Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
www.szpitale.org 81-229 Gdynia, ulica Mireckiego 11

Warszawa, dnia 24 października 2016 r.

Szanowny Pan
Premier Mateusz Morawiecki
Minister Rozwoju i Finansów
Plac Trzech Krzyży 3/5
00-507 Warszawa

Szanowny Panie Premierze

Działając w imieniu członków Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych (dalej: „OSSP") pragniemy zwrócić uwagę Pana Premiera na trwające obecnie prace nad projektem nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z dnia 26 września 2016 r. (dalej jako: „**Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach**").

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach przewiduje reorganizację polskiego systemu lecznictwa szpitalnego, poprzez wprowadzenie sieci szpitali. Proponowana zmiana ma charakter systemowy, a jej skutki wykroczą poza branżę medyczną i będą miały negatywny wpływ na strategiczne plany Ministerstwa Rozwoju.

Negatywnym skutkiem wprowadzenia ustawy w proponowanym kształcie będzie istotne naruszenia praw ekonomicznych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, które przysługują świadczeniodawcom niepublicznym w takim samym stopniu, jak innym przedsiębiorcom. Przyjęcie Projektu nowelizacji może doprowadzić do wykluczenia wielu świadczeniodawców, w tym zwłaszcza świadczeniodawców prywatnych z systemu ochrony zdrowia finansowanego ze środków publicznych.

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach stoi w sprzeczności z celami Ministerstwa Rozwoju, które zostały przedstawione w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, m.in. zniechęci prywatnych inwestorów do działań na rzecz rozwoju polskiego rynku ochrony zdrowia. **Przyjęcie Projektu nowelizacji w proponowanym kształcie może istotnie pogorszyć klimat inwestycyjny w Polsce i będzie stanowiło jednoznaczną deklarację strony publicznej, co do prywatnej inicjatywy.**

W związku z powyższym zwracamy się do Pana Ministra o interwencję w naszej sprawie i o poparcie przedstawionych niżej propozycji zmierzających do wypracowania rozwiązań systemowych dotyczących lecznictwa szpitalnego, które osiągną efekt w postaci zwiększenia pacjentom dostępu do wysokiej jakości świadczeń, z jednoczesnym poszanowaniem podstawowych praw świadczeniodawców.

Poniżej przedstawiamy główne wątpliwości dotyczące Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach wraz z postulatami.

1. **Uwagi ogólne dotyczące Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach – naruszenie podstawowych zasad stanowienia prawa.**

Analiza Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach prowadzi do dwóch wniosków ogólnych:

- Zaproponowane w Projekcie nowelizacji zmiany, wbrew zapowiedziom Ministra Zdrowia, oraz treści uzasadnienia[1], zagrażają stabilności funkcjonowania systemu leczenie szpitalnego, i ktorych przyjęcie nie tylko nie zrealizuje zakładanych celów, ale również w sposób negatywny wpłynie na jakość udzielanych świadczeń i efektywność służby zdrowia.
- Przedstawiony Projekt nowelizacji wpisuje się w szereg działań realizowanych przez stronę rządową na przestrzeni ostatnich lat niezależnie od opcji politycznej, które mogą budzić wątpliwości co do zgodności z zasadami wymaganymi w demokratycznym państwie prawa, którym mowa w art. 2 Konstytucji RP, zapewniającym pacjentowi godny dostęp do świadczeń zdrowotnych (art. 30 w zw. z art. 68 Konstytucji).

Skuteczny system opieki zdrowotnej powinien opierać się na fundamentach uczciwości oraz zaufania pomiędzy różnymi uczestnikami systemu opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej stanowi złożony mechanizm, którego skuteczność działania wymaga dobrej współpracy pomiędzy stroną organizującą służbę zdrowia (władzą publiczną) oraz uczestnikami systemu opieki zdrowotnej (świadczeniodawcami, osobami wykonującymi zawody medyczne) – z myślą o pacjencie jako o beneficjencie dobrze funkcjonującego organizmu.

Świadczeniodawcy, których celem działania jest zagwarantowanie skutecznej opieki medycznej nad pacjentem, powinni funkcjonować w transparentnym systemie ochrony zdrowia umożliwiającym rzetelne i skuteczne funkcjonowanie, systemie, w którym wartością nadrzędną będzie wysokiej jakości opieka nad pacjentem – gwarantująca mu realny dostęp do świadczeń. Należy zaznaczyć, że efektywne funkcjonowanie wymaga dobrze zarządzonego zakładu leczniczego, jak również podejmowania inwestycji mających na celu poprawę standardu świadczeń zdrowotnych.

