ustawa

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, 1807 i 1860) 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 wszystkie 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 w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446 i 1579) albo w rozumieniu ustawy 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 lub zbliżone, 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 zabezpieczenia, 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. Tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”, którego celem jest zabezpieczenie świadczeniobiorcom dostępu 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, a także zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz stabilności finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

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 określa się przez profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, wskazane w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, zwanych dalej „profilami”, w ramach których zapewnia się świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na danym poziomie systemu zabezpieczenia.

4. W celu zagwarantowania kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia może być zapewniony świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach dodatkowych:

1) profili, innych niż te, o których mowa w ust. 3,

2) zakresów lub rodzajów świadczeń

– określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 95m pkt 3.

Art. 95m. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia:

1) profile charakteryzujące poszczególne poziomy systemu zabezpieczenia,

2) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia,

3) 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,

4) kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń w ramach profili, zakresów i rodzajów świadczeń, o których mowa w pkt 3

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

Art. 95n. 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, jeżeli w tym zakresie spełnia on 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 izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego, 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) spełnia szczegółowe kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w przepisach wydanych na podstawie art. 95m pkt 2,

c) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 4, 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 określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 95m, 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 pkt 2;

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, poz. 371 i 1311)

albo

– podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym 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,

b) spełnia szczegółowe kryteria kwalifikacji do poziomu ogólnopolskiego określone w przepisach wydanych na podstawie art. 95m pkt 2,

c) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 4, 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 pkt 2.

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, o których mowa w art. 95l ust. 3 i 4, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

3. Do okresu trwania umowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a i c 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.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, działając na zasadach określonych w  ust.  1–3 i 6, dokonuje kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz obejmujący wskazanie:

1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa oraz

2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w art. 95l ust. 3 i 4, 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 31 marca z okresem obowiązywania 4 lat, z zastrzeżeniem ust. 7. Wykaz obowiązuje od dnia 1 lipca.

6. W przypadku, gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który nie spełnia warunków, o których mowa w ust. 1, 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.

7. W przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu odpowiednio zmienia ten wykaz na pozostały okres jego obowiązywania.

8. Do postępowania określonego w ust. 1–7 nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.”;

4) w art. 107 w ust. 5 po pkt 23 dodaje się pkt 23a w brzmieniu:

„23a) kwalifikacja świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia;”;

5) w art. 136:

 a) 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, wyodrębnia się środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 2, mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.”;

6) po art. 159 dodaje się art. 159a w brzmieniu:

„Art. 159a. 1. Ze świadczeniodawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w  art. 95n ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę dotyczącą realizacji 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. 7, 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. Do dnia 1 lipca 2017 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, 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 nie wymienionymi w wykazach, o których mowa w art. 95n ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wygasają z dniem 1 lipca 2017 r.

Art. 3 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2017 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. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**UZASADNIENIE**

**Aktualny stan prawny**

W aktualnym stanie prawnym (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*; Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm. zwana 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 osiągania przez niego założonych celów systemu należy jednocześnie zwrócić uwagę na następujące fakty:

- od momentu uchwalenia ustawy z dnia 11 października 2013 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i innych ustaw* (Dz. U. 2013. 1290), czyli już prawie 3 lata, zawieranie umów w systemie opiera się o nie o postępowania konkursowe ale aneksowanie umów,

- ww. nowelizacja ustawy wprowadziła, jako jedne z podstawowych kryteriów zawierania umów, zasady ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pojęcie poradni przyszpitalnej jako miejsca realizacji świadczeń ambulatoryjnych.

W prowadzone 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 proponowana 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 znacznie, 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 wpływał zarówno na poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych jak i efektywność systemu ochrony zdrowia.

Dlatego proponowana zmiana wynika z identyfikacji następujących zjawisk systemowych:

- Zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy
i ciągły. Okresowe postępowania konkursowe, dotyczące wyodrębnionych zakresów/profili świadczeń oraz systemy rozliczeń tych wyodrębnionych zakresów/profili 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 znacznie 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 pomiędzy 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 umożliwiająca rozwijanie aktywności podmiotów leczniczych, w szczególności podmiotów szpitalnych, w zbyt szerokim zakresie świadczeń zdrowotnych.

- 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.

- 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.

- 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 cząstkowych, które z kolei były wynikiem odrębnych postępowań konkursowych. Możliwość dokonywania przesunięć środków pomiędzy kwotami cząstkowymi była ograniczona i trudno uznać, że jest to podstawa 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 JGP powodowało ponadto presję na rozliczanie świadczeń względnie lepiej taryfikowanych oraz ograniczanie kosztów własnych poprzez 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, 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:

- kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych i świadczeń specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym;

- kosztochłonność inwestycji w infrastrukturę medyczną;

- konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju i  w  poszczególnych regionach i uporządkowanie struktury świadczeniodawców;

- poddanie tej sfery działalności leczniczej szczególnym wymogom planowania w celu zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli oraz wykorzystania zasobów;

- 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:

- świadczeń wysokospecjalistycznych,

- rehabilitacji leczniczej,

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych,

- programów lekowych oraz chemioterapii,

- 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 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 (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/ 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, 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 dodatkowe tj. takie, które nie wpływają na klasyfikację świadczeniodawcy w ramach PSZ.

Istotną różnicą pomiędzy 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, 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 zamieszkałej 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.

