powiatowe Struktury PIS w Makowie Maz.	Uwagi ogólne	Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia a zwłaszcza projekt ustawy i rozporządzenia w których określa się poziomy szpitali wchodzące w skład sieci wywołują wielki niepokój w naszym powiecie makowskim. Nadanie w myśl Strategii i projektu rozporządzenia poziomu szpitala I stopnia dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Makowie Mazowieckim redukuje ilość oddziałów z 11 obecnie do 4 oddziałów. W praktyce oznaczałoby wielką degradację tej placówki szpitalnej i zdecydowane pogorszenie dostępu do opieki medycznej. Szpital powiatowy w Makowie Maz to wyjątkowa placówka wśród innych placówek tego typu: bez zadłużenia, poprawnie zarządzana, zatrudniająca ponad 400 pracowników. W końcu 2016 roku zakończona zostanie rozbudowa bloku operacyjnego, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Inwestycję tę szpital realizuje w dużej części z własnych środków finansowych. Tworzenie sieci szpitali to z pewnością nie jedyne narzędzie, które ma uporządkować i „doregulować” system opieki zdrowotnej. Istotne jest, by wszystkie te elementy gwarantowały obywatelom bezpieczeństwo zdrowotne. Ograniczanie dostępu do opieki medycznej poprzez ograniczenie zakresu zadań sprawnie działającego szpitala byłoby działaniem wysoce szkodliwym, a z całą pewnością zupełnie niezrozumiałym.	<u>Uwaga niezasadna</u> Obok systemu podstawowego zabezpieczenia w ramach sieci pozostawia się możliwość kontraktowania świadczeń na zasadach ogólnych - w trybie konkursowym. Nie ma zatem przeszkód, aby szpital powiatowy przystąpił do konkursu w celu zakontraktowania oddziałów niewchodzących w zakres I poziomu zabezpieczenia.
61.	Posel Krzysztof Ostrowski, Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów	Uwaga ogólna	Utworzenie tzw. sieci szpitali było działaniem od dawna oczekiwanym. Jednak oddany do konsultacji społecznych projekt ustawy, budzi wiele obaw lokalnych społeczności. Przypominamy, że ok. 75 proc. społeczeństwa polskiego leczy się w szpitalach powiatowych. Prawie każdy szpital powiatowy kwalifikowany do pierwszego poziomu, oprócz czterech oddziałów podstawowych, ma jeden lub kilka oddziałów specjalistycznych, których przyszłość w proponowanym systemie kontraktowania może być zagrożona. Stworzenie tych oddziałów specjalistycznych wymagało często dużych nakładów finansowych. Przybliżają one pacjenta do lekarza, wpisały się trwale w świadomość pacjentów, mieszkańców powiatu. Przypominamy, że Prawo i Sprawiedliwość doszło do władzy pod hasłem rozwoju Polski lokalnej, a nie jej ograniczania czy „zwijania”. Uważamy, że jeżeli szpital zostanie już zakwalifikowany do sieci szpitali, to jego wszystkie oddziały, powinny zostać utrzymane i objęte jednym budżetem dla szpitala. Naszym zdaniem upieranie się przy pierwotnej wersji doprowadzi do niepotrzebnego zamieszania i poważnego oporu społecznego. Sprawa jest poważna, dotyczy większości szpitali powiatowych, czyli w praktyce całej Polski lokalnej. Może podważyć zaufanie społeczeństwa w sens proponowanych zmian w służbie zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Obok systemu podstawowego zabezpieczenia w ramach sieci pozostawia się możliwość kontraktowania świadczeń na zasadach ogólnych - w trybie konkursowym. Nie ma zatem przeszkód, aby szpital powiatowy przystąpił do konkursu w celu zakontraktowania oddziałów niewchodzących w zakres I poziomu zabezpieczenia.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

62.	Naczelna Izba Aptekarska	art.95l.2p kt 4	Dodać rehabilitację do poziomu 4. Rehabilitacja stanowi niezbędny element kompleksowości świadczeń.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
63.	Naczelna Izba Aptekarska	Art. 95n ust. 3	Należy usunąć „łącznie”. NFZ nie zawiera kontraktu na IP/ SOR w szpitalach onkologicznych i rehabilitacyjnych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Zgodnie z art. 95n ust. 3 pkt 1 lit. a warunek IP/ SOR nie dotyczy szpitali 4 poziomu.
64.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Uwagi ogólne	Wprowadzenie tego systemu kwalifikacji szpitali do poszczególnych poziomów spowoduje w ocenie OZZPiP patologiczne zachowania podmiotów leczniczych ubiegających się o wejście do systemu. Funkcjonowanie w tym systemie (gwarancja stabilności finansowania przez co najmniej 4 lata) będzie dla Szpitali sprawą „życia lub śmierci”, zatem istnieje wielkie zagrożenie różnych działań „korupcyjnych” lub z jego pogranicza. Wyścig świadczeniodawców będzie dotyczył dołączenia do wyższego poziomu ale i do przyznania większej liczby profili oddziałów szpitalnych funkcjonujących w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zagrożenie jest tym większe, że wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do danego poziomu wraz z określeniem profili oddziałów znajdujących się w sieci ogłaszać mają dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ w terminie do 30-04-2017r. Zostało zatem tylko sześć miesięcy na domknięcie listy podmiotów leczniczych, które znajdują się w sieci szpitali, a nie ma jeszcze żadnych przepisów wykonawczych, które określą zasady i warunki przeprowadzenia tego procesu. OZZPiP przypomina, że walka o włączenie do sieci szpitali dotyczyła będzie 85% dotychczasowego budżetu NFZ przeznaczonego na lecnictwo szpitalne. Kolejne zagrożenie działaniami korupcyjnymi wynika z zapisów projektu, które stwarzają wyjątki od zasady. M.in. dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma mieć również prawo arbitralnie decydować - po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia – o zakwalifikowaniu do danego poziomu systemu zabezpieczenia na danym terenie także świadczeniodawcy, który nie spełnia warunków kwalifikacji, jeśli stwierdzi, iż jest to niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Według jakich obiektywnych kryteriów decyzja w tej sprawie będzie podejmowana? Jest to kwestia bardzo istotna szczególnie dla szpitali specjalistycznych, ale jednoprofilowych. Są to szpitale o uznanej od lat renomie w skali całego kraju np. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich czy Centrum Reumatologii im. Jerzego Ziętka w Ustroniu. Po wprowadzeniu w życie proponowanej zmiany ustawy, w normalnym trybie podmioty te nie mają szans na wejście do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i będą musiały indywidualnie ubiegać się o zakwalifikowanie do systemu na podstawie indywidualnej decyzji dyrektora NFZ po uprzedniej akceptacji Ministra Zdrowia. Zagrożeniem jest również finansowanie w ramach sieci podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tylko wybranych profili lecznictwa. Szpital zakwalifikowany do I poziomu, a mający przykładowo 10 oddziałów profilowych, będzie mógł liczyć na finansowanie ryczałtowe jedynie wobec 4 podstawowych oddziałów. W celu utrzymania pozostałych sześciu oddziałów będzie musiał przystąpić do konkursów (o ile w ogóle zostanie stwierdzone zapotrzebowanie na danym terenie dla tego rodzaju profilowych świadczeń), wiedząc że do podziału pozostanie i tak znikoma część środków (15% z dotychczasowego budżetu). Jeżeli konkurs nie zostanie ogłoszony to co ma zrobić Szpital z funkcjonowaniem pozostałych sześciu oddziałów, co z pracownikami zatrudnionymi na tych oddziałach? Okaże się, że nakłady dokonywane w ostatnich latach w infrastrukturę i w sprzęt będą bezużyteczne. To może spowodować zapaść finansową tych podmiotów leczniczych w kolejnych latach i ich zamknięcie. Mając powyższe na uwadze Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych liczy, że Ministerstwo Zdrowia jeszcze raz dokona oceny zasad i celów wdrażanej reformy oraz dokona takich zmian ustawowych, które zagwarantują bezpieczeństwo w zakresie utrzymania należytego poziomu świadczeń zdrowotnych w Polsce po reformie i w trakcie jej wdrażania. Wydaje się, że pierwszym krokiem powinno być odroczenie reformy co najmniej o jeden rok, tak aby podmioty lecznicze miały czas na przygotowanie się do wprowadzanych zmian. Jednocześnie, aby móc przygotować się do wprowadzanych zmian, konieczne jest stworzenie kompletu przepisów wykonawczych do ustawy, bo dopiero znając ich treść podmioty lecznicze będą mogły podejmować racjonalne decyzje co do	<u>Uwagi niezasadne</u> Zagrożenia o charakterze korupcyjnym dotyczą również istniejącego systemu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Również w obecnej sytuacji ogłaszanie konkursów przez Dyrektorów OW NFZ uzależnione jest od stwierdzonych potrzeb zdrowotnych i posiadanych środków finansowych, odzwierciedlonych w planie zakupu świadczeń. Racjonalizacja procesu kontraktowania świadczeń szpitalnych jest zadaniem pilnym i nie powinna być odraczana.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			dalszego funkcjonowania i kierunków ewentualnej restrukturyzacji. Bezwzględnie konieczne jest również wprowadzenie mechanizmów, które będą przeciwdziałać ewentualnym przejawom korupcyjnym. Na to również potrzebny jest dodatkowy czas, aby decyzje o włączaniu danego szpitala do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i przydzielenie mu danego poziomu wraz z określeniem liczby i rodzaju profili odbywało się w sposób transparentny.	
65.	UM Województwa Mazowieckiego	Art. 95n ust. 8	Regulacja ust. 8 przyznaje dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu możliwość dokonania zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia na pozostały okres obowiązywania tego wykazu w przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu lub danego poziomu systemu zabezpieczenia. Pominęto natomiast możliwość dokonania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zmiany kwalifikacji w przypadku rozszerzenia przez podmiot leczniczy zakresu świadczeń zdrowotnych. Regulacja taka nie motywuje świadczeniodawców do dążenia do rozszerzania prowadzonej działalności leczniczej, a tym samym do rozwoju służby zdrowia w Polsce.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali, w danym okresie powinna mieć charakter względnie stały, przynajmniej w okresie 4-letnim. Wejście nowych podmiotów do sieci będzie możliwe przy okazji kolejnej kwalifikacji.
66.	UM Województwa Lubelskiego	Art. 95l ust. 4	Zapis ten spowoduje ograniczenie dostępności do świadczeń z dniem 1 lipca 2017 r.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie przedstawiono uzasadnienia tej uwagi.
67.	UM Województwa Lubelskiego	Art. 95n ust. 3 pkt 1 lit. c	Obowiązek posiadania umowy spełniającej łącznie w/w warunki świadczy o nierównym traktowaniu podmiotów leczniczych zapewniających ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń, które nie posiadają umowy na świadczenia opieki zdrowotnej lub okres trwania umowy nie wynosi 2 ostatnich lat kalendarzowych oraz o braku możliwości zapewnienia kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjenta z chorobą nowotworową. Brak umowy uniemożliwia również pacjentom, którzy wybrali dany podmiot leczniczy jako świadczeniodawcę, przeprowadzenie pełnej diagnostyki i leczenia w sytuacji, kiedy ta diagnostyka lub leczenie może być wykonane wyłącznie w warunkach szpitalnych, np. w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali, którym już obecnie przypada najistotniejsza rola w zapewnianiu dostępu do świadczeń szpitalnych, stąd uzasadniony jest wymóg 2 umowy.
68.	UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego	Art. 95n	Proponujemy w art. 95 n dodać ust. 5 w następującym brzmieniu (z jednoczesną zmianą numeracji kolejnych ustępów): 5. Świadczeniodawcy, którzy nie spełniają warunków, o których mowa w ust. 3, mogą zostać zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia, gdy wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, maksymalnie na okres do 31 grudnia 2020r. W tym okresie świadczeniodawcy są zobowiązani do dokonania zmian mających na celu dostosowanie się do warunków określonych w ust. 3. W stanie prawnym proponowanym projektem ustawy o zmianie ustawy, wykluczono z włączenia do Sieci Szpitali specjalistyczne ośrodki pulmonologiczne niespełniające zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia. Jednocześnie, w świetle proponowanych zapisów art. 95 n, ust. 5 dopuszcza się możliwość zakwalifikowania świadczeniodawców niespełniających kryteriów zawartych w projekcie rozporządzenia na podstawie decyzji wydanej przez dyrektora wojewódzkiego oddziału funduszu zdrowia po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Proponowana zmiana rozszerzenia treści art. 95n. ust.6 poprzez dodanie zapisu o okresie dostosowawczym dla świadczeniodawców ubiegających się o umieszczenie w wykazie, koreluje z opublikowanym uzasadnieniem ustawy, w który podkreśla się wyodrębnienie szpitali pulmonologicznych ze względu na specyfikę i istotność danego rodzaju świadczeń z punktu widzenia epidemiologii i kosztów tej opieki.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku, gdy dla zapewnienia właściwego dostępu do świadczeń w danym województwie uzasadnione będzie włączenie do sieci danego podmiotu niespełniającego wszystkich warunków kwalifikacji, wystarczającym instrumentem jest możliwość włączenia takiego podmiotu do PSZ w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ.
69.	UM Województwa Śląskiego	Art. 95l	Proponuje się uwzględnienie w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej szpitali o profilu rehabilitacyjnym. W projekcie mowa jest o „ciągłości i kompleksowości” udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Bez uwzględnienia rehabilitacji „zapewnienie ciągłości i kompleksowości” udzielanych świadczeń jest deklaracją bez możliwości jej spełnienia. Leczenie większości pacjentów oddziałów neurologicznych, kardiologicznych, pediatrycznych i pulmonologicznych nie kończy się z chwilą wypisania z oddziału ostrej fazy. Pozostawienie bez zmian zasad kontraktowania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej naraża szpitale rehabilitacyjne na utratę kontraktu i finansowania, co utrudni koordynację i integrację opieki kompleksowej. Jednocześnie, obecnie istniejące szpitale rehabilitacyjne będą nadal narażone na permanentny stan niepewności w odniesieniu do warunków finansowania działalności.	<u>Uwaga uwzględniona</u>

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU Konsultacje publiczne i opiniowanie

70.	UM Województw a Śląskiego	Art. 95n ust. 3 pkt 1 lit. a	Rozbieżność pomiędzy zapisami projektu ustawy i uzasadnieniem, w którym zapisano, że szpitale ogólnopolskie, onkologiczne, pulmonologiczne oraz pediatryczne nie będą zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym w ramach umowy z NFZ.	<u>Uwaga uwzględniona</u> Skorygowano uzasadnienie.
71.	UM Województw a Łódzkiego	Art. 95l ust. 1	Doprecyzowania wymaga pojęcie „profilu”, które aktualnie mówi, że „profilami” nazywamy profile lub komórki organizacyjne, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31 d ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Takie działanie pozwoli na prawidłowe zakwalifikowanie danego szpitala do systemu PSZ. Aktualnie nie jest jasne co np. w przypadku oddziałów wieloprofilowych zachowawczych (kod resortowy 4002), czy też wieloprofilowych zabiegowych (4510), czy tego typu oddziały będą poza systemem PSZ. A biorąc pod uwagę rekomendacje dla szpitalnictwa zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych należy wspierać rozwój oddziałów tego typu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Podstawą kwalifikacji do danego poziomu zabezpieczenia jest udzielanie świadczeń w ramach danego profilu, przez co należy rozumieć posiadanie umowy z NFZ na dany zakres szpitalny.
72.	UM Województw a Łódzkiego	Art. 95l ust. 2	Wyodrębnienie szpitali zakaźnych, jako kolejnego z poziomów systemu PSZ. Należy podkreślić, że w oddziałach zakaźnych specyfika leczonych chorych wymaga izolacji (rekomendacje dla szpitalnictwa w mapach potrzeb zdrowotnych), dlatego też szpitale, w których funkcjonują w głównej mierze profile zakaźne, zarówno dla dzieci, jak i dla dorosłych nie powinny być wyłączone z systemu PSZ, tylko dlatego, że nie posiadają wystarczającej liczby profili systemu PSZ. W związku z powyższym proponuje się utworzenie dodatkowego systemu PSZ, jakim są szpitale zakaźne.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia włączenia do finansowania w ramach PSZ monoprotolowych szpitali zakaźnych może zostać rozwiązana na poziomie rozporządzenia MZ.
73.	UM Województw a Łódzkiego	Art. 95l ust. 4	Należy zdefiniować pojęcie „dodatkowych profili”. W projekcie ustawy mowa jest o dodatkowych profilach innych niż te, które są określone w art. Art. 95l ust. 3, niemniej jednak projekt rozporządzenia w miejscu, gdzie jest mowa o dodatkowych profilach odwołuje się także do przepisów dotyczących profili w rozumieniu Art. 95l ust. 3.	<u>Uwaga niezasadna</u> Ewentualna wątpliwość powinna zostać usunięta poprzez doprecyzowanie w rozporządzeniu.
74.	UM Województw a Łódzkiego	Uwaga ogólna	Brak możliwości odwołania się od decyzji dotyczącej kwalifikacji do systemu PSZ. Aby zagwarantować przejrzystość systemu takie zapisy powinny się znaleźć w ustawie, w tym przede wszystkim opis całej procedury, z terminami odwołania.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury administracyjnej.
75.	UM Województw a Łódzkiego	Art. 95 n ust. 3 pkt. 2 lit. a	Należy określić przejrzyste kryteria dla poziomu szpitali ogólnopolskich. zapisy odnoszące się do poziomu szpitali ogólnopolskich budzą wątpliwości w kontekście równości podmiotów, gdyż poziom ogólnopolski jest zarezerwowany wyłącznie dla instytutów lub podmiotów leczniczych utworzonych lub prowadzonych przez uczelnię medyczną, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą utworzonych przez ministra i realizujących zadania polegające na kształceniu przed - i podyplomowym w zawodach medycznych. Należy zauważyć także, że w strukturach niektórych szpitali wysokospecjalistycznych, które nie są instytutami czy też placówkami utworzonymi przez uczelnie medyczne, funkcjonują oddziały kliniczne i udzielają świadczeń wielospecjalistycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku szpitali klinicznych uczelni medycznych prowadzenie kształcenia jest działalnością wpisaną w misję tych podmiotów, natomiast w przypadku innych szpitali ma charakter działalności incydentalnej.
76.	UM Województw a Łódzkiego	Art. 95n ust. 3 pkt 1 lit a i c	Projekt ustawy określa ogólne kryteria, które muszą zostać spełnione do zakwalifikowania podmiotu do systemu PSZ. Nie jest precyzyjnie wskazane czy wymagany okres co najmniej 2 lat udzielania na podstawie umowy świadczeń opieki zdrowotnej w ramach IP albo SOR oraz profili kwalifikujących musi być okresem nieprzerwanym oraz czy też będzie dopuszczalne spełnienia kryterium kilkoma umowami w tym zakresie.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przepisie mowa jest o 2-letnim okresie „trwania” umowy, co jest jednoznaczne z formalnym obowiązywaniem tej umowy.
77.	UM Województw a Łódzkiego	Uwaga ogólna	Zgodnie z uzasadnieniem do projektu ustawy zawieranie umów na realizację świadczeń w trybie konkursów ofert lub rokowań ma pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze dodatkowym, pomocniczym. Biorąc pod uwagę, że warunkiem zakwalifikowania szpitala do danego systemu PSZ i uzyskania finansowania świadczeń ma być spełnienie m.in. kryterium posiadania przez ostatnie 2 lata umowy z NFZ zachodzi prawdopodobieństwo, że nigdy nie powstanie nowy oddział szpitalny bez kontraktowania dotychczasowego. Należy zauważyć w tym miejscu, że w przypadku, gdy NFZ uzna, że nie ma potrzeby przeprowadzenia konkursu z uwagi na np. dostateczne zabezpieczenie potrzeb świadczeniobiorców na danym terenie, to nie ogłosi konkursu i szpitale nie będą mogły dokonywać zmian w zakresach prowadzonej działalności i awansować w systemie PSZ, gdyż nie będą miały szansy na umowę z NFZ.	<u>Uwaga niezasadna</u> Jeżeli na terenie województwa nie będzie zachodziła potrzeba ogłoszenia konkursu na dany zakres, to nie będzie również zachodziła potrzeba rozbudowania w tym zakresie sieci szpitalnej. Nadrzednym celem projektowanej regulacji nie może być zapewnienie podmiotom leczniczym „awansowania w systemie PSZ”.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

78.	UM Województwa Łódzkiego	Uwaga ogólna	Nie są jasne zasady kwalifikacji do systemu PSZ, w przypadku zawarcia przez podmioty lecznicze konsorcjum. Czy w przypadku zawarcia konsorcjum przez np. dwa podmioty lecznicze, które tylko łącznie spełniają kryteria kwalifikacji do systemu PSZ (lub np. tylko jeden z dwóch podmiotów z konsorcjum spełnia wymogi, zaś drugi nie) razem będą one mogły wejść do systemu PSZ. Określenie pod kątem prawnych sposobu kwalifikacji do systemu tego typu podmiotów leczniczych może pozwolić na jednoznaczne, nie budzące wątpliwości przyporządkowanie podmiotu do systemu PSZ.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa jednoznacznie stanowi, że warunki kwalifikacji do sieci powinny być spełnione przez świadczeniodawcę w odniesieniu do zakładu leczniczego funkcjonującego w danym województwie. Nie przewiduje się możliwości tworzenia konsorcjów w celu spełnienia warunków kwalifikacji łącznie przez 2 lub więcej podmiotów leczniczych.
79.	UM Województwa Wielkopolskiego	Art.95l.2 pkt 4	Do szpitali pulmonologicznych i onkologicznych należy dopisać szpitale reumatologiczne. W aktualnym projekcie nie uwzględniono włączenia do sieci szpitali o charakterze reumatologicznym, których rola z uwagi na społeczną rangę chorób reumatologicznych jest bardzo istotna.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia reumatologii zostanie rozstrzygnięta na poziomie rozporządzenia wykonawczego.
80.	UM Województwa Wielkopolskiego	Art.136 ust.2 (dot. art. 137 ust.2)	Proponujemy poszerzenie zapisu art.137.2, w taki sposób, aby rozliczanie świadczeń było w formie ryczałtu na podstawie wykonania z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem że kwota ta będzie wzrastać np. o 5% corocznie w stosunku do wykonania. niebezpiecznym zapisem wydaje się pomysł, aby świadczenia były finansowane w formie ryczałtu na podstawie wykonania z roku poprzedniego. Oznacza to, że nawet jeśli na danym oddziale będzie w przyszłym roku dużo pacjentów to szpital nie będzie mógł wykazać nadwykonań i ewentualnie dochodzić ich na drodze sądowej	<u>Uwaga niezasadna</u> Przy obecnym źródle finansowania świadczeń nie jest możliwe prawne zagwarantowanie określonego poziomu wzrostu wysokości finansowania szpitali na kolejne okresy.
81.	UM Województwa Opolskiego	art. 95 l. ust. 1	Głównym założeniem projektowanych zmian jest wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej podstawowego systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który obejmie swoim zakresem hospitalizację, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i świadczenie nocnej pomocy lekarskiej. Brak informacji odnośnie przychodni publicznych i niepublicznych, które funkcjonują poza szpitalami i które aktualnie realizują usługi zdrowotne w ramach AOS. Zaprzestanie finansowania tych poradni może spowodować likwidację tych poradni i w konsekwencji ograniczenie dostępu pacjentów do leczenia specjalistycznego. W przypadku gdy głównym i praktycznie jedynym świadczeniodawcą na terenie powiatu będzie szpital doprowadzić może do likwidacji innych poradni poza szpitalnymi, poradni, które dziś zapewniają dobry dostęp do świadczeń. Szpitale, nie posiadając w swych strukturach niektórych poradni, będą musiały we własnym zakresie tworzyć własne poradnie, wydając na ten cel środki inwestycyjne, których brak.	<u>Uwagi niezasadne</u> Zawieranie umów na AOS poza przychodniami przyszpitalnymi objętymi siecią będzie się odbywać na dotychczasowych warunkach. Projektowane przepisy nie nakładają na szpitale zakwalifikowane do sieci obowiązku tworzenia nowych przychodni przyszpitalnych.
82.	UM Województwa Opolskiego	art. 95 n. ust. 1	Brzmienie art. 95 n. ust. 1, w kontekście art. 95 n. ust. 3 pkt.1 ppkt. c powoduje całkowitą blokadę szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów. Zapis nie umożliwia uruchamiania działalności w zakresie dodatkowych profili, które pozwoliłyby na zakwalifikowanie szpitala do wyższego poziomu zabezpieczenia (warunek posiadania umowy na te świadczenia przez co najmniej 2 lata kalendarzowe).	<u>Uwaga niezasadna</u> Zakresy nieobjęte umowami w ramach sieci mogą być przedmiotem umów zawieranych na ogólnych zasadach, a w przyszłości (po spełnieniu warunku 2 lat) będą mogły być obejmowane kontraktowaniem w ramach sieci.
83.	UM Województwa Opolskiego	art. 95 n. ust. 3	Propozycja zmian zapisów dot. kwalifikacji świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia. Projekt ustawy zakłada kwalifikację do systemu zabezpieczenia świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnych w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego. Co z podmiotami leczniczymi, które są ośrodkami ponadregionalnymi, które udzielają wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, zapewniając kompleksowość usług, lecz nie kontraktowały dotychczas świadczeń w ramach izby przyjęć ani szpitalnego oddziału ratunkowego.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku takich podmiotów będzie istniała możliwość kwalifikacji do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ albo zawarcia umowy w trybie konkursowym.
84.	UM Województwa Pomorskiego	Uwaga ogólna	Projekt ustawy w art. 1 pkt 3) wprowadza nowy dział IVb ustawy ustanawiający system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oparty o poziomy system zabezpieczeń - szpitale określonych kategorii oraz o profile charakteryzujące poziomy system zabezpieczenia. Jakkolwiek z uzasadnienia ustawy wynika, że jego celem systemu zabezpieczeń jest zabezpieczenie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, oraz zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże w rzeczywistości system zabezpieczeń jest limitowany wymogami i kryteriami kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu zabezpieczenia oraz co istotniejsze profilami charakteryzującymi poziomy system zabezpieczenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali musi opierać się na określonych wymaganiach stawianych świadczeniodawcom.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

85.	UM Województw a Pomorskiego	Art. 95n	Zastrzeżenia budzi także treść art. 95n projektowanej ustawy, a szczególnie ust. 6 i 9 tego artykułu zgodnie z którym Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, działając na zasadach określonych w ust. 1-5 dokonuje kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz obejmujący wskazanie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa oraz profilu. Zgodnie z ust. 9 do postępowania w przedmiocie kwalifikacji nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, w konsekwencji od kwalifikacji dokonanej Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie ma odwołania, brak jest także określonego w ustawie trybu w jakim podmiot - świadczeniodawca nie zakwalifikowany mógłby wносить o weryfikację, czy też zmianę dokonanej kwalifikacji lub odmowy jego zakwalifikowania.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury administracyjnej.
86.	UM Województw a Pomorskiego	Art.95n, ust. 3, pkt 1, ppkt c	Powyższy zapis uniemożliwia podmiotom leczniczym poszerzanie zakresu prowadzonej działalności o kolejne zakresy świadczeń, a w konsekwencji uzyskanie wyższych poziomów w ramach PZS, koncentracją świadczeń onkologicznych w nielicznych podmiotach leczniczych zlokalizowanych na terenie województwa, ograniczeniem możliwości realizacji programów lekowych w dziedzinie onkologii, brakiem możliwości realizacji, a zatem ograniczeniem dostępności do świadczeń onkologicznych realizowanych w trybie oddziałów dziennych (zapis art.95n ust. 3 pkt 1 zdanie drugie; „umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji”); ograniczeniem realizacji świadczeń w sposób kompleksowy, tj. diagnostyka - leczenie szpitalne - rehabilitacja (nie uieto w rozporządzeniu) - kontynuacja leczenia w poradniach specjalistycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Zakresy nieobjęte umowami w ramach sieci mogą być przedmiotem umów zawieranych na ogólnych zasadach, a w przyszłości (po spełnieniu warunku 2 lat) będą mogły być obejmowane kontraktowaniem w ramach sieci.
87.	UM Województw a Lubuskiego	Uwagi ogólne	Lubuskie Centrum Ortopedii działające od roku 1948, jako szpital wysokospecjalistyczny w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu nie spełnia kryteriów przewidzianych w dostępie do sieci, dla poziomu I, II oraz III. Należy doprecyzować zapis, aby jednostka realizująca wyłącznie świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu mogła mieć dostęp do sieci w ramach jednego profilu. Rozporządzenie oraz ustawa dyskwalifikują szpitale nieposiadające kontraktu w ramach izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego. Wejście do sieci przez to zostaje całkowicie zablokowane dla szpitali monospecjalistycznych, takich jak LCO im. dr. L. Wierusza. Należy uelastyczyć zapis pod kątem monospecjalistycznych szpitali. W przedstawionym projekcie „zakłada się co do zasady odstąpienie od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującego całość opieki w danym okresie. Przewiduje się wprowadzenie mechanizmu gwarantującego powiązanie kwoty ryczałtu na dany rok z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzedzającym.” Według naszej oceny należy doprecyzować, jaki zakres obejmuje „realizacja świadczeń w roku poprzedzającym”, tj. czy uwzględniane będą w kwocie ryczałtu tzw. „nadwykonania” (świadczenia wykonywane ponad zakontraktowany limit) wszystkie zrealizowane przez świadczeniodawcę, czy też tylko te zapłacone przez Narodowy Fundusz Zdrowia? Należy określić czy uwzględniane będą listy oczekujących pacjentów na wykonanie danej procedury – są one miernikiem zapotrzebowania na daną procedurę; Proponowane wyżej finansowanie budzi zastrzeżenia w zakresie finansowania szpitali, które wykonują też świadczenia wysokospecjalistyczne i kosztochłonne tj. świadczeniodawca, który w poprzednim roku wykonał mniej procedur wysokospecjalistycznych i kosztochłonnych mógł przyjąć w ramach ryczałtu więcej pacjentów mniej kosztochłonnych. W następnym roku może się okazać, że ten świadczeniodawca wykona więcej procedur wysokospecjalistycznych i kosztochłonnych, w ramach ryczałtu (przyznanego na podstawie realizacji świadczeń wykonanych w poprzednim roku), będzie więc mógł przyjąć mniej pacjentów mniej kosztochłonnych. Takie budżetowanie może zawęzić liczbę przyjmowanych pacjentów i wydłużyć ich czas oczekiwania na wykonywanie procedury; W poziomie szpitali ogólnopolskich nie uwzględniono podmiotów leczniczych tj. szpitali klinicznych, które wykonują działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i promocją zdrowia oraz realizującym zadania związane z kształceniem przed- i podyplomowym na podstawie art. 89 ust.3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, utworzonych przez samorządy terytorialne. Kwestię tę należy doprecyzować. Wiele oddziałów WSzW w Gorzowie Wlkp. realizuje już leczenie na poziomie szpitali klinicznych, aby wyjść naprzeciw zapotrzebowaniu pacjentów i nie odsyłać ich do oddalonych ośrodków uniwersyteckich. Istnieje obawa, że proste zakwalifikowanie WSzW w Gorzowie Wlkp. wyłącznie do jednego III poziom spowoduje ograniczenie	<u>Uwagi niezasadne</u> Szpital niezakwalifikowany do sieci może być nadal finansowany na zasadach ogólnych, a w szczególnym przypadku może być włączony do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ. j.w. Przewiduje się, że przy kalkulacji ryczałtu na pierwszy okres za podstawę przyjęte zostanie wykonanie świadczeń w 2015 r., z uwzględnieniem zapłaconych nadwykonań. Przyjęte założenia konstruowania sieci szpitali nie pozwalają na uwzględnienie list oczekujących jako kryterium kwalifikacji. W przypadku szpitali klinicznych uczelni medycznych prowadzenie kształcenia jest działalnością wpisaną w misję tych podmiotów, natomiast w przypadku innych szpitali ma charakter działalności incydentalnej.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			dostępności pacjentów do tych usług. Jednym z przykładów jest Oddział Hematologii w tym Szpitalu, który jako jedyny ośrodek w województwie leczy wszystkie choroby hematologiczne, poza przeszczepem szpiku kostnego, jest ośrodkiem samodzielnym pod względem zawodowym i naukowym oraz prowadzi szkolenie podyplomowe (większość pracowników ma wieloletnie doświadczenie naukowe i zawodowe Oddział zdobyte w Klinikach). Na Oddział Hematologii „najtrudniejsi” pacjenci są przekazywani z innych szpitali z całego województwa, łącznie z jednostkami ze szpitala klinicznego, a także z województwa zachodniopomorskiego. Z uwagi na szczególną rolę, jaką pełni ten Oddział w sektorze opieki zdrowotnej w województwie lubuskim, która jest na najwyższym poziomie, jak również prowadzi działalność dydaktyczną oraz badawczą w ochronie zdrowia – powinien zostać wyodrębniony i otrzymać poziom ogólnopolski. Brak odpowiedniego stopnia referencyjności i w związku z tym odpowiedniego finansowania spowoduje, że albo pacjenci z tego województwa będą mieli gorszy dostęp do najnowszych metod leczenia, albo będą musieli pojechać do innego województwa aby otrzymać odpowiednie, kosztochłonne leczenie. W związku z powyższym zasadne jest, aby jednemu świadczeniodawcy można było przyporządkować więcej niż jeden poziom zabezpieczenia (PSZ) oraz aby kryteria przyznania odpowiedniego stopnia były rozpatrywane w zależności od sytuacji lokalnej w danym województwie.	Zasady kwalifikacji do sieci powinny mieć charakter uniwersalny i nie mogą być uzależnione od uwarunkowań lokalnych. Zakresy świadczeń nie objęte umowami w ramach sieci mogą być przedmiotem umów zawieranych na ogólnych zasadach.
88.	UM Województwa Zachodniopomorskiego	Art. 95n ust. 8	Proponuje się wskazanie również możliwości zmiany kwalifikacji szpitala na wyższy poziom ze względu na rozszerzenie działalności np. poprzez zakończone inwestycje, która wcześniej otrzymała pozytywną opinię o celowości. Uregulowano jedynie „obniżenie” poziomu. W ustawie nie uregulowano możliwości zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy do wyższego poziomu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w trakcie obowiązywania umowy, o której mowa w art. 159a ust. 2. Występuje ryzyko, że świadczeniodawca uzyska możliwość przekwalifikowania na poziom wyższy w okresie wskazanym w art. 95n ust 7 i nie będzie mógł rozpocząć działalności gdyż nie będzie miał finansowania nowo otwartej działalności. Brak doprecyzowania sytuacji po obniżeniu poziomu świadczeniodawcy, które były w poziomie wyższym a nadal są realizowane u świadczeniodawcy. Występuje ryzyko braku finansowania pozostałych profili z wyższego poziomu dla świadczeniodawcy po zmianie jego kwalifikacji.	<u>Uwagi niezasadne</u> Sieć szpitali powinna mieć charakter względnie stały, przynajmniej w okresie 4-letnim. Wejście nowych podmiotów do sieci lub przeniesienie podmiotu na wyższy poziom będzie możliwe przy okazji kolejnej kwalifikacji. W odniesieniu do nowych zakresów otwartych w trakcie trwania danego okresu 4-letniego świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych. W przypadku utraty prawa do finansowania danych zakresów w ramach sieci szpitali świadczeniodawca może również ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach.
89.	UM Województwa Zachodniopomorskiego	Art. 95n ust. 9	Proponuje się zmianę treści lub usunięcie ust. 9. Proponuje się wprowadzenie trybu odwoławczego zgodnego z KPA lub odpowiednie odniesienie do trybu odwoławczego z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (i przyznanie prawa do wniesienia skargi do sądu administracyjnego). Brakuje możliwości odwołania się świadczeniodawcy od kwalifikacji świadczeniodawcy do określonego poziomu dokonanej przez Dyrektora Oddziału NFZ, co prowadzi do braku wpływu świadczeniodawców nawet na niezamierzone pomyłki w kwalifikacjach. Powinna być zapewniona kontrola działań podejmowanych przez dyrektora OW NFZ np. przez Prezesa NFZ lub sąd administracyjny. Sama kwalifikacja nie została określona jako decyzja, lecz jak wynika z uzasadnienia projektu, jest czynnością techniczno-administracyjną, a zatem nie podlegającą kontroli innego organu, co w naszej ocenie jest nieprawidłową regulacją.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury administracyjnej.
90.	UM Województwa Zachodniopomorskiego	Art. 136 ust. 2	Proponuje się pozostawić dotychczasowe brzmienie art. 136 ust 2, a zaproponowaną w projekcie zmianę brzmienia ust 2 wprowadzić jako dodatkowy ust 3. Proponowana zamiana brzmienia art. 136 ust. 2 spowoduje brak możliwości nielimitowanego finansowania świadczeń udzielonych pacjentom w ramach ścieżki onkologicznej (DILO).	<u>Uwaga uwzględniona</u>
91.	UM Województwa Małopolskiego	Art. 95n. ust. 1	Proponujemy zmianę zapisu i wydłużenie okresu kwalifikacyjnego np. do 10 lat.	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
92.	UM Województwa Małopolskiego	Art.95 n. ust. 3 pkt 2 litera "a"	Proponujemy zmianę zapisu Art.95 n. ust. 3 pkt 2 litera "a" poprzez wykreślenie słów „utworzonym przez ministra”. Zaproponowana zmiana rozszerzy krąg podmiotów, które mogą być uznane za „szpital ogólnopolski” także na te, które zostały utworzone przez inne organy założycielskie niż uczelnie lub minister, w tym także takie jak Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, który jest podmiotem utworzonym przez organ samorządowy - Województwo Małopolskie i w którym funkcjonują oddziały kliniczne, w których realizowane są zadania	<u>Uwaga częściowo uwzględniona</u> Zmieniono konstrukcję tego przepisu. W przypadku szpitali klinicznych uczelni medycznych prowadzenie kształcenia jest działalnością wpisaną w misję tych podmiotów, natomiast w przypadku innych szpitali ma

