

## 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 koszykowych 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 wyraźnie 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 jednoczesnym 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. 951 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 anestezyjologia i intensywne terapie lub anestezyjologia i intensywne terapie 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. „ostrem”.

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 „ostrym”, 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.