



Zmiany w systemie ochrony zdrowia

stan na 10 luty 2017 r.

Sieć szpitali

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – najnowsza wersja projekt z 6 lutego 2017 r. opublikowana 8 lutego 2017 r. - źródło: www.rcl.gov.pl UD116

Znacząca zmiana w stosunku do wersji projektu z 19 grudnia 2016 r. – profile szpitali zostały wprost określone w ustawie a nie w rozporządzeniu wykonawczym, uzupełniono projekt również o zasady ustalania wysokości ryczaftu.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Celem systemu 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.

Poziomy szpitali

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

Profile – poziom szpitali I stopnia

- chirurgia ogólna,
- choroby wewnętrzne,
- położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- pediatria;

Profile – poziom szpitali II stopnia

- chirurgia dziecięca,
- chirurgia plastyczna, w przypadku o którym mowa w art. 95 m ust. 7 i 8
- kardiologia,
- neurologia,
- okulistyka,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- otorynolaryngologia,
- reumatologia, w przypadku o którym mowa w art. 95 m ust. 7 i 8
- urologia;

Profile – poziom szpitali III stopnia

- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
- chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
- choroby płuc,
- choroby płuc dla dzieci,
- choroby zakaźne,
- choroby zakaźne dla dzieci,
- kardiologia,
- kardiologia dla dzieci,
- nefrologia,
- nefrologia dla dzieci,

Profile – poziom szpitali III stopnia

- neurochirurgia,
- neurochirurgia dla dzieci,
- neurologia dla dzieci,
- okulistyka dla dzieci,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
- otorynolaryngologia dla dzieci,
- toksykologia kliniczna,
- toksykologia kliniczna dla dzieci,
- transplantologia kliniczna,
- transplantologia kliniczna dla dzieci,
- urologia dla dzieci;

Profile – poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych

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;

Profile – poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych

Dla szpitali pulmonologicznych:

- chemioterapia hospitalizacja,
- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia klatki piersiowej dla dzieci
- choroby płuc;
- choroby płuc dla dzieci;

Profile – poziom szpitali pediatricznych i ogólnopolskich

Szpitala pediatriczne - wszystkie profile dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego;

Szpitala ogólnopolskie – wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego;

Kwalifikacja do poziomów

Kwalifikacja jest na 4 lata

Kwalifikacja dotyczy zakładu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa

Kwalifikacja obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazania profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia.

Kwalifikacja w 2017 r. (art. 2 projektu ustawy nowelizującej)

Dyrektor oddziału NFZ ogłasza w BIP wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów (w tym wraz z wykazem dla każdego ze świadczeniodawców wszystkich profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, których będą oni udzielać) – do 27 marca 2017 r.;

Okres obowiązywania wykazu – od 1 lipca 2017 na 4 lata.

Zawarcie umów – do 30 czerwca 2017

Umowy udzielanie świadczeń NiŚOZ zawarte ze świadczeniodawcami nie wymienionymi w wykazie wygasają 30 czerwca 2017 r.

(Świadczenia NiŚOZ mają być udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu z poziomu: szpitale I-III stopnia, szpitale pediatryczne. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, zastosowanie znajdą przepisy dotyczące konkursu).

Kwalifikacja podmiotu powstałego z połączenia – 2017 r.

Możliwa zmiana wykazu do 26 czerwca 2017 r.

Warunek:

- przedstawienie dyrektorowi oddziału NFZ aktu o połączeniu – do 20 marca 2017 r.;
- do 21 czerwca 2017 zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych;

Uwaga! Liczy się data wpływu dokumentów do siedziby oddziału NFZ

Warunki kwalifikacji do systemu zabezpieczenia – łączne warunki do spełnienia

Warunek	Sz. I stopnia	Sz. II stopnia	Sz. III stopnia	Sz.onk. i pulm	Sz. pediatr.
1. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach SOR albo IP, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe	X	X	X		X
2. Świadczeniodawca udziela świadczeń w ramach profilu anestez. i intensywna ter. lub anestez. i intensywna ter. dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych) na podstawie umowy o udzielanie świadczeń, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe (projekt przewiduje możliwość odstąpienia od tego wymogu)		X	X		
3. Świadczeniodawca spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ustawie oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji, które zostaną określone w planowanym rozporządzeniu wykonawczym do ustawy	X	X	X	X	X
4. Świadczeniodawca do dnia ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie dwa warunki: - okres trwania umowy w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 lata kalendarzowe, - umowa, w odniesieniu do wszystkich profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do systemu, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w rozporządzeniach koszykowych	X	X	X	X	X

Wyjątek w projektowanych przepisach przejściowych

W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie właściwego dostępu do świadczeń (na terenie danego województwa), świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji oraz nie spełnia pozostałych warunków, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia (z wyłączeniem ogólnopolskiego), przez dyrektora oddziału NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Termin na wydanie opinii przez ministra – 7 dni od daty otrzymania wniosku.