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, zwanym dalej „NFZ”, 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 poprzez 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 rozliczeniowym;
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 wąskospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.

Zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach zostanie zrealizowane przede wszystkim poprzez gwarancję zawarcia umowy ze szpitalem zakwalifikowanym do PZS. Planowana zmiana modelu rozliczania w ramach umowy w PZS, która nie wynika z projektu ustawy, lecz będzie zrealizowana na poziomie regulacji wydanych przez Prezesa NFZ, 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”.

Projekt określa sześć poziomów PSZ. 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 poprzez 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 i 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 ze względu na inne względy podyktowane bezpieczeństwem państwa.

Szczegółowe zdefiniowanie poszczególnych poziomów, przez przyporządkowanie każdemu z nich określonych profili świadczeń szpitalnych, powinno być materią przepisów wykonawczych, wydanych w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Dotyczy to także szczegółowych kryteriów, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy kwalifikujący się do danego poziomu PSZ, jak również określenia dodatkowych profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów będą mogli udzielać świadczeń opieki zdrowotnej oraz kryteriów warunkujących możliwość udzielania takich świadczeń. Ponadto w rozporządzeniu Minister Zdrowia określi również świadczenia opieki zdrowotnej, dla których w ramach PSZ zostaną wyodrębnione środki na ich finansowanie.

Natomiast ogólne kryteria kwalifikacji do PSZ zostały określone bezpośrednio w ustawie. Dotyczą one:

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 i pulmonologicznych), co jest z oczywistych względów konieczne dla szpitali należących do PSZ;
2. posiadania w okresie co najmniej 2 lat kalendarzowych oraz w momencie kwalifikacji umowy z NFZ w zakresie dotyczącym świadczeń, których dany szpital może udzielać w ramach PSZ, co wynika z potrzeby promowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Posiadanie umowy wiąże się również ze spełnianiem kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d pkt 2 ustawy;
3. udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, co przede wszystkim oznacza działanie w trybie tzw. „ostrym”.

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, w ramach których będą udzielne świadczenia opieki zdrowotnej w PSZ, przewiduje się, że wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów ogłaszać będą dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ, w odniesieniu do podmiotów prowadzących działalność na terytorium danego województwa. Ogłoszenie takiego wykazu będzie miało charakter czynności techniczno-administracyjnej. Kryteria kwalifikacji świadczeniodawców określone w projektowanych: ustawie i rozporządzeniu nie będą pozostawiać w tym względzie żadnego pola uznaniowości dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ – ich rolą będzie wyłącznie zbadanie, czy świadczeniodawca spełnia jednoznaczne kryteria określone w projektowanym art. 95n ust. 1.

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 pomiędzy 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 31 marca 2017 r., z  terminem obowiązywania od dnia 1 lipca 2017 r.

Dodatkowo dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ 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.

W art. 136 ustawy zaproponowano zmiany polegające na dodaniu przepisu stanowiącego, że w kwocie zobowiązania dot. 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 oraz przepisu upoważniającego Ministra Zdrowia do określenia takich świadczeń, w drodze rozporządzenia.

Sposób rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami w ramach PSZ ustalony będzie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 oraz z uwzględnieniem przepisów wydanych na podstawie art. 136 ust. 3. Zakłada się co do zasady odstąpienie od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującego całość opieki w danym okresie. Obecnie rozliczanie usług zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego odbywa się na podstawie systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP). Ten sposób ewidencji działalności szpitala nie zostanie zmieniony. Kontrakt na następny rok będzie zależał od tego sprawozdania i świadczeń wykonanych w danym roku. Jednocześnie umowa pomiędzy szpitalem a płatnikiem będzie przewidywała zapisy, które uzależnią wypłatę środków finansowych od realizacji umowy w danym roku. Planuje się ponadto wyłączenie niektórych świadczeń z ryczałtu i rozliczanie ich tak jak do tej pory, czyli zależnie od liczby przyjętych pacjentów. Szczegółowe regulacje w tym zakresie, tak jak w obecnym stanie prawnym, będą określone w zarządzeniach Prezesa Funduszu.

Przez dodanie projektowanego art. 159a ustawy nakłada się na dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ obowiązek zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze wszystkimi świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń na terenie danego województwa wymienionymi w wykazach świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ. 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 PZS 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.

Ponadto w ustawie wprowadzono następujące zmiany:

- dodano pkt 6a ustawy wprowadzający definicję instytutu;

- zmieniono pkt 7a poprzez 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 pomiędzy poszczególnymi zakresami;

- zmieniono pkt 28a ustawy poprzez rozszerzenie i doprecyzowanie definicji poradni przyszpitalnej;

- w art. 55 ustawy wprowadzono nową regulację dot. 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;

**Przepisy przejściowe i końcowe**

W art. 2 projektowanej ustawy przewidziano rozwiązanie polegające na tym, że w przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ dyrektorzy odpowiednich oddziałów wojewódzkich Funduszu będą zobowiązani 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 1 lipca 2017 r.

Wprowadzono regulację wygaszającą z dniem 30 czerwca 2017 r. umowy obejmujące udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawarte ze świadczeniodawcami nie zakwalifikowanymi do PSZ, co jest konsekwencją zasady przyjętej w zmienionym art. 55 ustawy.

W art. 3 projektowanej ustawy zawarto regulację umożliwiającą przedłużenie okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy, za zgodą świadczeniodawców, do dnia 31 grudnia 2017 r.

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

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, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.