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			polegające na kształceniu w zawodach medycznych.	charakter działalności incydentalnej.
93.	UM Województwa Małopolskiego	Art. 95n. ust. 3 p. 9 p.5 -	Brak informacji na temat finansowania poszczególnych poziomów szpitali, kalkulacji cen do poszczególnych profili.	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
94.	UM Województwa Małopolskiego	Uwaga ogólna	Brak wskazania kryteriów (wymogów kadrowo-sprzętowych do poszczególnych profili).	<u>Uwaga niezasadna</u> Takie wymogi wynikają z odpowiedniego rozporządzenia „koszykowego”
95.	UM Województwa Małopolskiego	Art. 95n ust. 5	Brak określenia jasnych kryteriów, oceny „właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest możliwe sprecyzowanie przesłanek decyzji o zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do POZ w tym trybie. Będzie on stosowany jako narzędzie o charakterze nadzwyczajnym.
96.	UM Województwa Małopolskiego	Art. 95n ust. 3	Udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (...)” – nie dotyczy szpitali wymienionych w art. 95l ust. 2 pkt 4 tj. szpitali onkologicznych, pulmonologicznych i rehabilitacyjnych ponieważ NFZ nie zawiera kontraktu na Izbę Przyjęć w szpitalach wyżej wymienionych pomimo tego, iż istnieją w strukturach szpitala.	<u>Uwaga niezasadna</u> Wymóg IP/ SOR nie został wprowadzony dla szpitali poziomu 4.
97.	UM Województwa Małopolskiego	Uwaga ogólna	Rehabilitacja lecznicza szpitalna wg autorów projektu wypada z systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej „PSZ” jako głównej formy zabezpieczenia dostępu do świadczeń w opiece zdrowotnej szpitalnej chociaż wszyscy specjaliści medyczni, a w szczególności kardiolodzy, neurologi, pulmonolodzy, ortopedzi, onkolodzy udowadniają, iż bez wczesnej rehabilitacji szpitalnej efekty leczenia stanów ostrych (pozytywne i kosztochłonne) są marnowane. Oznacza, że tylko 15 % środków publicznych pozostaje na nie umieszczone w „PSZ” profile, komórki organizacyjne w tym rehabilitację szpitalną. To skromne środki w obliczu demograficznych i epidemiologicznych uwarunkowań. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej powinien umożliwiać świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji szpitalnej na oddziałach stacjonarnych. Bez rehabilitacji leczniczej szpitalnej trudno uznać, iż „tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń”.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
98.	UM Województwa Małopolskiego	Art. 95l ust 4.	Świadczeniodawca powinien być zobligowany i mieć zagwarantowaną możliwość udzielania świadczeń ambulatoryjnych przynajmniej w profilach podstawowych kwalifikujących szpital do danego poziomu. Użyte słowo może być nie gwarantuje kompleksowości udzielanych świadczeń (szpitalnych i ambulatoryjnych) nawet w podstawowych profilach, będących podstawą kwalifikacji do poziomu szpitala (ambulatoryjne świadczenia są dodatkowymi profilami zgodnie z projektem rozporządzenia z dnia 26.09.2016	<u>Uwaga niezasadna</u> Obligatoryjność przychodni przyszpitalnych dla wszystkich profili kwalifikujących byłaby nazbyt restrykcyjnym wymaganiem.
99.	UM Województwa Małopolskiego	Uwaga ogólna	doprecyzowania wymaga określenie na jakich zasadach będą kontraktowane świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna udzielane w poradniach, które nie posiadają statusu poradni przyszpitalnej w przypadku udzielania ww. świadczeń przez podmioty, które zostały włączone do PSZ.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane przepisy nie zmieniają zasad kontraktowania świadczeń w ramach AOS, poza przychodniami przyszpitalnymi włączonymi do sieci jako tzw. profile dodatkowe.
100.	UM Województwa Małopolskiego	Uwaga ogólna	W celu zapewnienia podmiotom leczniczym działającym w ramach PSZ optymalnego poziomu finansowania, odpowiednio do ponoszonych kosztów, konieczne jest dokonywanie kalkulacji wysokości ryczału uwzględniającej możliwość jego zmiany z uwagi na zmieniające się wskaźniki ekonomiczne. Warunkiem bezwzględnym bowiem dla zachowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, jest zapewnienie możliwości zwiększenia wysokości ryczału w trakcie trwania umowy. Możliwość zmiany wartości ryczału powinna zostać zachowana również w sytuacji znaczącego zwiększenia ilości wykonywanych świadczeń, w celu uniknięcia sytuacji, iż kwota przyznanego finansowania będzie niewystarczająca dla prawidłowej realizacji umowy.	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

101.	UM Województwa Małopolskiego	Uwaga ogólna	Doprecyzowania wymaga kwestia, czy nowe rozwiązania będą dotyczyły wyłącznie obecnych „umów podstawowych” w zakresie opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego, czy też również „umów pokrewnych” dotyczących wyodrębnionych rodzajów świadczeń np. programy lekowe, czy też świadczenia ambulatoryjne kosztochłonne związane z wykonywaniem diagnostyki specjalistycznej (np. TK, MRI, scyntygrafia). Biorąc pod uwagę proponowane założenia nowego sposobu finansowania, duże wątpliwości budzi możliwość jego zastosowania w zakresie ww. świadczeń, które z uwagi na swoją specyfikę wymagają zapewnienia środków gwarantujących możliwość nieprzerwanej realizacji umowy.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe zasady kalkulacji ryczałtów zostaną określone w drodze zarządzenia Prezesa NFZ. Powinno ono uwzględniać specyficzne problemy związane np. z rozliczaniem kosztów leków stosowanych w programach lekowych.
102.	Konwent Powiatów Woj. Podkarpackiego	Uwagi ogólne	Opieka koordynowana, jako rozwiązanie o charakterze organizacyjnym mającym na celu poprawę efektów zdrowotnych poprzez przezwyciężenie fragmentacji procesu leczenia w oparciu o zasadę ciągłości leczenia pacjenta. Wprowadzenie rozwiązań koncentrujących się na liczbie udzielonych świadczeń medycznych na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia POZ, AOS, SZP, może spowodować brak osiągnięcia optymalnych efektów, jakim mianowicie zdrowy pacjent mogący w pełni uczestniczyć w życiu społecznym. W przypadku osób chorych na gruźlicę jest to fundamentalny cel interwencji medycznej. Wprowadzenie sieci szpitali oznacza, iż środki finansowe mogą nie trafić do szpitali mono profilowych, które zabezpieczają potrzeby zdrowotne wskazane w mapach. Podając powyższe prosimy o pozytywne ustosunkowanie się do problemu szpitali mono profilowych, jaki są oddziały leczenia gruźlicy i chorób płuc, tak, aby znalazły się one w systemie podstawowego świadczenia świadczeń opieki zdrowotnej i dawały możliwość realizacji świadczeń w oddziałach i poradniach przyszpitalnych zapewniając ciągłość i kompleksowość świadczeń zdrowotnych, eliminując tym samym zagrożenia epidemiologiczne.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpital nie zakwalifikowany do sieci może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych), a w szczególnym przypadku może być włączony do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ. Kwestia objęcia umowami w ramach sieci szpitali świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych zostanie rozstrzygnięta w ramach prac nad ostatecznym kształtem rozporządzenia.
103.	Starosta Sokółski	Uwagi ogólne	W świetle zapisów w/w projektu ustawy i rozporządzenia, zakres świadczeń zdrowotnych dostępnych i realizowanych na terenie powiatu sokolskiego może ulec znacznemu ograniczeniu, co spowoduje powstanie tzw. „białej plamy”, czyli obszaru niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych. Planowane w projekcie ustawy utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o profile przypisane dla poszczególnych poziomów może spowodować likwidację dwóch oddziałów szpitalnych, istotnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Są to: 1. Oddział chorób wewnętrznych w SPZOZ w Dąbrowie Białostockiej, który jako szpital funkcjonujący w zakresie I profilu może znaleźć się poza systemem podstawowego zabezpieczenia 2. Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej w SPZOZ w Sokółce.. W projekcie ustawy chirurgia urazowo - ortopedyczna jest przypisana do poziomu II stopnia, do którego zgodnie z zapisami projektu cały szpital SPZOZ w Sokółce nie zostanie zakwalifikowany.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpital nie zakwalifikowany do sieci może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych), a w szczególnym przypadku może być włączony do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ.
104.	Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej Sejmiku Woj. Śląskiego	Uwaga ogólna	W opiniowanych dokumentach nie ma parametru uwzględniającego przyjmowanie pacjentów od zespołów ratownictwa medycznego. Umowa na izbę przyjęć nie zawsze jest tożsama z całodobowym przyjmowaniem pacjentów.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali obejmie podmioty udzielając świadczeń w trybie pełnej hospitalizacji, a więc przyjmujące znaczną liczbę pacjentów w trybie ostrym, w tym przywożonych przez ZRM.
105.	Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej Sejmiku Woj. Śląskiego	Uwaga ogólna	Należy dodatkowo przeanalizować temat psychiatrii. Jej całkowite wyłączenie z systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej utrudni proces realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia psychicznego. Zgodnie z tym programem psychiatryczne leczenie szpitalne powinno być realizowane bliżej pacjenta czyli w szpitalach powiatowych czy wojewódzkich (praktycznie poziom I, II lub III)	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej trwają obecnie w Ministerstwie Zdrowia prace nad odrębnym uregulowaniem tego obszaru.
106.	Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej	art. 95n ust 3 pkt. 1a	Posiadanie umowy nie zawsze jest jednoznaczne z praktycznym przyjmowaniem pacjentów, choćby od zespołów systemu ratownictwa medycznego. Proponuję dodanie wyrazu całodobowo, poprawi to stan faktyczny, zbliży do rzeczywistego. Zapis byłby następujący: a) udziela całodobowo świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres	<u>Uwaga niezasadna</u> j.w.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

	Sejmiku Woj. Śląskiego		trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5,	
107.	Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej Sejmiku Woj. Śląskiego	art. 95n ust 3 pkt.2 a	Zapis ten nie gwarantuje jednoznacznie uznania za „szpitale ogólnopolskie” jednostki, które aktualnie spełniają takie zadanie, ale ich organem tworzącym jest samorząd. W przypadku województwa śląskiego dotyczy to choćby tak uznanych jednostek jak Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich czy Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich. Co prawda kolejne zapisy projektu ustawy umożliwiają warunkowe włączenie tych jednostek do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jednak aby rozwiązać wszelkie wątpliwości, zdecydowanie lepiej byłoby zmodyfikować treść zapisu: 2) w odniesieniu do poziomu, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6: a) jest instytutem lub podmiotem wykonującym działalność leczniczą, o którym mowa w art. 89 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub, podmiotem wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez ministra i realizującym zadania polegające na kształceniu przed - i podyplomowym w zawodach medycznych lub innym podmiotem wykonującym działalność leczniczą o zasięgu ponad wojewódzkim uznanym przez Ministra Zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do szpitali o szczególnym znaczeniu w skali ogólnokrajowej, które nie spełniają ogólnych warunków kwalifikacji do sieci, istnieje możliwość zakwalifikowania do PSZ w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ.
108.	Rada Powiatu Wodzisławski ego	Uwaga ogólna	W projekcie brakuje uszczegółowienia wielu kwestii dotyczących funkcjonowania poszczególnych systemów zabezpieczania świadczeń. Wadą projektowanego rozwiązania jest również niedoprecyzowanie zasad ustalania stopnia budżetowania dla poszczególnych poziomów a także ich rozliczania, zwłaszcza w przypadku funkcjonowania kilku jednoimiennych oddziałów. W projekcie brak jest także informacji czy budżety będą uwzględniały proponowane zmiany dotyczące wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych. Nie został określony również poziom finansowania oddziałów o profilach niewchodzących do danego poziomu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtów i sprawozdawczości będą materiały zarządzenia Prezesa NFZ.
109.	Rada Powiatu Wodzisławski ego	Uwaga ogólna	Projekt ten nie podaje jednak jak należy rozumieć pojęcie „szpitala”. Pojawia się wątpliwość czy „szpitalem” można określić odrębną jednostkę organizacyjną podmiotu leczniczego, czy podmiot leczniczy jako całość. Zaniepokojenie brakiem tej definicji budzi w szczególności u podmiotów, które w swojej strukturze posiadają więcej niż jeden szpital rozumiany jako odrębny zakład leczniczy. W proponowanym projekcie nie wyjaśniono w jaki sposób będzie następowała kwalifikacja do odpowiednich poziomów zabezpieczenia.	<u>Uwaga niezasadna</u> W projektowanych przepisach wyraźnie określono, że kryteria kwalifikacji powinny być spełnione w odniesieniu do zakładu leczniczego funkcjonującego na terenie danego województwa.
110.	Rada Powiatu Wodzisławski ego	Uwaga ogólna	Jeżeli założeniem projektu ustawy miało być poprawienie dostępu dla pacjentów do świadczeń w specjalistycznych szpitalach jak również zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania, to projekt ten w proponowanym kształcie w sposób drastyczny ograniczy dostęp obywateli do świadczeń zdrowotnych poprzez wykluczenie oddziałów neurologii z pododdziałem udarowym jak również ortopedii z możliwości bezpośredniego budżetowania ich działalności.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do nowych zakresów, nie objętych finansowaniem w ramach sieci, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.
111.	Konwent Powiatów Woj. Świętokrzyski ego		Aktualne rozwiązania przedstawione w projekcie ustawy i rozporządzenia, spowodują zmarginalizowanie szpitali powiatowych posiadających potencjał większy niż podstawowe oddziały przewidziane dla I lub II poziomu szpitali. Na prowadzenie tych dodatkowych oddziałów, szpitale mogą, ale nie muszą otrzymać środki finansowe, a tym samym część spośród nich może zostać zamknięta. W efekcie pojawi się wiele negatywnych zjawisk: pogorszy się dostępność terytorialna do usług medycznych, niewykorzystana będzie część infrastruktury szpitalnej oraz zwiększy się poziom bezrobocia.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do nowych zakresów, nie objętych finansowaniem w ramach sieci, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

112.	Konwent Powiatów Woj. Świętokrzyskiego		Kolejnym problemem pojawiającym się dla prawidłowego zabezpieczenia medycznego mieszkańców jest przypadek, gdy żaden ze świadczeniodawców- w danym powiecie nie spełnia kryteriów do zaliczenia do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (nie jest spełniony wymóg, co najmniej 2 profili dla poziomu szpitali. Proponujemy zapis w ustawie o wymogu zaliczenia, co najmniej jednego świadczeniodawcy na terenie powiatu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej pomimo niespełnienia wymogu 2 profili.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sam fakt, że dany szpital jest jedynym na terenie powiatu nie może być przyjęty za kryterium kwalifikacji do PSZ.
113.	Konwent Powiatów Woj. Świętokrzyskiego		Negatywnie oceniamy także propozycję zastąpienia procesu kontraktowania usług zdrowotnych budżetowaniem w podstawowych zakresach świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie to, obowiązujące do roku 1999, nie sprawdziło się w przeszłości i nie wpłynęło a efektywność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia. na jakość i dostępność do usług medycznych. Wprowadzenie ryczałtów dla szpitali oraz likwidacja instytucji świadczeń ponadlimitowych, wiązać się będzie z wydłużeniem kolejek pacjentów do świadczeń hospitalizacji planowej. Nie mając, bowiem gwarancji otrzymania wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad wysokość ryczałtu dla szpitala, zarządzający nim ograniczać będą zabiegi planowane, na rzecz świadczeń ratujących życie i zdrowie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie istnieje instytucja świadczeń ponadlimitowych. Płacenie przez NFZ za świadczenia wykonywane ponad kwotę zobowiązania następuje w przypadku dysponowania przez płatnika zaoszczędzonymi środkami finansowymi. Również kwoty ryczałtów będą mogły ulegać zwiększeniu w przypadku istnienia takich dodatkowych środków.
114.	Konwent Powiatów Woj. Świętokrzyskiego		Naszym zdaniem, korekty w projekcie wymaga także kwestia zapewnienia bezpieczeństwa projektów unijnych wdrażanych w podmiotach leczniczych, które mogłyby w wyniku wprowadzanych zmian utracić kontrakt z narodowym płatnikiem.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie ma możliwości zagwarantowania utrzymania trwałości projektów poprzez wydłużenie czasu, na jaki zawierana jest umowa w ramach sieci. Trwałość liczona jest bowiem od zakończenia projektu, a projekty mogą kończyć się równie dobrze w 1 co i w np. 4 roku od wejścia szpitala do sieci.
115.	Rada Powiatu Żnińskiego	Uwaga ogólna	Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce przewidują, iż wśród profili określających I poziom zabezpieczenia znajduje się tylko pięć podstawowych profili z zakresu świadczeń: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, neonatologii oraz pediatrii. Powyższy katalog nie uwzględnia profilu z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, a taki profil od kilku lat z powodzeniem i sukcesami funkcjonuje w naszym powiatowym szpitalu.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do zakresów nie objętych finansowaniem w ramach sieci, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.
116.	Urząd Miasta Krakowa	Uwaga ogólna	Okres, na który będzie następowało zakwalifikowanie podmiotu do systemu, a tym samym czas trwania umów na realizację świadczeń zdrowotnych, został zdefiniowany na 4 lata. Czas ten dla podniesienia pewności warunków działania świadczeniodawców powinien zostać znacząco wydłużony. Zauważyć również należy, że ustawa przewiduje możliwość zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy w istniejącym wykazie jedynie w przypadku stwierdzenia niespełnienia kryteriów kwalifikacji. Nie przewiduje się zmian w przypadku spełnienia po dacie kwalifikacji, dodatkowych warunków.	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
117.	Urząd Miasta Krakowa	Uwaga ogólna	Opis kwalifikacji podmiotu do poszczególnych poziomów nie zawiera wskazań, co do sposobu uwzględnienia w tym procesie okoliczności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pakietu onkologicznego lub świadczeń wysokospecjalistycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Brak uzasadnienia dla uwzględniania tych elementów przy ustalaniu kryteriów kwalifikacji.
118.	Urząd Miasta Krakowa	Uwaga ogólna	Projektowana ustawa i rozporządzenie nie zawierają metodologii, którą dyrektor OW NFZ będzie zobowiązany stosować przy ustalaniu wartości umowy podpisywanej na podstawie art. 159a ust. 1 zmienianej ustawy. Nie można wobec tego przewidzieć, jakie skutki finansowe wywoła zakwalifikowanie podmiotu do konkretnego poziomu zabezpieczenia i zmiana obecnych umów na nowe. Przedmiotowe umowy, mają być podpisane tylko na profile kwalifikujące Szpital do danego poziomu zabezpieczenia. Oznacza to, że dla utrzymania realizacji pozostałych zakresów, podmiot będzie musiał ubiegać się o kontrakt w drodze konkursu. Faktycznie może to oznaczać pogorszenie się sytuacji wielu podmiotów, z koniecznością zaprzestania działalności włącznie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtu oraz sprawozdawczości będą materiały zarządzenia Prezesa NFZ, tak jak dzieje się to obecnie.
119.	Rada Miasta Sopotu		Bardzo istotne specjalizacje: reumatologia oraz geriatria nie zostały uwzględnione w wymienionych profilach, w skutek czego nie będą one objęte systemem zabezpieczenia i umowami o finansowanie zawartymi na okres 4 - letni. Nie ma także - na mocy planowanych zapisów Rozporządzenia - możliwości finansowania jednoprofilowych szpitali o specjalizacji reumatologia czy geriatria. Apelujemy o zmianę zapisów, aby uwzględniały one reumatologię i geriatrię, czyli realne potrzeby naszego społeczeństwa, wskazane trafnie w Mapie potrzeb zdrowotnych. Wnosimy	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do szpitali o szczególnym znaczeniu dla zapewnienia do świadczeń, które nie spełniają ogólnych warunków kwalifikacji do sieci, istnieje możliwość zakwalifikowania do PSZ w trybie nadzwyczajnym, za zgodą

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			także o dopisanie do listy szpitali jednoprofilowych szpitali reumatologicznych i geriatrycznych.	MZ. Ponadto podmioty niezakwalifikowane do sieci mogą przystępować do postępowań na ogólnych zasadach.
120.	UM Województwa Świętokrzyskiego	Uwaga ogólna	Pragnę wyrazić głębokie zaniepokojenie projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z projektem rozporządzenia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów (druk nr UD 116). Zgodnie z przedstawionymi założeniami głównym celem zmian jest utworzenie „systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej”, który zapewni wszystkim mieszkańcom ciągłość i kompleksowość świadczeń oraz dostęp do wysokiej jakości usług w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podstawą dla proponowanych zmian było rozmycie wyodrębnionych niegdyś poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej, co w chwili obecnej utrudnia świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem projektowanej regulacji. W związku z przekazanymi mi informacjami uznaję, że wprowadzenie ich w proponowanym kształcie w wielu przypadkach grozi ograniczeniem mieszkańcom województwa świętokrzyskiego dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Obawy budzi fakt, że części podmiotów leczniczych nie można zakwalifikować pod żaden ze wskazanych poziomów opieki. Sytuacja ta dotyczy szpitali monoprofilowych, w tym w szczególności szpitali o profilu rehabilitacyjnym, rehabilitacyjno – ortopedycznym czy położniczo – ginekologicznym. Szczególnie niepokojąco rysuje się przyszłość specjalistycznego szpitala w Czerwonej Górze, który posiada m.in. 3 oddziały o profilu choroby płuc oraz oddział chirurgii klatki piersiowej. Celem pełnego wykorzystania bloku operacyjnego, zabezpieczającego potrzeby tego ostatniego oddziału, szpital realizuje również świadczenia zabiegowe z innych zakresów tj. chirurgii, ortopedii, urologii. W wyniku tego ilość zakresów pulmonologicznych (2) jest mniejsza niż łączna liczba pozostałych profili, co może spowodować degradację szpitala do poziomu podstawowego. Jako kryterium kwalifikujące do poziomu szpitali pulmonologicznych należałoby zatem przyjąć nie ilość zakresów świadczeń dotyczących tej dziedziny, ale ilość zrealizowanych świadczeń, oddziałów bądź łóżek pulmonologicznych w odniesieniu do całej placówki. W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra o: - spowodowanie szczegółowej analizy rozwiązań w proponowanym w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, - skorygowanie zapisów procedowanej ustawy i rozporządzeń wykonawczych, tak by założony cel projektowanych zmian w rzeczywistości został osiągnięty oraz by były one w szczegółach przemyślane, racjonalne, uzasadnione i doprecyzowane pod kątem niwelowania niekorzystnego wpływu na sytuację lokalne.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do zakresów nie objętych finansowaniem w ramach sieci, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.
121.	Zrzeszenie Centrów Onkologicznych	Art. 95n ust. 1	Obecność placówki w Sieci przez okres 4 lat - to zbyt krótko, biorąc pod uwagę fakt, iż konkursy na świadczenia do tej pory zawierane były na lat 5, a w przyszłości miały być wydłużone do 10 lat w leczeniu szpitalnym.	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
122.	Zrzeszenie Centrów Onkologicznych	Art. 95n ust. 3 pkt 1	Warunkiem przynależności do sieci jest izba przyjęć, kontraktowana przez NFZ przez minimum 2 lata wstecz - wiele placówek monospecjalistycznych, w tym centra onkologii nie ma zakontraktowanych izb przyjęć, co wyrzuciłoby je poza sieć. Propozycja zmiany: Art. 95n., ust. 3, pkt 1) otrzymuje brzmienie: „1) w odniesieniu do poziomów, o których mowa w art. 95I ust. 2 pkt 1-3: b) w przypadku ośrodków onkologicznych obowiązujący jest wpis „Izba Przyjęć” do Księgi Rejestrowej Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.	<u>Uwaga niezasadna</u> Wymóg posiadania IP/ SOR nie dot. szpitali 4 poziomu.
123.	Zrzeszenie Centrów Onkologicznych	Art. 2	Propozycje dot. automatycznego przekwalifikowania obowiązujących aktualnie umów na umowy dot. zabezpieczenia uniemożliwią zapewne rozwój placówek medycznych o nowe zakresy / oddziały, które są planowane do otwarcia w najbliższych miesiącach.	<u>Uwaga niezasadna</u> Zakresy świadczeń nieobjęte umowami w ramach sieci mogą być przedmiotem umów zawieranych na ogólnych zasadach.
124.	Konsorcjum Szpitali Wrocławskich	Uwagi ogólne	Wydaje się, że sposób tworzenia „sieci” nie jest w jakikolwiek sposób powiązany z Mapami Potrzeb Zdrowotnych, które powstaną do końca grudnia 2016 r. Wydaje się, że „sieć” nie jest powiązana z systemem „promes” na działalność w zakresie oceny inwestycji – takie mechanizmy zostały już wbudowane w system prawa. Marginalizuje	<u>Uwagi niezasadne</u> Przyjęte w projekcie ogólne zasady konstruowania sieci szpitali nie opierają się na mapach potrzeb zdrowotnych i nie

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			to rolę Wojewody przy tworzeniu „sieci”. Z punktu widzenia lokalnej polityki (lokalnego „piekielka”) wydaje się zasadne ustalenie twardych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych poziomów sieci. Dyrektor Oddziału NFZ będzie miał bardzo ograniczone możliwości manewru. Jeśli jakaś kwalifikacja nie będzie oczywista – pozostanie wniosek do Ministra Zdrowia. Określone w projekcie ustawy terminy spowodują wystąpienie trudnych do oszacowania kosztów finansowych i społecznych dla zakładów opieki zdrowotnej i samorządów w związku z koniecznością nagłego „wygaszenia” części oddziałów. Chodzi tu o oddziały, które nie zostaną zakwalifikowane do "sieci" a równocześnie nie zdobędą kontraktu w toku ogłoszonego konkursu ofert. Proponujemy modyfikację terminów zapisanych i wynikających z opiniowanych aktów prawnych, aby wyniki konkursu ofert zostały ogłoszone na minimum 4 miesiące przed zakończeniem obowiązywania dotychczasowych umów z poszczególnymi świadczeniodawcami. Pozwoli to na dokończenie leczenia hospitalizowanych pacjentów oraz uzgodnienie ze stroną społeczną i przeprowadzenie restrukturyzacji zatrudnienia z uwzględnieniem okresów wypowiedzenia. W zakresie Konkursów Ofert: Pierwszy wykaz podmiotów zakwalifikowanych do sieci zostanie ogłoszony do dnia 30.04.2017 r. [Art. 95n ust7] Proces ten powinien być skoordynowany z uwagi na PR – rozłożenie się negatywnych komentarzy na teren całego kraju w jednym czasie jest lepsze, niż „festiwal” idący falą przez poszczególne regiony, Po opublikowaniu wykazu okaże się, jakie placówki są wyłączone z konkursów ofert w zakresie szpitali, AOS oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, Dopiero na tej podstawie można określić wartości kwot do konkursów ofert w zakresie szpitali i AOS. (Część kwot „automatycznie” dostają placówki „sieciowe”. Reszta podlega kontraktowaniu na dotychczasowych zasadach, a placówki „sieciowe” są wyłączone z kontraktowania), Czyli konkursy mogą być ogłoszone dopiero po 1.05.2017 r. To powoduje, że nie ma możliwości rozstrzygnięcia konkursów AOS i Szpitalnych do 30.06.2017 r. – szczególnie biorąc pod uwagę konieczność rozpatrywania protestów przez oddziały NFZ i brak możliwości podpisania wszystkich umów w danym konkursie przed rozstrzygnięciem protestu. WNIOSEK: należy w ustawie dodać zapis o aneksowaniu wszystkich umów szpitalnych, AOS i zapewne nocnej i świątecznej pomocy do 31.12.2017 r. Przy takim rozwiązaniu od 1.07.2017 r. umowy „szpitali sieciowych” zostaną zmienione na umowy „ryczałtowe”, a pozostałe będą funkcjonowały nadal. Rekomendujemy ogłoszenie konkursów ofert niezwłocznie – czyli jeszcze w maju- czerwcu 2017 r. - tak, aby jak najszybciej konkursy rozstrzygnąć. To pozwoli na stopniowe wygaszanie działalności oddziałów i przychodni, które nie zostaną zakwalifikowane do sieci i nie zostaną wybrane w postępowaniach konkursowych. Pozwoli to na ograniczenie kosztów społecznych i finansowych. Należy dodać w ustawie przepisy dotyczące konieczności dokonania zmian w rejestrze podmiotów leczniczych dostosowując strukturę podmiotów do efektów wdrożenia "sieci" i zwalniając podmioty z kosztów wprowadzenia wymaganych zmian. Należy dodać w ustawie przepisy dotyczące kontynuacji zadań "wygaszanych" oddziałów przez inne oddziały w związku z realizacją projektów finansowanych ze środków "unijnych" i trwałość projektów.	mogą być również powiązane z decyzjami dot. oceny zasadności inwestycji. Kryteria kwalifikacji wynikające z projektu ustawy i rozporządzenia są wystarczająco jednoznaczne i nie dają pola do decyzji uznaniowych. Projekt nie dotyczy konkursów ofert. Brak potrzeby wprowadzania takich specjalnych przepisów.
125.	Konsorcjum Szpitali Wrocławskich	Art. 95n ust. 5	Art. 95n ust. 5 projektu określa, że w przypadku, gdy wymaga tego konieczność zabezpieczenia dostępu do świadczeń świadczeniodawca może zostać zakwalifikowany do "Sieci" przez dyrektora OW NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia. Naszym zdaniem należy: dodać przepis Art 95n ust. 7a w brzmieniu: "Projekt wykazu, o którym mowa w ust. 6, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do 1 marca." dodać przepis Art 95n ust. 5a w brzmieniu: "Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wystąpić do ministra zdrowia z wnioskiem o wydanie opinii, o której mowa w ust. 5, w kwestii kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia, na wniosek świadczeniodawcy lub po uzyskaniu zgody świadczeniodawcy." Uzasadnienie: nie wszyscy świadczeniodawcy mogą chcieć funkcjonować w sieci, ponieważ działanie w sieci praktycznie uniemożliwia realizację świadczeń komercyjnych w zakresach objętych finansowaniem budżetowym. dodać przepis Art 95n ust. 5b w brzmieniu: "Kierownik świadczeniodawcy może wystąpić z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o zakwalifikowanie do systemu zabezpieczenia świadczeń z podaniem proponowanego poziomu zabezpieczenia."	<u>Uwagi niezasadne</u> Jest oczywiste że Dyrektor OW NFZ nie będzie występował o zgodę na zakwalifikowanie do sieci podmiotu, który nie jest tym zainteresowany.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			dodać przepis Art 95n ust. 5c w brzmieniu: "Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu podejmując decyzję, o której mowa w Art. 95n ust. 5 bierze pod uwagę zapisy map potrzeb zdrowotnych dla danego województwa".	Mapy potrzeb zdrowotnych są brane pod uwagę przy tworzeniu planów zakupu świadczeń przez OW NFZ.
126.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej	art. 95n ust. 5.	Art. 95n ust. 5. projektu ustawy dotyczy jak wynika z jego treści tylko przyporządkowania do poziomu zabezpieczenia szpitali, które w przypadku, gdy wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a nie spełniają warunków, o których mowa w ust. 3 pkt.1 litera b) tu mamy w opinii STOMOZ brak lokalnej elastyczności niezbędnej dyrektorom OW NFZ) , mogą zostać zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Brak jest w tym zapisie czytelnie wyartykułowanej możliwości przyporządkowania przez dyrektora OW NFZ (za zgodą oczywiście MZ) szpitala do np. 1 powiatowego poziomu z jednoczesnym przyporządkowaniem do wyższego poziomu 1,2,3 i więcej oddziałów o uznanej renomie i w danym szpitalu od lat zlokalizowanych, „wrośniętych” w krajobraz sieci oddziałów danej specjalności , spełniających kryteria II lub nawet III poziomu, ale jednocześnie nie wykazanych w projekcie rozporządzenia (np. jeden z trzech w Polsce oddziałów leczenia oparzeń zlokalizowany w szpitalu powiatowym, szpital powiatowy z dwoma, a nie 3,4,5 oddziałami przyporządkowanymi do II poziomu zabezpieczenia , albo oddział kardiologii z nowym wyposażeniem szpitala miejskiego w Warszawie).	<u>Uwaga niezasadna</u> Na podstawie pozytywnej opinii MZ dyrektor OW NFZ będzie mógł zakwalifikować świadczeniodawcę do najbardziej właściwego poziomu zabezpieczenia, mając na uwadze potrzebę właściwego zabezpieczenia świadczeń.
127.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej	Art. 95m ust.8	W zapisie art. 95m ust.8 jednostronnie zapisano iż tylko w przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 6, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia na pozostały okres obowiązywania tego wykazu oraz odpowiednio zmienia wykaz. Logiczne wydaje się dla uelastycznienia systemu i przy braku procedury odwoławczej, aby zapis ten obowiązywał także w sytuacji odwrotnej tj. spełnieniu w określonym momencie przez świadczeniodawcę w/w kryteriów już po ogłoszeniu w/w wykazu. Byłoby to analogią/ powieleniem obecnej możliwości ogłoszenia przez OW NFZ dodatkowego konkursu w uzasadnionych potrzebach zdrowotnymi przypadkach.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna mieć charakter względnie stały, przynajmniej w okresie 4-letnim. Przeniesienie podmiotu na wyższy poziom będzie możliwe przy okazji kolejnej kwalifikacji.
128.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej	art. 159a	Wzajemnie sprzeczne są przepisy proponowanego nowego art. 159a w ustawie o.ś.oz. i art.2 samej nowelizacji. W pierwszym mowa jest o tym, iż dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę dotyczącą realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, a w drugi przepisie, że „, z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazach, o których mowa w ust. 1, stają się umowami zawartymi na podstawie art. 159a ust. 1”	<u>Uwaga niezasadna</u> Art. 2 zawiera przepis przejściowy, który będzie miał zastosowanie jednorazowo, natomiast art. 159a zawiera rozwiązanie docelowe.
129.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej	Uwaga ogólna	Wśród lokalnych uwarunkowań w kontekście przedłużenia / nie przedłużenia umów z NFZ od 1 lipca 2017 r. należy wymienić szpitalne realizacje projektów unijnych z 5-letnim okresem trwałości projektu po jego zakończeniu (wykorzystania w określonym celu zakupionego sprzętu/zmodernizowanych pomieszczeń) itp. Należy mieć na uwadze, iż w efekcie zastosowania proponowanych w omawianych projektach dojdzie w wielu przypadkach do pozbawienia od 1 stycznia 2017 r. umowy z NFZ któregoś z beneficjentów unijnego dofinansowania, co skutkować może nie tylko koniecznością zwrotu dotacji, ale także dochodzeniem odszkodowania przez pokrzywdzony podmiot leczniczy/podmiot tworzący od Skarbu Państwa.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie ma możliwości zagwarantowania utrzymania trwałości projektów poprzez wydłużenie czasu, na jaki zawierana jest umowa w ramach sieci. Trwałość liczona jest bowiem od zakończenia projektu, a projekty mogą kończyć się równie dobrze w 1 co i w np. 4 roku od wejścia szpitala do sieci.
130.	Pracodawcy Pomorza	Uwaga ogólna	W zakresie podziałów na poziomy systemu zabezpieczenia szpitalnego oraz profili, wyrażamy pogląd, aby zachować wpływ środowiska medycznego pracodawców na poziomie wojewódzkim, który identyfikuje potrzeby, zarówno na szczeblu powiatowym, jak i regionalnym. Ponadto jako pracodawcy tworzymy wraz z naszymi zespołami pracowniczymi często jedno z największych społeczności zakładowych, działających w dialogu z organizacjami związkowymi. Wyrażamy także pogląd, aby arbitralnie przedstawiony przez Ministra Zdrowia podział na poszczególne profile i poziomy, mógł być modyfikowany indywidualnie dla każdego zakładu opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę jego zasoby, jakość wykonywanych świadczeń medycznych oraz dotychczasowe działanie na konkurencyjnym rynku medycznym.	<u>Uwaga niezasadna</u> Zasady kwalifikacji do sieci muszą mieć charakter uniwersalny i nie mogą być modyfikowane indywidualnie dla każdego podmiotu leczniczego.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

131.	Pracodawcy Pomorza	Uwaga ogólna	Stawiamy także problem pozyskiwania nowych kontraktów na nowe rodzaje świadczeń medycznych w tym powstawanie nowych profili komórek organizacyjnych, które powstawały na przeciw potrzebom zdrowotnym często z udziałem środków unijnych i EOG i systemu wsparcia ze środków Norweskich a także ich miejsca w nowej kwalifikacji podmiotów leczniczych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Fakt poczynienia inwestycji ze środków UE/ EOG nie może mieć wpływu na kwalifikację 132.ę do sieci, tak jak obecnie nie ma wpływu na rozstrzyganie postępowań konkursowych.
133.	Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Uwaga ogólna	Projekt ustawy' zakłada wprowadzenie zmian w obecnym modelu finansowania szpitali polegającym na „odejściu finansowania pojedynczych procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującym całość opieki w danym okresie” (ust.2, art.136). Zarząd Główny PTAiIT stoi na stanowisku, że z tej formy finansowania powinny zostać wyłączone koszty leczenia pacjentów w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAiT). Uważamy, że należy utrzymać odrębne finansowanie OAiT, wyceniając procedury na podstawie skali TISS-28, z zachowaniem dotychczasowych zasad, to znaczy przeliczania punktów TISS-28 na punkty rozliczeniowe.	Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtu obejmującego AOS oraz sprawozdawczości będą materiały zarządzenia Prezesa NFZ.
134.	Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Uwaga ogólna	W ustawie w artyku 95 ust. 3 konieczne jest zamieszczenie dodatkowego kryterium, określającego że w strukturze świadczeniodawcy powinien znajdować się oddział anestezjologii i intensywnej terapii, posiadający nie mniej niż 4 stanowiska intensywnej terapii, przy czym ogólna liczba łóżek intensywnej terapii nie może być mniejsza niż 2% liczby łóżek szpitala. Zapis ten powinien zminimalizować ryzyko pojawienia się zagrożenia brakiem łóżek intensywnej terapii, zwłaszcza w szpitalach na niższych poziomach referencyjności. Zadeklarowanie a priori wymaganego odsetka łóżek szpitalnych przeznaczonych na leczenie chorych w stanie zagrożenia życia jest zgodne z rozwiązaniami europejskimi.	<u>Uwaga niezasadna</u> Wymogi dot. stanowisk intensywnej terapii są zawarte w rozporządzeniu MZ określającym świadczenia gwarantowane z zakresu opieki szpitalnej.
135.	Naczelna Rada Lekarska	Uwaga ogólna	Sygnalizowany w treści uzasadnienia projektu ustawy zamiar wprowadzenia finansowania ryczałtowego szpitali, obejmującego całość opieki w danym okresie powiązanego z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim jest opisany lakonicznie i nie daje odpowiedzi na pytania dotyczące szczegółowych zasad finansowania świadczeń. Jest to tym bardziej istotne, że zgodnie z treścią art. 2 projektu ustawy z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwarte ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do systemu zabezpieczenia, staną się umowami zawartymi na podstawie projektowanego art. 159a ustawy.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtu oraz sprawozdawczości będą materiały zarządzenia Prezesa NFZ, tak jak dzieje się to obecnie.
136.	Naczelna Rada Lekarska	Uwaga ogólna	Projekt i jego uzasadnienie nie zawierają również informacji o sposobie zabezpieczenia dostępności świadczeń przy zmianie systemu finansowania na ryczałtowy. Zmiana systemu finansowania z rozliczania procedur na ryczałtowy budżet będzie działać demotywująco na świadczeniodawców i zmniejszy dostępność świadczeń. Wobec braku dokładnej informacji o sposobie sprawozdawania i rozliczania wykonanych świadczeń, o skutkach nierozliczenia ryczałtu albo udzielenia świadczeń, których liczba i koszty przewyższą zaplanowany ryczałt, o sposobie definiowania populacji i problemów zdrowotnych, które mają być w ramach ryczałtu zabezpieczone i biorąc pod uwagę ogólne niedofinansowanie systemu utracony zostanie prosty sposób oddziaływania na dostępność poprzez wycenę procedury i liczbę procedur. Zapowiedziane w uzasadnieniu planowanie w celu optymalnego wykorzystania zasobów będzie mniej skuteczne i pacjenci będą mieli większe trudności w dostępie do kosztownych lub związanych z ryzykiem świadczeń.	<u>Uwaga niezasadna</u> Świadczeniodawcy finansowani w formie ryczałtu będą zobowiązani do prowadzenia sprawozdawczości z wykonanych świadczeń, która będzie również podstawą wyliczenia kwot ryczałtu na kolejne okresy.
137.	Naczelna Rada Lekarska	Uwaga ogólna	Projektowane rozwiązania budzą również obawy, co do ich skutków dla wielu szpitali, związane z utratą finansowania ze środków publicznych części realizowanych przez szpitale świadczeń w związku z niezakwalifikowaniem się do danego poziomu. Niewątpliwie konsekwencją wprowadzenia projektowanych zmian będą likwidacje wielu oddziałów a niekiedy nawet placówek pomimo wysokiej jakości świadczeń.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpital nie zakwalifikowany do sieci może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych), a w szczególnym przypadku może być włączony do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ.
138.	Naczelna Rada Lekarska	Uwaga ogólna	Projekt przewiduje głębokie zmiany udzielania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych. Liczne niejasności dotyczące zarówno rozwiązań zawartych w projekcie oraz w nim nieujętych sprawiają, że planowane tempo wprowadzania zmian systemu należy ocenić jako zbyt szybkie. Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie wskazywała poważne problemy związane z aktualnie obowiązującym systemem finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w tym na potrzebę urealnienia zakresu tzw. „świadczeń gwarantowanych”. Na podstawie przedstawionego projektu nie można ocenić, czy te problemy zostaną rozwiązane. Można raczej spodziewać się, że ulegną one nasileniu ponieważ zamiast dających się zdefiniować i policzyć działań zadania świadczeniodawców zostaną określone bardzo ogólnie, a rozliczanie będzie działało tylko w kierunku	<u>Uwaga niezasadna</u> Pilny charakter projektowanych rozwiązań nie pozwala na ich odroczenie. Projektowane rozwiązania nie wymagają przeprowadzenia pilotażu.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			kontroli świadczeniodawców przez administrację będącą jednocześnie płatnikiem, bez zobowiązania zapłacenia za wszystkie wykonane świadczenia. Wprowadzanie głębokich zmian organizacji i finansowania udzielania świadczeń szpitalnych wymagałoby gruntownego przemyślenia i przetestowania w praktyce. Szybkie, niepoprzedzone pilotażowym sprawdzeniem projektowanych rozwiązań w praktyce, wprowadzenie projektowanych zmian może skutkować pogorszeniem dostępności świadczeń szpitalnych.	
139.	Naczelna Rada Lekarska	Uwaga ogólna	Projekt nie uwzględni szpitali rehabilitacyjnych, bez których trudno mówić o kompleksowej opiece nad pacjentem. Zasadnym jest rozszerzenie poziomu szpitali onkologicznych i pulmonologicznych o szpitale rehabilitacyjne.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
140.	Naczelna Rada Lekarska	art. 55 ust. 3	Przepis art. 55 ust. 3 w brzmieniu: „Na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu zawiera odrębną umowę, z zastrzeżeniem art. 159a ust. 1” jest niejasny i budzi wątpliwości interpretacyjne. Czy dodane zastrzeżenie oznacza, iż na ten rodzaj świadczeń będą tylko umowy w ramach systemu zabezpieczenia, czy też, że umowy z NFZ zawierane w ramach systemu nie będą zawierane w trybie konkursu ofert lub rokowań. W uzasadnieniu wskazano, iż projekt zakłada, że system zabezpieczenia obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawieranie umów na realizację tych świadczeń w trybie konkursu ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Skutkiem takiej regulacji będzie znaczące ograniczenie a nawet brak możliwości realizowania przez dotychczasowe podmioty prywatne ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Aktualnie ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz nocna i świątecznej opieka jest dostępna dla pacjenta poprzez jej zabezpieczenie w większości przez świadczeniodawców prywatnych (małe zakłady lecznicze lub lekarskie praktyki indywidualne czy grupowe).	<u>Uwagi niezasadne</u> Zmiana w art. 55 ust. 3 nie ma konsekwencji dla zawierania umów na ten zakres świadczeń na zasadach konkursowych. Świadczenia z zakresu AOS, które nie zostaną we właściwy sposób zabezpieczone przez przychodnie przyszpitalne w ramach SPZ, będą zabezpieczone w ramach umów zawieranych na ogólnych zasadach.
141.	Naczelna Rada Lekarska	art. 95n ust. 2	Projektowany art. 95n ust. 2 powinien otrzymać brzmienie: „2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2-4 oraz wskazanie profili, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.”	<u>Uwaga niezasadna</u> Poziomy zabezpieczenia określone są tylko w art. 95l ust. 2.
142.	Naczelna Rada Lekarska	art. 95n ust. 3 pkt 1	W projektowanym art. 95n ust. 3 pkt 1 należy wykreślić lit. a; izba przyjęć oraz SOR są elementami systemu państwowego ratownictwa medycznego i nie powinny być brane pod uwagę przy kwalifikacji.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna objąć podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Stąd wymóg posiadania umowy na IP/ SOR należy uznać za w pełni adekwatny.
143.	Naczelna Rada Lekarska	art. 95n ust. 5	W projektowanym art. 95n ust. 5 przewiduje się możliwość zakwalifikowania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do systemu zabezpieczenia świadczeniodawcy, który nie spełnia ustawowych warunków, jeżeli jest o uzasadnione koniecznością zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Poza koniecznością uzyskania pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia projekt nie określa żadnych kryteriów podejmowania takiej decyzji.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest możliwe sprecyzowanie kryteriów decyzji o zakwalifikowaniu świadczeniodawcy w tym trybie. Będzie on stosowany jako narzędzie o charakterze nadzwyczajnym. Jediną przesłanką ma być to, że włączenie danego podmiotu do PSZ jest wymagane w celu zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a ocena jej spełnienia powinno leżeć w gestii dyrektora OW NFZ i MZ.
144.	Naczelna Rada Lekarska	Art. 2	W art. 2 projektowanej ustawy odwołanie w drugiej linijce winno odnosić się do art. 95n ust. 6;.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
145.	Związek Szpitali Powiatowych Woj. Śl.	Uwaga ogólna	Państwo Polskie nie może wycofywać się z zapewnienia właściwej opieki szpitalnej w tych placówkach, które są najbliższe ludzi, czyli w szpitalach powiatowych. Tymczasem większości z nich grozi znalezienie się w I kategorii świadczeniodawców z wszystkimi negatywnymi tego konsekwencjami: likwidacją	<u>Uwaga niezasadna</u> W zakresie profili nie objętych siecią Szpital może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych).

