



Warszawa, 27 marca 2017 r.

Opinia do ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(druk nr 455)

I. Cel i przedmiot ustawy

Ustawa wprowadza do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) dział IVB zatytułowany „*System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*”(art. 95l–95n), stanowiący istotę nowelizacji, z którą są powiązane wszystkie pozostałe uregulowania – od zmian w definicjach słowniczka (jak kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i poradnia przyszpitalna, art. 5 pkt 7a i pkt 28a), w zasadach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 55 – nocna i świąteczna opieka zdrowotna), w przepisach ogólnych dotyczących Narodowego Funduszu Zdrowia w części dotyczącej zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego (art. 107 ust. 5 pkt 24) oraz w postępowaniu w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami (formy finansowania – art. 136 ust. 2, art. 136c, tryb zawierania umów, art. 159a). Art. 2–6 ustawy mają charakter dostosowawczy do obecnego stanu prawnego i faktycznego w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ustawa dokonuje istotnej ingerencji w system opieki zdrowotnej, wprowadzając *system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*, który w założeniu ma być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń: z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanej w przychodniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W ramach

systemu wyodrębnia się sześć poziomów¹, począwszy od poziomu lokalnego aż po poziom szpitali klinicznych. Zakwalifikowanie do *systemu* jest uzależnione od spełnienia określonych kryteriów, jednym z nich jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez co najmniej dwa lata. Kwalifikacja do jednego z poziomów łączy się ze wskazaniem profilu (art. 951 ust. 4), zakresu i rodzaju świadczeń udzielanych w ramach *systemu*. Świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a na zakres tej umowy wpłynie przynależność do poziomu zakwalifikowania. Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów *systemu* sporządza i ogłasza dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ – wykazy obowiązują cztery lata, od 1 lipca. Na decyzję dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ świadczeniodawcy przysługuje protest, a w razie jego nieuwzględnienia – odwołanie do Prezesa NFZ. Istotnym novum wprowadzanym przez ustawę jest finansowanie ryczałtowe, obejmujące łącznie profile, rodzaje i zakresy udzielanych świadczeń w ramach *systemu*, co powinno umożliwić podmiotom leczniczym elastyczność działania w zakresie wydatków, potrzeb zdrowotnych danego terenu i organizacji podmiotów leczniczych. W postępowaniach w sprawie zawierania umów ze świadczeniodawcami na udzielanie świadczeń następuje poważna modyfikacja dotychczasowych zasad – tryb konkursu (albo rokowań) zmieni swój dotychczasowy charakter na uzupełniający, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ na podstawie porównania planu zakupu świadczeń ze świadczeniami, które będą wykonywane w ramach *systemu*, będzie przeprowadzał konkursy ofert na świadczenia, co do których istnieje potrzeba właściwego zaspokojenia w danym województwie. Nie zostały objęte zmianami zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także rehabilitacji leczniczej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części niewłączonej do *systemu*.

Celem ustawy, jak wskazuje uzasadnienie, jest poprawa dostępu do świadczeń specjalistycznych oraz zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Skierowanie do szpitala pozwoli na uzyskanie świadczenia ambulatoryjnie albo w szpitalu oraz uzyskanie świadczeń rehabilitacyjnych (w zależności od oceny specjalistycznej). Ustawa ma zapewnić odpowiedni poziom finansowania w szpitalach, ciągłość i stabilność finansowania podmiotom leczniczym

¹ szpitale: I –, II –, III – stopnia, onkologiczne lub pulmonologiczne, pediatryczne i ogólnopolskie.

zabezpieczającym dostęp do świadczeń zdrowotnych i uporządkowanie struktury szpitali. Ustawa wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

II. Przebieg prac legislacyjnych

Projekt stanowił przedłożenie rządowe, które wpłynęło do Sejmu 22 lutego 2017 r. (druk nr 1322). Prace legislacyjne prowadzono w Komisji Zdrowia, która po rozpatrzeniu projektu przygotowała sprawozdanie (druk 1362). Różnice w stosunku do przedłożonego projektu mają charakter głównie porządkujący i redakcyjny, sprzyjają czytelności przyjętych uregulowań. Uzupełniono jedynie przepis art. 136c ust. 3 ustawy nowelizowanej dotyczący ustalania ryczału dla danego świadczeniodawcy, o konieczność uwzględnienia parametrów relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadających wzrostowi lub spadkowi liczby świadczeń, ponadto objęto możliwością przedłużenia realizowanych w dniu wejścia w życie nowelizacji (do 30 czerwca 2018 r.) umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – także w zakresie ratownictwa medycznego (art. 6).