Powyższe warunki mogą zostać zapewnione jedynie w przypadku realizacji przez władzę ustawodawczą i wykonawczą w swoich działaniach następujących postulatów:

- **przewidywalności,**
- **merytoryczności,**
- **transparentności,**
- **kompetencyjności,**

[1] Analizowany projekt ma na celu zrealizowanie postulatów zmiany w organizacji leczenia szpitalnego przedstawionych w dokumencie strategicznym Narodowa Służba Zdrowia. Według Ministra Zdrowia, autora projektu, nowelizacja ma zapobiec aktualnemu rozmyciu niegdyś wyraźnie wyodrębnionych poziomów opieki specjalistycznej, co utrudniało świadome i racjonalne kształtowanie zabezpieczenia dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym. Ponadto, nowa regulacja ma usunąć stan niepewności co do przyszłych warunków finansowania ich działalności oraz wprowadzić mechanizmy integrujące świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym.

- **poszanowania hierarchii źródeł prawa i zakazu arbitralności.** [2]

Od dłuższego czasu dostrzegamy erozję powyższych zasad, co znajduje odzwierciedlenie chociażby w ostatnich retroaktywnych zmianach w wycenie świadczeń czy też wprowadzeniu pakietu onkologicznego w sposób naruszający zasady zaufania obywateli do państwa. Mamy nadzieję, że interwencja legislacyjna zostanie dokonana z poszanowanie wskazanych wyżej zasad.

2. Szczegółowe uwagi do projektu sieci szpitali i propozycje zmian

.

2.1. Uwaga: Zbyt szybkie tempo wprowadzanych zmian, uniemożliwiające przygotowanie skutecznej reformy, a także przygotowanie się świadczeniodawców do nowego otoczenia prawnego. Zgodnie z założeniami projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach do sieci szpitali podmioty lecznicze mają zostać wybrane do końca kwietnia 2016 roku. Przy terminach legislacyjnych[3] oraz szczątkowości zaproponowanej regulacji proponowany terminarz uniemożliwia **przeprowadzenie rzetelnej debaty publicznej i przygotowania się do wdrożenia proponowanych zmian, zarówno po stronie organizatora systemu opieki zdrowotnej, jak i podmiotów tworzących system leczenia szpitalnego.**

Tak gwałtowna redefinicja zasad leczenia szpitalnego, która w założeniu ma zrewolucjonizować obecny kształt funkcjonowania systemu szpitali na najbliższych wiele lat, stawia grono świadczeniodawców w pozycji olbrzymiej niepewności względem chociażby obecnie realizowanych działań. Bardzo ogólny charakter projektowanych przepisów uniemożliwia przygotowanie się do planowanej zmiany w leczeniu szpitalnym, jak również podjęcie szczegółowej dyskusji z ustawodawcą.[4] W związku z tym wyznaczenie daty rozpoczęcia funkcjonowania systemu PSZ powinno zostać odłożone w czasie, przynajmniej o 1 rok.

Efektem utrzymania tempa proponowanych zmian będzie konieczność dokonania licznych nowelizacji po jego wejściu w życiu, jak również kolejne komplikacje wynikające z niestabilności obowiązujących

---

[2] Wprowadzane zmiany w prawie powinny uwzględniać odpowiedni okres przejściowy, pozwalający nam bez zaskoczenia dostosować swoje działania do nowych przepisów. Oczekujemy, aby kryteria różnicowania sytuacji prawnej świadczeniodawców były merytoryczne, co oznacza że powinny mieć charakter relewantny na osiągnięcia zakładanego/deklarowanego publicznie celu jakim jest zapewnienie możliwie najlepszego dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. W relacjach z władzami publicznymi, których kompetencje powinny zostać klarownie rozdzielone, oczekujemy transparentnego dialogu, zapewniającego wysłuchanie i uwzględnienia w działaniach prawodawczych i administracyjnych naszych interesów. Oczekujemy poszanowania hierarchii źródeł prawa i zgodności działań rządzących z prawem międzynarodowym. Wreszcie uważamy, że w działaniach władz publicznych nie powinno być miejsca na arbitralność, stąd wszelakie mechanizmy prawne niezabezpieczające dostatecznie obiektywności i przewidywalności w relacjach z organami państwowymi powinny zostać wyeliminowane. Ponadto, aby poprawa opieki zdrowotnej w Polsce była długofalowa , zmiany wprowadzane do systemu powinny być kompleksowe, a nie jedynie doraźnie rozwiązujące problemy polityczne danego rządu.