Kryteria kwalifikacji wynikające z ustawy – zasady ogólne i wyjątki

	Minimalna liczba i rodzaj profili	Wyjątek – konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń
Szpital I stopnia	2 profile spośród profili dla poziomu szpitali I stopnia	1 profil charakteryzujący poziom szpitali I stopnia
Szpital II stopnia	6 profili z profili dla poziomu szpitali I i II stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu szpitali II stopnia	1 profil charakteryzujący poziom szpitali II stopnia
Szpital III stopnia	8 profili z profili dla poziomu szpitali I-III stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu III stopnia	1 profil charakteryzujący poziom szpitali III stopnia
Szpital onkologiczny	6 profili spośród profili dla poziomu szpitali onkologicznych	3 profile charakteryzujące poziom szpitali onkologicznych
Szpital pulmonologiczny	2 profile spośród profili dla poziomu szpitali pulmonologicznych	1 profil charakteryzujący poziom szpitali pulmonologicznych
Szpital pediatryczny	3 profile spośród profili dla poziomu dla szpitali pediatrycznych	-----
Szpital ogólnopolski	Jeden profil ze wszystkich profili leczenia szpitalnego	-----

Kryteria kwalifikacji wynikające z ustawy – warunek (wystarczy jeden) dla zastosowania wyjątku dotyczącego konieczności zapewnienia dostępu do świadczeń

- wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu;
- zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu, na danym terenie;
- struktura udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach profilu;
- zapewnienie kompleksowości opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

Wyjątek dotyczący konieczności zapewnienia dostępu do świadczeń

We wskazanej sytuacji możliwe jest odstąpienie od wymogu dotyczącego profilu anestezyjologia i intensywnej terapii lub anestezyjologia i intensywnej terapii dla dzieci w przypadku szpitali II i III stopnia (patrz slajd 25, tabela – warunek 2).

Ważne będzie rozporządzenie wykonawcze

Rozporządzenie ma określać:

- szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów;
- dodatkowe profile, zakresy, rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia;
- 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
- porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom.

Ważne będzie rozporządzenie wykonawcze

Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – projekt z dnia 6 lutego 2017 r.

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia (przykład na podstawie szpitali I i II stopnia)

Szpital I stopnia – dodatkowa podstawa kwalifikacji:

Świadczeniodawca udziela świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne i jednocześnie:

- jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń wykonywanych w ramach profilu choroby wewnętrzne, na terenie danego powiatu lub
- udział wartości świadczeń w ramach tego profilu, sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ wyniósł co najmniej 50% wartości wszystkich świadczeń finansowanych na podstawie tej umowy, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia

Szpital II stopnia – dodatkowa podstawa kwalifikacji:

Świadczeniodawca:

- Udziela świadczeń gwarantowanych:

a) w ramach profilu chirurgia plastyczna oraz profilu chirurgia ogólna, oraz

b) z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanych w warunkach stacjonarnych

– w przypadku którego łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ w ramach profili wskazanych w lit. a oraz z ramienia profilu anestezyjologia i intensywne leczenie lub anestezyjologia i intensywne leczenie dla dzieci wyniosła co najmniej 20 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego lub

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia - cd. z poprzedniego slajdu

- 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, realizowanych w warunkach stacjonarnych

- w przypadku którego łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ, w ramach profili wskazanych w lit. , wyniosła co najmniej 15 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego lub

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia - cd. z poprzedniego slajdu

- Udziela świadczeń w ramach:

a) profilu reumatologia lub reumatologia dla dzieci oraz

b) świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanych w warunkach stacjonarnych

– w przypadku którego łączna wartość świadczeń finansowanych na podstawie umowy z NFZ, 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.

Dodatkowe profile (przykłady)

Świadczeniodawcy zakwalifikowani do jednego z poziomów zabezpieczeń:

- choroby zakaźne lub choroby zakaźne dla dzieci;
- toksykologia kliniczna lub toksykologia kliniczna dla dzieci;

Świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali I stopnia na podstawie par. 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia (udzielanie świadczeń w ramach co najmniej dwóch profili):

- anestezjologia i intensywne leczenie lub anestezjologia i intensywne leczenie dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych),
- kardiologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia inwazyjnych ostrych zespołów wieńcowych określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
- neurologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia udaru mózgu określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu;

Dodatkowe zakresy i rodzaje świadczeń (przykład)

Świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu I lub II stopnia, wraz ze wskazaniem profili będących podstawą kwalifikacji lub profili dodatkowych:

chirurgia ogólna – świadczenia możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili zabiegowych:

- chirurgia dziecięca,
- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia onkologiczna,
- chirurgia naczyniowa,
- chirurgia plastyczna,
- chirurgia szczękowo-twarzowa,
- neurochirurgia,
- otorynolaryngologia,
- urologia.

Porady specjalistyczne (przykład)

Profil 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

Ryczałt na pierwszy okres rozliczeniowy

Przy ustaleniu ryczałtu mają zostać uwzględnione dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015, z uwzględnieniem wyceny tych świadczeń stosowanych w latach 2015-2017.

Jeżeli nie będzie możliwe uwzględnienie danych za rok 2015, za podstawę wyliczenia ryczałtu przyjmuje się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy albo okres obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok.

Ryczałt na pierwszy okres rozliczeniowy

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

Ryczałt na pierwszy okres rozliczeniowy

- 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,

Ryczałt na pierwszy okres rozliczeniowy

- 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,,

Ryczałt na pierwszy okres rozliczeniowy

- 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

Realizacja programów polityki zdrowotnej – planowane zmiany

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw UD 151

Z najważniejszych zmian projekt przewiduje:

- zakaz realizacji programu, który uzyskał negatywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (wydatkowanie środków na ten cel ma zostać zakwalifikowane jako naruszenie dyscypliny finansów publicznych);
- wprowadzenie instytucji rekomendacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, które mają być wydawane przez Prezesa Agencji. Realizacja programu w oparciu o rekomendację nie będzie wymagała uzyskania opinii, a jedynie oświadczenia o zgodności projektu programu z rekomendacją;
- wprowadzenie w drodze rozporządzenia wykonawczego do ustawy schematu programu polityki zdrowotnej. Sporządzenie projektu programu według innego niż określony w przepisach schemat będzie skutkowało pozostawieniem projektu bez rozpatrzenia;
- jednoznaczne wskazanie w przepisach, że do wyboru realizatora programu nie będą miały zastosowanie przepisy ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie.