Projekt

Ustawa
z dnia … 2020 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1. w art. 95n:

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

„3a. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przed zakończeniem okresu, o którym mowa w art. 95m, może, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, na wniosek właściwego wojewody oraz po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, wpisać świadczeniodawcę, o którym mowa w art. 95n ust. 1, niespełniającego pozostałych warunków kwalifikacji, o których mowa w art. 95m, do wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich.”

b) po ust. 16 dodaje się ust. 17 w brzmieniu:

„17. Minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia określi szczególnie uzasadnione przypadki, o których mowa w ust. 3a, uwzględniając dane zawarte w Mapach Regionalnych i Mapie Ogólnopolskiej, o których mowa w art. 95a, oraz wyniki monitorowania ich aktualności.”

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

1. Potrzeba i cel projektu ustawy oraz rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r. na mocy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 844, dalej: „ustawa o sieci szpitali"). Ustawa o sieci szpitali w założeniu miała zapewnić realizację świadczeń w sposób kompleksowy i ciągły. Zostało to zapewnione poprzez rozwiązania przewidujące, że każdy podmiot udzielający świadczeń musi posiadać izbę przyjęć albo szpitalny oddział ratunkowy, z wyjątkiem szpitali pediatrycznych, onkologicznych czy pulmonologicznych; musi również posiadać umowę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, z wyjątkiem szpitali dziecięcych. Ponadto umowy w poszczególnych kwalifikujących profilach określonych w art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, dalej „u.ś.o.z.") powinny obowiązywać przez okres co najmniej 2 ostatnich lat kalendarzowych. Miało to w założeniu zmniejszyć niepewność co do przyszłych warunków finansowania działalności poszczególnych szpitali. Wymienione warunki muszą być spełnione łącznie. Szpitale wpisane do sieci mają zagwarantowane zawarcie umowy z właściwym wojewódzkim dyrektorem oddziału NFZ. Środki na działalność leczniczą są zapewnione na zasadzie ryczałtu, określono przy tym 90-dniowy termin wyliczenia wartości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy dla poszczególnych świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia, od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego. Do sieci zostały wpisane 592 placówki.

Jednakże wprowadzając systemowe zmiany w finansowaniu szpitali, nie uwzględniono innych czynników, takich jak mapa potrzeb zdrowotnych, sytuacja demograficzna oraz epidemiologiczna na obszarze ich funkcjonowania, stan infrastruktury czy położenie geograficzne względem siebie szpitali, nie uwzględniono również potencjału poszczególnych szpitali, który wynika z przestrzeni, którą dysponują, oraz badań, które prowadzą. Warunki kwalifikacji nie uwzględniają, jaki jest stopień wykorzystania łóżek czy też liczba i wartość realizowanych świadczeń na poszczególnych oddziałach.

Ustawodawca nie przewidział również możliwości utworzenia szpitali świadczących usługi zorientowanych na potrzeby wskazane w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a u.ś.o.z., które nie posiadają 2-letniego okresu zakontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia i powstały pomiędzy okresami kwalifikacyjnymi.

2. Przewidywane skutki społeczne i gospodarcze.

Projektowana zmiana pozwoli na lepsze dostosowanie sieci szpitali do mapy potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji demograficznej czy epidemiologicznej – a co za tym idzie także zmian w potrzebach zdrowotnych zachodzących na terenie kraju – poprzez dodanie szczególnych prerogatyw dla Dyrektora wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Będą one polegały na możliwości dodania w szczególnych przypadkach świadczeniodawcy do sieci szpitali pomiędzy okresami, w których organizowane są konkursy do sieci, z pominięciem wymaganego w ustawie 2-letniego okresu zakontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie poszczególnych usług. Proponowana zmiana pozwoli na wpisanie do sieci szpitali podmiotów znajdujących się w miejscach o niskim poziomie nasycenia podmiotami leczniczymi. Przy obecnej dynamice zmian demograficznych na terenie województw brak kryteriów geograficznych, demograficznych czy epidemiologicznych dla wpisywanych do sieci szpitali oraz ciągłe zmiany demograficzne wywołane migracją wewnętrzną ludności sprawiają, że efekt nienasycenia regionów jednostkami świadczącymi usługi medyczne będzie się pogłębiał ze szkodą dla mieszkańców, zwłaszcza tych najstarszych oraz mieszkających w ośrodkach pozbawionych sprawnie działającego transportu publicznego.

3. Źródła finansowania

Projekt ustawy nie wymaga wygospodarowania dodatkowych środków z budżetu państwa.

4. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej

W ocenie projektodawcy przedmiot projektowanej regulacji nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

5. Oświadczenie o notyfikacji zgodnie z przepisami dotyczącymi funkcjonowania krajowego sytemu notyfikacji norm i aktów prawnych

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

6. Akty wykonawcze do ustawy

Ustawa wymaga aktu wykonawczego wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rozporządzenie powinno zawierać katalog szczególnych przypadków, w których dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wpisać świadczeniodawcę do wykazu podmiotów uprawnionych do składania wniosku o dopisanie do listy szpitali referencyjnych. Minister określając przesłanki pozwalające na wpisanie szpitala do sieci poza okresami naborów uwzględni w szczególności mapy potrzeb zdrowotnych. Uwzględnienie map zdrowotnych w procesie wydawania aktu wykonawczego pozwoli na tworzenie placówek w miejscach o niskim nasyceniu usługami medycznymi, a także pozwoli dostosować profil placówki do warunków panujących w danym regionie.

7. Konsultacje społeczne

Proponowany projekt nie był dotychczas poddawany konsultacjom społecznym.