[3] Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach wchodzi w życie w przeciągu 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy. Wraz z 1 lipca 2017 r. dotychczasowe umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dla tych placówek które zakwalifikowały się do PSZ automatycznie staną się umowami realizowanymi w ramach podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej („PSZ"). Zgodnie z uzasadnieniem do Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach, do końca kwietnia 2017 r. opublikowany ma być wykaz podmiotów, które zostały zakwalifikowane do PSZ. Biorąc pod uwagę, że obecnym etapem procesu legislacyjnego Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach są konsultacje społeczne, minie jeszcze znaczący okres czasu nim świadczeniodawcy będą w stanie zapoznać się z jej ostatecznym kształtem. Od momentu wejścia w życie ustawy, do momentu opublikowania wykazu podmiotów zakwalifikowanych do PSZ minie zatem mniej niż cztery miesiące.

[4] Projektowana ustawa zawiera liczne delegacje do aktów niższego rzędu, chociażby mających uregulować sposób finansowania świadczeń udzielanych w ramach sieci szpitali.

przepisów. Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach nie uwzględnia pilotażowego wprowadzenia sieci szpitali na ograniczonym terenie, co mogłoby skutecznie wyeliminować niedociągnięcia funkcjonowania nowego systemu lecznictwa szpitalnego przed jego wprowadzeniem na szerszą skalę. Pokazuje to brak wyciągania wniosków przez stronę publiczną z przykrych doświadczeń wprowadzania pakietu onkologicznego lub czy ustawy refundacyjnej.

Postulowane zmiany::

- Niezwłoczne przedstawienie opinii publicznej, szczegółowych zasad funkcjonowania sieci szpitali, uwzględniających finansowanie oraz sposób zabezpieczenia dostępu świadczeniobiorców do świadczeń wysokiej jakości
- Przeprowadzenie pilotażu funkcjonowania regulacji, ograniczonego przykładowo do jednego województwa.
- Odroczenie opublikowania pierwszego wykazu podmiotów, które wejdą do PSZ do 30 kwietnia 2018 r.

2.2. Uwaga: brak określenia mechanizmu finansowania świadczeń udzielanych w ramach PSZ. Niekompletność proponowanej zmiany objawia się w braku odniesienia się projektu do sposobu finansowania świadczeń w ramach nowej formy funkcjonowania sieci szpitali. W uzasadnieniu ustawy oraz Ocenie Skutków Regulacji wskazano jedynie, że planowane jest odstąpienie od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującego całość opieki w danym okresie. [5]

Nieuwzględnienie w treści projektu tak istotnego aspektu wprowadzenia sieci szpitali, jak finansowanie świadczeń przyczynia się do niepewności świadczeniodawców co do tego, czy będą w stanie sfinansować świadczenia na odpowiednio wysokim poziomie jakościowym. Nie przedstawiono również projektu rozporządzenia, do którego odsyła delegacja ustawowa w Projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach i które powinno precyzować sposoby rozliczania świadczeń po wprowadzeniu sieci szpitali.

W naszej ocenie, żeby w pełni móc ocenić skutki wdrożenia nowego systemu leczenia szpitalnego konieczne jest precyzyjne określenie finansowania sieci szpitali i planowanych metod rozliczeń z nimi.

Postulowane zmiany :

- Określenie na poziomie ustawowym mechanizmu finansowania świadczeń;
- Przedstawienie opinii publicznej szczegółowych zasad finansowanie (projektu rozporządzenia nowelizującego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub nowego rozporządzenia regulującego rozliczenia w ramach nowej sieci szpitali lub innego kompleksowego rozwiązania, które będzie kierowało się zapewnieniem dostępności do świadczeń najwyżej jakości).

2.3. Uwaga: Naruszenie zasady zaufania obywateli do demokratycznego państwa prawa. Projekt wskazuje jako jedno z kryteriów włączenia do sieci szpitali wymóg posiadania przez świadczeniodawcę

[5] Szczegółowy sposób rozliczania świadczeń ma zostać określony dopiero w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 137 ust. 2. Uzasadnienie projektu ustawy nadmienia, że wysokość ryczałtu na dany rok będzie zależała od poziomu realizacji świadczeń w roku poprzedzającym. Brakuje natomiast informacji, jaka będzie zmiana obecnie obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. OWU (czy przygotowanie nowego rozporządzenia, czy też nowelizacja dotychczasowego.) Należy zaznaczyć, że OWU ma charakter formalnoprawnego, natomiast dla oceny skuteczności zasad finansowania kluczowy będzie również aspekt materialno-prawny .

