

**STANOWISKO Nr 15/16/VII**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 4 listopada 2016 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektu  
rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili  
charakteryzujących poziomy system zabezpieczenia oraz kryteriów  
kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy system zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów, zamieszczonymi na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowych projektów.

Naczelna Rada Lekarska podziela pogląd wyrażony przez Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy w apelu Nr 10 z dnia 14 maja 2016 r., że zmiany systemu finansowania świadczeń zdrowotnych wymagają zachowania prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się, na równych prawach z podmiotami publicznymi, o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz zachowania konkurencyjności polegającej na możliwości wyboru podmiotu leczniczego przez pacjentów. Zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić do zaniechania konkurencyjności podmiotów publicznych i prywatnych, która miała istotny wpływ na znaczące zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, poprawę ich jakości oraz poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ostatnich kilkunastu latach.

Opiniowane projekty wzbudzają szereg wątpliwości, zwłaszcza w zakresie zapowiadanej w uzasadnieniu projektu zmiany sposobu finansowania świadczeń szpitalnych, jak również w zakresie projektowanych kryteriów wejścia do systemu zabezpieczenia szpitalnego.

Sygnalizowany w treści uzasadnienia projektu ustawy zamiar wprowadzenia finansowania ryczałtowego szpitali, obejmującego całość opieki w danym okresie powiązanego z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim jest opisany lakonicznie i nie daje odpowiedzi na pytania dotyczące szczegółowych zasad finansowania świadczeń. Jest to tym bardziej istotne, że zgodnie z treścią art. 2 projektu ustawy z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwarte ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do systemu zabezpieczenia, staną się umowami zawartymi na podstawie projektowanego art. 159a ustawy.

Projekt i jego uzasadnienie nie zawierają również informacji o sposobie zabezpieczenia dostępności świadczeń przy zmianie systemu finansowania na ryczałtowy. Zmiana systemu finansowania z rozliczania procedur na ryczałtowy budżet będzie działać demotywująco na świadczeniodawców i zmniejszy dostępność świadczeń. Wobec braku dokładnej informacji o sposobie sprawozdawania i rozliczania wykonanych świadczeń, o skutkach nierozliczenia ryczałtu albo udzielenia świadczeń, których liczba i koszty przewyższą zaplanowany ryczałt, o sposobie definiowania populacji i problemów zdrowotnych, które mają być w ramach ryczałtu zabezpieczone i biorąc pod uwagę ogólne niedofinansowanie systemu utracony zostanie prosty sposób oddziaływania na dostępność poprzez wycenę procedury i liczbę procedur. Zapowiedziane w uzasadnieniu planowanie w celu optymalnego wykorzystania zasobów będzie mniej skuteczne i pacjenci będą mieli większe trudności w dostępie do kosztownych lub związanych z ryzykiem świadczeń.

Projektowane rozwiązania budzą również obawy, co do ich skutków dla wielu szpitali, związane z utratą finansowania ze środków publicznych części realizowanych przez szpitale świadczeń w związku z niezakwalifikowaniem się do danego poziomu. Niewątpliwie konsekwencją wprowadzenia projektowanych zmian będą likwidacje wielu oddziałów a niekiedy nawet placówek pomimo wysokiej jakości świadczeń.

Analiza projektu ustawy wskazuje, że do systemu zabezpieczenia szpitalnego nie wejdą również placówki nowe, które nie spełniają określonego w treści projektowanego art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kryterium co najmniej 2-letniej realizacji

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt przewiduje głębokie zmiany udzielania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych. Liczne niejasności dotyczące zarówno rozwiązań zawartych w projekcie oraz w nim nieujętych sprawiają, że planowane tempo wprowadzania zmian systemu należy ocenić jako zbyt szybkie. Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie wskazywała poważne problemy związane z aktualnie obowiązującym systemem finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w tym na potrzebę urealnienia zakresu tzw. „świadczeń gwarantowanych”. Na podstawie przedstawionego projektu nie można ocenić, czy te problemy zostaną rozwiązane. Można raczej spodziewać się, że ulegną one nasileniu ponieważ zamiast dających się zdefiniować i policzyć działań zadania świadczeniodawców zostaną określone bardzo ogólnie, a rozliczanie będzie działało tylko w kierunku kontroli świadczeniodawców przez administrację będącą jednocześnie płatnikiem, bez zobowiązania zapłacenia za wszystkie wykonane świadczenia. Wprowadzanie głębokich zmian organizacji i finansowania udzielania świadczeń szpitalnych wymagałoby gruntownego przemyślenia i przetestowania w praktyce. Szybkie, niepoprzedzone pilotażowym sprawdzeniem projektowanych rozwiązań w praktyce, wprowadzenie projektowanych zmian może skutkować pogorszeniem dostępności świadczeń szpitalnych.