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			oddziałów szpitalnych, pogorszeniem sytuacji finansowej placówek, zwolnieniami personelu i w rezultacie pogorszeniem jakości świadczonych usług. W skrajnej sytuacji wręcz fizyczną likwidacją szpitali. Z pewnością wzrosną koszty wykonywania części procedur medycznych przy jednoczesnym znacznym utrudnieniu dostępu do leczenia dla większości. W wielu przypadkach spowoduje to konieczność szukania pomocy szczególnie w przypadkach nagłych, nawet w odległych miejscowościach i spowoduje zagrożenie zdrowia i życia chorego. Czy to będzie dobre dla pacjentów?	
146.	Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii	Uwaga ogólna	Po zapoznaniu się z projektem propozycji zmian ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z rozporządzeniem w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji do tych poziomów, z niepokojem stwierdziliśmy, że z systemu całkowicie zniknęły oddziały geriatryczne. Od kilkunastu lat z wielkim trudem, przy niedostatecznym finansowaniu, udawało się powoli zwiększać liczbę oddziałów w Polsce. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia oddziały takie powinny być tworzone w pobliżu miejsca zamieszkania chorego, aby starszy, najczęściej niesprawny pacjent, miał ułatwiony dostęp do opieki specjalistycznej, w tym opieki ambulatoryjnej, tworzonej na bazie poradni przyszpitalnych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Problem opieki geriatrycznej powinien być rozwiązywany raczej przez stworzenie możliwości konsultacji geriatrycznych na oddziałach internistycznych i specjalistycznych (hospitalizujących znaczny odsetek osób w podeszłym wieku), aniżeli w drodze tworzenia wyodrębnionych oddziałów geriatrycznych.
147.	Polskie Towarzystwo Reumatologiczne	Uwaga ogólna	PTR wyraża zaniepokojenie brakiem uwzględnienia w poziomie 4 wysokospecjalistycznych szpitali reumatologicznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku takich podmiotów, o ile nie znajdują się na 6 poziomie, będzie istniała możliwość kwalifikacji do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ albo zawarcia umowy w trybie konkursowym.
148.	NSZZ Solidarność	Uwaga ogólna	Projekt nie przewiduje zastosowania mechanizmów bieżącego wzrostu finansowania szpitali (nawet przy rosnących kosztach działalności) albo zabezpieczenia finansowania przez odrębne środki budżetowe - co prowadzić może do ograniczenia dostępności lub jakości świadczeń zdrowotnych albo zadłużania się szpitali	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt wprowadza odrębną formę kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej – w ramach istniejącego systemu finansowania ze środków przewidzianych w planie finansowym NFZ.
149.	NSZZ Solidarność	Uwaga ogólna	Brak jest przepisów umożliwiających prowadzenie i finansowanie działań osłonowych dla pracowników szpitali, które nie zostaną zakwalifikowane do „sieci szpitali” – czyli systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (systemu zabezpieczenia);	<u>Uwaga niezasadna</u> Brak zasadności wprowadzania działań osłonowych. Szpitale nie zakwalifikowane do sieci mogą nadal udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych, na zasadach ogólnych.
150.	NSZZ Solidarność	Uwaga ogólna	Nie przewidziano delegacji do wydania kilku koniecznych aktów wykonawczych;	<u>Uwaga niezasadna</u>
151.	NSZZ Solidarność	Uwaga ogólna	Brak jest koordynacji z innymi kluczowymi projektami ustawowymi i zapowiadanymi zmianami w systemie ochrony zdrowia, w szczególności dotyczącymi zakładanej likwidacji obecnego płatnika świadczeń opieki zdrowotnej.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt wprowadza odrębną formę kontraktowania świadczeń na zasadach PSZ – w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Po wprowadzeniu kolejnych zmian systemowych nastąpi odpowiednie dostosowanie przepisów o sieci szpitali.
152.	NSZZ Solidarność	Uwaga ogólna	Projekt określony jest przez zmianę niektórych przepisów obowiązującej u.s.o.z.f.ś.p, stąd finansowanie świadczeń (!) w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach planu finansowego NFZ (pkt.6 Oceny Skutków Regulacji). Organizacja systemu zabezpieczenia uzasadnia jednak opracowanie ODRĘBNEJ ustawy, czego następstwem powinno być przeznaczenie nowych środków finansowych pokrywających skutki takiej regulacji. Projekt wydaje się być tym samym PODPORZĄDKOWANY dostosowaniu do OBECNEGO systemu normowania udzielania świadczeń zdrowotnych (pomimo zapowiadanej likwidacji płatnika świadczeń) i zasadzie pokrywania kosztów działania podmiotów leczniczych ze środków NFZ -czego wyrazem jest przepis art.2 przedłużający ustawowo dotychczas obowiązujące umowy z NFZ podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia. Oznaczać to będzie zastosowanie stałego finansowania przez okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia(art.159 a) ust.1. Nie przewidziano mechanizmu dostosowania finansowania do wzrostu kosztów szpitali, a jedynie zmianę umowy z NFZ (art.159 a ust.2) w przypadku zmiany kwalifikacji	<u>Uwagi niezasadne</u> Projekt wprowadza odrębną formę kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej – w ramach istniejącego systemu finansowania ze środków przewidzianych w planie finansowym NFZ. Projekt nie przewiduje obniżenia finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci w porównaniu z poziomem obecnie otrzymywanego finansowania.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia. Ponieważ tzw. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce opracowanej przez Ministra Zdrowia zatytułowana Narodowa Służba Zdrowia (NSZ) zakłada na str.7 ryczałtowe finansowanie tych podmiotów w wysokości 80% świadczeń szpitalnych, oznaczać to będzie ograniczenia DOSTĘPNOŚCI do świadczeń albo obniżenie ich JAKOŚCI dla dostosowania kosztów do ryczałtowego finansowania. Niektórzy pacjenci odsyłani będą do placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pojawi się - jak w systemie budżetowym- tendencja do oszczędzania na kosztach badań i leków. Alternatywą będzie kolejny proces zadłużania szpitali, przy czym projekt nie przewiduje rozwiązań ani odrębnych środków na finansowanie zwiększonych kosztów.	
153.	NSZZ Solidarność	Uwaga ogólna	Projekt nie zawiera delegacji do wydania aktów prawnych umożliwiających rozliczenia i kontrolę RYCZAŁTOWEGO systemu opłacania szpitali zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia ,błędnie odsyłając w art.136 ust.2 do zasad obowiązujących dla obecnego systemu, w którym każde świadczenie rozliczane jest po zgłoszeniu do NFZ jego wykonania. Ponadto nie wskazano odrębnego trybu odwołania się od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w przypadku niezakwalifikowania szpitala w dodatkowym trybie (art.95 n ust.5) w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia, a wyłączono stosowanie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego, chociaż zarówno dyrektor jak i minister wydają decyzje administracyjne.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej.
154.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Propozycje przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia w projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczące sieci szpitali ograniczają ekonomiczne prawa równości świadczeniodawców niepublicznych. Proponowane w projekcie rozwiązania zagrażają dalszemu funkcjonowaniu wielu podmiotów prywatnych i mogą wykluczyć je z systemu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ nie odwołują się do struktury właścicielskiej podmiotów leczniczych.
155.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Wątpliwości natury konstytucyjnej wynikające z art. 2. Konstytucji RP: naruszenie zasady zaufania obywateli do demokratycznego państwa prawa oraz z art. 30 (w zw. z art. 68) Konstytucji RP: o godnym dostępie do świadczeń medycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Brak jakiegokolwiek uzasadnienia tej uwagi.
156.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Zbyt krótki (14-dniowy) <i>vacatio legis</i> przy proponowanych, tak poważnych, zmianach jest rzeczą niedopuszczalną z punktu widzenia prawidłowej i rzetelnej legislacji. W tym przypadku, tak krótkiego <i>vacatio legis</i> nie uzasadniają żadne wyjątkowe okoliczności.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt przewiduje 2-miesięczny okres między opublikowaniem wykazów podmiotów zakwalifikowanych do PSZ a początkiem funkcjonowania tego systemu.
157.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Negatywny wpływ na realizację strategicznych celów opisanych w „Planie na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju”. Proponowane regulacje mogą zniechęcić prywatne podmioty medyczne (nie tylko szpitale) do inwestowania na rzecz polskiego rynku ochrony zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpitale nie zakwalifikowane do sieci mogą ubiegać się o finansowanie ze środków publicznych na zasadach ogólnych (konkursowych).
158.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Zagrożenie pozbawieniem możliwości włączenia do sieci PSZ (<i>podstawowe szpitalne zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej</i>) prywatnych szpitali, a także małych placówek i tzw. szpitali jednodniowych. Największe szanse na ryczałtowe finansowanie będą miały funkcjonujące od lat, duże, wielospecjalistyczne szpitale publiczne. Stanowi to poważne zagrożenie dla małych szpitali powiatowych.	<u>Uwaga niezasadna</u> j.w. Sieć szpitali powinna objąć podmioty mające już obecnie podstawowe znaczenie dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
159.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Propozycje nie gwarantują szpitalom niepublicznym traktowania na równi z sektorem publicznym, w budowanej przez resort zdrowia sieci szpitali. To zagraża istnieniu wielu prywatnych podmiotów świadczących opiekę specjalistyczną. Poza siecią mogą pozostać szpitale dysponujące nowoczesnym sprzętem i wysokowykwalifikowaną kadrą medyczną.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ nie odwołują się do struktury właścicielskiej podmiotów leczniczych. j.w.
160.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Błędem jest propozycja zastąpienia kryterium jakościowego wykonywania świadczeń medycznych kryterium czasowym. Na publiczne środki będą mogły liczyć tylko szpitale posiadające podpisane minimum dwuletnie kontrakty z NFZ zawarte przed 30 kwietnia 2015 r. Oznacza to, że wszyscy pozostali – co do zasady – zostają wykluczeni z sieci szpitali. Decyzje o ich włączeniu do sieci może podjąć dyrektor O/W NFZ za zgodą ministra zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali z założenia objąć ma szpitale, które już obecnie pełnią kluczową rolę dla zapewnienia podstawowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd wymóg posiadania min. 2-letniej umowy jest w pełni uzasadniony. Zasady funkcjonowania sieci szpitali powinny być oczywiście

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

				udoskonalane, w szczególności poprzez uzależnienie finansowania od spełniania kryteriów jakościowych, co wymaga jednak czasu i znacznych nakładów i jest kwestią dalszej przyszłości.
161.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Arbitralne kompetencje decyzyjne dyrektorów O/W NFZ (nawet za zgodą ministra zdrowia) w zakresie kwalifikacji świadczeniodawców mogą powodować dowolną interpretację i ryzyko „uznaniowości” podejmowanej decyzji dotyczącej włączenia szpitala (lub nie) do PSZ.	<u>Uwaga niezasadna</u> Będzie to narzędzie o charakterze nadzwyczajnym. Jedyną przesłanką ma być to, że włączenie danego podmiotu do PSZ jest wymagane w celu zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a ocena jej spełnienia powinno leżeć w gestii dyrektora OW NFZ i MZ.
162.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Wprowadzenie odrębnej procedury kwalifikacji do systemu PSZ, do której nie będą stosowane ogólne zasady postępowania administracyjnego. Przy podejmowaniu takich decyzji powinien mieć zastosowanie Kodeks postępowania administracyjnego. Wykluczenie stosowania przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego i ogólnikowe przepisy stwarzają zagrożenie przekroczenia transparentnego postępowania całej procedury kwalifikacyjnej szpitala do PSZ.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury administracyjnej opartej na KPA.
163.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Naruszenie standardów wymaganych przez UE i nie spełnianie kryteriów [Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Służbie Zdrowia (IOWISZ), mapy zdrowotne, policy paper], na podstawie których Polska otrzymała z Unii Europejskiej 12 mld zł na inwestycje w ochronie zdrowia. Spowoduje to zagrożenie wstrzymania dotacji unijnych na inwestycje w ochronie zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt nie dotyczy obszaru regulowanego przez prawo unijne. Mapy potrzeb zdrowotnych i tzw. sieć szpitali są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.
164.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Regulacje dotyczące wprowadzenia sieci szpitali powinny stanowić zakres odrębnej ustawy, a nie być okazjonalnie włączone, w ramach nowelizacji, do korekty ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Proponowany system podstawowego zabezpieczenia świadczeń ma być integralnym elementem obecnego systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.
165.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Sieć PSZ powinna być tworzona na podstawie aktualnych map potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem możliwości finansowych, a także planowanego wzrostu nakładów budżetowych na ochronę zdrowia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt sieci szpitali nie bazuje na mapach potrzeb zdrowotnych. Mapy potrzeb zdrowotnych i tzw. sieć szpitali są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.
166.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Rozważenia wymaga możliwość tworzenia konsorcjów szpitalnych zawieranych dobrowolnie porozumień różnych typów szpitali celem spełnienia podstawowych kryteriów wejścia do sieci.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie przewiduje się możliwości tworzenia konsorcjów w celu spełnienia warunków kwalifikacji łącznie przez 2 lub więcej podmiotów leczniczych.
167.	Business Centre Club	Uwaga ogólna	Kwalifikacje do PSZ powinny odbywać się w trybie konkursu ofert przy precyzyjnym określeniu obiektywnych kryteriów upoważniających dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ przy podejmowaniu decyzji dotyczących kwalifikacji do PSZ oraz wprowadzeniu mechanizmu i kryteriów konkurencyjnego wyboru świadczeniodawcy prywatnego i publicznego; przede wszystkim z punktu widzenia gwarancji dostępu do świadczeń przez pacjenta i jakości świadczonych usług.	<u>Uwaga niezasadna</u> Propozycja sprzeczna z zasadniczą filozofią projektowanej ustawy.
168.	Business Centre Club	art. 951 ust. 1	Jak zatem ma wyglądać kwestia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach, które nie funkcjonują przy szpitalach – zważywszy, że są to odrębne zakłady lecznicze zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.	<u>Uwaga niezasadna</u> Zawieranie umów na zakres AOS, poza przychodniami przyszpitalnymi kontraktowanymi w ramach sieci, będzie się odbywało w dotychczasowym trybie.
169.	Business Centre Club	art. 951 ust. 2	Ustawa nie określa poziomów zabezpieczenia, a jedynie wymienia stopnie bez jakiegokolwiek zdefiniowania poszczególnych poziomów, np. „szpital I stopnia” – odwołując się do przepisów wykonawczych, wydaje się że taka materia winna znaleźć się w regulacji ustawowej, a przynajmniej wstępne określenie zasad wydzielenia poszczególnych poziomów.	<u>Uwaga niezasadna</u>

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

170.	Business Centre Club	art. 95n ust. 1	„Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego ...” – przychodnia jest odrębnym zakładem leczniczym i posiada odrębną umowę z NFZ.	<u>Uwaga niezasadna</u>
171.	Business Centre Club	Uzasadnienie	Likwidacja małych szpitali jedno-specjalistycznych i przyszpitalnych przychodni z nimi związanych spowoduje ograniczenie dostępu pacjentów do leczenia – w przypadku oddziału ortopedii dla dzieci realizowanego w Specjalistycznym Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym „Górka” w Busku-Zdroju – kolejny szpital realizujący ten zakres leczenia znajduje się w Kielcach.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane przepisy nie przewidują likwidacji żadnych podmiotów.
172.	OPZZ	Uwaga ogólna	Projekt ustawy szczegółowo opisuje zasady tworzenia systemu podstawowego zabezpieczenia leczenia szpitalnego, pomija jednak zasady tworzenia i funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która zgodnie z założeniami, ma gwarantować ciągłość ale przede wszystkim kompleksowość opieki nad pacjentem. Takiej kompleksowości nie zapewni wyłącznie leczenie szpitalne. To bardzo poważny brak wskazujący na małą spójność funkcjonowania placówek w sieci.	<u>Uwaga niezasadna</u> Celem ustawy nie jest określenie organizacji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
173.	OPZZ	Uwaga ogólna	W tym zakresie pojawia się wiele wątpliwości, z których za najważniejsze uznajemy: brak wskazania w projekcie ustawy wysokości środków finansowych gwarantujących funkcjonowanie systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (co także jest związane z mało przejrzystym sposobem kwalifikowania do poszczególnych poziomów zabezpieczenia szpitali). Jedynie z uzasadnienia projektu wynika, że około 85% środków przekazanych zostanie przez oddziały wojewódzkie NFZ w formie ryczałtu dla placówek włączonych do poszczególnych poziomów zabezpieczenia, a o ok. 15 % środków finansowych pozostałe podmioty lecznicze będą się mogły ubiegać w drodze negocjacji z NFZ. trudno ocenić, na jakiej podstawie NFZ będzie ustalał ryczałt dla szpitala w danym okresie; brak określenia mechanizmu gwarantującego powiązania wielkości kwoty ryczałtu na dany rok dla danej placówki z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim (co w sytuacji, kiedy wysokość ryczałtu będzie niewystarczająca i nie zaspokoi potrzeb zdrowotnych pacjentów?) nieznanym jest mechanizm, zgodnie z którym dotychczasowe umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej staną się automatycznymi umowami realizowanymi w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia, w odniesieniu do świadczeń przypisanych do danego świadczeniodawcy w ramach kwalifikacji do odpowiedniego poziomu; nie jest precyzyjnie wskazane, czy w ramach przyznanego ryczałtu dla danej placówki ustalana będzie minimalna liczba świadczeń, które szpital będzie zobowiązany wykonać aby otrzymać odpowiedni budżet w kolejnym roku; nie wiadomo do końca czy wskazany poziom 85% środków przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w formie ryczałtu dla placówek włączonych do poszczególnych poziomów zabezpieczenia, będzie równe wysokości środków, które szpital, po zakwalifikowaniu na przykład do poziomu I dotychczas otrzymywał, czy o 15 % mniej; pojawiają się pytania o dotychczasowe finansowanie tzw. pakietu onkologicznego - czy ma się to odbywać na dotychczasowych zasadach, czy także w formie ryczałtu? zmiany finansowania szpitali polegające na odejściu finansowania pojedynczych procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującym całość opieki w danym okresie mogą być niekorzystne dla niektórych zakresów świadczeń. Przykładem może być finansowanie świadczeń pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, na co wskazują organizacje związkowe zrzeszające grupę zawodową anestezjologów. Obecnie wysokość finansowania świadczeń realizowanych dla pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii uzależniona jest od ciężkości stanupacjenta i od zrealizowanych poszczególnych procedur medycznych - świadczenia te traktowane są jako procedury ratujące życie i w praktyce nie są objęte limitem finansowania w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z NFZ w rodzaju lecznictwa szpitalnego. Finansowanie leczenia szpitalnego w ramach rocznego ryczałtu i brak możliwości rozliczania świadczeń ratujących życie jako świadczeń nielimitowanych może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń udzielanych w oddziałach intensywnej terapii jako wysoko kosztochłonnnych. To rozwiązanie może w skrajnych przypadkach skutkować ograniczeniem liczby stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii powodując obniżenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów będących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. W naszej ocenie należałoby się zastanowić czy finansowanie w formie ryczałtu obejmującego całość opieki w danym okresie należy stosować do wszystkich zakresów świadczeń, czy np. rozważyć utrzymanie obecnego modelu finansowania nielimitowanych świadczeń jak np. z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w oparciu o stan ciężkości pacjentów i zrealizowane procedury medyczne.	<u>Uwagi niezasadne</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

174.	OPZZ	Uwaga ogólna	Rolę kreatora sieci szpitali będzie pełnić dyrektor oddziału NFZ, co jest nie tylko niezrozumiałe ale stanowi zaprzeczenie deklaracji o odpowiedzialności państwa(władz publicznych, ministra zdrowia) nad systemem ochrony zdrowia i zdrowiem obywateli. Wskazanie, że dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, jak też w przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu dokonuje odpowiedniej zmiany kwalifikacji - nadaje mu bardzo szerokie uprawnienia i de facto skupia w jednym organie zarówno płatnika jak i kreatora polityki zdrowotnej, co jest nie do przyjęcia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Płatnik jest najbardziej właściwym organem do przeprowadzenia takiej weryfikacji, z uwagi na posiadane dane.
175.	OPZZ	Uwaga ogólna	Wiele kontrowersji wzbudza zapis, że świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Niewątpliwie pozytywną przesłanką jest zapewnienie na okres 4 lat dostępności środków finansowych i w związku z tym stabilizacji oraz możliwości planowania kolejnych etapów rozwoju przez podmioty lecznicze, lecz z drugiej strony niepokojący jest brak zapisów o dalszym finansowaniu i o stopniu jego wzrostu w kolejnych np. 4 letnich okresach.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa nie może określić wzrostu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ.
176.	OPZZ	Uwaga ogólna	Niewiadomym pozostają zasady funkcjonowania w strukturach podmiotów leczniczych innych jednostek np. na potrzeby uczelni czy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa dotyczy wyłącznie zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a nie finansowania „innych jednostek” w strukturach podmiotów leczniczych.
177.	OPZZ	Uwaga ogólna	Projekt wskazuje, że szpitale po zakwalifikowaniu do określonego poziomu będą mogły wykonywać tylko te świadczenia zdrowotne, które wynikać będą z umowy zawartej z NFZ. W naszej ocenie brak jest wyraźnego wskazania na powiązanie przyznanego przez NFZ zakresu udzielanych świadczeń tj. profili kwalifikujących do określonego poziomu zabezpieczenia szpitali z potrzebami zdrowotnymi regionu, wynikającymi z map zdrowotnych. Nie wiadomo zatem, co będzie brane pod uwagę w doborze profili, które zostaną włączone do poziomu zabezpieczenia konkretnego szpitala: czy zapotrzebowanie na określony rodzaj świadczeń zdrowotnych na danym terenie, czy też uwzględnienie zakresu dotychczas realizowanych świadczeń zdrowotnych?	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt sieci szpitali nie bazuje na mapach potrzeb zdrowotnych. Projektowane przepisy nie dają dyrektorowi OW NFZ żadnej dowolności w przypisaniu danemu podmiotowi profili, w których będzie on udzielał świadczeń w ramach sieci.
178.	OPZZ	Uwaga ogólna	Powstaje pytanie: czy jeśli szpital zostanie zakwalifikowany do niższego poziomu zabezpieczenia, a aktualnie udziela świadczenia zdrowotne w większej liczbie profili czy będzie musiał konkurować z innymi podmiotami o pozyskanie dodatkowych środków z 15 % puli czy też o te środki będą mogły ubiegać się tylko placówki, które odgrywać będą szczególną rolę w systemie zabezpieczenia i NFZ przyzna im większy zakres udzielanych świadczeń ? Tego też projekt ustawy wyraźnie nie precyzuje.	<u>Uwaga niezasadna</u> W zakresie oddziałów wyłączonych z finansowania w ramach sieci szpital może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych). Projekt nie ingeruje w obecne zasady kontraktowania świadczeń w trybie konkursowym.
179.	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i PS	Uwaga ogólna	Projekt ustawy szczegółowo opisuje zasady tworzenia systemu podstawowego zabezpieczenia leczenia szpitalnego, pomija jednak zasady tworzenia i funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która zgodnie z założeniami, ma gwarantować ciągłość ale przede wszystkim kompleksowość opieki nad pacjentem. Takiej kompleksowości nie zapewni wyłącznie leczenie szpitalne. To bardzo poważny brak wskazujący na małą spójność funkcjonowania placówek w sieci.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt nie ma na celu uregulowania zasad funkcjonowania AOS. Przewiduje jedynie pod pewnymi warunkami możliwość kontraktowania świadczeń z tego zakresu w ramach sieci.
180.	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i PS	Uwaga ogólna	Brak wskazania w projekcie ustawy wysokości środków finansowych gwarantujących funkcjonowanie systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej; trudno ocenić, na jakiej podstawie NFZ będzie ustalał ryczałt dla szpitala w danym okresie; brak określenia mechanizmu gwarantującego powiązania wielkości kwoty ryczałtu na dany rok dla danej placówki z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim (co w sytuacji, kiedy wysokość ryczałtu będzie niewystarczająca i nie zaspokoi potrzeb zdrowotnych pacjentów?); nieznany jest mechanizm, zgodnie z którym dotychczasowe umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej staną się automatycznymi umowami realizowanymi w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia, w odniesieniu do świadczeń; przypisanych do danego świadczeniodawcy w ramach kwalifikacji do odpowiedniego poziomu; nie jest precyzyjnie wskazane, czy w ramach przyznanego ryczałtu dla danej placówki ustalana będzie minimalna liczba świadczeń, które szpital będzie zobowiązany wykonać aby otrzymać odpowiedni budżet w kolejnym roku;	<u>Uwagi częściowo uwzględnione</u> W art. 95m dodano przepis upoważniający MZ do określenia w drodze rozporządzenia również świadczeń opieki zdrowotnej, dla których w ramach PSZ zostaną wyodrębnione środki na ich finansowanie. Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			nie wiadomo do końca czy wskazany poziom 85% środków przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w formie ryczałtu dla placówek włączonych do poszczególnych poziomów zabezpieczenia, będzie równe wysokości środków, które szpital, po zakwalifikowaniu na przykład do poziomu I dotychczas otrzymywał, czy o 15 % mniej; pojawiają się pytania o dotychczasowe finansowanie tzw. pakietu onkologicznego - czy ma się to odbywać na dotychczasowych zasadach, czy także w formie ryczałtu? zmiany finansowania szpitali polegające na odejściu finansowania pojedynczych procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującym całość opieki w danym okresie mogą być niekorzystne dla niektórych zakresów świadczeń. Przykładem może być finansowanie świadczeń pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, na co wskazują organizacje związkowe zrzeszające grupę zawodową anestezjologów; obecnie wysokość finansowania świadczeń realizowanych dla pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii uzależniona jest od ciężkości stanu pacjenta i od zrealizowanych poszczególnych procedur medycznych - świadczenia te traktowane są jako procedury ratujące życie i w praktyce nie są objęte limitem finansowania w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z NFZ w rodzaju lecznictwo szpitalne; Finansowanie leczenia szpitalnego w ramach rocznego ryczałtu i brak możliwości rozliczania świadczeń ratujących życie jako świadczeń nielimitowanych może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń udzielanych w oddziałach intensywnej terapii jako wysoko kosztochłonnych. To rozwiązanie może w skrajnych przypadkach skutkować ograniczeniem liczby stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii powodując obniżenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów będących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. W naszej ocenie należałoby się zastanowić czy finansowanie w formie ryczałtu obejmującego całość opieki w danym okresie należy stosować do wszystkich zakresów świadczeń, czy np. rozważyć utrzymanie obecnego modelu finansowania nielimitowanych świadczeń jak np. z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w oparciu o stan ciężkości pacjentów i zrealizowane procedury medyczne.	
181.	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i PS	Uwaga ogólna	Rolę kreatora sieci szpitali będzie pełnił dyrektor oddziału NFZ, co jest nie tylko niezrozumiałe ale stanowi zaprzeczenie deklaracji o odpowiedzialności państwa (władz publicznych, ministra zdrowia) nad systemem ochrony zdrowia i zdrowiem obywateli. Wskazanie, że dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, jak też w przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu dokonuje odpowiedniej zmiany kwalifikacji - nadaje mu bardzo szerokie uprawnienia i de facto skupia w jednym organie zarówno płatnika jak i kreatora polityki zdrowotnej, co jest nie do przyjęcia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Dyrektorzy OW NFZ mają wszelkie narzędzia niezbędne dla zweryfikowania, czy dany podmiot spełnia kryteria kwalifikacji. Weryfikacja taka nie będzie miała charakteru uznaniowego.
182.	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i PS	Uwaga ogólna	Wiele kontrowersji wzbudza zapis, że świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Niewątpliwie pozytywną przesłanką jest zapewnienie na okres 4 lat dostępności środków finansowych i w związku z tym stabilizacji oraz możliwości planowania kolejnych etapów rozwoju przez podmioty lecznicze, lecz z drugiej strony niepokojący jest brak zapisów o dalszym finansowaniu i o stopniu jego wzrostu w kolejnych np. 4 letnich okresach. Niezrozumiały jest także zarówno wskazany sztywny czas takiej gwarancji „bycia w sieci” dla danej placówki jak i brak wskazania na możliwość wyłączenia z niej, w sytuacji, gdy nie będzie spełniała wymagań w szczególności gwarantujących kompleksowość i ciągłość leczenia;	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty. Projektowana ustawa przewiduje możliwość usunięcia podmiotu w sieci, w razie zaprzestania spełniania kryteriów kwalifikacji.
183.	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i PS	Uwaga ogólna	W naszej ocenie brak jest wyraźnego wskazania na powiązanie przyznanego przez NFZ zakresu udzielanych świadczeń tj. profili kwalifikujących do określonego poziomu zabezpieczenia szpitali z potrzebami zdrowotnymi regionu, wynikającymi z map zdrowotnych. Nie wiadomo zatem, co będzie brane pod uwagę w doborze profili, które zostaną włączone do poziomu zabezpieczenia konkretnego szpitala czy zapotrzebowanie na określony rodzaj świadczeń zdrowotnych na danym terenie, czy też uwzględnienie zakresu dotychczas realizowanych świadczeń zdrowotnych?	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt sieci szpitali nie bazuje na mapach potrzeb zdrowotnych, lecz na rzeczywistej realizacji świadczeń w ramach umów na pełną hospitalizację (co również odzwierciedla potrzeby zdrowotne).
184.	Federacja Związków Zawodowych	Uwaga ogólna	Powstaje pytanie: czy jeśli szpital zostanie zakwalifikowany do niższego poziomu zabezpieczenia, a aktualnie udziela świadczenia zdrowotne w większej liczbie profili czy będzie musiał konkurować z innymi podmiotami o pozyskanie dodatkowych środków z 15 % puli czy też o te środki będą mogły ubiegać się tylko placówki, które	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa nie zmienia zasad kontraktowania na zasadach ogólnych, tj. w drodze konkursów ofert, poza

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

	Pracowników Ochrony Zdrowia i PS		odgrywać będą szczególną rolę w systemie zabezpieczenia i NFZ przyzna im większy zakres udzielanych świadczeń ? Tego też projekt ustawy wyraźnie nie precyzuje.	zastrzeżeniem, że dany szpital nie może zawrzeć umowy w tym trybie na ten sam zakres, w ramach którego udziela świadczeń w sieci.
185.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób płuc. Woj. Lubelskie	Uwagi ogólne	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych zmienia całą ekonomiczną filozofię na jakiej opierała się poprzednia ustawa. Wydaje się, że główne zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej w nowym projekcie raczej nie podlegają dyskusji. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na brak w projekcie poziomowania systemu zabezpieczenia w odniesieniu do szpitali pulmonologicznych. Na przykładzie województwa lubelskiego można by przynajmniej 3 stopniowo pozycjonować istniejące szpitale pulmonologiczne realizujące umowy z NFZ w zakresie leczenia chorób płuc. Szpitale pulmonologiczne istotnie różnią się między sobą zakresem świadczonych usług. Przy braku stopnia referencyjności w odniesieniu do szpitali pulmonologicznych nie będzie można finansowo promować najlepiej działających oddziałów chorób płuc. Projekt nie precyzuje prawa pacjenta do wyboru oddziału w którym realizowane będą świadczenia. Zasada finansowania podmiotów na podstawie ubiegłorocznej realizacji świadczeń nie będzie sprzyjać przyjmowaniu przez szpital pacjentów zamieszkałych w innych rejonizacjach.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projekt nie ingeruje w zasady wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta.
186.	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla Woj. Opolskiego	Uwagi ogólne	W przedstawionym projekcie trudno jest jednoznacznie przyporządkować poziom zabezpieczenia szpitalnego dla oddziałów pulmonologicznych w moim województwie. Trudno odczytać co będzie decydowało o przydzieleniu do określonego poziomu poszczególne oddziały. Spośród 5 ośrodków leczenia chorób płuc, dwa znajdują się w większych szpitalach wieloprofilowych. Czy w takim razie wieloprofilowość szpitala przyporządkuje oddział pulmonologii do poziomu np. III czy też może obecność oddziału pulmonologicznego zdecyduje, że cały szpital będzie poziomem pulmonologii i onkologii? Pozostałe 3 ośrodki charakteryzują się tym, że oddziały pulmonologiczne funkcjonują w strukturze z oddziałami rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej lub rehabilitacji ogólnej, reumatologii, geriatrii. Ponadto jeden z ośrodków w strukturze szpitala ma jeszcze oddziały psychiatrii i psychosomatyki. Nie ma w tych trzech ośrodkach oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii ani innych oddziałów mogących odpowiadać charakterystyce II lub III poziomu. Jak w tej sytuacji będzie odbywało się przyporządkowywanie do odpowiednich poziomów? W projekcie jest mowa, że oddziały psychiatryczne i rehabilitacji pozostaną finansowane na dotychczasowych zasadach. Czy wobec tego oddziały pulmonologiczne występujące razem w strukturze organizacyjnej z tymi oddziałami w planowanym projekcie zyskają czy może tracą na kwalifikacji do odpowiedniej kategorii zabezpieczenia? Chciałbym jeszcze odnieść się do finansowania ryczałtowego świadczeń szpitalnych. Obawiam się, że niesłusznie, że taki sposób rozliczania wróci nas do okresu rejonizacji. Pacjenci z rozpoznaniami wskazującymi na kosztochłonne procedury lecznicze nie będą chętnie widziani i w związku z tym będą odsyłani do swojego rejonu. Teoretycznie nie powinno mieć to miejsca, pacjent powinien mieć prawo wyboru szpitala ale praktyka wobec ciągłego braku miejsc w szpitalach jest obecnie inna. Ryczałtowanie świadczeń może tylko nasilić to zjawisko. Rozliczanie ryczałtowe ma być faktem a nie rozliczanie jednostkowych świadczeń. Mam jednak nadzieję, że sprawozdawczość tak jak obecnie (choć jest to uciążliwa) jednak będzie nadal funkcjonować, między innymi po to aby uzasadnić dlaczego ktoś przekracza wartość ryczałtu lub tego nie robi. Wartość ryczałtu może ulegać zmianom w okresach rocznych – to byłaby więc podstawa do decyzji czy ktoś może ubiegać się o wyższy ryczałt. Sprawozdawczość byłaby również podstawą o ubieganie o zapłatę tzw. nadwykonań o czym przedstawiony projekt nie wspomina. Nie ma w projekcie informacji w jaki sposób będzie finansowana chemioterapia. Jeżeli ma to również dobywać się na zasadzie ryczałtowania to może grozić uwstecznieniem standardów leczenia. Zwykle jest do wyboru kilka schematów leczenia w określonych typach nowotworów w tym raka płuca również. Ryczałtowanie chemioterapii może spowodować, że częściej będą stosowane schematy tańsze a zarazem o niższej skuteczności. Projekt nie mówi nic o programach lekowych. Nie wiadomo czy one będą finansowane wg dotychczasowych zasad, czy wg ryczałtu czy może jeszcze inaczej.	<u>Uwagi niezasadne</u> Kryteria kwalifikacji wynikające z projektu ustawy i rozporządzenia dają możliwość jednoznacznego zakwalifikowania danego podmiotu do danego poziomu. Natomiast w razie braku możliwości zakwalifikowania na ogólnych zasadach istnieje wyjątkowo możliwość zakwalifikowania do PSZ w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ. Projekt nie ingeruje w zasady wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
187.	Szpital Wojewódzkie go. W Gorzowie Wlkp.	Uwagi ogólne	Prosimy o zmianę zapisu w projekcie ustawy aby jednemu świadczeniodawcy można było przyporządkować więcej niż jeden poziom zabezpieczenia (PSZ) oraz aby kryteria przyznania odpowiedniego stopnia były rozpatrywane w zależności od sytuacji lokalnej w danym województwie. Prosimy o doprecyzowanie ustawy tak, aby dodatkowe profile mogły być realizowane przez poradnie specjalistyczne i poradnie przyszpitalne znajdujące się w strukturze zakładu leczniczego i odpowiadające profilom	<u>Uwagi częściowo uwzględnione</u> Zasady kwalifikacji do sieci powinny mieć charakter uniwersalny i nie mogą być uzależnione od uwarunkowań lokalnych.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			oddziałów w tym zakładzie bez wymogu lokalizacji pod tym samym adresem lub obok.	Wprowadzono przepis zmieniający definicję przychodni przyszpitalnej.
188.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM w Poznaniu	Uwaga ogólna	Brak regulacji dotyczących sposobu zawarcia umowy na funkcjonujące Izby przyjęć i SOR w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń. W zapisach zmian do ustawy Izba Przyjęć i szpitalny Oddział Ratunkowy pojawiają się wyłącznie jako kryterium kwalifikacji. Należy również mieć na względzie, że przywołane kryterium kwalifikacji do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia może w konsekwencji doprowadzić do eliminacji z „sieci” szpitali specjalistycznych, monoprofilowych, innych niż wskazane w pkt.3 podp.2 lit.a	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie zachodzi potrzeba zawierania w projekcie odrębnych uregulowań dot. sposobu zawierania umów na IP/ SOR.
189.	NU-MED Tomaszów Mazowiecki; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu/PCZ Szpital w Brzezinach/ Szpital Powiatowy w Radomsku/ Szpital Powiatowy w Pajęcznie	Uwagi ogólne	W projekcie „PSZ” nie ma żadnego odniesienia do map potrzeb zdrowotnych (w prowadzonych w życie w 2016 r), które jednoznacznie wskazują podmioty zabezpieczające świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach wskazując ich rolę w pokryciu tzw. białych plam na mapach zdrowotnych poszczególnych województw. Brak w zakresie szpitali onkologicznych profilu – programy lekowe – świadczone czy pominięte ? Projekt „PSZ” nie koresponduje z Narodowymi Programami dotyczącymi zdrowia oraz programami regionalnymi, przez co poniesione nakłady przez Szpitale mogą być zmarnotrawione. Jak będzie wyglądał przepływ pacjentów pomiędzy poszczególnymi zakresami szpitalnymi i czy będą regulacje prawne wspomagające szpitale poziomu I i II ? W projekcie „PSZ” nie ma informacji dotyczącej sposobu gromadzenia, sprawozdawania i finansowania świadczeń zdrowotnych na poszczególnych poziomach zabezpieczeń, nie ma wskazanego, motywującego systemu przyjmowania pacjentów z jednoczesnym wskazaniem bezpieczeństwa finansowego jednostek systemu. Projekt „PSZ” nie wskazuje czy świadczenia dotychczas finansowane, jako tzw. nielimitowane będą nadal tak finansowane, czy świadczenia nielimitowane będą nadal płacone za wykonane usługi a nie ryczałtem.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projekt sieci szpitali nie bazuje na mapach potrzeb zdrowotnych. Mapy potrzeb zdrowotnych i tzw. sieć szpitali są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele. Programy lekowe nie są profilem w rozumieniu projektowanej ustawy. Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materiają zarządzenia Prezesa NFZ. Nie istnieje obecnie formalna instytucja świadczeń ponadlimitowych. Płacenie przez NFZ za świadczenia wykonywane ponad kwotę zobowiązania następuje w przypadku dysponowania przez płatnika zaoszczędzonymi środkami finansowymi. Również kwoty ryczałtów będą mogły ulegać zwiększeniu w przypadku istnienia takich dodatkowych środków.
190.	Płocki ZOZ Sp. z o. o.	uwaga ogólna	Zwracamy się z prośbą o uwzględnienie w zapisach ustawy i włączenie do I stopnia szpitali systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń również Oddziałów Chirurgii Ogólnej, które realizują umowę w ramach hospitalizacji planowej, ale w trybie całodobowej opieki szpitalnej z zapewnieniem całodobowego lekarskiego dyżuru medycznego. Tak działający Oddział Chirurgii jest również zabezpieczeniem dla pozostałych oddziałów I poziomu szpitali: Oddziału chorób wewnętrznych, Oddziału Ginekologiczno-położniczego, Oddziału pediatrycznego. Ponadto uwzględnienie tego typu oddziałów w planowanym systemie budżetowania pozwoli wielu powiatowym szpitalom na realizację pełnego zakresu profili przewidzianych dla poziomu I szpitali, co korzystnie wpłynie na kompleksowość i dostępność usług.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali objąć ma co do zasady podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Stąd warunek umowy dot. pełnej hospitalizacji jest w pełni uzasadniony.
191.	Szpital Geriatryczny w Katowicach	uwagi ogólne	Z przykrością stwierdzam, iż w projekcie ustawy i rozporządzenia w sposób szczególnie wyróżnione są jedynie dwa typy szpitali: onkologiczne i pulmonologiczne. Jednostki te potraktowane zostały w sposób odmienny od pozostałych szpitali, w aspekcie wymogów stawianych pozostałym podmiotom. Nie polemizując z tak przyjętymi założeniami przyszłych regulacji prawnych nie sposób nie zauważyć, że rozwiązanie takie wyklucza z systemu inne jednostki monoprofilowe, o istotnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli. Przykłady można mnożyć (szpitale o profilu oparzeniowym, urazowym, czy inne wyspecjalizowane jednostki skupiające się na danym konkretnym zakresie świadczeń szpitalnych). Przyjęte założenia nowych regulacji prawnych w praktyce pozbawiają taki szpital racji bytu. Nie trzeba chyba nikogo przekonywać, że leczenie w ramach szeroko rozumianej diagnostyki oraz terapii geriatrycznej dedykowanej osobom w wieku podeszłym mają charakter planowy, co za tym idzie nie zachodzi więc konieczność dysponowania izbą przyjęć funkcjonującą w warunkach ostrych. Istotą szpitala o tym profilu jest udzielanie świadczeń z zakresu geriatrii (procedury związane z wykonywaniem całościowej oceny geriatrycznej), zatem posiadanie w zasobach jednostki innych oddziałów (interna, chirurgia, kardiologia) nie znajduje żadnego uzasadnienia, w sytuacji kiedy geriatria jest zakresem interdyscyplinarnym skupiającym w osobie starszej wszystkie wymienione dziedziny	<u>Uwagi niezasadne</u> Szpital nie zakwalifikowany do sieci może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych), a w szczególnym przypadku może być włączony do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			medycyny, a specjalistami geriatrii są w większości lekarze po specjalizacji z chorób wewnętrznych. Nasuwa się prosta, acz bolesna konkluzja. Jeśli tego rodzaju szpital nie mieści się w ramach projektowanych zmian, czy to oznacza, że powinien zniknąć z kręgu podmiotów świadczących usługi w ramach środków publicznych? Wnoszę o wprowadzenie dwóch poziomów realizacji świadczeń geriatrycznych: - Na poziomie POZ i w szpitalnych oddziałach niegeriatrycznych poprzez wprowadzenie elementów COG (całościowej oceny geriatrycznej) dla pacjentów geriatrycznych (kwalifikacja wg skali VES 13 > 5 pkt i dla osób > 80 r.ż.) zgodnie z przepisami rozporządzenie MZ na temat elementów COG w oddziałach niegeriatrycznych z 2014 - Powoływanie w strukturze szpitali wieloprofilowych oddziałów geriatrycznych posiadających przyszpitalne poradnie geriatryczne obsługujące chorych szpitalnych i ambulatoryjnych. Uznanie w grupie szpitali (analogicznie, jak w przypadku pulmonologii i onkologii) poziomu: szpital geriatryczny funkcjonujący z oddziałami monoprofilowymi wraz z zapleczem diagnostycznym, rehabilitacyjnym i poradnią geriatryczną.	
192.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi	art. 95l ust.2.	W jaki sposób zawarta będzie umowa ze szpitalami, które w swej strukturze posiadają cztery oddziały z poziomu I, oddział intensywnej terapii i po dwa oddziały z poziomu II i III. Czy i jak będą finansowane oddziały z II i III stopnia? Oddział Chirurgii Naczyniowej - jeden z trzech oddziałów w województwie, trzeci pod względem liczby łóżek oddział w Polsce, czwarty w Polsce, a drugi w łódzkim pod względem liczby hospitalizowanych chorych rocznie - 2110, trzeci w Polsce pod względem odsetka przyjęć w trybie nagłym, po przekazaniu przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (32%, pozostałe oddziały w województwie 22% i 7%), piąty w Polsce i pierwszy w Łodzi pod względem obłożenia łóżek (91%) (dane zaczerpnięte z: Chirurgia Naczyniowa w Polsce Zielona Księga pod redakcją dr n. ekon. Małgorzaty Gałązki - Sobotki, Warszawa 2016), Oddział Transplantologii - jeden z dwóch funkcjonujących w województwie Oddział Urologii - największy pod względem liczby łóżek oddział w województwie, największy pod względem liczby hospitalizacji oddział w województwie, największy pod względem odsetka zabiegów kompleksowych w województwie.	<u>Uwaga niezasadna</u> W zakresie oddziałów wyłączonych z finansowania w ramach sieci szpital może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych).
193.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi	art. 95n ust.5	W Art. 95n. ust. 5 napisane jest, że świadczeniodawcy nie spełniający warunków, o których mowa w ust. 3, mogą zostać zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa przez dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie ma żadnej informacji o kryteriach/warunkach/podstawach takiej decyzji. Czy będzie to decyzja czysto uznaniowa?	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest możliwe sprecyzowanie przesłanek decyzji o zakwalifikowaniu świadczeniodawcy w tym trybie. Będzie on stosowany jako narzędzie o charakterze nadzwyczajnym. Jediną przesłanką ma być to, że włączenie danego podmiotu do PSZ jest wymagane w celu zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a ocena jej spełnienia powinno leżeć w gestii dyrektora OW NFZ i MZ.
194.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Szpital w Łodzi	Uwaga ogólna	Dyrekcja WSSz. im. dr Wi. Biegańskiego wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem wyspecyfikowania poziomu szpitali zakaźnych jako odrębnego poziomu wchodzącego w skład podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wydzielenie grupy szpitali zakaźnych wydaje się niezbędne z uwagi na wagę problemu, który obserwowaliśmy w poprzednich latach, gdy do kraju dotarły wirusy grypy typu A (H5N1), świńskiej grypy A/H1N1 oraz inne z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym z podejrzeniem/wystąpieniem zakażenia gorączką krwotoczną Ebola. Niestety aktualnie występuje prawdopodobieństwo ataku terrory stycznego bronią biologiczną i jego konsekwencje epidemiologiczne. Zwiększone zadania szpitali zakaźnych wynikają również z migracji do Polski obywateli z Europy wschodniej głównie Ukrainy, którym w Polsce stworzono preferencyjne zasady zatrudniania. W tej sytuacji umieszczenie Szpitali zakaźnych poza systemem zabezpieczenia i finansowaniem ich jedynie w ramach 15% budżetu dedykowanego na realizację świadczeń zdrowotnych w Polsce wydaje się nieprawdopodobne, bowiem zabezpieczenie społeczeństwa w zakresie epidemiologicznego nie może mieć charakteru subsydialnego.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia włączenia do finansowania w ramach PSZ monoprofilowych szpitali zakaźnych może zostać rozwiązana na poziomie rozporządzenia MZ.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

195.	Szpital Kliniczny UM w Poznaniu	uwagi ogólne	Przy ustalaniu nowych zasad finansowania szpitali klinicznych (rocznego budżetu) należy pamiętać, że 1. od 1 lipca 2016 roku wprowadzono dla szpitali dziecięcych założonych przez uczelnię medyczną współczynnik 1,2 w zakresach chirurgia dziecięca, neurochirurgia dziecięca, kardiochirurgia dziecięca, laryngologia dziecięca i onkologia dziecięca 2. przeszacowano w górę JGP - w przypadku części świadczeń dla dzieci 3. niektóre szpitale zakończą nową inwestycję i będą potrzebowały większych środków finansowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych W związku z powyższym do wyliczenia budżetu na rok przyszły może służyć jedynie drugie półrocze 2016 roku (wymnożone razy 2) lub liczba zrealizowanych świadczeń w roku bieżącym -2016 i/lub ubiegłym - 2015, natomiast nie kwota określona w umowach z NFZ. W zależności o rodzaju udzielanych świadczeń dla dzieci przez szpitala uniwersyteckie wartość rocznej umowy z NFZ po zmianach od 1 lipca br. wzrosła o 10% - 20% (tylko dla zmian wprowadzonych przez NFZ i MZ w JGP dla dzieci).	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
196.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	uwagi ogólne	Wadą przedstawionego projektu sieci szpitali jest brak powiązania projektowanej sieci z zapotrzebowaniem na usługi medyczne mające wynikać z map potrzeb zdrowotnych. Minusem projektu jest takie zbudowanie struktury szpitali wchodzących do planowanej sieci, które dyskredytuje/wyklucza szpitale, które mają inną strukturę oddziałów niż opisana w omawianym projekcie, pomimo istniejącego zapotrzebowania na oferowane usługi, zwłaszcza w odniesieniu do tych placówek, które posiadają profile wymienione w rozporządzeniu, ale z różnych poziomów w liczbie niewystarczającej do zakwalifikowania się do poziomu wyższego niż II.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna objąć podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresie oddziałów wyłączonych z finansowania w ramach sieci szpitali może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych). Mapy potrzeb zdrowotnych i sieć szpitali są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.
197.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	Art. 95l ust 3	Art. 95l ust 3 projektu ustawy odwołuje się do nieistniejącego art. 31d ust 2, co ponadto pozostaje w sprzeczności z odwołaniem zawartym w art. 95n ust 3 pkt 1 lit c tiret drugi, w którym mowa o art. 31d pkt 2. Art. 95l ust 3 projektu ustawy wskazuje, że wykaz dodatkowych profili w ramach, których świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu PSZ będzie mógł udzielać świadczeń zdrowotnych, określone zostaną w drodze rozporządzenia – czy oznacza to, że podmioty, które zostaną włączone do sieci będą mogły udzielać świadczeń wyłącznie w wymienionych w rozporządzeniu profilach? Obecne brzmienie nie jest w tym zakresie jednoznaczne i raczej wskazuje na brak możliwości udzielania świadczeń w innych zakresach. Tym bardziej, że w uzasadnieniu projektu podano, że bez zmian pozostaje kontraktowanie świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień i rehabilitacji, zaś świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, aos i nocnej i świątecznej pomocy mają być zasadniczo zabezpieczone w ramach PSZ. Konkurs ofert i rokowania będą mieć jedynie charakter subsydiarny. Jednocześnie projekt rozporządzenia wymienia jedynie pewną część profili medycyny w zakresie, których dotychczas kontraktowane były świadczenia zdrowotne – szereg z nich jest pominiętych zarówno w wykazie profili podstawowych dla poszczególnych poziomów jak i profili dodatkowych. Są to np. gastroenterologia, endokrynologia, nefrologia. Wobec takich założeń w jaki sposób będą kontraktowane świadczenia w zakresach niewymienionych w rozporządzeniu i uzasadnieniu projektu ustawy oraz czy świadczeń w tych zakresach będą mogły udzielać szpitale systemu wyłącznie na poziomie VI?	<u>Uwaga częściowo uwzględniona</u> Skorygowano błędne odesłanie. W odniesieniu do zakresów wyłączonych z finansowania w ramach sieci szpitali może ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych).
198.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	art. 95n ust 2	Art. 95n ust 2 projektu ustawy wskazuje, że kwalifikacja do systemu będzie obejmowała nie tylko określenie poziomu w systemie, ale także wskazanie profili. Rodzi to pytanie czy dopuszczalne jest przypisanie szpitalowi profili z danego poziomu tylko na pułapie minimalnie wymaganym? Obecne brzmienie przepisu pozwala na przypisanie świadczeniodawcy mniejszej liczby profili niż jego potencjał posiadany na danym poziomie. Wbrew deklaracji zawartej w uzasadnieniu projektu dyrektor NFZ nie ma zapisanego wprost w ustawie obowiązku przypisania podmiotowi zakwalifikowanemu do danego poziomu PSZ wszystkich profili, które podmiot ten posiada i które wymienione są w ramach profili danego poziomu oraz profili dodatkowych. Dyrektor ma przy obecnych zapisach pełną swobodę wyboru tych profili, które przypisze do danego podmiotu. Natomiast świadczeniodawca zyska uprawnienie wyłącznie do zawarcia umowy na profile, które zostaną dla niego wskazane w ramach kwalifikacji. Luka ta może być w przyszłości wykorzystywana do obejścia zawartego w art. 159a obowiązku zawarcia umów ze wszystkimi podmiotami zakwalifikowanymi do PSZ – obowiązek ten odnosi się bowiem tylko do profili wskazanych przez dyrektora NFZ dla tego podmiotu w ramach dokonanej przez niego kwalifikacji z	<u>Uwaga uwzględniona</u> Wprowadzono doprecyzowanie w art. 95n ust.6.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			jednoczesnym wykluczeniem możliwości ubiegania się o umowę na finansowanie tych świadczeń w innym trybie.	
199.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	art. 95n ust 2	Art. 95n ust 3 pkt 1 lit a i c projektu ustawy określa kryteria, które muszą zostać spełnione do zakwalifikowania podmiotu do sieci zabezpieczenia. Nie jest precyzyjnie wskazane czy wymagany okres co najmniej 2 lat udzielania na podstawie umowy świadczeń opieki zdrowotnej w ramach IP albo SOR oraz profili kwalifikujących musi być okresem nieprzerwanym oraz czy z uwagi na użyte sformułowanie „okres umowy” – liczba pojedyncza – będzie dopuszczalne wykazanie spełnienia kryterium kilkoma umowami.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przepisie mowa jest o 2-letnim okresie „trwania” umowy, co jest jednoznaczne z formalnym obowiązywaniem tej umowy.
200.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	art. 95n ust 5	Niejednoznaczne jest czy art. 95n ust 5 projektu ustawy będzie miał zastosowanie także do zakwalifikowania podmiotu na podstawie pozytywnej opinii Ministra do poziomu innego (wyższego) niż ten dla którego kryteria spełnia? – zasada wykładni przepisów prawa a maiori ad minus wskazuje na dopuszczalność takiego rozwiązania, jednakże brak precyzyjnego zapisu może być w przyszłości źródłem sporów w tej kwestii. To samo pytanie dotyczy możliwości dopisania profilu dodatkowego w sytuacji nie spełnienia wymogu z rozporządzenia tj. posiadania przez dany podmiot mniejszej liczby profili niż minimalnie wymagana co formalnie oznaczać powinno brak możliwości udzielania świadczeń w ramach profili dodatkowych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Ten tryb kwalifikacji powinien dotyczyć wyjątkowych sytuacji i nie powinien być rozszerzany.
201.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	uwagi ogólne	W projektowanych zmianach brak trybu odwoławczego od dokonanej przez dyrektora NFZ kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia. Uniemożliwi to dokonanie jakiegokolwiek korekty decyzji Dyrektora i oddaje pełnię władzy w zakresie tworzenia PSZ w ręce Dyrektorów NFZ. Stanowi to także rozwiązanie korupcjogenne, gdyż od niepodważalnej decyzji jednej osoby będzie zależał kształt funkcjonowania systemu zabezpieczenia w całym województwie. Arbitralną decyzją możliwe będzie przyznanie podmiotowi środków publicznych na profile, dla których nie spełnił kryteriów albo pozbawienie placówki profili, dla których kryteria spełniła.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej.
202.	Woj. Szpital Spec. w Zgierzu	art. 2	Art. 2 projektu ustawy wprowadza zasadę automatycznego przekształcenia się z dniem 1 lipca 2017 r. zawartych umów w umowy z art. 159a. Czy zasada ta dotyczy tylko umów obowiązujących w dniu 1 lipca czy umów zawartych z terminem do 30 czerwca 2017 r., które w dniu 1 lipca będą umowami wygasłymi, a tym samym zapis w proponowanym kształcie nie będzie mógł być do nich zastosowany.	<u>Uwaga uwzględniona</u> Zmieniono brzmienie art. 2.
203.	SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie	art. 5 pkt 28a	Proszę o doprecyzowanie art. 5 pkt 28a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu „poradnia przyszpitalna – ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowane w budynku albo zespole budynków oznaczonych tym samym adresem co szpital, albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość, w którym udzielane są te same lub zbliżone rodzajowo świadczenia co w szpitalu”. Wyjaśniam, że Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie zamierza utworzyć Zespół Poradni Przyszpitalnych składający się z funkcjonujących obecnie poradni: chirurgii ogólnej, kardiologicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistycznej, neonatologicznej i poradni ginekologiczno – położniczej. Ww. poradnie mieściłyby się w budynku, gdzie znajdują się oddziały szpitalne Szpitala Miejskiego oraz w budynkach przychodni specjalistycznych mieszczących się w strukturze SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie. Mimo różnych lokalizacji (różne części miasta) poradnie te będą tworzyły funkcjonalną całość jako Zespół Poradni Przyszpitalnych, w których świadczenia udzielane są m. in. przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu Miejskim.	<u>Uwaga uwzględniona</u> Rozszerzono definicję przychodni przyszpitalnej.
204.	Wojskowy Instytut Medyczny	Art. 95n ust. 3 pkt 2 lit a	Zakładając, że WIM kwalifikuje się do VI poziomu szpitali należy zauważyć, że w projekcie ustawy określono, że instytut musi realizować zadania polegające na kształceniu przed- i podyplomowym. Mając na uwadze ustawowe i statutowe zadania instytutów badawczych, które są inne niż uczelni, proponujemy wprowadzenie zapisu przed – lub podyplomowego.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
205.	Wojskowy Instytut Medyczny	Art. 159a ust. 3	W projekcie zakłada się odejście od możliwości złożenia oferty na zakres (profil) już realizowany przez szpital – zmiana to powoduje brak możliwości zwiększenia przychodu i umożliwia wejście na rynek nowym podmiotom, nie znajdującym się w sieci szpitali.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nowe podmioty nie objęte PSZ powinny mieć możliwość zawarcia umowy z NFZ na zasadach konkursowych.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

206.	Wojskowy Instytut Medyczny	Uwagi ogólne	Jeżeli ryczałt na dany rok ma być powiązany z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim (zgodnie z przekazaną w MOW NFZ informacją za „rok poprzedni” uważa się rok 2015, a nie 2016), to sytuacja finansowa WIM pogorszy się (kontrakt na świadczenia medyczne na podobnym poziomie przy corocznie zwiększonych kosztach funkcjonowania – podatki, opłaty, wynagrodzenia z uwzględnieniem zmian w zakresie wyceny świadczeń – np. w roku bieżącym w zakresie kardiologii i chirurgii naczyniowej, w kolejnych latach w innych zakresach świadczeń. W projekcie ustawy brak jest zapisu o finansowaniu świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej (poradnie przyszpitalne).	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
207.	Śląskie Centrum Reumatologii/ Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny w Śremie/ Spec. Szpitali im. Dietla w Krakowie	Art.951.2 pkt 4	Do poziomu 4 - szpitali pulmonologicznych i onkologicznych należy dopisać szpitale reumatologiczne. W aktualnym projekcie nie uwzględniono włączenia do sieci szpitali o charakterze reumatologicznym, których rola z uwagi na społeczną rangę chorób reumatologicznych jest bardzo istotna.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia reumatologii zostanie rozstrzygnięta na poziomie rozporządzenia wykonawczego.
208.	Centrum Leczenia Oparzeń	Art. 95n ust. 2	Prosimy o zmianę art. 95n ust. 2 przez dodanie zapisu, iż szpitalem ogólnokrajowym może być też jednostka której organem założycielskim jest inna wojewódzka jednostka administracyjna (np. Urząd Marszałkowski) a obszar realizacji i zasięgu leczenia z uwagi na jego charakter obejmuje obszar całego kraju. Pozwoli to uniknąć zmarnowania dorobku szpitali monospecjalistycznych, które stanowią niezwykle ważny element w ogólnokrajowej sieci szpitali. Choć art. 5 przewiduje możliwość zakwalifikowania Świadczeniodawcy nie spełniającego warunków określonych w art. 3 poprzez wydanie decyzji Dyrektora Regionalnego Oddziału NFZ, po wcześniejszym uzyskaniu pozytywnej decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, uważamy iż odgórne włączenie takich jednostek jak Centrum Leczenia Oparzeń do poziomu szpitali ogólnopolskich (a taka jest jego faktyczna rola w zapewnieniu zabezpieczenia dla urazów oparzeniowych) jest rozwiązaniem właściwym i tylko wtedy pozwoli na pełne i bezwarunkowe utrzymanie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom wszystkich rejonów Rzeczypospolitej Polskiej. Obecna sieć jednostek Oparzeniowych w pełni zaspakaja potrzeby zdrowotne w ww. zakresie, wymaga jedynie uwzględnienia tej interdyscyplinarnej dziedziny w ogólnopolskim systemie zdrowotnym.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku podmiotów monoprofilowych o znaczeniu ogólnokrajowym będzie istniała możliwość kwalifikacji do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ, albo zawarcia umowy w trybie konkursowym.
209.	NU-MED Tomaszów Mazowiecki	Uwaga ogólna	Przedstawione regulacje prawne zdefiniowane zostały pod duże ośrodki onkologiczne stanowiące jednolitą strukturę: majątkową, organizacyjną i prawną a nie uwzględniają lub nie wystarczająco definiują ośrodków onkologicznych, które powstały w połączeniu działań Publiczno-Prywatnych również stanowiącym jednolitą strukturę medyczną i organizacyjną a niekoniecznie własnościową. Takie rozwiązania zostały zastosowane w wielu szpitalach min. Tomaszów Mazowiecki, Kraków, Katowice i stanowią uzupełnienie „białych plam” na mapie potrzeb onkologicznych. W związku z powyższym proponujemy aby dodać zapis w przypadku szpitali onkologicznych możliwość stosowania art. 132a ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych – tym samym możliwość utworzenia Konsorcjum Onkologicznego zachowującego odrębność własności ale definiującą pod jednym adresem i jedną strukturą organizacyjną szpital onkologiczny rozumiany zgodnie z projektem w/w ustawy.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa jednoznacznie stanowi, że warunki kwalifikacji do sieci powinny być spełnione przez świadczeniodawcę w odniesieniu do zakładu leczniczego funkcjonującego w danym województwie. Nie przewiduje się możliwości tworzenia konsorcjów w celu spełnienia warunków kwalifikacji łącznie przez 2 lub więcej podmiotów leczniczych.
210.	NU-MED Tomaszów Mazowiecki	art. 95n. ust. 3 pkt 1 c	Zapis dwóch lat posiadania kontraktu niestety cofa cały system opieki onkologicznej w czas sprzed powstania „pakietu onkologicznego” oraz zapisów map potrzeb zdrowotnych z zakresu onkologicznego. W latach 2015-2016 zostało dokontraktowanych wiele ośrodków onkologicznych, które zgodnie z tym zapisem nie są uwzględnione w PSZ co wpływa na ich niestabilność funkcjonowania. Jest oczywiście w projekcie zapis na indywidualne potraktowanie jednostki ale wydaje się iż waga świadczeń onkologicznych wymaga jednak czytelnej regulacji bez symptomów uznaniowości. Proponujemy aby zapis ten został zmodyfikowany: art. 95n. ust. 3 pkt 1) c - „okres trwania umowy w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do odpowiedniego poziomu systemu zabezpieczenia, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 95m. wynosi co najmniej dwa lata kalendarzowe,” proponujemy aby dodać zapis:	<u>Uwaga niezasadna</u> Mapy potrzeb zdrowotnych i system PSZ są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele. Kwalifikacja do PSZ nie jest oparta na mapach.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			„... dwa lata kalendarzowe lub czas trwania umowy jest krótszy ale podmiot został zakontraktowany wypełniając zapisy mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologicznym danego województwa”.	
211.	Szpital Powiatowy w Zambrowie	Art. 95l ust. 3	Powyższy zapis jest bardzo ogólnikowy i nieprecyzyjny, przez co budzi wątpliwości interpretacyjne. W projekcie ustawy brak jest jednoznacznych wskazań jak należy rozumieć pojęcie profilu, co jest kluczowym elementem systematyki aksjologiczne w budowaniu aktu prawnego.	<u>Uwaga niezasadna</u> Przepis odsyła do pojęcia profilu w rozumieniu odpowiedniego rozporządzenia MZ, w którym profile zostały precyzyjnie wymienione.
212.	Szpital Powiatowy w Zambrowie	Uwagi ogólne	Poddane ocenie dokumenty nie zawierają informacji dotyczącej, jakiego obszaru budżetowania dotyczą. Czy poszczególne poziomy zabezpieczeń odnoszą się jedynie do zamkniętego lecznictwa szpitalnego czy również określają poziom PSZ w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dotyczącej świadczeń kosztochłonnych tj. badania z zakresu endoskopii, rezonansu magnetycznego czy też tomografii komputerowej? Sposób budowania poszczególnych poziomów zabezpieczeń, ze względu na brak precyzyjności w określeniu terminu profil, również nasuwa szereg pytań, a zwłaszcza w kontekście dodatkowych profili w ramach, których udzielane będą świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno na poziomie lecznictwa szpitalnego jak również i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zawarte w projektach aktów prawnych rozwiązania nie tylko nie niwelują problemów związanych z racjonalnym kształtowaniem właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym, ale wprowadzają wręcz większy chaos i niezrozumienie w zasadach finansowania świadczeń zdrowotnych. Zakwalifikowanie świadczeniodawcy do określonego poziomu PSZ determinuje poziom finansowania i rodzaj zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, niekoniecznie w oparciu o posiadany przez podmiot potencjał.	<u>Uwagi niezasadne</u> Poziomy zabezpieczenia zostaną zdefiniowane w rozporządzeniu wykonawczym poprzez wyliczenie profili kwalifikujących do danego poziomu (zatem bez profili dodatkowych). Obowiązujące umowy z NFZ, w szczególności umowy dot. trybu pełnej hospitalizacji, stosunkowo dobrze odzwierciedlają potencjał świadczeniodawcy, bowiem ich zawarcie było uwarunkowane spełnieniem ściśle określonych wymogów.
213.	Szpital Św.Łukasza Bydgoszcz	Uwagi ogólne	Ryczałtowanie szpitali w oparciu o finansowanie z poprzedzającego roku nie jest do końca zbieżne z potrzebami świadczeniobiorców. Kontrakty podpisywane ze szpitalami nie były zbieżne z faktycznymi potrzebami lecz z bliżej nieokreślonymi zasadami czy też możliwości NFZ. Ryczałtowanie szpitala mogłoby się odbywać z kwartalnymi korektami w zależności od faktycznie wykonanych świadczeń. Takie podejście pozwoliłoby na lepszą płynność oraz skrócenie czasu oczekiwania do specjalisty i na leczenie szpitalne. Promowałoby również placówki o lepszych standardach leczenia i opieki medycznej. Proponuję rozważyć, czy ryczałtowanie jest korzystne we wszystkich dziedzinach medycyny. Mniejsze wątpliwości budzą dziedziny zachowawcze, gdzie szczególnie ważne jest wielodyscyplinarne podejście do chorego. Wątpliwość budzi ryczałtowanie dziedzin zabiegowych gdzie istnieje ryzyko ograniczania dostępności do świadczeń przez samych świadczeniodawców celem redukcji kosztów szpitalnych. Rozliczanie poszczególnych zabiegów stosowane jest szeroko na całym świecie. W Polsce jednak w minionych latach zostało wypaczone przez NFZ z powodu nie opartej na zasadach ekonomicznych, nie poprzedzoną stosowanymi analizami, niewłaściwej, uznaniowej wycenie procedur, co skutkowało zanizaniem ich wartości w większości przypadków i zawyżaniem w innych sytuacjach. Stan taki doprowadził do patologii i braku równowagi to znaczy rozwijanie przez placówki poszczególnych, dobrze wycenionych przez NFZ dziedzin medycyny, kosztem innych. Problem dotyczył podmiotów publicznych oraz niepublicznych. Z drugiej strony za stan taki nie należy winić świadczeniodawców, którzy próbując pokryć stratę źle wycenionych zabiegów w danej dziedzinie innymi lepiej wycenianymi starają się doprowadzić do zbilansowania swojej placówki medycznej. W tej sytuacji dokonanie realnej wyceny procedur jest kluczem do rozwiązania problemu pod warunkiem zapewnienia dostatecznych środków finansowych na ich realizację. Wartość tych potrzeb po dokonaniu realnej wyceny procedur jest w pełni policzalna, ponieważ zapadalność na poszczególne jednostki chorobowe charakteryzuje się w stosunku rok do roku niewielką zmiennością.	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
214.	Szpital Św.Łukasza Bydgoszcz	Art. 95m. ust. 3 pkt 1	Proponuję zrezygnować z tego wymogu, ponieważ dla części świadczeniodawców realizujących obecne umowy min. w ramach hospitalizacji planowej nie było potrzeby udzielania dodatkowo świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć na podstawie umowy. Pacjenci zapisywani są w kolejkę oczekujących i przyjmowani są na planowany zabieg zgodnie z umową. Świadczeniodawcy ci mogą jednak spełnić ten wymóg w przyszłości w ramach nowej umowy	<u>Uwaga niezasadna</u> Jednym z warunków kwalifikacji do sieci jest udzielanie świadczeń w trybie hospitalizacji pełnej, a nie planowej.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