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, której okres trwania w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do odpowiedniego poziomu systemu sieci szpitali musi wynosić co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe. W efekcie oznacza to, że świadczeniodawcy, którzy zawarli taką umowę później, aniżeli 30 kwietnia 2015 r. będą co do zasady wykluczeni z sieci szpitali, chyba że stosowną decyzję o włączeniu do siedzi podejmie dyrektor OW NFZ za zgodą Ministra Zdrowia.

W naszej opinii tego typu mechanizm stanowi niedopuszczalne naruszenie zasady zaufania obywateli do państwa, podważa zasadę pewności prawa i w nieuzasadniony sposób arbitralnie wyklucza grupę świadczeniodawców z możliwości ubiegania się o uwzględnienie w sieci szpitali (dalej również jako: „PSZ").

Obawy wzbudza również wpływ takiego rozwiązania na zapewnienie bezpieczeństwa dostępu do świadczeń dla pacjentów. Z Oceny Skutków Regulacji Projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach nie wynika ilu świadczeniodawców zostanie wykluczonych z sieci szpitali i jaki wpływ będzie to miało na wypełnianie zapotrzebowania na świadczenia wynikającego z map potrzeb zdrowotnych. Aby reforma wpłynęła pozytywnie na dostępność do świadczeń oraz jakość powinna być koherentna z analizami wynikającymi z opublikowanych map potrzeb zdrowotnych – powinna uwzględniać diagnozy w nich zawarte.

Postulowane zmiany: Przy tworzeniu pierwszego wykazu świadczeniodawców wchodzących do PSZ kryterium okresu trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych powinna być zastąpiona kryteriami jakościowymi.

2.4. Uwaga: Nieuwzględnienie jakościowych kryteriów przystąpienia do sieci szpitali oraz brak zasad ewaluacji podmiotów znajdujących się w sieci szpitali - Kryteria na podstawie których świadczeniodawca zostanie włączony do sieci szpitali premiują ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych[6]. Z propozycji legislacyjnych wynika plan odejścia od stosowania kryteriów jakościowych, które motywowałyby świadczeniodawców do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń i doceniały tych świadczeniodawców, którzy ciągle pracują nad poprawą jakości udzielanych świadczeń.

Proponowane rozwiązania nie zawierają również metod ewaluacji świadczeniodawców, którzy znajdą się w wykazie PSZ, co również stanowi ryzyko pogorszenia jakości świadczeń udzielanych w ramach sieci szpitali. Co więcej, w związku z rozwojem technologicznym kryteria kwalifikacji świadczeniodawców powinny być aktualizowane co roku – tak aby świadczeniodawcy, którzy znajdą się w sieci szpitali musieli podnosić jakość udzielanych świadczeń i nadążać za światowymi i europejskimi trendami w medycynie.
Postulowane zmiany :

[6] Projektowana nowelizacja stanowi, że kryteriami tymi będzie:
- udzielanie 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 (niniejszy wymóg nie dotyczy szpitali onkologicznych, pulmonologicznych i ogólnopolskich),
- spełnienia kryteriów kwalifikacji do jednego z poziomów, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia
- posiadanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającej łącznie następujące warunki:
  - Okres trwania umowy w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do odpowiedniego poziomu systemu zabezpieczenia wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,
  - Umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, określonych w rozporządzeniach koszykowych

- Wprowadzenie kryteriów jakościowych jako relewantnych czynników dla kwalifikacji do sieci szpitali (przykładowo: akredytacja, niska liczba zdarzeń medycznych, krótki czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, reinwestowanie dochodu z działalności leczniczej na inwestycje w ochronie zdrowia)
- Wprowadzenie kryteriów jakościowych ewaluacji szpitali, które zostały zakwalifikowane do PSZ (np. utrzymywanie akredytacji, spełnianie norm ISO).