Podtrzymując powyższe uwagi o charakterze zasadniczym Naczelna Rada Lekarska przekazuje szczegółowe uwagi nadesłane do Naczelnej Izby Lekarskiej:

I uwagi do projektu ustawy:

- 1) projekt nie uwzględnia szpitali rehabilitacyjnych, bez których trudno mówić o kompleksowej opiece nad pacjentem. Zasadnym jest rozszerzenie poziomu szpitali onkologicznych i pulmonologicznych o szpitale rehabilitacyjne;
- 2) przepis art. 55 ust. 3 w brzmieniu: „Na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu zawiera odrębną umowę, z zastrzeżeniem art. 159a ust. 1” jest niejasny i budzi wątpliwości interpretacyjne. Czy dodane zastrzeżenie oznacza, iż na ten rodzaj świadczeń będą tylko umowy w ramach systemu zabezpieczenia, czy też, że umowy z NFZ zawierane w ramach systemu nie będą zawierane w trybie konkursu ofert lub rokowań.

W uzasadnieniu wskazano, iż projekt zakłada, że system zabezpieczenia obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawieranie umów na realizację tych świadczeń w trybie konkursu ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Skutkiem takiej regulacji będzie znaczące ograniczenie a nawet brak możliwości realizowania przez dotychczasowe podmioty prywatne ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Aktualnie ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz nocna i świątecznej opieka jest dostępna dla pacjenta poprzez jej zabezpieczenie w większości przez świadczeniodawców prywatnych (małe zakłady lecznicze lub lekarskie praktyki indywidualne czy grupowe);

3) w projektowanym art. 95m należy skreślić oznaczenie ustępu;

4) projektowany art. 95n ust. 2 powinien otrzymać brzmienie:

„2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2-4 oraz wskazanie profili, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.”;

5) w projektowanym art. 95n ust. 3 pkt 1 należy wykreślić lit. a);

izba przyjęć oraz SOR są elementami systemu państwowego ratownictwa medycznego i nie powinny być brane pod uwagę przy kwalifikacji;

6) w projektowanym art. 95n ust. 5 przewiduje się możliwość zakwalifikowania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do systemu zabezpieczenia świadczeniodawcy, który nie spełnia ustawowych warunków, jeżeli jest o uzasadnione koniecznością zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Poza koniecznością uzyskania pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia projekt nie określa żadnych kryteriów podejmowania takiej decyzji;

7) w projektowanym art. 95n ust. 6 pkt 2 powinien otrzymać następujące brzmienie:

„2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, profili w ramach których będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej na danym poziomie systemu zabezpieczenia.”;

8) w art. 2 projektowanej ustawy odwołanie w drugiej linijce winno odnosić się do art.

95n ust. 6;.

II uwagi do projektu rozporządzenia:

- 1) w treści projektowanego § 2 pkt 1 rozporządzenia należy dodać litery f i g w następującym brzmieniu:  
„f) anestezjologia i intensywna terapia (wszystkie poziomy referencyjne),  
g) geriatrya.”;
- 2) w treści projektowanego § 2 pkt 2 należy dodać litery h, i oraz j w następującym brzmieniu:  
„h) dermatologia i wenerologia,  
i) nefrologia,  
j) choroby płuc;”;
- 3) w treści projektowanego § 2 pkt 3 należy wykreślić literę d;
- 4) w treści projektowanego § 2 pkt 3 należy rozważyć wprowadzenie profilu szpitalny oddział ratunkowy; zmiana taka mogłaby skutkować odciążeniem izby przyjęć oraz lepszą integracją systemu państwowego ratownictwa medycznego z systemem zabezpieczenia szpitalnego;
- 5) w treści projektowanego § 2 pkt 4 należy uwzględnić szpitale rehabilitacyjne;
- 6) w treści projektowanego § 3 pkt 2 powinien otrzymać następujące brzmienie:  
„2) do poziomu szpitali II stopnia kwalifikuje się świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach profili anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych) oraz łącznie co najmniej 5 profili określonych w § 2 pkt 1-3, w tym co najmniej 3 profili określonych w § 2 pkt 2 i 3, pod warunkiem niezakwalifikowania do poziomu wymienionego w pkt 3-5 oraz poziomu szpitala ogólnopolskiego”;
- 7) w treści projektowanego § 4 pkt 6 powinien otrzymać następujące brzmienie:  
„6) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu: szpitali I stopnia, szpitali II stopnia, szpitali III stopnia oraz szpitali pediatrycznych: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;”;
- 8) w treści projektowanego § 4 pkt 7 wyrazy „ o którym mowa w pkt 1-8” należy zastąpić wyrazami „o którym mowa w pkt 1-6”.

SEKRETARZ

  
Marek Jodłowski

PREZES

  
Maciej Hamankiewicz