215.	Szpital Św.Łukasza Bydgoszcz	Art. 95 n	Proponuję możliwość ubiegania się Świadczeniodawców o przyznanie lub zmianę poziomu systemu zabezpieczenia poprzez złożenie do Dyrektora Oddziału np. raz na dwa lata. Ryzyko dokonanych inwestycji pozostaje po stronie Świadczeniodawcy natomiast pozytywna ocena dokonana przez Dyrektora Oddziału NFZ pozwoliłaby na aneksowanie umowy bądź zawarcie nowej, a tym samym poprawienie dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych oraz zoptymalizowanie oddziałów specjalistycznych, a także koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych (pkt. 3, 4, 6 Podstawowych założeń projektowanych zmian). Powyższe powinno być uwzględnione szczególnie w sytuacji zapewnienia przez Świadczeniodawcę zarówno opieki stacjonarnej jak i ambulatoryjnej w danym rodzaju lub zakresie co pozwoliłoby na zoptymalizowaniu koordynacji pomiędzy diagnostyką, hospitalizacją, a kontynuacją leczenia w trybie ambulatoryjnym.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna mieć charakter względnie trwały, wobec czego przyjęcie 4-letniego okresu kwalifikacji wydaje się optymalne.
216.	Krakowski Szpital Specjalistycz ny	Art. 95n. ust. 1	Proponujemy zmianę zapisu i wydłużenie okresu kwalifikacyjnego np. do 10 lat. Proponowana zmiana będzie odpowiadać zapisom Art. 156. 1. Ustawy.	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
217.	Krakowski Szpital Specjalistycz ny	Art.95 n. ust. 3 pkt 2 litera "a"	Proponujemy zmianę zapisu Art.95 n. ust. 3 pkt 2 litera "a" poprzez wykreślenie słów „ <u>utworzonym przez ministra</u> ”. Zaproponowana zmiana rozszerzy krąg podmiotów, które mogą być uznane za „szpital ogólnopolski” także na te, które zostały utworzone przez inne organy założycielskie niż uczelnie lub minister, w tym także takie jak Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, który jest podmiotem utworzonym przez organ samorządowy - Województwo Małopolskie i w którym funkcjonują oddziały kliniczne, w których realizowane są zadania polegające na kształceniu w zawodach medycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku szpitali klinicznych uczelni medycznych prowadzenie kształcenia jest działalnością wpisaną w misję tych podmiotów, natomiast w przypadku innych szpitali ma charakter działalności incydentalnej.
218.	Krakowski Szpital Specjalistycz ny	Art. 95n. ust. 3 p. 9 p.5 -	Uszczegółowienie informacji. brak szczegółowych informacji o OWU i sposobie rozliczania świadczeń utrudnia planowanie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materią zarządzenia Prezesa NFZ.
219.	Krakowski Szpital Specjalistycz ny	Art. 95n pkt 5	Brak określenia jasnych kryteriów, oceny „właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest możliwe sprecyzowanie przesłanek decyzji o zakwalifikowaniu świadczeniodawcy w tym trybie. Będzie on stosowany jako narzędzie o charakterze nadzwyczajnym. Ocena co do tego, że włączenie danego podmiotu do PSZ jest wymagane w celu zabezpieczenia właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa, powinna leżeć w gestii dyrektora OW NFZ i MZ.
220.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Uwagi ogólne	Regulacja procedury kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ jest ogólnikowa, nie precyzuje na jakiej podstawie będzie dokonywana kwalifikacja do PSZ, w szczególności nie wskazano źródeł informacji w postaci dokumentów, rejestrów, itp. będących podstawą do oceny kryteriów kwalifikacji. Kwestia ta wymaga doprecyzowania poprzez wskazanie źródeł informacji na których będzie opierać się kwalifikacja. Kolejnym mankamentem projektu ustawy jest to, że procedura kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów zabezpieczenia nie przewiduje prawa do wniesienia odwołania lub innego trybu podważenia rozstrzygnięcia o kwalifikacji do PSZ, co czyni je ostatecznym i nie podlegającym kontroli. Należy przy tym dodać, że ustawa wprost wyłącza zastosowanie Kodeksu postępowania administracyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym do PSZ, a samo ogłoszenie wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zostało uznane za czynność materialno-techniczną od której odwołanie nie przysługuje. Takie rozwiązanie przyjęte do projektu ustawy w sposób istotny ogranicza uprawnienia jego uczestników. Należy podkreślić, że możliwość odwołania przewiduje postępowanie o zawarcie umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Takie rozwiązanie powinno zostać wprowadzone również do procedury proponowanej w przedmiotowym projekcie, skoro procedura kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ niejako zastępuje postępowanie o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych przewidziane w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pozostawienie regulacji proponowanej w	<u>Uwagi niezasadne</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej. OW NFZ posiada również wszelkie dane potrzebne do dokonania takiej kwalifikacji.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			projekcie w istotny sposób pogorszy pozycję świadczeniodawców w stosunku do tej jaką mieli biorąc udział w konkursie ofert. Ponadto, brak jest również innych uprawnień gwarantujących czynny udział świadczeniodawców w postępowaniu kwalifikacyjnym polegającym np. na możliwości zgłaszania uwag, czy przedstawienia własnego stanowiska, odniesienia się do rozstrzygnięć lub czynności organów czyni to postępowanie mało transparentnym i w dużej mierze arbitralnym. Z tego powodu należałoby ukształtować postępowanie kwalifikacyjne do PSZ w sposób zapewniający udział zainteresowanych świadczeniodawców w procedurze kwalifikacyjnej wraz z możliwością odwołania się od zapadłych rozstrzygnięć. W projekcie ustawy brak jest odniesienia do oceny potrzeb zdrowotnych, których podstawą są Regionalne Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych miały w założeniu zrationalizować politykę zdrowotną, dostosowując ją do potrzeb danego województwa. Z projektu ustawy w obecnym kształcie wynika, że mapy potrzeb zdrowotnych nie będą brane pod uwagę. Rodzi to obawę, że tworzenie tzw. sieci szpitali nie będzie dostosowane do rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.	
221.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Art. 95l ust. 3	Propozycja opisywania poziomów systemu przez pryzmat profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, a ramach których „zapewnia się” dostęp do świadczeń – opis nie oznacza, że zestaw profili dla danego poziomu ma być kompleksowo realizowany przez jednego świadczeniodawcę.	Intencja tej uwagi jest niejasna.
222.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Art. 95m	Ustanawia delegacje dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria kwalifikacji do PSZ. Projekt ustawy nakazuje ministrowi kierowanie się m.in. kryterium celowości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Kryteria te są bardzo ogólnikowe - ani projekt ustawy ani projekt rozporządzenia załączony do projektu ustawy ich nie uszczegóławiają. W tym przedmiocie pożądane byłoby uzupełnienie projektu ustawy o delegacje dla ministra do wydania rozporządzenia uszczegóławiającego te kryteria bądź też odwołanie się do szczegółowych kryteriów określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Projekt ustawy nie uwzględnia również kryterium jakości, które jest jednym z wymogów w postępowaniu o zawarcie umów ze świadczeniodawcami. Rezygnacja z tego kryterium może doprowadzić do wyeliminowania z PSZ świadczeniodawców oferujących wysoki poziom usług medycznych, a zarazem pozbawienie pacjentów dostępu do usług o wysokim standardzie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Wytoczne zawarte w delegacjach do wydawania rozporządzeń wykonawczych mają z reguły charakter ogólny. Jednym z warunków kwalifikacji jest posiadanie przez podmiot umowy z NFZ na dany zakres, co oznacza konieczność spełnienia pewnych elementarnych warunków zaliczanych do kryterium jakości w rozumieniu powołanego rozporządzenia.
223.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Art. 95n ust. 2 i 6	Według zapisu, kwalifikacja do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie obejmowała również wskazanie profili, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia – przepis nie przesądza o tym, że kwalifikacja obejmie wszystkie profile w danym poziomie.	<u>Uwaga uwzględniona</u> Przepis został doprecyzowany.
224.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Art. 95n ust 3 pkt 1 lit. a	Przepis ten jako jeden z warunków kwalifikacji do PSZ ustanawia wymóg udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat. Wymóg ten jest jednym z podstawowych warunków kwalifikacji do PSZ. Dotyczy prawie wszystkich poziomów zabezpieczenia za wyjątkiem szpitali onkologicznych i pulmonologicznych oraz poziomu ogólnopolskiego. Powyższe rozwiązanie naraża na wykluczenie z możliwości kwalifikacji do PSZ małych szpitali specjalistycznych nie osiadających izby przyjęć lub SOR, ale udzielających świadczeń na wysokim poziomie. Należy podkreślić, że wyjątek przewidziany w art. 95n ust. 5 projektu ustawy pozwalający na zakwalifikowanie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy nie spełniających kryteriów kwalifikacji nie daje gwarancji uwzględnienia tego typu podmiotów w PSZ. Przepis ten bowiem opiera się w dużej mierze na uznaniowości organu administracji, a nie na jednoznacznych przesłankach, które jasno określałyby na jakich zasadach uwzględniani są w wykazie PSZ świadczeniodawcy niespełniający warunków kwalifikacji. +	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna objąć podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Stąd wymóg posiadania umowy na IP/ SOR należy uznać za w pełni adekwatny.
225.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Art. 95n ust 3 pkt 1 lit. c)	Kolejnym warunkiem kwalifikacji świadczeniodawcy do PSZ jest posiadanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat w zakresie profili kwalifikujących daną jednostkę do odpowiedniego poziomu PSZ oraz w zakresie hospitalizacji. Należy uznać, że przedstawione rozwiązanie będzie powodować wykluczenie z objęcia PSZ szpitali bądź jednostek nowopowstałych lub takich, które nie miały wcześniej zawartej umowy z NFZ. Takie rozwiązanie w znaczący sposób ograniczy możliwość konkurowania świadczeniodawców w ubieganiu się o zawarcie umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, co w	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali z założenia objąć ma szpitale, które już obecnie pełnią kluczową rolę dla zapewnienia podstawowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd wymóg 2-letniej umowy jest zasadny.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			konsekwencji może spowodować spadek jakości udzielanych świadczeń poprzez pozbawienie świadczeniodawców, którzy mają już zawarte umowy z NFZ bodźca do polepszania jakości świadczeń.	
226.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	art. 95n ust. 8	Nie precyzuje na czym polegać będzie odpowiednia zmiana kwalifikacji świadczeniodawcy, w szczególności nie określa czy może ona oznaczać wyrzucenie świadczeniodawcy poza system o ile utraci on cechy kwalifikujące go do systemu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Przepis jest wystraszająco jasny. Zmiana kwalifikacji zawiera w sobie także możliwość usunięcia podmiotu z wykazu.
227.	Grupa Nowy Szpital Holding SA	Art. 95n ust. 5	Całkowicie dowolny system kwalifikowania do systemu świadczeniodawców nie spełniających warunków udziału w systemie. W przypadku instrumentalnego traktowania daje – z uwagi na brak jakichkolwiek reguł lub zasad - nieograniczoną możliwość manipulowania wynikiem kwalifikacji do systemu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie jest możliwe sprecyzowanie przesłanek decyzji o zakwalifikowaniu świadczeniodawcy w tym trybie. Będzie on stosowany jako narzędzie o charakterze nadzwyczajnym. Ocena co do tego, że włączenie danego podmiotu do PSZ jest wymagane w celu zabezpieczenia właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa, powinna leżeć w gestii dyrektora OW NFZ i MZ.
228.	Śląski Uniwersytet Medyczny	Uwaga ogólna	Wliczenie oddziałów psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży – jako elementów warunkujący włączenie do określonego profilu. W projekcie w żaden sposób nie zostały uwzględnione oddziały psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży – oddziały te przyjmują pacjentów w trybie ostrodyżurowym, często pacjenci Ci wymagają kompleksowej diagnozy w ramach izby przyjęć, pominięcie oddziałów psychiatrycznych – może skutkować ich marginalizacją i spadkiem „atrakcyjności” z perspektywy zarządzających szpitalami. Włączenie oddziału psychiatrii jako elementu warunkującego przydział do określonego profilu – może skutkować pośrednio większym zainteresowaniem nowotworzeniem oddziałów psychiatrii ogólnej i psychiatrii dzieci i młodzieży przy szpitalach wielospecjalistycznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej trwają obecnie w Ministerstwie Zdrowia prace nad odrębnym uregulowaniem tego obszaru, w szczególności w drodze powołania Centrów Zdrowia Psychicznego, mających zapewnić kompleksowość opieki.
229.	Centrum Kardiologii Inwazyjnej Oświęcim/ Podkarpackie Centrum Interwencji Sercowo-Naczyniowych	Uwagi ogólne	Wnosimy o uzupełnienie poziomów sieci szpitali w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) poprzez uwzględnienie poziomu świadczeń opieki zdrowotnej obejmującego szpitale monoprofilowe i wąskoprofilowe udzielające świadczeń ratujących życie w trybie 24 godzinnym 7 dni w tygodniu, które to podmioty lecznicze nie spełniają kryteriów wszystkich pozostałych poziomów. Według aktualnych wytycznych międzynarodowych towarzystw kardiologicznych jak i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zalecane jest tworzenie sieci podmiotów leczniczych czy ich przedsiębiorstw, do której włączane są jednostki zapewniające świadczenia ratujące życie. Opieka specjalistyczna, w szczególności leczenie szpitalne, wymaga w głównej mierze uwagi ze względu na urozmaiconą infrastrukturę medyczną oraz konieczność zapewnienia stabilnej i stałej możliwości udzielania świadczeń na terenie całego kraju i w poszczególnych regionach. W Polsce jest wiele podmiotów leczniczych, które posiadają wyspecjalizowane ośrodki monoprofilowe i wąskoprofilowe i udzielają świadczeń na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub też na podstawie umowy na podwykonawstwo, a zgodnie z projektem istnieje ryzyko utraty możliwości realizacji świadczeń i ich dostępności dla pacjentów. Świadczeniodawcy, którzy nie znajdują się w wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podlegają mają trybowi konkursu lub rokowań. Ewentualne konkursy rozpisywane na całe województwo (nie celowane) nie zapewnią rozlokowania jednostek zgodnie z zapotrzebowaniem wykazywanym w mapach potrzeb zdrowotnych co jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentów.	<u>Uwaga niezasadna</u> Uzasadnione jest włączenie do sieci szpitali, na ogólnych zasadach, podmiotów spełniających m.in. pewne minimalne wymagania w odniesieniu do wieloprofilowości prowadzonej działalności. Jednocześnie stworzono możliwość włączenia do sieci również podmiotu nie spełniającego wszystkich ogólnych kryteriów kwalifikacji, w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ. Ponadto szpital nie zakwalifikowany do sieci może nadal ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych).
230.	Kuria Zakonu Bonifratrów	art. 95n ust. 3 pkt 1) lit. a)	Proponuję dodanie w art. 95n ust. 3 pkt 1) lit. a) zapisu „albo posiada izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy spełniający wymagania określone w odrębnych przepisach i będzie mógł udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym z chwilą zakwalifikowania do systemu zabezpieczenia a udziela świadczeń na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi, co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,”	<u>Uwaga niezasadna</u> Jako jeden z warunków kwalifikacji do sieci przyjęto posiadanie przez szpital umowy na IP/ SOR, obowiązującej min. 2 lata, a nie jedynie posiadanie warunków do zawarcia takiej umowy, co znajduje pełne uzasadnienie.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

231.	Kuria Zakonu Bonifratrów/ Szpital Św. Józefa w Mikołowie	art. 95n ust. 5	Proponuję dodanie (m.in. z uwagi na treść art. 21 ust. 1-2 Konkordatu): „Do systemu zabezpieczenia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia kwalifikuje świadczeniodawcę, będącego kościelną osobą prawną lub osobą prawną założoną przez taką osobę, który realizuje działalność służącą celom charytatywno-opiekuńczym, pomimo braku spełnienia warunków, o których mowa w ust. 3.”	<u>Uwaga niezasadna</u> Możliwość kwalifikacji w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ, dotyczy również podmiotów utworzonych przez kościelne osoby prawne.
232.	American Heart of Poland S.A.	Uwagi ogólne	Zgodnie z rekomendacjami organów europejskich wyrażonymi w ww. dokumencie służba zdrowia winna zostać skierowana, w oparciu o rzeczywistość istniejące zapotrzebowanie, na opiekę koordynowaną. Oznacza to, iż ustawodawca winien dążyć do stworzenia takiego systemu ochrony zdrowia, który zabezpiecza potrzeby społeczności kompleksowo i w możliwie najszerszym zakresie. Sprowadza się to do integrowania podmiotów realizujących świadczenia z różnych poziomów ochrony zdrowia celem stworzenia systemu zapewniającego realizację uzasadnionych potrzeb Świadczeniobiorcy w sposób kompleksowy. Regulacje przewidziane w proponowanej nowelizacji nie czynią zadość wymaganiom określonym Polsce przez Komisję Europejską w zakresie służby zdrowia (szerzej zagadnienie zostało omówione w pkt II Uwag systemowych). Przepisy projektowanej nowelizacji, dzieląc podmioty ze względu na zróżnicowanie świadczeń udzielanych w ramach zakładu leczniczego, rażąco godzą w ciągłość i kompleksowość świadczeń opieki zdrowotnej. Negatywnie należy oceniać działania odwrotne, dopasowujące podaż świadczeń i organizację systemu do istniejącej infrastruktury, której struktura dostępności nie zawsze pokrywa się z realnymi potrzebami pacjentów. Istniejąca w ramach służby zdrowia infrastruktura winna zostać dostosowana do skali i rodzaju zapotrzebowania wynikającego z map potrzeb zdrowotnych, a nie odwrotnie. Tym samym sugerowany podział jednostek szpitalnych w ramach wyodrębnionych poziomów, pomijający wyszczególnienie np. placówek sercowo-naczyniowych, godzi w uzasadnione potrzeby zdrowotne społeczeństwa w zakresie skoordynowanej opieki kardiologicznej. Podsumowując należy podnieść, iż sposób sklasyfikowania szpitali wedle poziomów proponowanych w przedmiotowym projekcie nowelizacji (sieć szpitali) zakładający podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze względu na zróżnicowane profile świadczeń udzielane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy skutkuje pogłębieniem wielopoziomowej fragmentacji systemu opieki zdrowotnej, nie odpowiada standardom opieki koordynowanej i zasadom funkcjonalności oddziałów. W konsekwencji zaprzeczają tym samym założeniom i standardom europejskim przygotowanym w drodze negocjacji władz polskich z przedstawicielami Komisji. Leczeważenie wytycznych Komisji Europejskiej w tym zakresie może skutkować ograniczeniem środków finansowych unijnych dla Polski w ramach kolejnej budżetowej 2014 – 2020. Proponowane rozwiązanie utworzenia sieci szpitali czyli zamkniętej grupy podmiotów mających gwarancję zawarcia umowy w przedmiocie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej prowadzi do nieuchronnego ograniczenia rynku usług medycznych. Odnosi się to do wszystkich specjalistycznych placówek, organizujących proces udzielania świadczeń na zasadach zbliżonych do założeń opieki koordynowanej, które na skutek braku możliwości zakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, spowodowany wyspecjalizowaniem w udzielaniu świadczeń z pojedynczego zakresu czy dziedziny, utracą szansę na prowadzenie działalności w oparciu o finanse publiczne. Ograniczenie oferty takich podmiotów wyłącznie do tzw. świadczeń komercyjnych, a więc całkowicie odpłatnych dla Pacjenta, doprowadzi do stopniowej likwidacji placówek specjalistycznych, jako że popyt na świadczenia komercyjne jest nieporównywalnie mniejszy względem ogromu zapotrzebowania na świadczenia finansowane ze środków publicznych. Takie rozwiązanie przeciwstawia się z kolei celom strategicznym Narodowego Programu Zdrowia, a więc zmierzaniu do poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem. Na wspomnianą jakość składa się między innymi swobodny dostęp do świadczeń oraz możliwość uzyskania całościowej, kompleksowej opieki zdrowotnej. Ustawodawca rozpatrując mapy potrzeb zdrowotnych w kontekście podejmowania działań zmierzających do ich realizacji winien dopasować infrastrukturę służby zdrowia, przyszłą i obecną, do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli, nigdy odwrotnie. Istotą władzy jest bowiem dążenie do zapewnienia społeczeństwu możliwie najlepszych warunków życia, na które znaczący wpływ ma dostęp do służby zdrowia, a nie starania osiągnięcia korzyści finansowych z tytułu dopasowania potrzeb obywateli do zasobów infrastrukturalnych państwa. Tymczasem, zgodnie z założeniami projektów legislacyjnych omawianych w niniejszym opracowaniu, ustawodawca wyróżnia jako osobny poziom szpitali podmioty specjalizujące się w świadczeniach onkologicznych,	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji szpitali o najistotniejszym znaczeniu dla zapewnienia właściwego dostępu do kompleksowych świadczeń szpitalnych. Uzasadnione jest więc włączenie do sieci szpitali, na ogólnych zasadach, podmiotów spełniających m.in. pewne minimalne wymagania w odniesieniu do wieloprofilowości prowadzonej działalności. Jednocześnie stworzono możliwość włączenia do sieci, wyjątkowo, również podmiotu nie spełniającego wszystkich ogólnych kryteriów kwalifikacji w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ. Ponadto szpital nie zakwalifikowany do sieci może nadal ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych). Mapy potrzeb zdrowotnych i PSZ są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			natomiast całkowicie pomija podmioty zapewniające realizację specjalistycznych zadań z zakresu kardiologii i kardiochirurgii. Takie działanie świadczy o całkowitym zignorowaniu wniosków wynikających z dokumentów, jakimi są mapy potrzeb zdrowotnych. Co więcej, zasadne jest postawienie tezy, iż rozwiązanie proponowane przez ustawodawcę przeświadcza o chęci dopasowania potrzeb pacjentów do istniejącego potencjału infrastruktury służby zdrowia, a takie postępowanie władz, nakierowane na interes państwa, a nie społeczeństwa, jest niedopuszczalne.	
233.	American Heart of Poland S.A.	art. 95l ust. 2, ust. 3	Analiza przepisu proponowanych art. 95l ust. 2, ust. 3 oraz § 2 i § 3 rozporządzenia daje podstawę do stwierdzenia, iż przewidziana przez ustawodawcę klasyfikacja podmiotów udzielających świadczeń szpitalnych – rozmieszczenie placówek w obrębie 6 proponowanych poziomów: szpitale I, II i III stopnia, szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, szpitale pediatryczne i szpitale ogólnopolskie nie uwzględnia świadczeń z zakresu kardiologii i kardiochirurgii, w których udzielaniu specjalizują się szpitale sercowo - naczyniowe. Proponowane rozwiązanie przypisujące określone zakresy świadczeń realizowanych w poszczególnych profilach zabezpieczenia szpitalnego, faworyzuje szpitale wielozakresowe, w oderwaniu od jakości. Wobec powyższego zaleca się utworzenie kolejnego poziomu szpitali, udzielających świadczeń z zakresu kardiologii i kardiochirurgii, uregulowanych na zasadzie analogii do szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, przewidzianych w niniejszym projekcie ustawy. Tym samym proponuje się zmianę treści art. 95l ust. 2 pkt 5, 6 ustawy oraz dodanie art. 95l ust. 2 pkt 5: szpitale sercowo – naczyniowe	<u>Uwaga niezasadna</u> Większość szpitali posiadających wymienione oddziały znajdzie się na poziomie II lub III.
234.	American Heart of Poland S.A.	Art. 95n.	Należy poddać krytyce rozwiązanie uniemożliwiające udzielanie świadczeń w ramach konsorcjów świadczeniodawców. Jest to zaprzeczeniem wyznaczonego mocą ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.) kierunku, zakładającego możliwość łączenia potencjałów w celu jak najpełniejszego i najlepszego zabezpieczenia dostępności do świadczeń. Po drugie zastrzeżenie, że włączenia do systemu dokonuje się wyłącznie w odniesieniu do zakładu leczniczego, w kontekście przepisów definiujących pojęcie zakładu leczniczego, przeczy idei opieki koordynowanej. W świetle przedstawionych argumentów zaleca się wprowadzenie do treści projektu zmian o charakterze systemowym, pozwalających na łączenie i optymalizację wykorzystania potencjałów w ramach różnych zakładów leczniczych ale też w ramach konsorcjów świadczeniodawców. Proponuje się w tym celu następujące brzmienie przepisu art.95n ust. 1 -3 projektu ustawy: „Art. 95n. 1. Świadczeniodawcę lub konsorcjum świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą na terenie danego województwa, kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat. 2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy lub konsorcjum świadczeniodawców do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili, o których mowa w art. 95l ust. 2-4, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. 3. Kwalifikacji, o której mowa w ust. 1, dokonuje się pod warunkiem, że dany świadczeniodawca lub konsorcjum świadczeniodawców, w zakresie działalności leczniczej prowadzonej na terenie danego województwa, spełniają łącznie następujące warunki (...)”	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowana ustawa jednoznacznie stanowi, że warunki kwalifikacji do sieci powinny być spełnione przez świadczeniodawcę w odniesieniu do zakładu leczniczego funkcjonującego w danym województwie. Nie przewiduje się możliwości tworzenia konsorcjów w celu spełnienia warunków kwalifikacji łącznie przez 2 lub więcej podmiotów leczniczych.
235.	American Heart of Poland S.A.	Art. 95n. ust. 3pkt 1 lit a:	Proponowane przepisy regulujące warunek kwalifikacji podmiotów do systemu zabezpieczenia przewidują konieczność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i to trwającej nieprzerwanie 2 lata w okresie poprzedzającym włączenie do systemu. Wymóg posiadania kontraktu na ww. komórki podmiotu leczniczego nie znajduje poparcia w założeniach przyświecających utworzeniu systemu zabezpieczenia, a więc w dążeniu do zapewnienia możliwie najpełniejszego dostępu dla Pacjentów do świadczeń specjalistycznych w szpitalach. Wskazać należy, iż fakt zawarcia umowy na udzielanie świadczeń w ramach izby przyjęć lub SOR w żaden sposób nie przesądza o potencjale organizacyjnym jednostki oraz o warunkach realizowania świadczeń. Wiele podmiotów działających prężnie na polskim rynku usług ochrony zdrowia, zapewniających dostęp do świadczeń szerokiej grupie Pacjentów nie zawarło kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z zakresu izby przyjęć czy SOR. Każdorazowe przyjęcie pacjenta do szpitala, w tym także leczonego w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej, następuje poprzez izbę przyjęć, jednak nie jest do tego konieczne zawarcie odrębnej umowy na świadczenia w izbie – dla rozliczenia świadczeń wystarczająca jest umowa na określony, docelowy zakres	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna objąć podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Stąd wymóg posiadania umowy na IP/ SOR należy uznać za w pełni adekwatny.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			świadczeń.	
236.	American Heart of Poland S.A.	Art. 95n. ust. 3 pkt 1 lit c:	Komentowany przepis zamyka dostęp do systemu nowym podmiotom lub podmiotom istniejącym w dniu wejścia w życie Ustawy ale chcącym albo włączyć się do systemu świadczeń finansowanych ze środków publicznych albo chcącym rozszerzyć wachlarz oferowanych usług o poszczególne zakresy świadczeń szpitalnych. Takie rozwiązanie utrwała status quo, zamykając drogę włączenia w przyszłości do systemu innych podmiotów aniżeli te, które funkcjonują w systemie powszechnej opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie ustawy. Z punktu widzenia tych właśnie podmiotów leczniczych, regulacja daje w zasadzie gwarancję bezterminowego utrzymania się w systemie, ale rozwiązania tego nie należy oceniać pozytywnie z racji tego, że powoduje ono stagnację i ogranicza impuls do rozwoju i podnoszenia jakości oferowanych usług. Tamuje ono konkurencję i tym samym nie pobudza podmiotów do podnoszenia efektywności działań zarówno w sferze merytorycznej – leczniczej, jak i zarządczej. Należy przewidywać, że zapotrzebowanie na określone usługi medyczne w ramach poszczególnych zakresów będzie utrzymywać się na pewnym określonym poziomie, a uniemożliwienie włączenia do systemu nowych podmiotów przy jednoczesnej gwarancji pozostania w systemie obecnym, nie stymuluje ich rozwoju. Przy założeniu natomiast, że zapotrzebowanie na dane świadczenia będzie rosnąć, uniemożliwienie włączenia do systemu nowych podmiotów może w istotny sposób wpływać na ograniczenie dostępności do świadczeń a tym samym przeczy idei planowanej nowelizacji. W celu udrożnienia dostępu do systemu nowym podmiotom, lub podmiotom które chcą rozszerzyć wachlarz oferowanych usług, proponuje się całkowite skreślenie z projektu zapisu art. 95n. ust. 3 pkt 1 lit c.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali z założenia objąć ma szpitale, które już obecnie pełnią kluczową rolę dla zapewnienia podstawowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd wymóg 2-letniej umowy jest zasadny.
237.	Konsultant wojewódzki w zakresie chorób płuc Podkarpackie	Uwaga ogólna	Ryzykalne finansowanie szpitali z przychodniami generuje ryzyko nieodpowiedzialnego, bez konsultacji zamykania np. przychodni aby przesunąć środki na rzecz mniej opłacalnych, a koniecznych procedur szpitalnych. Brak w ustawie informacji o zwiększeniu finansowania jednostek świadczących usługi kompleksowe. Brak informacji o wzroście finansowania w zależności choćby od inflacji, o zwiększeniu wartości punktu.	Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
238.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny w Otwocku	Uwaga ogólna	Wprowadzenie systemu zabezpieczenia bez uwzględnienia rehabilitacji uniemożliwi stosowanie kompleksowej opieki leczniczej u świadczeniodawców na których ma być oparta sieć. Opieka kompleksowa nad pacjentem obejmuje świadczenia ambulatoryjne wraz z kwalifikacją do zabiegu, wstępną rehabilitację, główne świadczenie w postaci hospitalizacji operacyjnej i opiekę pooperacyjną. Przy czym bezpośrednio po zabiegu zastosowana rehabilitacja lecznicza, jako kontynuacja leczenia, pozwala skutecznie utrwalić właściwy wynik zdrowotny pacjenta. Sieć szpitali bez rehabilitacji, a co z tym się wiąże bez opieki kompleksowej, opóźnia powrót do zdrowia. System zabezpieczenia nieuwzględniający rehabilitacji nie zapewni realizacji celu 3 zawartego w uzasadnieniu projektu zmiany ustawy, który mówi o poprawieniu dostępności dla świadczeniobiorców świadczeń specjalistycznych w szpitalach. Brak rehabilitacji może przy tym znacząco zwiększyć liczbę powikłań po zabiegach.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
239.	Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc	Uwaga ogólna	Zgłaszam konieczność uwzględnienia w profilach szpitali pulmonologicznych szpitali, w których składzie nie ma oddziałów torakochirurgicznych. Zdecydowana część szpitali pulmonologicznych spełnia istotne funkcje diagnostyki i leczenia raka płuca i nie zawiera w sobie bezpośrednio oddziałów torakochirurgicznych, natomiast uczestniczy w zespole interdyscyplinarnym. Nieuwzględnienie tej sugestii wiązałoby się z istotnym utrudnieniem funkcjonowania diagnostyki i leczenia pulmonologicznego, w tym szczególnie raka płuca.	<u>Uwaga niezasadna</u> Poruszony problem zostanie rozwiązany na poziomie rozporządzenia MZ.
240.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji leczniczej dla Woj. Mazowieckiego	Uwaga ogólna	Planowana zmiana przedmiotowej ustawy, a także w jej konsekwencji treść rozporządzenia nie uwzględniają w planowanych zmianach rehabilitacji leczniczej. Wyłączenie z tych aktów prawnych faktu konieczności kompleksowego leczenia następstw urazów i schorzeń powoduje, że samo leczenie, bez adekwatnej rehabilitacji, nie jest w pełni skuteczne, a czasem jego wynik zostaje zupełnie zaprzeczony.	<u>Uwaga uwzględniona</u>

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

241.	Szpital Kliniczny UM w Poznaniu	Uwaga ogólna	Kwalifikacja obecnych szpitali klinicznych do profilu ogólnopolskiego z założenia wyklucza możliwość „wejścia” ich do innych profili szczególnie profilu onkologicznego wynikającego z szerokiego zakresu udzielanych świadczeń onkologicznych zarówno w sferze diagnostyki jak i prowadzonych terapii. Rodzi się pytanie i wątpliwość o miejsce takich szpitali w kontekście udzielania świadczeń z zakresu onkologii na równi z centrami onkologicznymi, możliwości partycypacji w środkach publicznych przewidzianych w programach zdrowotnych dla świadczeń onkologicznych oraz szeregu innych ważnych działań, a także utrzymania ważnej roli takich jednostek w zabezpieczeniu świadczeń onkologicznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpitale zakwalifikowane do poziomu 6 będą mogły udzielać również świadczeń należących do profili onkologicznych, pod warunkiem spełnienia ogólnych ustawowych warunków kwalifikacji.
242.	Medicover Sp. z o.o.	Art. 95l ust. 1	Proponujemy dodanie zapisu: „Świadczenia opieki zdrowotnej możliwe będą do dostarczania przez podmioty lecznicze, zgodnie z ich definicją w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej.”, który będzie gwarantował podmiotom leczniczym równą dostępność do systemu, niezależnie od ich formy własności. Zaproponowane w projekcie ustawy brzmienie przepisu może prowadzić do swobodnej interpretacji zapisów. Zaproponowane przez nas brzmienie zapisu pozwoli wyeliminować takie ryzyko, pozostawiając zapis zgodny również z konstytucyjną zasadą subsydiarności, która posiada szczególne znaczenie w dostarczaniu usług zdrowotnych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane przepisy nie różnicują w żaden sposób możliwości kwalifikacji do sieci w zależności od formy własności podmiotu leczniczego.
243.	Medicover Sp. z o.o.	Art. 95m. ust.1	W projekcie ustawy w obecnym brzmieniu artykułu nie została wskazana żadna instytucja odwoławcza, nie została także określona procedura odwoławcza dotycząca etapu kwalifikacji szpitala do poszczególnych poziomów zabezpieczenia. Możliwość odwołania się od decyzji Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje się być konieczna. Potrzeba odwołania może być np. związana z potencjalnym ryzykiem wystąpienia błędu w trakcie procesu kwalifikacji na skutek np. braku dostępności Dyrektora oddziału Funduszu do ogółu danych związanych z podmiotem leczniczym. Takie działanie może wiązać się z ograniczeniem szans na kwalifikację poszczególnej jednostki do systemu zabezpieczenia, toteż wymusza konieczność istnienia mechanizmu odwoławczego oraz instytucji odwoławczej do procesu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia.	<u>Uwagi niezasadne</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej.
244.	Medicover Sp. z o.o.	Art. 95n, ust. 3 pkt.1 a)	Propozycja dodania „lub posiada w strukturze szpitalnej izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy gotowy do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym trybie.” Proponowany w projekcie ustawy zapis wyklucza możliwość kwalifikacji do sieci szpitali, które w swojej strukturze posiadają izbę przyjęć lub SOR, który mógłby świadczyć usługi zdrowotne w systemie publicznym. Dotychczasowy wieloletni brak procedur konkursowych uniemożliwił zakontraktowanie tego zakresu świadczeń podmiotom leczniczym posiadającym gotową, nowoczesną infrastrukturę szpitalną w tym zakresie. Uniemożliwienie włączenia tych placówek do struktur sieci jako elementu systemu PRM w Polsce mimo ich gotowości i spełnienia wszystkich wymogów w tym zakresie, wydaje się być szkodliwe przede wszystkim dla pacjentów.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna objąć podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Stąd wymóg posiadania umowy na IP/ SOR, a nie tylko gotowość jej zawarcia, należy uznać za w pełni adekwatny.
245.	Medicover Sp. z o.o.	Art. 95n ust 2 pkt 3 ppkt 1 – c)	Propozycja uzupełnienia o: „- posiadał oraz posiada w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 6 spełnione wymogi rejestrowe dla innych jednostek szpitalnych i oddziałów wymaganych do posiadania do kwalifikacji do odpowiedniego poziomu zabezpieczenia”. Proponowana przez nas zmiana zapisu artykułu wiąże się z dodaniem możliwości kwalifikacji tych podmiotów leczniczych, które posiadają spełnione wymogi rejestrowe dla oddziałów szpitalnych lub innych jednostek szpitalnych, dla których możliwym było podpisanie umowy o świadczenie usług zdrowotnych już we wcześniejszym czasie. W związku z wieloletnim brakiem nowych konkursów ofert na świadczenie usług zdrowotnych istnieją podmioty lecznicze posiadające pełną zdolność i gotowość infrastrukturalną do podpisania umów na udzielanie świadczeń w nowych zakresach. Pozostawienie kryterium kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia tylko na podstawie czasu trwania dotychczasowego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia nie koreluje z potencjałem funkcjonalnym podmiotów leczniczych gotowych do zwiększenia zakresu swojego funkcjonowania, które nie posiadały okazji formalnej do podpisania umowy na świadczenie usług zdrowotnych z NFZ wyłącznie z braku możliwości podpisania takiej umowy.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali z założenia objąć ma szpitale, które już obecnie pełnią kluczową rolę dla zapewnienia podstawowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd wymóg posiadania min. 2-letniej umowy, a nie tylko gotowości do jej zawarcia, jest zasadny.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

246.	PARPA	Uwagi ogólne	W projekcie ustawy nie pojawia się żaden zapis dotyczący planowanej organizacji i finansowania psychiatrii i leczenia uzależnień. Jedynie w uzasadnieniu projektu zapisano, że „zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz rehabilitacji leczniczej, na obecnym etapie pozostaną bez zmian”. Takie sformułowanie, przynajmniej w odniesieniu do psychiatrii, stoi w sprzeczności z zapisami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dotyczącymi planowanej organizacji finansowania opieki psychiatrycznej. W żadnym z ww. projektów nie ma regulacji dotyczącej organizacji i finansowania leczenia uzależnień, które powinno być zorganizowane i finansowane na zasadach odrębnych od psychiatrii. Mimo formalnego zaliczania do psychiatrycznej opieki zdrowotnej, leczenie uzależnień jest elementem systemu opieki zdrowotnej cechującym się odrębnością metod i standardów leczenia, własnymi regulacjami prawnymi, rozbudowaną strukturą specyficznych placówek leczniczych różnego typu	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej trwają obecnie w Ministerstwie Zdrowia prace nad odrębnym uregulowaniem tego obszaru, w szczególności w drodze powołania Centrów Zdrowia Psychicznego, mających zapewnić kompleksowość opieki.
247.	SPZOZ w Sulęcinie	Uwagi ogólne	W pierwszym rzędzie duże obawy powstają z powodu braku jasnych, precyzyjnych kryteriów wchodzenia i funkcjonowania w ramach PSZ oraz zasady wyceny świadczeń udzielanych przez szpitale, które znajdują się w sieci, warunków szczegółowych udzielania świadczeń w ramach systemu zabezpieczania, takich jakie dotychczas były ustalone dla realizowanych świadczeń w wyniku postępowań konkursowych. Kolejny i bardzo ważny problem to ambulatoryjna opieka specjalistyczna jaka w myśl nowych przepisów miałaby być realizowana w ramach systemu. Jeżeli odniesiemy się do wcześniejszej definicji poradni przyszpitalnych, to wszystkie poradnie (w naszym przypadku poradnie „K” w terenie oddalone od siedziby szpitala o „kilkanaście” kilometrów) nie wejdą do systemu, mimo zabezpieczenia kompleksowości i ciągłości realizowania świadczeń dla pacjentów w ich miejscu zamieszkania. Kolejna kwestia to brak jasnej informacji o wysokości ryczałtu, czy nie będzie niebezpieczeństwa w sytuacji gdy z jednej strony jest mowa o minimalnych ryczałtach z uwzględnieniem nadwykonań (zapłaconych czy też wykonanych?), a drugiej strony o konieczność przyjmowania pacjentów w tzw. zakresach nielimitowanych tj. porody, czy świadczenia ratujące życie w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zagrożeniem jest brak perspektywy finansowania systemu i prognozy, co do warunków z konkursu. Mamy tu na uwadze procedury nielimitowane, porody i związane z porodem noworodki, czy też świadczenia z zakresu intensywnej terapii, które w każdym roku miały różne wykonania. Ryzyko zadłużania się szpitala, w momencie konieczności realizowania świadczeń w tym zakresie, a z drugiej strony z góry przyznanego budżetu (puli środków finansowych) może wzrastać.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy zawierają przejrzyste kryteria kwalifikacji do sieci. Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materią zarządzenia Prezesa NFZ.
248.	Instytut Hematologii i Transfuzjologii	art. 95l.	Proponowane w art. 95l. w ramach systemu zabezpieczenia poziomy są w pkt 4, 5 i 6 niekonsekwencją podziału szpitali przyjętego w pkt 1, 2 i 3 albowiem jeśli w ust. 3 tego artykułu przyjmuje się, że poziomy te określa się poprzez profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ust. 2, zwanych dalej „profilami”, w ramach których zapewnia się świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na danym poziomie systemu zabezpieczenia to wskazanie w pkt 4 i 5 szpitali pediatrycznych onkologicznych i pulmonologicznych wyklucza zastosowanie ust. 3 tegoż artykułu do określenia poziomów i uniemożliwia podmiotowi uprawnionemu do określania poziomów podejmowanie decyzji w tym zakresie gdyż ustawowo ustala się profil działalności nie podając przyczyn wyodrębnienia szpitali pulmonologicznych albo onkologicznych gdy takich samodzielnych podmiotów żadna ustawa nie przewiduje w systemie opieki zdrowotnej. W systemie funkcjonują podmioty lecznicze o wielorakich specjalizacjach w tym onkologicznych i pulmonologicznych ale nie wyłącznie. Taka wyłączność dotyczy instytutów badawczych ale one klasyfikują się do poziomu ogólnopolskiego i nie ma uzasadnienia aby podwójnie takie profile kwalifikować bo prowadzi to do trudności w interpretacjach prawa i praktyki. Przy pozostawieniu wyodrębnienia poziomów ze szczegółowymi profilami onkologicznymi i pulmonologicznymi należałoby je uzupełnić o transfuzjologię, która ma ogólnokrajowe znaczenie i rozproszona jest w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. W odniesieniu do szpitali pediatrycznych wyodrębnienie ich w jednej kategorii bez względu na kompetencje i zasięg terytorialny lub podporządkowanie właścicielskie skutkuje zaliczeniem szpitali bez uznanych referencji w jednej kategorii ze szpitalami o najwyższych kwalifikacjach. Nie zmienia tego faktu możliwość przesunięcia szpitala pediatrycznego do kategorii szpitala ogólnopolskiego czy onkologicznego bo ustawa nie określa żadnych podstaw do ich klasyfikacji oddając to uprawnienie ministrowi czyli de facto tworzy dowolność i arbitralność w grupowaniu	<u>Uwagi niezasadne</u> Dla każdego z 6 poziomów na poziomie rozporządzenia wykonawczego wskazane będą profile definiujące ten poziom.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			szpitali bez kontroli ustawowej. Ponadto pociąga za sobą niepewność prawa dla takich podmiotów bo zmiany mogą być dokonywane ad hoc i bez należytej analizy wskutek nacisków zainteresowanego lobby, co też rodzić będzie zachowania korupcyjne. W przypadku szpitali pediatrycznych winien raczej być wypracowany odrębny model „PSZ” (zabezpieczenia szpitalnego) analogiczny jak w art. 351 ale dotyczący wyłącznie pediatrii i powinien on się składać ze szpitali pediatrycznych I poziomu, II poziomu, III poziomu i poziomu ogólnopolskiego.	
249.	Instytut Hematologii i Transfuziologii	Uwaga ogólna	Ustawa nie przewiduje możliwości ani zasad kwalifikacji podmiotu leczniczego nowopowstałego. Powodować to będzie zahamowanie tworzenia placówek szpitalnych, a te podmioty, które będą chciały włączyć się w PSZ zdane będą na arbitralną decyzję dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, który zgodnie z ust. 5 art. 95n będzie mógł zakwalifikować zainteresowany podmiot do systemu tylko po zaopiniowaniu przez ministra i tylko gdy tego wymaga konieczność a konieczność stwierdza sam. Taką regulację należy ocenić jako ingerencję państwa w zasady konkurencyjności i swobodę działalności gospodarczej bo prowadzić będzie wyłącznie do sterowania ilością szpitali i samowoli w podejmowaniu decyzji kwalifikujących zwłaszcza, że w ust. 6, 7 i 8 nie przewiduje się: żadnych trybów postępowania przy załatwianiu wniosków świadczeniodawców, żadnych trybów odwoławczych od decyzji kwalifikujących do systemu, żadnych organów nadzoru do weryfikacji prawidłowości decyzji kwalifikujących do systemu, żadnych terminów załatwiania spraw, żadnych organów odwoławczych. Ustawa wprost wyłącza zastosowanie (ust. 9 art. 35n) kodeksu postępowania administracyjnego sankcjonując w ten sposób dowolność postępowania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ zwłaszcza, że zgodnie z art. 159a. ze świadczeniodawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 6, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę dotyczącą realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert lub rokowań nie stosuje się. Oznacza to, że dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ sam ustali podmioty lecznicze z którymi sam zawrze umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.	<u>Uwagi niezasadne</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej.
250.	Instytut Hematologii i Transfuziologii	Art. 2	Regulacja art. 2 projektowanej ustawy stanowiąca, że z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazach, o których mowa w ust. 1, stają się umowami zawartymi na podstawie art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie i obowiązują w okresie kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, stanowi zamrożenie przychodu świadczeniodawcy na okres 4 lat, bowiem brak jest mechanizmu gwarantującego aktualizację cen usług zdrowotnych. Może to powodować niemożność wykonywania procedur w kosztochłonnych profilach w przyszłych okresach (2018r, 2019r, 2020r, 2021r) wg poziomu cen z roku 2017r.	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
251.	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatrii w woj. lubuskim	Uwaga ogólna	W związku z proponowanymi zmianami ustawy, wobec braku w nich jakiegokolwiek odniesienia do geriatrii, pragnę wyrazić kategoryczny sprzeciw – jako konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii – wobec wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej bez uwzględnienia w nim geriatrii. Uczestnicząc w licznych spotkaniach, debatach i konferencjach poświęconych tematyce geriatrycznej, w których biorą udział również przedstawiciele władz państwowych w osobach posłów, senatorów, dyrektorów departamentów Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele Najwyższej Izby Kontroli oraz Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Wszyscy są zgodni co do konieczności rozwoju geriatrii wobec zachodzących przemian demograficznych. Wszyscy zgadzają się, że inwestycja w geriatrię jest opłacalna zarówno dla pacjenta, jak i dla płatnika. A następnie pojawia się projekt nie uwzględniający w ogóle tej dziedziny medycyny! Mam nadzieję, że jest to błąd, który autorzy projektu niezwłocznie naprawią, a nie hipokryzja, która odbierze wielu szpitalom chęć wprowadzania zmian i nowych rozwiązań dla dobra pacjentów. Niewyobrażalnym bowiem dla mnie nonsensem byłaby myśl, że autorzy projektu nie zdają sobie sprawy z tego, że proponowany system wykreśla z mapy szpitali wiele jednostek w skali kraju.	<u>Uwaga niezasadna</u> W MZ trwają analizy dotyczące wprowadzenia w szpitalach zespołów wsparcia geriatrycznego i oceny geriatrycznej pacjenta, równocześnie należy dążyć do wzmocnienia oddziałów chorób wewnętrznych o specjalistów geriatrii. Kluczową kwestią dla rozwoju opieki geriatrycznej jest wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów tej dziedziny medycyny, w związku z czym właściwym kierunkiem jest rozwijanie oddziałów geriatrycznych w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

252.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny w Sopocie	Art.95l ust. 2	Do szpitali pulmonologicznych i onkologicznych należy dopisać szpitale reumatologiczne. W aktualnym projekcie ustawy nie uwzględniono włączenia do sieci szpitali. wysokospecjalistycznych szpitali zajmujących się realizacją świadczeń z zakresu leczenia chorób reumatycznych, których rola z uwagi zapotrzebowanie pacjentów oraz społeczne znaczenia chorób reumatologicznych, zwłaszcza wśród osób starszych i młodzieży jest bardzo istotna.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia reumatologii zostanie rozstrzygnięta na poziomie rozporządzenia wykonawczego.
253.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny w Sopocie	Art.95n ust. 9	Wykreślenie ustępu 9. Brak jakiegokolwiek drogi odwoławczej w wypadku sporów co do kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia oraz profili na danym poziomie systemu zabezpieczenia.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej.
254.	Uniwersytet w Toruniu	Uwaga ogólna	Nieuwzględnienie funkcjonujących w Polsce samodzielnych szpitali zakaźnych w projekcie ustawy dotyczącej tzw. „sieci szpitali” jest niezrozumiałym błędem. Chodzi o przeoczenie dwóch szpitali zakaźnych szczybla wojewódzkiego w Bydgoszczy i Warszawie. Wyróżniają się one najwyższymi standardami terapii i diagnostyki chorób zakaźnych, dysponują najwyższymi, światowymi poziomami izolacji pacjentów, technik sterylizacji i dezynfekcji. Zapewnia to możliwość opieki nad pacjentami z chorobami stanowiącymi największe zagrożenia epidemiologiczne. To one odgrywały podstawową rolę w zabezpieczeniu Polski przed zeszłorocznym ryzykiem związanym z zakażeniami wirusem Ebola. Sytuacja jest o tyle niezrozumiała, iż oddziały zakaźne funkcjonujące na niższym poziomie referencyjności, a działające w strukturach szpitali „stopniowanych” zostały uwzględnione. W konsekwencji ze względu na znaczenie tych szpitali dla bezpieczeństwa Polaków, zapisy w projekcie ustawy wymagają jednoznacznej korekty. Proponuję, aby rozważyć włączenie tych jednostek do szpitali III stopnia. Należy bowiem zwrócić uwagę, że również one dysponują oddziałami o różnej specyfice świadczeń, na przykład AIDS, hepatologia, neuroinfekcje, oddziały pediatryczne itp. Równie dobrze mogłyby one się znaleźć wśród szpitali 4 poziomu, czyli onkologicznych i pulmonologicznych, gdyż podobnie jak one wyróżniają się „istotnością i specyfiką udzielanych świadczeń z punktu widzenia epidemiologii, kosztów oraz charakterem opieki”.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestia włączenia do finansowania w ramach PSZ oddziałów zakaźnych może zostać rozwiązana na poziomie rozporządzenia MZ.
255.	Szpital w Wadowicach	Art. 95n ust. 7	Wykaz powinien być ogłoszony do 31 stycznia (maksymalnie 28 lutego). Świadczeniodawcy muszą przeprowadzić wiele zmian strukturalnych, na które okres 2 miesięcy (maj-czerwiec) jest zbyt krótki.	<u>Uwaga niezasadna</u>
256.	Szpital w Wadowicach	Art. 159a	Brak sprecyzowania jaka będzie forma zawarcia umowy na profile dodatkowe.	<u>Uwaga niezasadna</u>
257.	Uniwersytet Med. w Łodzi	Uwagi ogólne	Z ogromnym niepokojem stwierdzam brak jakiegokolwiek odniesienia do geriatрії w projektowanych aktach prawnych. Wydłużanie się czasu życia ma decydujący wpływ na wzrost zapotrzebowania na opiekę nad starzejącym się społeczeństwem. W nieodległej przyszłości jedną trzecią polskiego społeczeństwa będą stanowić seniorzy. Geriatria, dziedzina medycyny i specjalność lekarska zajmuje się kompleksowo problemami zdrowotnymi wieku starszego. Geriatria jest w stanie zastąpić wiele interwencji wąkospecjalistycznych, a w efekcie odciążyć innych specjalistów lub właściwie przygotować pacjentów geriatrycznych do ich interwencji. System opieki nad osobami starszymi powinien być skoncentrowany wokół opieki typowo geriatrycznej, gdzie większość problemów osób starszych powinna być na bieżąco rozwiązywana przez bądź lekarzy geriatrów, bądź lekarzy rodzinnych i internistów, którzy są odpowiednio wykształceni z geriatрії. Na poziomie szpitali III stopnia powinny docelowo funkcjonować szpitale geriatryczne (analogicznie do pediatrycznych), które powinny obejmować wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego dla osób starszych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Problem opieki geriatrycznej powinien być rozwiązywany raczej przez stworzenie możliwości konsultacji geriatrycznych na oddziałach internistycznych i specjalistycznych (hospitalizujących znaczny odsetek osób w podeszłym wieku), aniżeli w drodze tworzenia wyodrębnionych oddziałów geriatrycznych.
258.	Intercard Sp. z o.o.	Uwagi ogólne	Przedstawiony projekt ustawy koncentruje się na szpitalach wieloprofilowych, marginalizując w systemie ochrony zdrowia rolę szpitali nie spełniających wymogów do włączenia do sieci, za wyjątkiem podmiotów onkologicznych. Szpitale udzielające świadczeń ratujących życie w trybie 24 godzinnej gotowości, a nie spełniające JEDYNI kryterium ilość wykonywanych profili, postawione zostały na równi z innymi specjalizacjami, w tym wykonującymi zabiegi w trybie jednodniowym, wykonującymi wyłącznie zabiegi planowe, tymczasem odgrywają one znaczącą	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji szpitali o najistotniejszym znaczeniu dla zapewnienia właściwego dostępu do kompleksowych świadczeń szpitalnych. Uzasadnione jest więc włączenie do sieci szpitali,

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			rolę w systemie ratowania zdrowia i życia pacjentów z incydentami sercowo-naczyniowymi. Istotna rola wynika z aktualnych standardów leczenia, zgodnie z publikacjami European Society of Cardiology oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które przywoływane były jako model działania także w stanowisku Najwyższej Izby Kontroli, zwracającej uwagę na rolę tzw. złotej godziny dla dalszych rokowań, a także usankcjonowane przez instytucje państwowe w postaci zaleceń bezpośredniego transportu pacjentów z nagłymi incydentami sercowymi do jednostek posiadających zdolność leczenia hemodynamicznego, z pominięciem funkcjonujących w systemie szpitalnym i ratownictwa Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Szpitalne kardiologiczne świadczące usługi komplementarne do szpitala pomimo odrębności formalnej (zarówno w rozumieniu prawa cywilnego, z tym Kodeksu Spółek handlowych, jak i Ustawy o działalności leczniczej (podmioty i zakłady lecznicze) ze względu na kompleksowy charakter świadczeń udzielanych pacjentom oraz całościowe zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych populacji, związane są wieloletnimi umowami współpracy, wzajemnych konsultacji i świadczeń medycznych, umożliwiające przeprowadzenie całościowego, multidyscyplinarnego procesu leczenia pacjenta w zakresie rozpoznania chorobowych współtowarzyszących, niekardiologicznych. Pozostawienie podmiotów wysokospecjalistycznych, udzielających świadczeń ratujących życie, poza systemem sieci szpitali jest także sprzeczne z ideą powstania map potrzeb zdrowotnych, mających określić rzeczywiste zapotrzebowanie i dostępność świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi standardami leczniczymi i potrzebami epidemiologicznymi, a także optymalne względem powyższych i warunków geograficznych rozłożenie świadczeniodawców. Pozostawienie takich świadczeniodawców w obszarze kontraktowanym na podstawie konkursów może spowodować sytuację, w której świadczeniodawcy będą rozłożeni w sposób dalece nieoptymalny, a tym samym dostępność świadczeń dla niektórych grup pacjentów będzie ograniczona. Tym samym wnosimy o następujące uzupełnienia w projekcie ustawy i rozporządzenia: Włączenie do planowanej sieci szpitali podmiotów niepełnoprofilowych, udzielających świadczeń ratujących życie w trybie 24 godzinnym.	na ogólnych zasadach, podmiotów spełniających m.in. pewne minimalne wymagania w odniesieniu do wieloprofilowości prowadzonej działalności. Jednocześnie stworzono możliwość włączenia do sieci, wyjątkowo, również podmiotu nie spełniającego wszystkich ogólnych kryteriów kwalifikacji. Ponadto szpital nie zakwalifikowany do sieci może nadal ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych). Mapy potrzeb zdrowotnych i tzw. sieć szpitali są narzędziami, które funkcjonują na innych poziomach systemu i mają realizować inne cele.
259.	Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	Uwaga ogólna	Obawiamy się, że preferowanie poradni przyszpitalnych, co ma miejsce również w „kryteriach oceny ofert NFZ”, doprowadzi do marginalizacji takich placówek jak nasza. Zwracamy uwagę, że we Wrocławiu szpitale, a co za tym idzie poradnie przyszpitalne, zostały w ubiegłych latach wyprowadzone z centrum miasta. Tym istotniejsza jest rola „Dobrzyńskiej” w zabezpieczeniu opieki dla mieszkańców Wrocławia i regionu. W związku z powyższym prosimy o podjęcie działań umożliwiających wpisanie do sieci szpitali również poradni AOS o znaczeniu ponadregionalnym w oparciu na przykład o porozumienie o współpracy i koordynacji działalności zawarte z wybranymi szpitalami.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt przewiduje szczególną możliwość zawarcia przez szpital zakwalifikowany do sieci, również umowy obejmującej udzielanie świadczeń w ramach AOS, w odpowiednich przypadkach przyszpitalnych. Rozwiązanie to w niczym nie ogranicza możliwości kontraktowania świadczeń z tego zakresu przez podmioty znajdujące się poza siecią, na obecnych zasadach.
260.	Medinet Sp. z o.o.	Uwaga ogólna	Prosimy o zniesienie zapisu mówiącego o tym, że szpital musi mieć umowę na izbę przyjęć. Posiadamy izbę przyjęć od początku naszej działalności, ale nie było wymogu jej kontraktowania. Prowadzimy dyżury ostre 24 godzinne. Najczęstszymi pacjentami są chorzy z tętniakami aorty z ostrymi zawałami urazami serca.	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali, którym już obecnie przypada najistotniejsza rola w zapewnianiu dostępu do świadczeń szpitalnych, w szczególności udzielanych w trybie ostrym, z czym wiąże się także posiadanie umowy obejmującej SOR lub IP.
261.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA	art. 95n ust.3 pkt. 2 lit.a	W prezentowanym projekcie, gwarancję kwalifikacji do poziomu ogólnopolskiego mają tylko instytuty i podmioty prowadzące działalność polegającą na kształceniu przed - i podyplomowym w zawodach medycznych (art. 95n ust.3 pkt. 2 lit. a. W związku z powyższym, aby nadal kontynuować działalność w niezmiennym obszarze zasadnym byłoby, aby nasz szpital powołany przez Ministra SWiA prowadzący wieloprofilową działalność miał również gwarantowaną kwalifikację w tzw. sieci szpitali jako szpital ogólnopolski. Uprzejmie proszę o poparcie w sprawie dokonania korekty projektu i wprowadzenia zapisu kwalifikującego jednostkę powołaną przez MSWiA do kategorii szpitali sieci, o randze ogólnopolskiej.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
262.	Centrum Kardiologii GVM CARINT		Wnosimy o uzupełnienie poziomów sieci szpitali w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) poprzez uwzględnienie poziomu świadczeń opieki zdrowotnej obejmującego szpitale monoprofilowe i wąskoprofilowe udzielające świadczeń ratujących życie w trybie 24 godzinnym 7 dni w	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpitaly nie zakwalifikowane do sieci będą mogły ubiegać się o finansowanie na zasadach ogólnych (konkursowych).

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			tygodniu, które to podmioty lecznicze nie spełniają kryteriów wszystkich pozostałych poziomów. Według aktualnych wytycznych międzynarodowych towarzystw kardiologicznych jak i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zalecane jest tworzenie sieci podmiotów leczniczych czy ich przedsiębiorstw, do której włączane są jednostki zapewniające świadczenia ratujące życie. Opieka specjalistyczna, w szczególności leczenie szpitalne, wymaga w głównej mierze uwagi ze względu na urozmaiconą infrastrukturę medyczną oraz konieczność zapewnienia stabilnej i stałej możliwości udzielania świadczeń na terenie całego kraju i w poszczególnych regionach. W Polsce jest wiele podmiotów leczniczych, które posiadają wyspecjalizowane ośrodki monoprofilowe i wąskoprofilowe i udzielają świadczeń na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub też na podstawie umowy na podwykonawstwo, a zgodnie z projektem istnieje ryzyko utraty możliwości realizacji świadczeń i ich dostępności dla pacjentów.	
263.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	Uwaga ogólna	Obecność placówki w sieci 4 lata - to zbyt krótko, biorąc pod uwagę fakt, iż konkursy na świadczenia do tej pory zawierane były na lat 5, a w przyszłości miały być wydłużone do 10 lat w leczeniu szpitalnym.	<u>Uwaga niezasadna</u> Czteroletni okres kwalifikacji do sieci stanowi kompromis pomiędzy potrzebą zapewnienia stabilizacji szpitalom a koniecznością dokonywania okresowej weryfikacji sieci z możliwością jej poszerzenia o nowe podmioty.
264.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	Art. 95n ust. 3 pkt 1	<i>Warunkiem przynależności do sieci jest izba przyjęć, kontraktowana przez NFZ przez minimum 2 lata wstecz - wiele placówek monospecjalistycznych, w tym centra onkologii nie ma zakontraktowanych izb przyjęć, co wyrzuciłoby je poza sieć.</i>	<u>Uwaga niezasadna</u> Wymóg IP/ SOR nie dotyczy szpitali zakwalifikowanych do poziomu 4.
265.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	Uwaga ogólna	Z placówkami należącymi do sieci nie przeprowadza się konkursów ofert ani rokowań to mniejsza praca dla placówek oraz bezpieczeństwo dot. braku możliwości przegranej z prywatnymi placówkami. Jednakże zapis dot. automatycznego przekwalifikowania obowiązujących aktualnie umów na umowy dot. zabezpieczenia uniemożliwią zapewne rozwój placówek medycznych o nowe zakresy / oddziały, które są planowane do otwarcia w najbliższych miesiącach;	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do nowych zakresów, nie objętych finansowaniem w ramach sieci, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.
266.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	Art. 136	Bezzasadne jest wykreślenie zapisu art. 136 ust. 2 ustawy, zapewniającego bezlimitowe finansowanie diagnostyki i leczenia dla onkologicznego na poziomie ustawy. Zmiana ta daje Prezesowi swobodę do wprowadzania / niewprowadzania limitów w onkologii, co z uwagi na brak jednoznacznych informacji nt. dalszego funkcjonowania płatnika jest nie do zaakceptowania. Należy pamiętać, że w przypadku problemów finansowych w NFZ obecny zapis ten chroni placówki onkologiczne przed próbą niefinansowania świadczeń przez Fundusz, jak to ma obecnie miejsce, nawet w przypadku świadczeń oznaczonych w Zarządzeniach Prezesa NFZ jako nielimitowane.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
267.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	Uwaga ogólna	Rozumienie sieci, opartej na realizowanych zakresach (oddziałach), wydaje się być onkologii założeniem błędnym, gdyż nie przewiduje wprowadzenia poziomów referencyjnych ośrodków onkologicznych, będących podstawą do podnoszenia jakości opieki onkologicznej w Polsce. Efektem tego wydaje się, iż część oddziałów centrów onkologii znajdzie się w sieci onkologicznej, część w sieci ogólnej (wojewódzkiej), a część może zostać poza finansowaniem ze środków publicznych. Zasadnym wydaje się wydzielenie sieci szpitali onkologicznych z niniejszej zmiany, tak aby procedować ją w kierunku projektu sieci proponowanej w latach poprzednich przez CO-I w Warszawie oraz aktualnie przez Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych (trzy poziomy referencyjne w ramach sieci onkologicznej, uzależnione od liczby realizowanych zakresów, posiadanej diagnostyki i leczenia w lokalizacji oraz potencjału kadrowo-sprzętowego).	<u>Uwaga niezasadna</u> Projektowane rozwiązania w nie stoją na przeszkodzie wprowadzeniu w przyszłości poziomów referencyjnych w onkologii.
268.	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Uwaga ogólna	Finansowanie leczenia szpitalnego w ramach rocznego ryczałtu oraz brak możliwości rozliczania świadczeń ratujących życie jako świadczeń nielimitowanych może spowodować z kolei ograniczenie dostępności do świadczeń udzielanych np. w oddziałach intensywnej terapii jako wysoce kosztownych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Określenie szczegółowych zasad rozliczeń ze świadczeniodawcami w ramach PSZ należą do materii zarządzenia Prezesa NFZ. Ponadto w art. 95m pkt 5 dodano przepis, zgodnie z którym MZ określi w rozporządzeniu świadczenia opieki zdrowotnej, dla których w ramach PSZ zostaną wyodrębnione środki na ich finansowanie.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

269.	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Uwaga ogólna	Podnieść także należy, iż projektowana ustawa wprowadza inne ograniczenia w możliwości ubiegania się o kontrakt z NFZ niż wprowadzona z dniem 30 sierpnia 2016 r. nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie dotyczącym wydawania opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia.	Uwaga niejasna
270.	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Uwagi ogólne	Czy świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z NFZ i w jakiej wysokości (czy na zasadzie jaka obecnie obowiązuje, tj. stan na 01.01, roku poprzedzającego zawarcie umowy, czy na podstawie faktycznego wykonania świadczeń, czy według innego algorytmu); jaka będzie forma rozliczeń przy ryczałtowym finansowaniu i co będzie przedmiotem raportu; co się stanie ze świadczeniami nielimitowanymi (np. poród). Jeżeli świadczenia te będą nadal nielimitowane, to w jaki sposób będą finansowane (poziom finansowania; okresy rozliczeniowe - miesiąc, kwartał, inne; sposób raportowania).	Szczegółowe kwestie dot. kalkulacji ryczałtów i sprawozdawczości będą materiały zarządzenia Prezesa NFZ.
271.	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ortopedii i traumatologii	Uwaga ogólna	Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy przedstawionych projektów aktów prawnych w noszą zastrzeżenia co do ich treści z uwagi na brak pełnego odzwierciedlenia sposobu organizacji systemu leczenia w Polsce w oparciu o wykształtowane ośrodki monoprofilowe, wysokospecjalistyczne o zasięgu ponadregionalnym, będącymi szpitalami strategicznymi dla zabezpieczenia leczenia w ramach danego rodzaju specjalizacji medycznej. Szpitale o charakterze monoprofilowym nie mogą być zakwalifikowane do poziomów szpitali I do III z uwagi na niespełnienie kryteriów posiadania odpowiedniej ilości profili wymienionych w § 2 pkt. I do 3 rozporządzenia, jak również nie są szpitalami onkologicznymi, pulmonologicznymi, pediatrycznymi. Niejednokrotnie Szpitale te nie spełniają również kryterium określonego w art. 95n ust. 3 pkt 2a), kwalifikujących dany podmiot leczniczy do poziomu szpitali ogólnopolskich.	<u>Uwaga niezasadna</u> W przypadku takich podmiotów będzie istniała możliwość kwalifikacji do sieci w trybie nadzwyczajnym, za zgodą MZ albo zawarcia umowy w trybie konkursowym.
272.	Szpital Powiatowy w Sochaczewie		W nowym projektowanym systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej szpitale powiatowe będą w zdecydowanej większości szpitalami pierwszego stopnia, w których nie przewiduje się istnienia Oddziałów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu. W mojej ocenie ogromny niepokój budzi konieczność likwidacji Oddziałów Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w wielu Szpitalach Powiatowych, w tym w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie, przez co wyrażam głęboką dezaprobatę dla projektowanego rozwiązania. Zaproponowane zmiany znacząco ograniczą pacjentom dostęp do świadczeń szpitalnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, przez co spowodują duży niepokój społeczny. Projektowane zmiany poważnie zawężą krąg podmiotów leczniczych udzielających profesjonalnych świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, tym samym eliminując konkurencyjne podmioty, które mogą oferować kompleksowe usługi. Wnoszę o wprowadzenie zapisów umożliwiających funkcjonowanie Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w strukturach Szpitala Powiatowego	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do zakresów nie objętych finansowaniem w ramach SPZ, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.
273.	Centrum Medyczne Kształcenia podyplomowego	art. 95n ust. 3 pkt 2	W związku z pracami legislacyjnymi nad projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bardzo proszę o rozważenie propozycji dodania w art. 95n ust. 3 pkt 2. również rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 października 1970 r. „w sprawie utworzenia samodzielnej placówki naukowo-dydaktycznej pod nazwą „centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego”., (Dz.U. z 1970 roku, Nr 29, poz. 247). Powyższe podyktowane jest faktem, że Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego utworzone zostało tymże rozporządzeniem i nie spełnia kryteriów pojęcia „uczelni”, w myśl przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
274.	Centrum Medyczne Kształcenia podyplomowego	Uwaga ogólna	W obecnym brzmieniu projektowana ustawa nie zabezpiecza finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach klinicznych uczelni medycznych (uczelni medycznych w pojęciu ustawy o działalności leczniczej) posiadających bazę kliniczną poza szpitalami, dla których uczelnia jest organem tworzącym (oddziałach na tzw. „bazie obcej”), czyli o II i III stopniu zabezpieczenia, w tym także w jednostkach niepublicznych.	<u>Uwaga niezasadna</u> W większości przypadków takie szpitale znajdują się na III lub III poziomie zabezpieczenia.
275.	Centrum Medyczne Kształcenia podyplomowego	Uwaga ogólna	Pragnę zwrócić uwagę, że wprowadzenie propozycji ustawy w dotychczasowym brzmieniu może skutkować likwidacją od 30% do 40% miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Oznaczać to będzie w konsekwencji konieczność przerwania szkolenia przez istotną część lekarzy w trakcie specjalizacji oraz istotnym opóźnieniem w realizacji szkolenia przez wielu kolejnych. Łącznie liczba lekarzy których dotkną negatywne konsekwencje proponowanych rozwiązań prawnych może wynieść nawet 8 000. Dotyczy to lekarzy	<u>Uwaga niezasadna</u> <u>i.w.</u>

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			odbywających szkolenie specjalizacyjne w oddziałach, które nie będą miały zabezpieczenia finansowego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach sieci szpitali.	
276.	Szpital w Jaroszewcu	Uwaga ogólna	Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Oddział Rehabilitacji nie znajduje swojego miejsca w sieci. W związku z powyższym czy istnieje zagrożenie kontynuowania działalności Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w rozumieniu Ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. w odniesieniu do badania bilansu za 2016 r.?	<u>Uwaga niezasadna</u> W odniesieniu do zakresów nie objętych finansowaniem w ramach sieci szpitali, świadczeniodawca może ubiegać się o finansowanie na ogólnych zasadach konkursowych.
277.	Gessel, Kozierowski sp.k.	Uwaga ogólna	Konieczne jest wprowadzenie mechanizmów, które zapewnią rozliczanie bezlimitowe określonych grup świadczeń, które aktualnie są tak rozliczane. Aktualnie niektóre grupy świadczeń rozliczane są „bezlimitowo”. Dotyczy to ostrych zespołów wieńcowych, udarów, porodów czy opieki neonatologicznej oraz pakietu onkologicznego. Fakt bezlimitowego rozliczania tych świadczeń gwarantuje dodatkowe finansowanie dla szpitali, które podejmują się leczenia. W przypadku wprowadzenia ryczałtu te dodatkowe środki nie będą wypłacane co będzie oznaczało, że każdy kolejny pacjent pogarsza sytuację finansową szpitala. Jeżeli rozliczanie bezlimitowe tych świadczeń, będących stanami bezpośrednio zagrażającymi życiu, nie zostanie utrzymane można spodziewać się bardzo niekorzystnych skutków dla pacjentów co przełoży się przede wszystkim na wzrost śmiertelności.	<u>Uwagi niezasadne</u> Określenie szczegółowych warunków finansowania podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jest materia zarządzenia Prezesa NFZ.
278.	Gessel, Kozierowski sp.k.	art. 95n ust. 3 pkt. 1 lit. c Proponuję się	Proponuje się usunięcie, co do szpitali onkologicznych, wymogu posiadania umowy z NFZ w zakresie profili kwalifikujących przez co najmniej ostatnie 2 lata kalendarzowe. Niektóre z tych świadczeń, w szczególności programy lekowe, nie są przez żadnego świadczeniodawcę w Polsce realizowane przez okres 2 lat kalendarzowych ponieważ dopiero niedawno organizowane były konkursy na nich realizację. Z tego powodu wskazane jest usunięcie tego wymogu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Programy lekowe nie są profilem. Wymóg posiadania 2-letniej umowy dotyczy np. zakresu onkologia, hematologia itp. a nie poszczególnych programów lekowych.
279.	GUS	Uwaga ogólna	Zgodnie z projektowanym ust. 6 w art. 95n, kwalifikacja świadczeniodawców do poszczególnych poziomów zabezpieczenia ma być ogłoszona przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w Biuletynie Informacji Publicznej w postaci wykazu. Z art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne wynika, że wykaz to jedna z form prowadzenia rejestru publicznego. Tak więc wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów zabezpieczenia ma charakter rejestru publicznego, a tym samym powinien spełniać wymogi wynikające z ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, a zwłaszcza dotyczące minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz Krajowych Ram Interoperacyjności. Wydaje się, że najbardziej efektywne byłoby zapewnienie tych wymogów poprzez wprowadzenie zasady, że formalna kwalifikacja świadczeniodawców do poszczególnych poziomów zabezpieczenia podlega wpisowi z urzędu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą przez organ prowadzący rejestr, tj. wojewodę. Dzięki temu wszystkie informacje mogłyby być gromadzone w jednym miejscu, co jest zgodne z kierunkiem wynikającym z ustawy o informacji w ochronie zdrowia, która w myśl założeń zmierza do ograniczania procesu tworzenia wielu autonomicznych rejestrów.	<u>Uwaga niezasadna</u> System PSZ ma służyć jako szczególna podstawa zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Brak jest w tej sytuacji uzasadnienia dla proponowanego odnotowywania faktu zakwalifikowania podmiotu do sieci w rejestrze podmiotów leczniczych, w którym nie różnicuje się sytuacji podmiotów ze względu na ich pozycję w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego (tj. również obecnie nie zawiera się tam informacji nt. zawartych umów z NFZ). Ponadto wydaje się, że samo publikowanie wykazów na stronie internetowej NFZ, jeśli nie będą one skomunikowane drogą elektroniczną z innymi instytucjami lub użytkownikami spoza systemów instytucji publicznych (tak jak to jest w definicji systemu teleinformatycznego) nie będzie nadawało takiemu rejestrowi publicznemu cech prowadzenia w systemach teleinformatycznych, a więc nie będą do niego miały zastosowanie większość przepisów rozdziału 3 i 4 ustawy o informatyzacji.
280.	NFZ	Uwaga ogólna	W kontekście zakwalifikowania do poziomu ogólnopolskiego praktycznie wszystkich szpitali klinicznych i instytutów naukowo-badawczych, proponuję rozważyć celowość tworzenia dwóch poziomów pośrednich pomiędzy szpitalami I stopnia, a poziomem ogólnopolskim. Wydaje się, że przy założonych kryteriach kwalifikacji szpitale II stopnia stanowiłyby stosunkowo niewielką grupę.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kryteria kwalifikacji do poszczególnych poziomów wynikają z przepisów ustawy i rozporządzenia.
281.	NFZ	Uwaga ogólna	Projektowane przepisy mogą budzić wątpliwości co do sposobu rozliczania świadczeń przez świadczeniodawców udzielających świadczenia opieki zdrowotnej. Mogą bowiem powstawać znaczące różnice w liczbie zrealizowanych świadczeń przy zakładanym takim samym ryczałcie - o ile nie zostaną wprowadzone dodatkowe warunki realizacji świadczeń, o czym nie stanowi projekt. Rozwiązania jakie zostały przyjęte w zakresie kwalifikacji świadczeniodawców do odpowiednich poziomów budzą również wątpliwości w odniesieniu do sytuacji, gdy dany świadczeniodawca może tylko w określonych zakresach spełniać kryteria z danego poziomu świadczeń. Powstaje wówczas pytanie czy taki świadczeniodawca będzie zakwalifikowany do innego poziomu systemu zabezpieczenia	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestie rozliczania świadczeń zostaną określone na poziomie zarządzenia Prezesa Funduszu. Kwestie kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia zostały jednoznacznie określone w przepisach projektu ustawy i rozporządzenia.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			w zależności od zakresu (profilu), czy też poziom zawsze będzie „przypisany” do świadczeniodawcy.	
282.	NFZ	Uwaga ogólna	W projekcie nie przewidziano również sposobu rozliczania kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w innych państwach UE/EFTA w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (osobom uprawnionym). Zasadnym byłoby więc doprecyzowanie w ustawie o świadczeniach sposobu ustalania kosztu jednostkowego świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku udzielenia go w szpitalu w sieci osobie uprawnionej w celu dokonania rozliczenia tego kosztu z właściwym państwem UE/EFTA. Przy zachowaniu obecnie obowiązujących przepisów w zakresie ryczałtów w przypadku zmiany zasad finansowania szpitali, koszty tych samych świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych w ramach koordynacji (przy założeniu, że świadczenia będą sprawozdawane z rzeczywistymi kosztami) mogą jak się wydaje znacznie się od siebie różnić. Przy założeniu zachowania zasad finansowania świadczeń rozliczanych ryczałtem, a określonych w § 19 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwanych dalej „OWU”, zwiększy się liczba rozliczeń opartych o kalkulację świadczeniodawców. W celu ograniczenia pracochłonności po stronie oddziałów wojewódzkich NFZ (w związku z objęciem systemem e-WUŚ osób, o których mowa w art. 52 ustawy o świadczeniach), proponuję wprowadzić modyfikację w zakresie art. 50 ust. 5 ustawy o świadczeniach polegającą na rozszerzeniu zakresu danych przekazywanych w dokumencie elektronicznym (w celu ograniczenia spraw prowadzonych w oparciu o art. 50a ustawy o świadczeniach).	<u>Uwagi niezasadne</u> Brak uzasadnienia dla regulowania w ustawie zasad ustalania kosztów świadczeń do celów rozliczeń w ramach koordynacji, przedmiotowe kwestie są regulowane na poziomie zarządzenia Prezesa Funduszu. Uwaga dot. zmiany w art. 50 wykracza poza zakres projektowanej ustawy. Ewentualną zasadność tej propozycji będzie można ocenić po zapadnięciu decyzji dot. przyszłości funkcjonowania systemu „EWUS” w kontekście przewidywanych zmian systemowych.
283.	NFZ	Uwaga ogólna	Proponuję rozważenie czy projektowane rozwiązania w zakresie sposobu finansowania świadczeń nie wymagają jednocześnie odpowiednich dostosowań w zakresie przepisów dotyczących list oczekujących. Obecnie świadczeniodawcy realizujący świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne prowadzą listy oczekujących dla komórek organizacyjnych (oddziałów szpitalnych). W przypadku gdy będą istniały zasadnicze różnice w zakresie świadczeń, jakie mogą być realizowane przez świadczeniodawców z różnych poziomów (lokalnego, regionalnego itd.), wówczas prowadzenie kolejek oczekujących do komórek organizacyjnych nie będzie znajdowało uzasadnienia. Dane te nie będą bowiem porównywalne, z uwagi na fakt, że na zupełnie inne świadczenia będą oczekiwały osoby np. do oddziału chirurgicznego ogólnego u świadczeniodawcy z poziomu lokalnego, a na inne u świadczeniodawcy z poziomu wojewódzkiego. Należałoby wówczas rozważyć, czy kolejki oczekujących nie powinny być prowadzone na poszczególne świadczenia lub grupy świadczeń, które zostaną określone jako możliwe do realizacji przez świadczeniodawców z poszczególnych poziomów. Trzeba jednak mieć na uwadze, że będzie to oznaczać konieczność przebudowy dotychczasowego sposobu prowadzenia list oczekujących, co wiązać się powinno z zapewnieniem czasu świadczeniodawcom na odpowiednie dostosowania;	<u>Uwaga niezasadna</u> Listy oczekujących powinny być prowadzone na tych samych zasadach przez wszystkich świadczeniodawców, niezależnie od trybu zawarcia umowy i sposobu rozliczania świadczeń.
284.	NFZ	Uwaga ogólna	Projektowane zmiany w dużym stopniu wpływają na istniejące systemy informatyczne NFZ, w związku z powyższym, w celu dostosowania tych systemów proponuję jednoznacznie określić wymagania funkcjonalne i нефункционалне oraz dokonać modyfikacji w zakresie terminu wejścia w życie projektowanych przepisów, określając adekwatny czas na dostosowanie tych systemów. Jednocześnie proponuję uwzględnić skutki finansowe w postaci kosztów jakie będzie musiał ponieść NFZ na dostosowanie systemów informatycznych do wprowadzanych zmian;	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestie te pozostają poza zakresem przedmiotowej regulacji.
285.	NFZ	Uwaga ogólna	Z uwagi na fakt, iż projektowane przepisy wprowadzają różne sposoby rozliczania tych samych świadczeń (ryczałtowy dla szpitali w sieci i fee-for-service dla szpitali poza siecią) konieczne jest odpowiednie dostosowanie przepisów art. 42c ustawy o świadczeniach w celu ustalenia kwoty zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, o których mowa w art. 42b ustawy o świadczeniach.	<u>Uwaga niezasadna</u> Obecne przepisy art. 42c są wystarczające.
286.	NFZ	Uwaga ogólna	Proponuję rozważenie uzupełnienia projektowanych przepisów o upoważnienie Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, w którym mogłaby być określona działalność tzw. poradni przyszpitalnych (między innymi dotyczące regulacji odnośnie minimalnego czasu pracy poradni, zasad koordynacji świadczeń szpitalnych i świadczeń specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym).	<u>Uwaga niezasadna</u> Procedowany projekt nie wymaga dodatkowego regulowania zasad działania przychodni przyszpitalnych.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