Drugie czytanie projektu odbyło się na 38. posiedzeniu Sejmu. Zgłoszony został wniosek o odrzucenie ustawy oraz 17 poprawek. Poprawki zmierzały do rozszerzenia poziomów w *systemie* (o szpitale sercowo–naczyniowe i szpitale rehabilitacyjne lub geriatryczne, wskazując świadczenia w nich realizowane oraz warunki niezbędne do zakwalifikowania się do *systemu* i profile *systemu*). Ponadto poprawki przedłużały terminy dotyczące powstawania *systemu* (na zawarcie umów o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami objętymi wykazem, kwalifikacji podmiotów powstałych w następstwie połączenia, podstawy ustalania ryczału na pierwszy okres rozliczeniowy, obowiązywania zawartych i realizowanych umów na leczenie szpitalne i niektóre inne zakresy), łącznie ze zmianą wejścia w życie ustawy (na 30 września 2018 r.).

Komisja Zdrowia rekomendowała odrzucenie wniosku o odrzucenie projektu ustawy oraz wszystkich poprawek.

Sejm głosował zgodnie z rekomendacją Komisji.

Za przyjęciem ustawy oddano 230 głosów, przeciwnych było 209, wstrzymało się 5 osób.

III. Uwagi

Powstawanie *systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej* ustawa rozkłada w czasie. Przewiduje się etapy jego wdrażania powiązane ze wskazanymi konkretnie terminami (art. 2 ust. 5, art. 3 ust. 1 i 2, art. 4 ust. 1–4, uwzględniając przy tym możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w niektórych zakresach, realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na czas określony, także wskazując konkretne daty (art. 6). Generalnie trzeba określić te terminy jako krótkie – pierwszy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów *systemu* ogłasza się do 27 czerwca 2017 r., a ma on obowiązywać od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. Wymienieni w wykazie świadczeniodawcy zawierają umowy o udzielanie świadczeń do 30 września 2017 r. (z tym dniem wygasają umowy o świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jeżeli ich stroną są podmioty nie objęte wykazem). Wprawdzie art. 6 ust. 1 pkt 1 pozwala na przedłużenie umów realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy – w niektórych zakresach² do 30 września 2017 r. albo 30 czerwca 2018 r.³, ale nie dłużej. W przypadkach łączenia podmiotów leczniczych (art. 4) przepisy przewidują termin maksymalny do 26 września 2017 r. Ustawodawca zмирzając do, ogólnie mówiąc, poprawy sytuacji w ochronie zdrowia i decydując się na istotne zmiany, w których centralnym punktem odniesienia jest leczenie szpitalne jako zabezpieczające dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, odchodzi od dotychczasowych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierania umów o udzielanie świadczeń i ich finansowania. Podejmuje tym samym wysiłek daleko idących zmian wywołujących skutki zarówno dla podmiotów leczniczych, jak i pacjentów, a ci ostatni mogą je odczuć najmocniej i dotkliwie. Ze względu właśnie na ten cel, przyjęte i wskazane powyżej terminy wydają się zbyt krótkie dla podmiotów leczniczych, które znajdują się w nowej sytuacji prawnej. Terminy na dostosowanie się do nowych warunków mogą się okazać niewystarczające i odbić się niekorzystnie na faktycznym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Ta wątpliwość jest wzmocniana poprzez przyjęte 7–dniowe, nadzwyczaj krótkie *vacatio legis*. W sytuacji wprowadzania, można powiedzieć – reformy w systemie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nawet uchodzące z standardowe 14–dniowe *vacatio*

² obejmują: leczenie szpitalne, świadczenia wysokospecjalistyczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitację leczniczą, programy lekowe, leki stosowane w chemioterapii oraz nocną i świąteczną opiekę zdrowotną

³ opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczeń, które nie zostaną objęte *systemem*, a ponadto ratownictwo medyczne

legis wydaje się zbyt krótkie. Wprowadzenie zmian o tak dużej wadze podlega ocenie z punktu widzenia ważnego interesu publicznego, jednakże nie jako argument na rzecz skrócenia standardowego okresu *vacatio legis*, lecz przeciwnie, zapewnienia odpowiedniego czasu chroniącego adresatów normy w sposób zapewniający im możliwość zafunkcjonowania w nowej rzeczywistości. Jest to o tyle istotne, że wpływa nie tylko na możliwość działania samych podmiotów leczniczych, lecz także na uzyskiwanie świadczeń przez pacjentów, zgodnie z ich prawem do tego. W tym kontekście uzasadnienie do projektu ustawy odnoszące się do 7-dniowego okresu *vacatio legis* jako „podyktowanego koniecznością zapewnienia dotrzymania przewidzianego w ustawie terminu ogłoszenia wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” nie może być uznane za przekonujące.

Bożena Langner

Główny legislator