287.	NFZ	Uwaga ogólna	Całkowity budżet na refundację na leki stosowane zarówno w programach lekowych, chemioterapii jak i refundacji aptecznej, określone są przez ustawę refundacyjną na nieprzekraczalnym poziomie 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym Funduszu (odrębna pozycja w planie). Czy zatem środki na leki będą podlegały ryczałtowemu podziałowi dla szpitali, zakwalifikowanych do odpowiedniego poziomu systemu zabezpieczenia świadczeń. Leki te posiadają sztywną cenę urzędową (mają różną cenę od 0,001 zł do kilkunastu tysięcy zł) i jak się wydaje winny być finansowane zgodnie z ceną zakupu, a nie ryczałtem.	<u>Uwaga niezasadna</u> Poruszona kwestia należy do materii zarządzenia Prezesa NFZ, które określi zasady rozliczeń stosowanych do umów zawartych w ramach sieci. Ponadto koszty leków będą objęte art. 95m pkt 5.
288.	NFZ	Uwaga ogólna	Spełnienie warunku posiadania umowy co najmniej przez 2 ostatnie lata kalendarzowe nie powinno dotyczyć nowych kontraktowanych zakresów w umowach na programy lekowe. Nowe zakresy wynikają bowiem z publikowanych przez Ministra Zdrowia obwieszczeń i wprowadzenia nowych opisów programów lekowych (do załącznika B);	<u>Uwaga niezasadna</u> Wymóg 2-letniej umowy dot. profili, natomiast program lekowy nie jest profilem. Programy lekowe są zawsze realizowane w ramach któregoś z profili.
289.	NFZ	Uwaga ogólna	W ocenie Funduszu niezbędne jest jednoznaczne wskazanie w ustawie skutków nie zawarcia (w całości lub w części) umowy ze szpitalem zakwalifikowanym do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń. Wydaje się, że takim skutkiem np. odmowy podpisania umowy przez szpital w trybie art. 159a powinno być odpowiednie skorygowanie wykazu, o którym mowa w art. 95l ust. 6 ustawy, a w skrajnym przypadku wykreślenie podmiotu z tego wykazu (wraz ze wskazaniem ewentualnego okresu karencji w ubieganiu się o ponowne umieszczenie w wykazie).	<u>Uwaga niezasadna</u> Ewentualne nie zawarcie umowy przez podmiot zakwalifikowany do sieci jest wysoce mało prawdopodobne, a ponadto nie wyklucza możliwości zawarcia takiej umowy np. w kolejnym roku.
290.	NFZ	Uwaga ogólna	Proponuję ponadto rozważenie dodania do ustawy przepisu przydadającego np. dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego NFZ uprawnienia do „wykreślenia” danego profilu w odniesieniu do określonego świadczeniodawcy zakwalifikowanego do sieci szpitali (co mogłoby skutkować zmianą poziomu sieciowego lub nawet utratą statusu szpitala zakwalifikowanego do z sieci) w przypadku gdy dany podmiot leczniczy w sposób znaczący zmniejszył realizację świadczeń w danym profilu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwestie utraty statusu szpitala w ramach sieci regulują przepisy ustawy. Kwestia odpowiedniej realizacji umowy (w tym jej rozliczania) powinna być regulowana na mocy zarządzenia Prezesa Funduszu.
291.	NFZ	art. 95l ust. 2	Proponuję dodanie pkt 7 w brzmieniu: „7) szpitale dla których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych i administracji, Minister Sprawiedliwości.” ewentualnie zmianę brzmienia art. 95n ust. 3 lit. a poprzez dodanie w przepisie, na końcu zdania wyrazów: (...) utworzonym przez ministra właściwego, realizującym zadania szczególne w sektorze opieki zdrowotnej, realizującym zadania polegające na kształceniu przed lub podyplomowym w zawodach medycznych lub zadania badawcze.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
292.	NFZ	art. 95l ust. 3	W przepisie użyte zostało określenie „profil”, który dla potrzeb projektu ustawy oznacza „profile lub rodzaje komórek organizacyjnych” określające poziom systemu zabezpieczenia. Proponuję doprecyzować określenie „profil” i zamieścić w słowniku pojęć określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Doprecyzowanie tego pojęcia ma istotne znaczenie również w związku z koniecznością ustalenia klasyfikacji i jednoznacznej identyfikacji poprzez zastosowanie systemu kodowania dla profili określonych w projekcie rozporządzenia w sprawie profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów, o których jest mowa w przedmiotowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przy wskazywaniu odpowiednich profili, w trakcie kwalifikacji świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia (zgodnie z art. 95n ustawy) istotne jest wykorzystanie jednoznacznych identyfikatorów wg ustalonej, jednolitej klasyfikacji stworzonej na potrzeby działań związanych z tworzeniem systemu zabezpieczenia, tym bardziej, że w przedmiotowym projekcie ustawy i projekcie rozporządzenia mówi się o „dodatkowych profilach”, w ramach których świadczeniodawcy będą zakwalifikowani do poszczególnych systemów zabezpieczenia. Należać będą do nich także świadczenia specjalistyczne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach specjalistycznych. W związku z tym wydaje się zasadnym, aby projekt rozporządzenia zawierał wraz z nazwami poszczególnych profili jednoznaczne identyfikatory ustalone w ramach jednolitej i jednoznacznej klasyfikacji łączącej w całość poszczególne profile wyszczególnione na potrzeby tworzenia systemu zabezpieczenia. W uzasadnieniu zaś proponuję zamieścić informację, że ułatwi to proces zawierania umów ze świadczeniodawcami	<u>Uwaga niezasadna</u> Projekt definiuje profile w art. 95l ust. 3 poprzez odwołanie się do profili/jednostek organizacyjnych, o których mowa w rozporządzeniach „koszykowych”, wydanych na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d ustawy. Tak określona profile mają zastosowanie do kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów zabezpieczenia, natomiast nie dotyczą systemu kodów resortowych

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			zakwalifikowanymi na poszczególne poziomy zabezpieczenia, proces przejścia z obecnie obowiązujących umów na nowe umowy z tymi świadczeniodawcami, którzy posiadają takie umowy z Funduszem oraz bieżącą obsługę (zmiany w umowach) i rozliczanie tych umów. W projekcie rozporządzenia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów, profil może oznaczać dziedzinę medycyny (stanowiące część X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) lub procedurę medyczną, np. radioterapia/brachyterapia (występujące w klasyfikacji ICD-9) lub typ świadczenia i trybu leczenia tj. chemioterapia hospitalizacyjna (brak identyfikacji kodowej). Należy podkreślić, że pojęcie „profil medyczny” występuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	
293.	NFZ	Art. 95n ust. 1	Wyrazy: „Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia <u>na okres 4 lat</u> ” proponuję rozważenie modyfikacji polegającej na nadaniu brzmienia: „Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia <u>na okres 5 lat</u> .” Propozycja zmiany przepisu uwzględniła okres trwania projektów UE , a także postanowień Regionalnych Programów Operacyjnych.	<u>Uwaga niezasadna</u> Nie ma możliwości zagwarantowania utrzymania trwałości projektów poprzez wydłużenie czasu, na jaki zawierana jest umowa w ramach sieci. Trwałość liczona jest bowiem od zakończenia projektu, a projekty mogą kończyć się równie dobrze w 1 co i w np. 4 roku od wejścia szpitala do sieci.
294.	NFZ	Art. 95n ust. 3 pkt 2	Nie wskazano, iż podmiot, o którym mowa w niniejszym pkt powinien udzielać świadczeń w ramach IP lub SOR. Zasadnym wydaje się powielenie treści przepisu z pkt 1: „udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe”.	<u>Uwaga niezasadna</u> Uwaga dotyczy podmiotów kwalifikowanych do poziomu ogólnopolskiego (instytuty, kliniki, szpitale resortowe), które pełnią w systemie inną rolę niż szpitale pozostałych poziomów, gdzie jest wymagane posiadanie umowy na SOR lub IP.
295.	NFZ	Art. 95n ust. 4	Proponuję uwzględnienie okresu obowiązywania umów poprzedniego świadczeniodawcy w odniesieniu do wszystkich profili mających znaczenie podczas kwalifikacji do systemu, w sytuacji przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5, w tym również świadczeń wykonywanych w Izbie Przyjęć i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. W związku z powyższym, wyrazy: „ust. 3 pkt 1 lit. c i pkt 2 lit. c” proponuję zastąpić wyrazami: „ust. 3 pkt 1 lit. a i c oraz pkt 2 lit. c”. Przepis winien uwzględniać wszystkie profile w oparciu, o które dokonywana jest kwalifikacja świadczeniodawców w odniesieniu do zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
296.	NFZ	Art. 95n ust. 5	Proponuję jednoznaczne doprecyzowanie przepisu w części dotyczącej kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu przez dyrektora oddziału wojewódzkiego. Jednoznaczne wskazanie do jakiego poziomu szpitali dyrektor oddziału wojewódzkiego może zakwalifikować świadczeniodawcę, w przypadku gdy wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń oraz jakie profile (kwalifikujący i/lub dodatkowe) należy uwzględnić przy ustalaniu ryczałtu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Decyzje w tym zakresie powinny być podejmowane przez Dyrektora OW w oparciu o analizę zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.
297.	NFZ	Art. 95n ust. 8	Przepis nie określa co następuje w przypadku pozyskania profilu w drodze cesji lub pozyskania nowego (wyższego) profilu w drodze konkursu ofert. Czy dyrektor oddziału nie powinien wówczas dokonywać zmiany wykazu wskazując nowy poziom (stopień) placówki.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali, w danym okresie powinna mieć charakter względnie stały. Podwyższenie pozycji danego podmiotu w sieci będzie możliwe przy okazji kolejnej kwalifikacji.
298.	NFZ	art. 136 ust.1 pkt 1	Po wyrazach „opieki zdrowotnej” proponuję dodanie wyrazów: „a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 159a ust. 1, dodatkowo wykaz świadczeń stanowiących przedmiot umowy”. W związku z potrzebą dostosowania poziomu (charakteru) świadczeń realizowanych na poszczególnych poziomach zabezpieczenia umowa ze szpitalem włączonym do sieci powinna zawierać wykaz świadczeń, który stanowi zakres świadczeń objęty finansowaniem w formie ryczałtu. W celu przygotowania takiego wykazu odrębnie dla każdego świadczeniodawcy celowe wydaje się jednoznaczne upoważnienie Prezesa NFZ do przygotowania ogólnych zasad tworzenia takich wykazów w ramach szczegółowych warunków umów, a więc w konsekwencji zmianę art. 136 i 146.	<u>Uwaga niezasadna</u> Tworzenie takiego wykazu, akurat w odniesieniu do świadczeniodawców zawierających umowy zawarte w ramach PSZ nie jest niczym uzasadnione. Oznaczałoby to zawężenie zakresu świadczeń, które może wykonywać taki podmiot, w porównaniu ze świadczeniodawcami zawierającymi umowy na ogólnych zasadach. O tym jakie świadczenia może wykonywać szpital mający umowę na dany profil decydować będą przepisy odpowiedniego rozporządzenia koszykowego oraz odpowiedniego

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

				zarządzenia Prezesa NFZ, mającego zastosowanie również do umów zawartych w ramach PSZ.
299.	NFZ	art. 146	Proponuję wprowadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w art. 146 w ust. 1 przepisu na podstawie którego Prezes Funduszu określiłby szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. Konieczność uszczegółowienia zasad dotyczących zawierania i realizacji umów w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe warunki umów, o których mowa w art. 146, obejmują również umowy zawarte w ramach sieci.
300.	NFZ	art.146 ust.1 pkt 2	Proponuję dodanie zdania 2-iego w brzmieniu: „W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 159a ust. 1 szczegółowe warunki umów obejmują zasady tworzenia wykazów, o których mowa w art. 136 ust.1 pkt 1 .”.	<u>Uwaga niezasadna</u> j.w. pkt 46
301.	NFZ	art. 158	W celu umożliwienia ewentualnego włączenia do kwoty budżetu globalnego („ryczałtu”) środków będących wynikiem postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań niezbędna jest modyfikacja art. 158 ustawy o świadczeniach poprzez dodanie w ust. 1 po wyrazach „w chwili zawarcia umowy” wyrazów „oraz w sytuacji rozszerzenia zakresu przedmiotowego i odpowiedniego zwiększenia maksymalnej kwoty zobowiązania w umowie zawartej na podstawie art. 159a o świadczenia będące przedmiotem wybranej oferty”.	<u>Uwaga uwzględniona</u> Art. 158. 1. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
302.	NFZ	Art. 159 ust. 1	Projektowane przepisy (ustawa oraz rozporządzenie) nie określają trybu zawarcia umowy. W nowododawanym przepisie art. 159a ust. 1 wskazuje się jedynie, że dyrektor oddziału zawiera umowę nie określając czy z wnioskiem występuje dyrektor oddziału czy szpital, czy też dochodzi do zawarcia umowy w trybie przystąpienia, jak zakłada się to w założeniach do projektu zarządzenia. Wydaje się, iż kwestia ta winna być uregulowana w przepisach rangi ustawowej (lub co najmniej rozporządzeniu).	<u>Uwaga niezasadna</u> j.w. pkt 24 Trybu zawarcia umowy nie określają też dotychczasowe przepisy działu VI (a jedynie tryb wyboru świadczeniodawców).
303.	NFZ	Art. 2	Przepis art. 2 projektu stanowiący, że z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazach, o których mowa w ust. 1, stają się umowami zawartymi na podstawie art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym ustawą, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie i obowiązują w okresie kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia wydaje się być niemożliwy do zrealizowania, z uwagi na fakt, iż w świetle projektowanych przepisów wymagane jest dostosowanie postanowień tych umów do zmienionego stanu prawnego. Ponadto, w większości przypadków kilka obecnie obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej winno zostać scalone w jedną umowę. W związku z powyższym, zasadnym byłoby wprowadzenie przepisów pozwalających dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ na dokonanie odpowiedniej konwersji tych umów.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
304.	NFZ	Art. 3	Projektowany przepis nie uwzględnia okresu vacatio legis, który jest niezbędny na dostosowanie systemów informatycznych Funduszu do proponowanych rozwiązań.	<u>Uwaga niezasadna</u> Przepisy ustawy przewidują 2-miesięczny okres od momentu określenia wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ do momentu, w którym PSZ zacznie funkcjonować.
305.	UOKIK	Uwaga ogólna	Przedmiotowy projekt ustawy w art. 95n ust. 3 pkt 1 przewiduje wprowadzenie wymogu posiadania przez świadczeniodawcę umowy z NFZ, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe, w sytuacji kiedy zawieranie umów na realizację ww. świadczeń w trybie konkursu ofert lub rokowań, ma pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym może przyczynić się do powstania bardzo silnych barier wejścia na rynek nowym podmiotom i w rezultacie doprowadzić do ograniczenia, utrudnienia lub likwidacji konkurencji na rynku usług medycznych. Dlatego też ww. propozycję zawartą w przedmiotowym projekcie ustawy należy ocenić negatywnie. Zapewnienie ciągłości stanowi obecnie kryterium dodatkowo punktowane, nie powinno jednak stanowić kryterium warunkującego wejście podmiotu na rynek. Ponadto, szpitale, które chciały konkurować do tej pory o pozyskanie środków finansowych z Narodowego Funduszu Zdrowia, aby skompensować punkty za brak ciągłości mogły to robić m.in. poprzez określenie niższej ceny udzielanych świadczeń oraz wyższą ich jakość, w	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali, mających już obecnie najistotniejsze znaczenie dla zapewnienia dostępu do świadczeń, czego potwierdzeniem jest posiadanie umowy z NFZ przez okres 2 ostatnich lat. Ograniczenie dot. długości trwania hospitalizacji wprowadzone zostało na poziomie projektu rozporządzenia, które nie jest obecnie przedmiotem uzgodnień.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

			tym innowacje. W przypadku usunięcia ww. mechanizmu brak będzie bodźców do większej racjonalizacji wydatków oraz podnoszenia jakości świadczonych usług. Natomiast, należy zauważyć, że zaproponowane brzmienie § 3 pkt 1 projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów, dotyczące wprowadzenia wymogu udzielania przez świadczeniodawców świadczeń co najmniej 2 profili oraz określenie maksymalnego udziału „krótkich” hospitalizacji, może doprowadzić do likwidacji jednodniowych szpitali oraz niektórych szpitali specjalistycznych. Przedmiotowy projekt ustawy nie zawiera uzasadnienia wprowadzenia kryterium maksymalnego udziału liczby hospitalizacji zakończonych najpóźniej w następnym dniu od dnia przyjęcia. Dlatego też, niezbędnym jest wyjaśnienie celu wprowadzenia ww. kryterium, które w przyszłości może stanowić źródło manipulacji, np. sztucznego wydłużania okresu hospitalizacji pacjenta pomimo braku takiej potrzeby – co m.in. generuje koszty po stronie płatnika – ZUS, NFZ i prowadzi do strat po stronie pracodawcy oraz godzi w dobro pacjenta. Ponadto, Ocena Skutków Regulacji dołączona do przedmiotowego projektu aktu normatywnego powinna zostać uzupełniona o informację dotyczącą faktycznego wpływu proponowanych regulacji na funkcjonowanie przedsiębiorców. Reasumując, należy zauważyć, że zaproponowane regulacje zawarte zarówno w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jak i w przepisach wykonawczych (dołączonych do ww. projektu ustawy) będą negatywnie oddziaływać na rynek podmiotów świadczących usługi medyczne a tym samym przyczynią się do zakłócenia konkurencji.	
306.	Wojewoda Lubuski	art. 55 ust. 3 i art. 159a	Zapisy dot. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zaproponowane w opiniowanym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (projekt z dnia 26.09.2016r. - proponowany zapis art. 55 ust. 3 i art. 159a u.o.ś.o.z.) oraz „Projekcie założeń do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej” budzą wątpliwości, czy nocna i świąteczna opieka zdrowotna powinna być realizowana przez szpital zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w ramach dodatkowych profili, czy przez Zespół podstawowej opieki zdrowotnej? Czy możliwe będzie zawieranie porozumień/umów między świadczeniodawcami na świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej? Czy preferowane będzie umieszczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w lokalizacji szpitala, czy też może ona funkcjonować pod innym adresem lub w innej miejscowości? Zachodzi potrzeba zachowania spójności i przejrzystości koncepcji dotyczących nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zaproponowanych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz „Projekcie założeń do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej”	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy wprowadzają możliwość dodatkowego kontraktowania NiŚOZ przez część szpitali włączonych do sieci (I, II i V poziomu). Nie wpływa to na zasady zawierania umów na ten zakres przez pozostałe podmioty.
307.	Wojewoda Lubuski	art. 95l ust. 3	Brak jednoznacznej definicji pojęcia „profil” oraz „rodzaj komórki organizacyjnej” w: -ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; -rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016r. poz. 694 z późn. zm.) wydanym na podstawie art. 31d u.o.ś.o.z. Proponuje się w art. 5 u.o.ś.o.z. dodać definicję, co się rozumie pod pojęciem „profil” i „rodzaj komórki organizacyjnej”. Ponadto proponuje się wskazanie, czy jeśli w ramach danej komórki występują dwa lub trzy profile to czy w przypadku, gdy jeden profil będzie kwalifikował się do systemu, a pozostałe nie, to czy w ramach oddziału będzie można realizować inne profile w ramach „kontraktu”, czy będzie trzeba otwierać nowe komórki organizacyjne. Wątpliwości interpretacyjne budzi, co należy rozumieć pod pojęciem „profil”. Czy jest to „specjalność komórki organizacyjnej”, o której mowa zał. 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012r. poz. 594)? Czy zgodnie z § 12 ww. rozporządzenia profil medyczny w przypadku podmiotu leczniczego tworzą łącznie kody stanowiące części IX i X (funkcja ochrony zdrowia i dziedzina medyczna)?	<u>Uwaga niezasadna</u> Pojęcie profilu w projektowanej ustawie bazuje na rozumieniu tego pojęcia w świetle rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w którym (zał. nr 2) profile są jednoznacznie wyliczone. Nie jest w tej sytuacji niezbędna abstrakcyjna definicja profilu.
308.	Wojewoda Lubuski	art. 95n ust. 2 i 6	Według zapisu, kwalifikacja do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie obejmowała również wskazanie profili, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia – przepis nie przesądza o tym, że kwalifikacja obejmie wszystkie profile w danym poziomie.	<u>Uwaga uwzględniona</u>

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU

Konsultacje publiczne i opiniowanie

309.	Wojewoda Lubuski	art. 95n ust. 3 pkt 1 lit.a)	Przepis ten jako jeden z warunków kwalifikacji do PSZ ustanawia wymóg udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat. Wymóg ten jest jednym z podstawowych warunków kwalifikacji do PSZ. Dotyczy prawie wszystkich poziomów zabezpieczenia za wyjątkiem szpitali onkologicznych i pulmonologicznych oraz poziomu ogólnopolskiego. Proponuje się umożliwienie kwalifikacji do PSZ szpitali, które posiadają izbę przyjęć (wpis do RPWDL), jednakże nie mają jej zakontraktowanej z NFZ. Aktualnie proponowane rozwiązanie naraża na wykluczenie z możliwości kwalifikacji do PSZ małych szpitali specjalistycznych nie posiadających izby przyjęć lub SOR, ale udzielających świadczeń na wysokim poziomie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Sieć szpitali powinna objąć podmioty o podstawowym znaczeniu dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności udzielanych w trybie ostrym. Stąd wymóg posiadania umowy na IP/ SOR należy uznać za w pełni adekwatny.
310.	Wojewoda Lubuski	art. 95n ust. 3 pkt 1 lit.c)	Warunkiem kwalifikacji świadczeniodawcy do PSZ jest posiadanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat w zakresie profili kwalifikujących daną jednostkę do odpowiedniego poziomu PSZ oraz w zakresie hospitalizacji. Należy uznać, że przedstawione rozwiązanie będzie powodować wykluczenie z objęcia PSZ szpitali bądź jednostek nowopowstałych lub takich, które nie miały wcześniej zawartej umowy z NFZ. Proponuje się umożliwienie występowania w trybie pozaryczalowym do postępowania konkursowego w zakresie deficytowych świadczeń, zgodnie z potrzebami określonymi w mapach potrzeb zdrowotnych (niezależnie od tego, czy wcześniej tego typu świadczenia były zakontraktowane). Proponowane aktualnie w projekcie rozwiązanie w znaczący sposób ograniczy możliwość konkurowania świadczeniodawców w ubieganiu się o zawarcie umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, co w konsekwencji może spowodować spadek jakości udzielanych świadczeń poprzez pozbawienie świadczeniodawców, którzy mają już zawarte umowy z NFZ bodźca do polepszania jakości świadczeń.	<u>Uwagi niezasadne</u> Projektowane przepisy mają na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej szpitali, mających już obecnie najistotniejsze znaczenie dla zapewnienia dostępu do świadczeń, czego potwierdzeniem jest posiadanie umowy z NFZ przez okres 2 ostatnich lat.
311.	Wojewoda Lubuski	art. 95n ust. 5	Dowolny system kwalifikowania do systemu świadczeniodawców nie spełniających warunków udziału w systemie – z uwagi na brak ściśle określonych reguł lub zasad – może prowadzić do manipulowania wynikiem kwalifikacji do systemu. Proponuje się, aby przy ocenie konieczności właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej były uwzględniane mapy potrzeb zdrowotnych oraz wymagane w tej kwestii opinie wojewody jako niezależnego organu.	<u>Uwaga częściowo zasadna</u> Przy stosowaniu art. 95n ust. 5 powinny być brane pod uwagę wnioski płynące z map potrzeb zdrowotnych.
312.	Wojewoda Lubuski	art. 95n ust. 8	Zapis nie precyzuje na czym polegać będzie odpowiednia zmiana kwalifikacji świadczeniodawcy, w szczególności nie określa czy może ona oznaczać dyskwalifikację świadczeniodawcy poza system o ile utraci on cechy kwalifikujące go do systemu. Nie precyzuje także, czy świadczeniodawca, który uzyska w trybie pozaryczalowym kontrakt z NFZ na określone świadczenia, po dwóch latach może wejść do PSZ?	<u>Uwaga niezasadna</u> Przepis jest wystarczająco precyzyjny.
313.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	W projekcie ustawy brak jest odniesienia do oceny potrzeb zdrowotnych, których podstawą są Regionalne Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych mają w założeniu racjonalizować politykę zdrowotną, dostosowując ją do potrzeb danego województwa. Z projektu ustawy w obecnym kształcie wynika, że mapy potrzeb zdrowotnych nie będą brane pod uwagę. Rodzi to obawę, że tworzenie tzw. sieci szpitali nie będzie dostosowane do rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.	<u>Uwaga niezasadna</u> Przedstawiony projekt sieci szpitali, w zakresie ogólnych kryteriów kwalifikacji, nie jest oparty na mapach potrzeb zdrowotnych. Wnioski płynące z map powinny być natomiast brane pod uwagę przy szczególnego trybu włączania podmiotu do sieci, na zasadzie art. 95n ust. 5.
314.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Nowelizacja opiniowanej ustawy oraz projekt rozporządzenia w proponowanym brzmieniu zagraża funkcjonowaniu jednoprofilowych szpitali specjalistycznych zapewniających kompleksową, wysokiej jakości wąskospecjalistyczną opiekę zdrowotną (np. w zakresie nowotworów płuc, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii).	<u>Uwaga niezasadna</u> Szpital nie zakwalifikowane do sieci będą mogły ubiegać się o zawarcie umowy w trybie konkursowym.
315.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Regulacja procedury kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ nie precyzuje jakie źródła informacji (dokumenty, rejestry, bazy danych, itp.) będą podstawą do oceny kryteriów kwalifikacji. Wskazane jest wskazanie źródeł informacji, na których będzie opierać się kwalifikacja.	<u>Uwaga niezasadna</u> Dyrektorzy OW NFZ mają wszelkie narzędzia i dane niezbędne dla zweryfikowania, czy dany podmiot spełnia kryteria kwalifikacji.
316.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Procedura kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów zabezpieczenia nie przewiduje prawa do wniesienia odwołania lub innego trybu podważenia rozstrzygnięcia o kwalifikacji do PSZ. Możliwość odwołania przewiduje postępowanie o zawarcie umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zasadnym więc wydaje się wprowadzenie możliwości odwołania w przedmiotowym projekcie. Podkreślić należy, że procedura kwalifikacji	<u>Uwaga niezasadna</u> Kwalifikacja świadczeniodawcy do danego poziomu będzie wynikała z weryfikacji spełnienia ściśle określonych kryteriów, będącej czynnością techniczną, pozbawioną

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			świadczeniodawców do PSZ niejako zastępuje postępowanie o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.	elementu uznaniowości. Stąd brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia procedury odwoławczej.
317.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Z uzasadnienia projektu ustawy wynika, że zmieniony zostanie sposób finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez świadczeniodawców włączonych do PSZ. Zgodnie z uzasadnieniem rozliczenie świadczeń ma się odbywać w formie ryczału, którego wysokość ma być uzależniona od finansowania świadczeń w roku poprzednim. Zarazem nie przedstawiono szczegółów finansowania świadczeń na zasadach ryczału, co może powodować niepewność wśród świadczeniodawców, co do nowych zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadne byłoby wraz projektem ustawy przedstawienie szczegółowo rozwiązania dotyczącego zasad finansowania.	<u>Uwaga niezasadna</u> Poruszona kwestia należy do materii zarządzenia Prezesa NFZ, które określi zasady rozliczeń stosowanych do umów zawartych w ramach sieci.
318.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Projekt ustawy nie uwzględnia również kryterium jakości, które jest jednym z wymogów w postępowaniu o zawarcie umów ze świadczeniodawcami. Rezygnacja z tego kryterium może doprowadzić do wyeliminowania z PSZ świadczeniodawców oferujących wysoki poziom usług medycznych, a zarazem pozbawienie pacjentów dostępu do usług o wysokim standardzie.	<u>Uwaga niezasadna</u> Zasady funkcjonowania sieci szpitali powinny być udoskonalane, w szczególności np. poprzez wprowadzanie elementów uzależniania finansowania od spełniania kryteriów jakościowych, co wymaga jednak czasu i znacznych nakładów i jest kwestią dalszej przyszłości.
319.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Wraz z oddziałami mają być wprowadzone do systemu poradnie przyszpitalne. Czy kwalifikacja poradni odbywa się w oparciu o odpowiednik nazwy, czy jej profil. Czy poradnie dziecięce też będą wchodziły do systemu jeśli świadczeniodawca nie posiada umowy w zakresie dziecięcym. Jakie poradnie są jednoimienne do oddziału wewnętrznego?	<u>Uwaga niezasadna</u> Przedmiotowe kwestie należą do materii rozporządzenia wykonawczego, które nie jest obecnie przedmiotem uzgodnień.
320.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Brak uregulowań w jakim czasie dyrektor oddziału NFZ dokonuje aktualizacji wykazu od czasu stwierdzenia niespełnienia przez świadczeniodawców kryteriów kwalifikacji do sytemu.	<u>Uwaga niezasadna</u> Brak wskazania terminu aktualizacji oznacza, że powinna ona zostać dokonana niezwłocznie po powzięciu przez dyrektora OW NFZ wiedzy o okolicznościach ją uzasadniających.
321.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Mając na względzie, że dotychczas wartość kontraktu nie zawsze pozwalała na wykorzystanie całego potencjału łóżkowego niektórych oddziałów, istnieją obawy, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach systemu szpitali będą realizowali jedynie tanie i nieinwazyjne leczenie z uwagi na miesięczny ryczałt na poziomie dotychczasowych kontraktów nie zawsze adekwatnych do zasobów.	<u>Uwagi niezasadne</u> Świadczeniodawcy finansowani w formie ryczału będą zobowiązani do prowadzenia sprawozdawczości z wykonanych świadczeń, która będzie również podstawą wyliczenia kwot ryczału na kolejne okresy.
322.	Wojewoda Lubuski	Uwaga ogólna	Brak opisanych zasad nadzoru nad realizacją zakresu świadczeń ryczałtowych. Nie jest określone w projekcie w jaki sposób będzie rozliczany ryczałt – weryfikacja czy świadczenia w takiej kwocie zostały zrealizowane czy nie? Co ze szpitalami, które wykonują większą ilość procedur (wykonanie na poziomie wyższym niż na dzień ustalania ryczału).	<u>Uwaga niezasadna</u> Szczegółowe zasady rozliczeń stosowanych do umów zawartych w ramach sieci określi zarządzenie Prezesa NFZ.
323.	Wojewoda Śląski	Uwaga ogólna	Założenia wprowadzanej reformy systemu opieki zdrowotnej wskazane, m.in. w Narodowej Służbie Zdrowia - Strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016-2018, zakładają wzmocnienie roli i zaangażowania wojewody w zarządzanie służbą zdrowia na poziomie regionalnym i kształtowanie regionalnej polityki zdrowotnej. Wyrazem tego zaangażowania jest opracowywanie przez wojewodów regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej i ich wpływ na kształt wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych. Natomiast rozwiązania przyjęte w projektowanych aktach prawnych marginalizują rolę wojewody w procesie tworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, nie przewidują również w trakcie tego procesu implementowania wniosków wynikających z regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej oraz wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych.	Uwaga niezasadna j.w. pkt 14
324.	Wojewoda Śląski	Uwaga ogólna	Istotne dla tworzenia sieci zabezpieczenia szpitalnego jest określenie roli w tym systemie specjalistycznych ośrodków monospecjalistycznych, takich jak np. zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego: Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Centrum Leczenia Oparzeń im. Dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich, Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu, Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu - ośrodków, udzielających specjalistycznych świadczeń	<u>Uwaga niezasadna</u> Poruszony problem może być częściowo rozwiązany na poziomie rozporządzenia wykonawczego. Ponadto w szczególnie uzasadnionych przypadkach możliwe będzie zastosowanie szczególnego trybu kwalifikacji do PSZ, za zgodą MZ.

ZESTAWIENIE UWAG DO PROJEKTU
Konsultacje publiczne i opiniowanie

			zdrowotnych w określonych dziedzinach mających znaczenie ponadregionalne.	
325.	Wojewoda Warmińsko- Mazurski		W art. 95n ust. 5 powinien mieć następujące brzmienie: Świadczeniodawcy, którzy nie spełniają warunków, o których mowa w ust. 3, mogą zostać zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia, gdy wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, maksymalnie na okres do 31 grudnia 2020 r. W tym okresie świadczeniodawcy są zobowiązani do dokonania zmian mających na celu dostosowanie się do warunków określonych w ust. 3."	<u>Uwaga niezasadna</u> Z istoty rzeczy nie jest możliwe późniejsze dostosowanie się do warunku określonego w art. 95 ust. 3 pkt 1 lit. a i c.

W zestawieniu nie uwzględniono uwag dot. stricte projektu rozporządzenia wykonawczego, załączonego do projektu ustawy jako materiał uzupełniający.
Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia będzie przedmiotem oddzielnych konsultacji publicznych.



Warszawa, 22 lutego 2017 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1506.2016 / 21 / MM

dot.: RM-10-14-17 *tekst ostateczny* z 21.02.2017 r.

Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

[Podpis]
Złoty Ministra
Spraw Zagranicznych
Renata Szczep
Podsekretarz Stanu

Do wiadomości:

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do
poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „poziomami zabezpieczenia”, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu zabezpieczenia;
- 3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń w ramach profili, zakresów i rodzajów świadczeń, o których mowa w pkt 2;
- 4) wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom, o których mowa w art. 95m ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy.

§ 2. 1. Do poziomów zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–5 ustawy, kwalifikuje się świadczeniodawców niezakwalifikowanych do poziomu szpitali ogólnopolskich.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60.

2. Do poziomu szpitali I stopnia kwalifikuje się świadczeniodawcę niezakwalifikowanego do poziomu wymienionego w ust. 3–6, jeżeli:

- 1) udziela świadczeń w ramach co najmniej dwóch profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1 ustawy lub
- 2) udziela świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne i jednocześnie:
 - a) jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń wykonywanych w ramach tego profilu, na terenie danego powiatu lub
 - b) udział wartości świadczeń w ramach tego profilu, sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, wyniósł co najmniej 50% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych na podstawie tej umowy, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

3. Do poziomu szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:

- 1) w przypadku szpitali pulmonologicznych, kwalifikuje się świadczeniodawcę, niezakwalifikowanego do poziomu wymienionego w pkt 2, ust. 4–6, który udziela świadczeń gwarantowanych:
 - a) w ramach co najmniej dwóch profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. b ustawy, i jednocześnie:
 - liczba profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. b ustawy, wynosi co najmniej 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–5 ustawy, lub
 - łączna wartość świadczeń, sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. b ustawy, wyniosła co najmniej 20 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego, lub
- 2) w przypadku szpitali onkologicznych, kwalifikuje się świadczeniodawcę, niezakwalifikowanego do poziomu wymienionego w ust. 4–6, który:
 - a) udziela świadczeń w ramach co najmniej sześciu profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy i jednocześnie:
 - udziela świadczeń w co najmniej jednym z profili: ginekologia onkologiczna lub chirurgia onkologiczna lub chirurgia onkologiczna dla dzieci oraz

- udziela świadczeń w co najmniej jednym z profili: brachyterapia lub radioterapia lub terapia izotopowa, oraz
 - udziela świadczeń w co najmniej jednym z profili: chemioterapia hospitalizacja lub hematologia lub onkologia i hematologia dziecięca lub onkologia kliniczna, lub
- b) udziela świadczeń w ramach co najmniej trzech profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy i jednocześnie:
- liczba profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy, jest większa niż 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–5 ustawy, lub
 - łączna wartość świadczeń, sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy, wyniosła co najmniej 20 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

4. Do poziomu szpitali II stopnia kwalifikuje się świadczeniodawcę niezakwalifikowanego do poziomów wymienionych w ust. 5–6, który:

- 1) udziela świadczeń w ramach co najmniej sześciu profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–2 ustawy i jednocześnie w ramach co najmniej trzech profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 2 ustawy, lub
- 2) udziela świadczeń gwarantowanych:
 - a) w ramach profili chirurgia plastyczna oraz profilu chirurgia ogólna, oraz
 - b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, realizowanych w warunkach stacjonarnych
 - w przypadku którego łączna wartość świadczeń, sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach profili wskazanych w lit. a oraz w ramach profilu, o którym mowa w art. 95m ust. 3 pkt 1 lit. b, wyniosła co najmniej 20 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego, lub
- 3) udziela świadczeń gwarantowanych:

- a) w ramach profili ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, oraz
 - b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, realizowanych w warunkach stacjonarnych
- w przypadku którego łączna wartość świadczeń, sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach profili wskazanych w lit. a, wyniosła co najmniej 15 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego, lub
- 4) udziela świadczeń gwarantowanych:
- a) w ramach profili reumatologia lub reumatologia dla dzieci oraz
 - b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, realizowanych w warunkach stacjonarnych
- w przypadku którego łączna wartość świadczeń, sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach profili wskazanych w lit. a, wyniosła co najmniej 8 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

5. Do poziomu szpitali III stopnia kwalifikuje się świadczeniodawcę, niezakwalifikowanego do poziomu wymienionego w ust. 6, który spełnia następujące warunki:

- 1) udziela świadczeń w ramach co najmniej ośmiu profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–3 ustawy i jednocześnie:
 - a) w ramach co najmniej trzech profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 3 ustawy, lub
 - b) w ramach co najmniej dwóch profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 3 ustawy oraz co najmniej dwóch profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–2 ustawy trzeciego poziomu referencyjnego, lub
- 2) udziela świadczeń gwarantowanych w ramach profili choroby zakaźne lub choroby zakaźne dla dzieci, pod warunkiem, że profile te stanowią co najmniej 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–5 ustawy.

6. Do poziomu szpitali pediatrycznych kwalifikuje się świadczeniodawcę, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) udziela świadczeń w ramach co najmniej trzech profili dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego oraz

- 2) liczba profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego, jest większa niż 75% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela świadczeń, spośród profili określonych w art. 95l ust. 4 pkt 1–5 ustawy.

7. W związku z art. 95m ust. 9 ustawy, w przypadkach, o których mowa w ust. 4 pkt 4 i ust. 5 pkt 2, odstępuje się od wymogu określonego w art. 95m ust. 3 pkt 1 lit. b ustawy.

§ 3. 1. Ustala się dodatkowe profile, w ramach których świadczeniodawca może udzielać świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji:

- 1) świadczeniodawca zakwalifikowany do jednego z poziomów zabezpieczenia:
 - a) choroby zakaźne lub choroby zakaźne dla dzieci,
 - b) toksykologia kliniczna lub toksykologia kliniczna dla dzieci;
- 2) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali pediatrycznych:
 - a) anestezjologia i intensywna terapia dla dorosłych, jeżeli realizuje świadczenia określone w lit. c,
 - b) chemioterapia hospitalizacja,
 - c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych), jeżeli realizuje świadczenia w zakresie porodów;
- 3) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:
 - a) anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych),
 - b) izba przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy,
 - c) określone art. 95l ust. 4 pkt 1–3 i 5 ustawy;
- 4) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali II stopnia:
 - a) neurochirurgia,
 - b) określone w art. 95l ust. 4 pkt 1 ustawy,
 - c) określonych w art. 95l ust. 4 pkt 2 ustawy – w przypadku świadczeniodawcy zakwalifikowanego zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 2 i 3,
 - d) określonych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy;
- 5) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali I stopnia zgodnie z § 2 ust. 2 pkt 1:
 - a) anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych),

- b) kardiologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia inwazyjnych ostrych zespołów wieńcowych określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
 - c) neurologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia udaru mózgu określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
 - d) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 6) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali I stopnia zgodnie z § 2 ust. 2 pkt 2 – neurologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia udaru mózgu określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

2. Ustala się dodatkowe zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawca może udzielać świadczeń gwarantowanych:

- 1) świadczeniodawca zakwalifikowany do jednego z poziomów zabezpieczenia:
- a) chemioterapia leczenie jednego dnia,
 - b) objęte kompleksową opieką zdrowotną określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, jeżeli wymagane w miejscu realizacji tych świadczeń profile odpowiadają jego profilom będącym podstawą kwalifikacji lub jego profilom dodatkowym,
 - c) określone w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16 ustawy;
- 2) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali III stopnia, szpitali pulmonologicznych, szpitali pediatrycznych oraz szpitali ogólnopolskich – świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy, w odniesieniu do świadczeń objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali I stopnia, szpitali II stopnia, szpitali III stopnia lub szpitali pediatrycznych – świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 4) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali I lub II stopnia, wraz ze wskazaniem profili będących podstawą kwalifikacji lub profili dodatkowych:
- a) chirurgia ogólna – świadczenia opieki zdrowotnej możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili zabiegowych:
 - chirurgia dziecięca,
 - chirurgia klatki piersiowej,
 - chirurgia naczyniowa,

- chirurgia onkologiczna,
 - chirurgia plastyczna,
 - chirurgia szczękowo-twarzowa,
 - neurochirurgia,
 - otorynolaryngologia,
 - urologia,
- b) choroby wewnętrzne – świadczenia opieki zdrowotnej możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili zachowawczych:
- alergologia,
 - angiologia,
 - choroby płuc,
 - dermatologia i wenerologia,
 - diabetologia,
 - endokrynologia,
 - gastroenterologia,
 - geriatry,
 - kardiologia,
 - nefrologia,
 - neurologia,
 - onkologia kliniczna,
 - reumatologia.

§ 4. 1. Świadczeniodawca może udzielać świadczeń, o których mowa w § 3, jeżeli do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy, w zakresie wskazanych dla nich dodatkowych profili, zakresów lub rodzajów świadczeń posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

2. W przypadku chemioterapii okres realizacji umowy, o którym mowa w ust. 1, wynosi co najmniej 3 miesiące.

3. Wymóg dwóch ostatnich lat kalendarzowych, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy świadczeń wykonywanych w celu realizacji programów lekowych przysługujących

świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy oraz świadczeń objętych kompleksową opieką zdrowotną.

4. Do okresu, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki wstąpił świadczeniodawca określony w ust. 1 na podstawie ustawy lub czynności prawnej, w tym umowy przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5 ustawy.

5. Świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, obejmują świadczenia objęte umową, o której mowa w ust. 1.

§ 5. Wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom systemu zabezpieczenia, określa załącznik do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

**Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia ... (poz. ...)**

**Wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom systemu
zabezpieczenia**

Lp.	Profile	Porady specjalistyczne
1	alergologia	porada specjalistyczna – alergologia porada specjalistyczna – alergologia dla dzieci
2	alergologia dla dzieci	porada specjalistyczna – alergologia dla dzieci
3	angiologia	porada specjalistyczna – leczenie chorób naczyń
4	audiologia i foniatria	porada specjalistyczna – audiologia i foniatria
5	audiologia i foniatria dla dzieci	porada specjalistyczna – audiologia i foniatria
6	chirurgia dziecięca	porada specjalistyczna – chirurgia dziecięca, porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna dla dzieci, porada specjalistyczna – gastroenterologia dla dzieci, porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, porada specjalistyczna – preluksacja porada specjalistyczna – urologia dziecięca
7	chirurgia klatki piersiowej	porada specjalistyczna – chirurgia klatki piersiowej
8	chirurgia klatki piersiowej dla dzieci	porada specjalistyczna – chirurgia klatki piersiowej
9	chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych)	porada specjalistyczna – leczenie chorób naczyń
10	chirurgia ogólna	porada specjalistyczna – chirurgia ogólna, porada specjalistyczna – proktologia porada specjalistyczna – leczenie bólu, porada specjalistyczna – gastroenterologia, porada specjalistyczna – gastroenterologia dla dzieci, porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, porada specjalistyczna – leczenie chorób naczyń, porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna, porada specjalistyczna – toksykologia
11	chirurgia onkologiczna	porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna, porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna dla dzieci, porada specjalistyczna – onkologia, porada specjalistyczna – proktologia
12	chirurgia onkologiczna dla dzieci	porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna dla dzieci
13	chirurgia plastyczna	porada specjalistyczna – chirurgia plastyczna
14	chirurgia plastyczna dla dzieci	porada specjalistyczna – chirurgia plastyczna
15	chirurgia szczękowo-twarzowa	porada specjalistyczna – chirurgia szczękowo-twarzowa

16	chirurgia szczękowo–twarzowa dla dzieci	porada specjalistyczna – chirurgia szczękowo–twarzowa
17	choroby płuc	porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc, porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc dla dzieci, porada specjalistyczna – leczenie mukowiscydozy, porada specjalistyczna – alergologia, porada specjalistyczna – alergologia dla dzieci
18	choroby płuc dla dzieci	porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc dla dzieci, porada specjalistyczna – leczenie mukowiscydozy, porada specjalistyczna – alergologia dla dzieci
19	choroby wewnętrzne	porada specjalistyczna – alergologia, porada specjalistyczna – choroby metaboliczne, porada specjalistyczna – diabetologia, porada specjalistyczna – endokrynologia, porada specjalistyczna – gastroenterologia, porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc porada specjalistyczna – leczenie chorób naczyń, porada specjalistyczna – choroby zakaźne, porada specjalistyczna – hepatologia, porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy, porada specjalistyczna – hematologia, porada specjalistyczna – immunologia, porada specjalistyczna – reumatologia, porada specjalistyczna – geriatria, porada specjalistyczna – neurologia, porada specjalistyczna – nefrologia, porada specjalistyczna – leczenie bólu, porada specjalistyczna – leczenie mukowiscydozy, porada specjalistyczna – kardiologia, porada specjalistyczna – proktologia, porada specjalistyczna – toksykologia, porada specjalistyczna – transplantologia;
20	choroby zakaźne	porada specjalistyczna – choroby zakaźne, porada specjalistyczna – choroby zakaźne u dzieci, porada specjalistyczna – hepatologia, porada specjalistyczna - leczenie osób z AIDS lub zakażonych HIV
21	choroby zakaźne dla dzieci	porada specjalistyczna – choroby zakaźne u dzieci
22	dermatologia i wenerologia	porada specjalistyczna – dermatologia i wenerologia
23	dermatologia i wenerologia dla dzieci	porada specjalistyczna – dermatologia i wenerologia
24	diabetologia	porada specjalistyczna – diabetologia, porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci, porada specjalistyczna – choroby metaboliczne
25	diabetologia dla dzieci	porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci, porada specjalistyczna – choroby metaboliczne, porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci
26	endokrynologia	porada specjalistyczna – endokrynologia, porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci,

		porada specjalistyczna – choroby metaboliczne, porada specjalistyczna – diabetologia, porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci, porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy
27	endokrynologia dla dzieci	porada specjalistyczna – choroby metaboliczne, porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci, porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci,
28	gastroenterologia	porada specjalistyczna – gastroenterologia, porada specjalistyczna – gastroenterologia dla dzieci, porada specjalistyczna – proktologia, porada specjalistyczna – hepatologia porada specjalistyczna – leczenie mukowiscydozy porada specjalistyczna – transplantologia
29	gastroenterologia dla dzieci	porada specjalistyczna – gastroenterologia dla dzieci, porada specjalistyczna – proktologia, porada specjalistyczna – hepatologia, porada specjalistyczna – leczenie mukowiscydozy porada specjalistyczna – rzadkie wrodzone wady metabolizmu u dzieci porada specjalistyczna – transplantologia
30	ginekologia onkologiczna	porada specjalistyczna – położnictwo i ginekologia porada specjalistyczna – onkologia
31	geriatria	porada specjalistyczna – geriatria
32	hematologia	porada specjalistyczna – hematologia porada specjalistyczna – transplantologia
33	immunologia kliniczna	porada specjalistyczna – immunologia porada specjalistyczna – transplantologia
34	immunologia kliniczna dla dzieci	porada specjalistyczna – immunologia
35	kardiochirurgia	porada specjalistyczna – kardiochirurgia porada specjalistyczna – transplantologia
36	kardiochirurgia dla dzieci	porada specjalistyczna – kardiochirurgia porada specjalistyczna – transplantologia
37	kardiologia	porada specjalistyczna – kardiologia porada specjalistyczna – transplantologia
38	kardiologia dla dzieci	porada specjalistyczna – kardiologia dziecięca
39	nefrologia	porada specjalistyczna – nefrologia porada specjalistyczna – nefrologia dla dzieci porada specjalistyczna – transplantologia
40	nefrologia dla dzieci	porada specjalistyczna – nefrologia dla dzieci
41	neonatologia	porada specjalistyczna – neonatologia
42	neurochirurgia	porada specjalistyczna – neurochirurgia, porada specjalistyczna – neurochirurgia dla dzieci porada specjalistyczna – leczenie bólu
43	neurochirurgia dla dzieci	porada specjalistyczna – neurochirurgia dla dzieci porada specjalistyczna – leczenie bólu
44	neurologia	porada specjalistyczna – geriatria, porada specjalistyczna – leczenie bólu, porada specjalistyczna – logopedia, porada specjalistyczna – neurologia

45	neurologia dla dzieci	porada specjalistyczna – leczenie bólu, porada specjalistyczna – logopedia, porada specjalistyczna – neurologia dziecięca
46	okulistyka	porada specjalistyczna – okulistyka, porada specjalistyczna – okulistyka dla dzieci, porada specjalistyczna – leczenie zeza
47	okulistyka dla dzieci	porada specjalistyczna – okulistyka dla dzieci porada specjalistyczna – leczenie zeza
48	onkologia i hematologia dziecięca	porada specjalistyczna – onkologia i hematologia dziecięca porada specjalistyczna – transplantologia
49	onkologia kliniczna	porada specjalistyczna – leczenie bólu, porada specjalistyczna – onkologia
50	ortopedia i traumatologia narządu ruchu	porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy porada specjalistyczna – preluksacja, porada specjalistyczna – leczenie wad postawy u dzieci i młodzieży
51	ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, porada specjalistyczna – preluksacja, porada specjalistyczna – leczenie wad postawy u dzieci i młodzieży
52	otorynolaryngologia	porada specjalistyczna – otolaryngologia, porada specjalistyczna – otolaryngologia dziecięca, porada specjalistyczna – logopedia
53	otorynolaryngologia dla dzieci	porada specjalistyczna – otolaryngologia dziecięca, porada specjalistyczna – logopedia
54	pediatria	porada specjalistyczna – alergologia dla dzieci, porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci, porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci, porada specjalistyczna – gastroenterologia dla dzieci, porada specjalistyczna – choroby zakaźne u dzieci, porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc u dzieci, porada specjalistyczna – leczenia mukowiscydozy, porada specjalistyczna – choroby metaboliczne, porada specjalistyczna – immunologia, porada specjalistyczna – kardiologia dziecięca, porada specjalistyczna – neonatologia, porada specjalistyczna – neurologia dziecięca, porada specjalistyczna – onkologia i hematologia dziecięca, porada specjalistyczna – rzadkie wrodzone wady metabolizmu u dzieci, porada specjalistyczna – nefrologia dla dzieci, porada specjalistyczna – reumatologia dla dzieci, porada specjalistyczna – toksykologia;

55	położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych)	porada specjalistyczna – położnictwo i ginekologia, porada specjalistyczna – ginekologia dla dziewcząt, porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy porada specjalistyczna – endokrynologia, porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci
56	brachyterapia, chemioterapia hospitalizacja, radioterapia, terapia izotopowa	porada specjalistyczna – onkologia
57	reumatologia	porada specjalistyczna – reumatologia, porada specjalistyczna – reumatologia dla dzieci porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy
58	reumatologia dla dzieci	porada specjalistyczna – reumatologia dla dzieci
59	toksykologia kliniczna	porada specjalistyczna – toksykologia
60	toksykologia kliniczna dla dzieci	porada specjalistyczna – toksykologia
61	transplantologia kliniczna	porada specjalistyczna – transplantologia
62	transplantologia kliniczna dla dzieci	porada specjalistyczna – transplantologia
63	urologia	porada specjalistyczna – urologia
64	urologia dla dzieci	porada specjalistyczna – urologia dziecięca
65	wszystkie profile wymienione w pkt 1–64	porada specjalistyczna – genetyka

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie, przewidziane do wydania zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 95m ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, określa:

- 1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia;
- 2) dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu zabezpieczenia;
- 3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń w ramach profili, zakresów i rodzajów świadczeń, o których mowa w pkt 2;
- 4) przyporządkowanie porad specjalistycznych do poszczególnych profili systemu zabezpieczenia.

W § 2 określono szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów PSZ, przy czym należy pamiętać, że kwalifikacja taka uzależniona jest co do zasady od spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych w samej ustawie.

Przyjęto następujące rozwiązania.

Do poziomu szpitali I stopnia zostaną zakwalifikowane szpitale, które:

- 1) udzielające świadczeń w ramach co najmniej 2 profili definiujących ten poziom lub;
- 2) w ramach profilu choroby wewnętrzne, jeżeli jest to jedyny szpital w powiecie lub w przypadku jeżeli choroby wewnętrzne stanowią ponad 50% udzielanych świadczeń.

W przypadkach określonych w pkt 2, zgodnie z art. 95m ust. 7 ustawy ustalono mniejszą niż 2 liczbę profili 1 poziomu kwalifikujących dla tego poziomu, ustalając jednocześnie dodatkowe warunki wynikające z art. 95m ust. 8 ustawy. Uzasadnione to jest koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowych zakresach;

Do poziomu szpitali II stopnia zostaną zakwalifikowane szpitale, które:

- 1) udzielają świadczeń w ramach co najmniej 6 profili wskazanych dla pierwszego i drugiego poziomu, w tym co najmniej 3 profili należących do drugiego poziomu lub
- 2) w ramach co najmniej dwóch profili określonych dla 2 poziomu oraz co najmniej dwóch profili określonych dla 1 poziomu PSZ drugiego lub trzeciego poziomu referencyjnego, lub
- 3) udzielają świadczeń z zakresu chirurgii plastycznej i chirurgii ogólnej oraz świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, a łączna wartość rozliczonych świadczeń w ramach chirurgii plastycznej i chirurgii ogólnej oraz w ramach anestezjologii i intensywnej terapii w ciągu ostatniego pełnego roku kalendarzowego wynosi co najmniej 12 mln zł – świadczenia te, w określonej wartości, w połączeniu ze świadczeniami udzielanymi w AiIT, stanowią cechę charakterystyczną istotnych, z punktu widzenia zabezpieczenia świadczeń, ośrodków oparzeniowych w Polsce,
- 4) udzielają świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci oraz świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, a łączna wartość rozliczonych świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci w ciągu ostatniego pełnego roku kalendarzowego wynosi co najmniej 15 mln zł – świadczenia te, w określonej wartości, w połączeniu ze świadczeniami udzielanymi w AiIT, stanowią cechę charakterystyczną istotnych, z punktu widzenia zabezpieczenia świadczeń, ośrodków ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Polsce,
- 5) udzielają świadczeń z zakresu reumatologii lub reumatologii dla dzieci oraz świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, a łączna wartość rozliczonych świadczeń z zakresu reumatologii lub reumatologii dla dzieci w ciągu ostatniego pełnego roku kalendarzowego wynosi co najmniej 8 mln zł – świadczenia te, w określonej wartości, stanowią cechę charakterystyczną istotnych, z punktu widzenia zabezpieczenia świadczeń, ośrodków udzielających świadczeń w zakresie reumatologii w Polsce.

W przypadkach określonych w pkt 2–5, zgodnie z art. 95m ust. 7 ustawy ustalono mniejszą niż 3 liczbę profili 2 poziomu kwalifikujących dla tego poziomu, ustalając jednocześnie dodatkowe warunki wynikające z art. 95m ust. 8 ustawy. Jednocześnie w przypadku określonym w pkt 5, zgodnie z art. 95m ust. 9 ustawy odstąpiono od wymogu udzielania świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden

z poziomów referencyjnych). Uzasadnione to jest koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowych zakresach.

Do poziomu szpitali III stopnia zostaną zakwalifikowane szpitale:

- 1) udzielające świadczeń w ramach co najmniej ośmiu profili należących do poziomów 1–3, w tym co najmniej trzech profili należących do poziomu 3;
- 2) w ramach co najmniej dwóch profili określonych dla 3 poziomu oraz co najmniej dwóch profili określonych dla 1 lub 2 poziomu PSZ, które mają trzeci poziom referencyjny;
- 3) udzielające świadczeń w ramach profili choroby zakaźne lub choroby zakaźne dla dzieci, pod warunkiem, że profile te stanowią co najmniej 50% wszystkich realizowanych profili.

W przypadkach określonych w pkt 2–3, zgodnie z art. 95m ust. 7 ustawy ustalono mniejszą niż 3 liczbę profili kwalifikujących dla tego poziomu, ustalając jednocześnie dodatkowe warunki wynikające z art. 95m ust. 8 ustawy. Jednocześnie w przypadku określonym w lit. c, zgodnie z art. 95m ust. 9 ustawy odstąpiono od wymogu udzielania świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych). Uzasadnione to jest koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowych zakresach.

Do poziomu szpitali onkologicznych zostaną zakwalifikowane szpitale:

- 1) udzielające świadczeń w ramach co najmniej 6 profili definiujących poziom szpitali onkologicznych i jednocześnie udzielające świadczeń w ramach co najmniej jednego z profili: ginekologia onkologiczna lub chirurgia onkologiczna lub chirurgia onkologiczna dla dzieci oraz co najmniej jednego z profili: brachyterapia lub radioterapia lub terapia izotopowa, oraz co najmniej jednego z profili: chemioterapia hospitalizacja lub hematologia lub onkologia i hematologia dziecięca lub onkologia kliniczna;
- 2) udzielające świadczeń w ramach co najmniej 3 profili definiujących poziom szpitali onkologicznych, w przypadku których liczba profili, w ramach których udzielają świadczeń, spośród profili należących do poziomu szpitali onkologicznych, jest większa niż 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udzielają świadczeń, spośród profili definiujących poziomy 1–5 lub łączna wartość rozliczonych świadczeń w ramach tych profili w ciągu ostatniego pełnego roku wynosi co najmniej 20 mln zł.

Do poziomu szpitali pulmonologicznych zostaną zakwalifikowane szpitale:

- 1) udzielające świadczeń w ramach co najmniej 2 profili wskazanych dla tego poziomu, w przypadku których liczba profili, w ramach których udzielają świadczeń, spośród profili należących do poziomu szpitali pulmonologicznych, jest większa niż 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udzielają świadczeń, spośród profili definiujących poziomy 1–5 lub łączna wartość rozliczonych świadczeń w ramach tych profili w ciągu ostatniego pełnego roku wynosi co najmniej 20 mln zł;
- 2) udzielające świadczeń w ramach mono-profilu choroby płuc (lub choroby płuc dla dzieci) z istotnym udziałem świadczeń związanych z długoterminowym leczeniem gruźlicy – wskazana charakterystyka struktury udzielanych świadczeń stanowi cechę charakterystyczną istotnych, z punktu widzenia zabezpieczenia świadczeń, ośrodków udzielających świadczeń w zakresie leczenia gruźlicy.

W przypadkach drugim, zgodnie z art. 95m ust. 7 ustawy ustalono mniejszą niż 2 liczbę profili kwalifikujących dla tego poziomu, ustalając jednocześnie dodatkowe warunki wynikające z art. 95m ust. 8 ustawy. Uzasadnione to jest koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowych zakresach.

Do poziomu szpitali pediatrycznych zostaną zakwalifikowane szpitale udzielające świadczeń w ramach co najmniej 3 profili dla dzieci, w przypadku których, liczba profili, w ramach których udzielają świadczeń, spośród profili dziecięcych, jest większa niż 75% ogólnej liczby profili, w ramach których udzielają świadczeń, spośród profili definiujących poziomy 1–5.

W § 3 określono dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do danego poziomu PSZ będą mogli udzielać świadczeń opieki zdrowotnej. Zawarte tu postanowienia korespondują z przepisami ustawy, zgodnie z którymi w celu zagwarantowania kompleksowości i ciągłości opieki zdrowotnej, w zakresie poszczególnych poziomów PSZ świadczeniobiorcom może być zapewniony dostęp do świadczeń udzielanych w ramach dodatkowych profili oraz dodatkowych zakresów lub rodzajów świadczeń. Wymienione tu świadczenia stanowią dodatkowy ważny element składający się na kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ.

W § 4 projektowanego rozporządzenia określono warunki, po spełnieniu których świadczeniodawca może udzielać dodatkowych świadczeń, zgodnie z przepisami § 3.

Wprowadzono tu warunek analogiczny do tego, który dotyczy profili kwalifikujących, tj. świadczeniodawca może udzielać świadczeń w ramach dodatkowych profili lub rodzajów świadczeń, o ile są one objęte umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres obowiązywania, w dniu ogłoszenia wykazu, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe. Ponadto konieczne jest spełnianie w odniesieniu do wszystkich dodatkowych profili i rodzajów świadczeń wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ust. 2 ustawy. Jednocześnie wprowadzono dwa odstępstwa od zasady dot. dwuletniego okresu obowiązywania umowy – w przypadku chemioterapii okres ten skrócono do 3 miesięcy, natomiast w odniesieniu do świadczeń wykonywanych w celu realizacji programów lekowych oraz świadczeń objętych kompleksową opieką zdrowotną zrezygnowano w ogóle z tego wymogu.

W załączniku do rozporządzenia określono przyporządkowanie porad specjalistycznych do poszczególnych profili systemu zabezpieczenia. Co do zasady przyjęto założenie, że wymagania dotyczące lekarzy specjalistów określonych w tzw. „koszyku” świadczeń ambulatoryjnych w odniesieniu do porad specjalistycznych powinny korespondować z odpowiednim profilem w ramach opieki szpitalnej. Np. określenie dla porady specjalistycznej w proktologii, wśród wymagań dotyczących lekarzy, specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej, przyporządkowuję tę poradę m.in. do profilu chirurgia ogólna. Przyjęte rozwiązanie powinno się przyczynić do większej koordynacji udzielanych świadczeń.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Kwestie regulowane w projektowanym rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

Nazwa projektu: Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu zabezpieczenia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Rafał Bułanowski, r.bulanowski@mz.gov.pl; (22) 860 11 38, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia	Data sporządzenia: 03.02.2017 r. Źródło: Art. 95m ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projektowane rozporządzenie realizuje upoważnienie zawarte w art. 95m ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Jego wydanie jest niezbędne w celu przeprowadzenia kwalifikacji świadczeniodawców do przewidzianego w ww. ustawie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektowane rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia;
- 2) dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których, świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95m ust. 11 ustawy;
- 3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń w ramach dodatkowych profili, zakresów i rodzajów świadczeń;
- 4) wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom, o których mowa w art. 95m ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy – kwestie zbyt szczegółowe.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	NFZ nie będzie organizował konkursów ofert w odniesieniu do zdecydowanej większości świadczeń szpitalnych. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ ogłaszać będą wykazy świadczeniodawców uprawnionych do udzielania świadczeń w ramach systemem zabezpieczenia.
Szpitalne	1375	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	W celu uzyskania prawa udzielania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia, które stanowić będzie główną formę zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, podmioty lecznicze będą musiały spełnić wymogi niezbędne dla

			zakwalifikowania do danego poziomu systemem zabezpieczenia.
Świadczeniobiorcy	ok. 35 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Świadczeniobiorcy uzyskują poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Odniosą także korzyści związane wyraźną poprawą koordynacji świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej, której konsekwencją powinna być ogólna poprawa jakości opieki zdrowotnej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Oдноśnie projektowanego rozporządzenia nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.

Projekt regulacji będzie przedmiotem konsultacji publicznych i opiniowania m.in. z następującymi podmiotami:

- 1) Radą Dialogu Społecznego;
- 2) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelną Radą Lekarską;
- 4) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelną Radą Aptekarską;
- 6) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 9) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 13) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 17) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 21) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 22) Związkiem Powiatów Polskich;
- 23) Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 24) Konwentem Marszałków Województw;
- 25) Konfederacją „Lewiatan”;
- 26) Business Center Club;
- 27) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 28) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 29) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 30) Federacją Pacjentów Polskich;
- 31) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 32) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 33) Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- 34) Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- 35) Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- 36) Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 37) Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie;
- 38) Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie;

- 39) Instytutem „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 40) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 41) Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 42) Narodowym Instytutem Leków w Warszawie;
- 43) Narodowym Funduszem Zdrowia.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. W przypadku leczenia szpitalnego, przyjmując rok 2015 za rok bazowy oraz przyjmując założenia zawarte w załączonych projektach rozporządzeń, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia przypadłoby ok. 91% środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na ten zakres świadczeń. W odniesieniu do świadczeń z zakresu AOS i rehabilitacji leczniczej odsetek ten wynosiłby odpowiednio 37% i 27%.

Wśród podmiotów, które wchodzi do systemu zabezpieczenia ok. 11% liczby podmiotów jest niepublicznych, którym odpowiada ponad 4% wartości środków w ramach systemu zabezpieczenia. Odsetek podmiotów niepublicznych jest najwyższy na poziomie onkologicznym ok. 24% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie. Wysoki odsetek podmiotów niepublicznych jest również na poziomie pierwszym ok. 19% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie.

Powyższe wyliczenia oparte są na aktualnym projekcie rozporządzenia. Udziały środków wyliczone są na podstawie danych sprawozdawczych z 2015 r.

Natomiast pozostaną bez zmian zakresy świadczeń: opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej z wyłączeniem nocnej pomocy lekarskiej.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Projektowane przepisy zapewnią znacznej części podmiotów leczniczych większą stabilność finansową, ponieważ świadczeniodawcy zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia uzyskają pewność zawarcia z nimi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zostaną tym samym zwolnieni z konieczności ubiegania się o takie umowy w trybie konkursowym. Z drugiej strony takie rozwiązanie spowoduje z konieczności znaczne ograniczenie liczby ogłaszanych przez płatnika postępowań konkursowych, przede wszystkim w zakresie leczenia szpitalnego. W konsekwencji podmioty lecznicze niezakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będą miały relatywnie mniejszą szansę na uzyskanie finansowania udzielanych przez siebie świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku systemu zabezpieczenia mówimy o kluczowych dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli podmiotach, które ze względu na swoje znaczenie zostały uprzednio wyłonione w drodze konkursowej. Ponadto trzeba zaznaczyć, że do „systemu zabezpieczenia” kwalifikowane są podmioty lecznicze bez względu na własność, w tym systemie będą zarówno podmioty publiczne jak i podmioty niepubliczne.

Wpływ projektowanych przepisów na warunki życia ogółu obywateli i rodzin będzie się wiązał z poprawą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń szpitalnych i specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz poprawą jakości tych świadczeń dzięki lepszej koordynacji między leczeniem szpitalnym, świadczeniami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacją leczniczą.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

☐ tak

☐ nie

☐ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
9. Wpływ na rynek pracy			
Nie dotyczy.			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu	Poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń szpitalnych, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i rehabilitacji leczniczej oraz jakości tych świadczeń, w związku z poprawą koordynacji i kompleksowości opieki nad pacjentem i ciągłości leczenia.		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Przepisy projektowanego rozporządzenia powinny wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Nie dotyczy.			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Nie dotyczy.			

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego
zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej
wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania**

Na podstawie art. 136c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania rozliczanych odrębnie w ramach kwoty zobowiązania umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia.

§ 2. Ustala się następujące świadczenia opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu rozliczeniu w ramach kwoty zobowiązania:

- 1) w trakcie wykonywania których odbywa się poród;
- 2) endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego;
- 3) zabiegi usunięcia zaćmy;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60.

- 4) wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy, w tym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych tymi programami;
- 5) chemioterapia, w tym leki stosowane w chemioterapii;
- 6) radioterapia;
- 7) świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy;
- 8) realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;
- 9) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 10) diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- 11) rehabilitacja lecznicza w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;
- 12) kompleksowa opieka nad pacjentem;
- 13) świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

§ 3. Wartość ryczału systemu zabezpieczenia wylicza się na podstawie następującego wzoru:

$$R_{i+1} = C_{i+1}L_{i-1} \left(A \frac{kL_i}{L_{i-1}} + B \right) \left(1 + \sum_{j=1}^m Q_j \right) + R_x$$

gdzie:

- R_{i+1} – wartość ryczału systemu zabezpieczenia dla danego świadczeniodawcy na dany okres rozliczeniowy,
- C_{i+1} – cena jednostki sprawozdawczej w okresie obowiązywania ryczału systemu zabezpieczenia, wyznaczana według następującego wzoru:

$$C_{i+1} = Wx \frac{\sum_{l=1}^o R_l}{\sum_{l=1}^o L_l}$$

- W – wskaźnik dynamiki wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczału systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy, na dany okres rozliczeniowy w stosunku do okresu poprzedzającego,

- R_i – ryczałt danego świadczeniodawcy w okresie obliczeniowym, to jest okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia,
- L_i – Liczba jednostek świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez danego świadczeniodawcę w okresie obliczeniowym, to jest okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia;
- L_{i-1} – Liczba jednostek świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez danego świadczeniodawcę w okresie poprzedzającym okres obliczeniowy;
- K – współczynnik proporcjonalności korygujący długość trwania okresów rozliczeniowych danego świadczeniodawcy (przy jednakowych okresach $k=1$);
- A, B – współczynniki korygujące dotyczące danego świadczeniodawcę, przyjmujące następujące wartości w zależności od wartości ilorazu kL_i/L_{i-1} :

Wartość ilorazu kL_i/L_{i-1}	Wartość współczynnika A	Wartość współczynnika B
(0–0,5)	0,7	0
<0,5–0,9)	1,5	-0,4
<0,9–1,1)	0,5	0,5
<1,1–1,25	0,2	0,83
<1,25+	0,1	0,955

- Q_j – współczynniki korygujące, związane z jakością procesu udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę, w danym okresie obliczeniowym (i), z zastrzeżeniem, że suma wartości tych wskaźników nie może być większa niż 0,05 i nie może być mniejsza niż 0,05:

Charakterystyka współczynnika korygującego Q_j	Wartość współczynnika korygującego Q_j w przypadku spełniania (tak) albo braku spełniania charakterystyki (nie):	
	tak	nie
Wzrost udziału świadczeń ambulatoryjnych w sprawozdanych jednostkach sprawozdawczych za okres (i) w stosunku do okresu ($i-1$)	0,01	0
Skrócenie czasu pobytu w szpitalu w okresie (i) w porównaniu do okresu ($i-1$)	0,01	0
Wzrost przeciętnej wartości 1 hospitalizacji w	0,02	- 0,01

jednostkach sprawozdawczych – parametr dla szpitali III i ogólnopolskiego poziomu		
Wzrost współczynnika ponownych hospitalizacji w czasie krótszym niż 30 dni	- 0,02	0
Posiadanie ważnej akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego, dla którego wyznaczany jest ryczałt	0,02	0
Wzrost w okresie (i) w stosunku do okresu (i-1) o co najmniej 10% udziału hospitalizacji, w trakcie których wykonano zabieg w stosunku do ogólnej liczby hospitalizacji (dotyczy specjalności/ profili zabiegowych).	0,01	0
Spadek w okresie (i) w stosunku do okresu (i-1) o co najmniej 10% udziału hospitalizacji, w trakcie których wykonano zabieg w stosunku do ogólnej liczby hospitalizacji (dotyczy specjalności/ profili zabiegowych).	- 0,01	0
Spadek udziału świadczeń ambulatoryjnych w sprawozdanych jednostkach sprawozdawczych za okres (i) w stosunku do okresu (i-1)	- 0,01	0

- Rx – korekta ryczałtu wynikająca z art. 136c ust. 4 ustawy, polegająca na zwiększeniu lub zmniejszeniu.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie, przewidziane do wydania zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 136c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, określa:

- 1) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych odrębnie w ramach kwoty zobowiązania umów zawartych ze świadczeniodawcami w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) sposób ustalania ryczału systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy.

Wyodrębnienie świadczeń wskazanych w § 2 projektowanego rozporządzenia oznacza, że świadczenia te będą finansowane na ogólnych zasadach, poza ryczałem systemu zabezpieczenia, zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 2 ustawy, co jest niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń.

W § 3 projektowanego rozporządzenia określono szczegółowy wzór wyliczania ryczału systemu zabezpieczenia. Zaproponowana metodologia zapewni realizację zasad określania ryczału systemu zabezpieczenia, zawartych w art. 136c ustawy.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Kwestie regulowane w projektowanym rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

Nazwa projektu: Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ... określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Ryszard Łabanow, r.labanow@mz.gov.pl, (22) 860 11 62, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia,	Data sporządzenia: 06.02.2017 r. Źródło: Art. 136c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projektowane rozporządzenie realizuje upoważnienie zawarte w art. 136c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm), zwanej dalej „ustawą”.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektowane rozporządzenie określa:

- **sposób ustalania ryczałtu systemu** podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, **który będzie podstawową formą rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach tego systemu.**
- wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy – kwestie zbyt szczegółowe.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Oddziały wojewódzkie NFZ będą rozliczać się w formie ryczałtu ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zachowaniu odrębnego sposobu finansowania kosztów niektórych wyodrębnionych świadczeń.
Szpitalne	1375	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	Szpitalne zakwalifikowane do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej będą finansowane w formie ryczałtów, z wyjątkiem niektórych wyodrębnionych świadczeń.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnośnie projektowanego rozporządzenia nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.

Projekt regulacji będzie przedmiotem konsultacji publicznych i opiniowania m.in. z następującymi podmiotami:

- 1) Radą Dialogu Społecznego;
- 2) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelną Radą Lekarską;
- 4) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelną Radą Aptekarską;
- 6) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 9) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 13) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 17) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 21) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 22) Związkiem Powiatów Polskich;
- 23) Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 24) Konwentem Marszałków Województw;
- 25) Konfederacją „Lewiatan”;
- 26) Business Center Club;
- 27) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 28) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 29) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 30) Federacją Pacjentów Polskich;
- 31) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 32) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 33) Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- 34) Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- 35) Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- 36) Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 37) Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie;
- 38) Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie;
- 39) Instytutem „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 40) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 41) Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 42) Narodowym Instytutem Leków w Warszawie;
- 43) Narodowym Funduszem Zdrowia.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. –

Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).		
6. Wpływ na sektor finansów publicznych		
Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. W przypadku leczenia szpitalnego, przyjmując rok 2015 za rok bazowy oraz przyjmując założenia zawarte w załączonych projektach rozporządzeń, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia przypadłoby ok. 91% środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na ten zakres świadczeń. W odniesieniu do świadczeń z zakresu AOS i rehabilitacji leczniczej odsetek ten wynosiłby odpowiednio 37% i 27%. Wśród podmiotów, które wchodzi do systemu zabezpieczenia ok. 11% liczby podmiotów jest niepublicznych, którym odpowiada ponad 4% wartości środków w ramach systemu zabezpieczenia. Odsetek podmiotów niepublicznych jest najwyższy na poziomie onkologicznym ok. 24% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie. Wysoki odsetek podmiotów niepublicznych jest również na poziomie pierwszym ok. 19% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie. Powyższe wyliczenia oparte są na aktualnym projekcie rozporządzenia. Udziały środków wyliczone są na podstawie danych sprawozdawczych z 2015 r. Natomiast pozostaną bez zmian zakresy świadczeń: opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej z wyłączeniem nocnej pomocy lekarskiej.		
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe		
Wpływ projektowanych przepisów na funkcjonowanie przedsiębiorców będzie się wiązał z zapewnieniem stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych, które zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia. Wpływ projektowanych przepisów na warunki życia ogółu obywateli i rodzin będzie się wiązał z poprawą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawą koordynacji i kompleksowości ich udzielania, dzięki wprowadzeniu nowego mechanizmu finansowania tych świadczeń, w ramach systemu zabezpieczenia.		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
9. Wpływ na rynek pracy		
Nie dotyczy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawa koordynacji i kompleksowości ich udzielania.	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Przepisy projektowanego rozporządzenia powinny wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Nie dotyczy.
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Nie dotyczy.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres
rozliczeniowy**

Na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. ...), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy.

§ 2. Wartość ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy wylicza się na podstawie następującego wzoru:

$$R_0 = \sum_{i=1}^n \frac{(L_i - W_i) K_i C_i}{r} + \sum_{g=1}^o \frac{(A_g - V_g) C_g}{r} + R_x$$

gdzie:

- R_0 kwota ryczałtu dla danego świadczeniodawcy na pierwszy okres rozliczeniowy,
- L_i liczba jednostek rozliczeniowych świadczeń opieki zdrowotnej, dla danego świadczeniodawcy, w zakresie leczenia szpitalnego, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- K_i współczynnik korygujący, dla danego świadczeniodawcy, określony na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ustawy, obowiązujący w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 30 czerwca 2017 r.,
- W_i liczba jednostek rozliczeniowych, dla danego świadczeniodawcy, świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia szpitalnego, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 1 ustawy,

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

- C_i , C_g , – ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach lub rodzajach świadczeń, według stanu na dzień 1 stycznia 2015 r.,
- A_g liczba jednostek rozliczeniowych dla danego świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- V_g liczba jednostek rozliczeniowych dla danego świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 1 ustawy,
- r współczynnik proporcjonalności czasowej, wyliczany jako iloraz liczby miesięcy w roku kalendarzowym oraz liczby miesięcy w pierwszym okresie rozliczeniowym,
- R_x korekta ryczałtu wynikająca z art. 136c ust. 4 ustawy lub art. 5 ust. 2 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegająca na zwiększeniu lub zmniejszeniu.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie, przewidziane do wydania zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 5 ust. 4 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa sposób ustalania ryczału systemu zabezpieczenia, na pierwszy okres rozliczeniowy, o którym mowa w art. 136c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Ryczałt ten będzie podstawową formą rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, którzy znajdują się w pierwszych wykazach podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w pierwszym okresie rozliczeniowym.

W § 2 projektowanego rozporządzenia określono szczegółowy wzór wyliczania ryczału systemu zabezpieczenia. Zaproponowana metodologia zapewni realizację zasad określania ryczału systemu zabezpieczenia, zawartych w art. 136c ustawy.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Kwestie regulowane w projektowanym rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

Nazwa projektu: Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Tomasz Podbielski, t.podbielski@mz.gov.pl, (22) 860 11 46, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia,	Data sporządzenia: 06.02.2017 r. Źródło: Art. 5 ust. 4 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. ...) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projektowane rozporządzenie realizuje upoważnienie zawarte w 5 ust. 4 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektowane rozporządzenie określa sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia, stosowanego jako podstawowa forma rozliczania świadczeń w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanego dalej „systemem zabezpieczenia” – w pierwszym okresie rozliczeniowym.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy – kwestie zbyt szczegółowe.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Oddziały wojewódzkie NFZ będą odrębnie rozliczać ze świadczeniodawcami, z którymi zawarte będą umowy w ramach systemu zabezpieczenia, koszty wyodrębnionych świadczeń.
Szpitalne	1375	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	Szpitalne zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia otrzymają w ramach kwot zobowiązania określonych w umowach z NFZ wyodrębnione kwoty przeznaczone na finansowanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnosnie projektowanego rozporządzenia nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.

Projekt regulacji będzie przedmiotem konsultacji publicznych i opiniowania m.in. z następującymi podmiotami:

- 1) Radą Dialogu Społecznego;
- 2) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelną Radą Lekarską;
- 4) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelną Radą Aptekarską;
- 6) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;

- 8) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 9) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 13) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 17) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 21) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 22) Związkiem Powiatów Polskich;
- 23) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 24) Konwentem Marszałków Województw;
- 25) Konfederacją „Lewiatan”;
- 26) Business Center Club;
- 27) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 28) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 29) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 30) Federacją Pacjentów Polskich;
- 31) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 32) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 33) Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- 34) Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- 35) Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- 36) Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 37) Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie;
- 38) Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie;
- 39) Instytutem „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 40) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 41) Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 42) Narodowym Instytutem Leków w Warszawie;
- 43) Narodowym Funduszem Zdrowia.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. W przypadku leczenia szpitalnego, przyjmując rok 2015 za rok bazowy oraz przyjmując założenia zawarte w załączonych projektach rozporządzeń, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia przypadałoby ok. 91% środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na ten zakres świadczeń.

W odniesieniu do świadczeń z zakresu AOS i rehabilitacji leczniczej odsetek ten wynosiłby odpowiednio 37% i 27%. Wśród podmiotów, które wchodzą do systemu zabezpieczenia ok. 11% liczby podmiotów jest niepublicznych, którym odpowiada ponad 4% wartości środków w ramach systemu zabezpieczenia. Odsetek podmiotów niepublicznych jest najwyższy na poziomie onkologicznym ok. 24% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie. Wysoki odsetek podmiotów niepublicznych jest również na poziomie pierwszym ok. 19% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie.

Powyższe wyliczenia oparte są na aktualnym projekcie rozporządzenia. Udziały środków wyliczone są na podstawie danych sprawozdawczych z 2015 r.

Natomiast pozostaną bez zmian zakresy świadczeń: opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej z wyłączeniem nocnej pomocy lekarskiej.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Wpływ projektowanych przepisów na funkcjonowanie przedsiębiorców będzie się wiązał z zapewnieniem stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych, które zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia.

Wpływ projektowanych przepisów na warunki życia ogółu obywateli i rodzin będzie się wiązał z poprawą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawą koordynacji i kompleksowości ich udzielania, dzięki wprowadzeniu nowego mechanizmu finansowania tych świadczeń, w ramach systemu zabezpieczenia.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

☐ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

☐ zwiększenie liczby dokumentów
☐ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

☐ tak
☐ nie
☒ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Nie dotyczy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ inne:

☐ demografia
☐ mienie państwowe

☐ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawa koordynacji i kompleksowości ich udzielania.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przepisy projektowanego rozporządzenia powinny wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Nie dotyczy.