2.5. Uwaga: Brak poprawy dostępu pacjentów do świadczeń - Pomimo wskazania, że celem proponowanych zmian jest poprawienie dostępu pacjentów do świadczeń gwarantowanych ani projekt nowelizacji, ani uzasadnienie nie wskazują w jaki sposób ma być osiągnięty wskazany cel. .W uzasadnieniu nie wskazano w ogóle, jak rozumiane jest pojęcia dostępu do świadczeń: czy chodzi o czas oczekiwania na świadczenie przez pacjenta, czy o możliwość uzyskania świadczeń dotychczas niedostępnych, czy też wreszcie o wyższą jakość świadczenia. Szczególnie niezrozumiałe jest to jakim mechanizmem ma dojść do poprawy dostępności, skoro świadczeniodawcy, którzy wejdą do PSZ będą finansowani za pomocą bliżej nieokreślonego ryczałtu.

Przyjęcie regulacji w projektowanym kształcie wpłynie natomiast niewątpliwie na zmniejszenie liczby placówek medycznych, co może doprowadzić do ograniczenia dostępu. Również brak mechanizmów gwarantowania jakości udzielania świadczeń może wpłynąć negatywnie na dostęp do wysokiej jakości świadczeń. . W efekcie istnieje poważne ryzyko, że świadczeniodawcy będą zmuszani drastycznie obniżać jakość świadczeń lub odmawiać ich wykonania w przypadku, gdy ryczałt będzie niedoszacowany (alternatywnie).

Postulowane zmiany :

- Sprecyzowanie pojęcia dostępu do świadczeń
- Ustawowe uregulowanie mechanizmów w sytuacji, gdy ze względu na duże zapotrzebowanie na świadczenia danego rodzaju ryczałt okazuje się niewystarczający
- Wprowadzenie kryteriów jakościowych, mających na celu ewaluację zapewnienia dostępności do świadczeń (np. czas oczekiwania na świadczenie, zakres oferowanych świadczeń)

2.6. Uwaga: wprowadzenie mechanizmów arbitralnego działania władzy publicznej. Uzasadnienie projektu ustawy stanowi, że celem projektowanych zmian jest m.in. ***zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych (...)***. Niestety widzimy rażącą sprzeczność pomiędzy powyższym deklarowanym celem a rzeczywistymi skutkami planowanej regulacji. Ministerstwo Zdrowia wskazuje w uzasadnieniu, że kryteria kwalifikacji świadczeniodawców mają gwarantować jednoznacznie czy dany podmiot może zostać włączony do PSZ.

Włączenie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ danego świadczeniodawcy do sieci szpitali ma być teoretycznie czynnością materialno-techniczną, nie pozostawiającą pola uznaniowości władzy publicznej. Jednocześnie Projekt nowelizacji przewiduje, że jeżeli wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który nie spełnia kryteriów pozwalających mu na zakwalifikowanie się do PSZ w trybie regularnym może zostać zakwalifikowany do PSZ przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia.

Uważamy, że niniejsza decyzja ma charakter arbitralny, zwłaszcza że pojęcie właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter pojemnej klauzuli generalnej, dającej władzy publicznej pełną dowolność jej interpretowania.[7]

Projektowana zmiana nie rozwiązuje zatem problemu arbitralności w podejmowaniu decyzji o zawarciu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a wręcz przeciwnie zwiększa ją przyznając prawo dowolnego dokoptowania świadczeniodawców sieci szpitali nie stosując przy tym jakiegokolwiek kryterium merytorycznego.

Postulowane zmiany :

- Określenie obiektywnych kryteriów, jakimi dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ się kieruje podejmując decyzję, iż konieczne jest tymczasowe zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń
- Wprowadzenie mechanizmu konkurencyjnego do wyboru świadczeniodawcy, który zostanie włączony do PSZ poza standardową

2.7. Uwaga: Ryzyko „zamrożenia" wykazu świadczeniodawców, którzy zostaną zakwalifikowani do PSZ przy pierwszym wykazie. Ryzyko to wynika w szczególności z następujących czynników:

- kryterium wymogu 2- letniego trwania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili kwalifikujących;
- faktu, że z uzasadnienia Projektu wynika, że jedynie 15% środków publicznych będzie przeznaczana dla świadczeniodawców niewchodzących do sieci szpitali.

W efekcie świadczeniodawcy, którzy nie zostaną zakwalifikowani do sieci przy pierwszym wykazie i którzy nie otrzymają umowy na udzielane świadczeń w ramach niewielkiej puli środków pozostawionych dla świadczeniodawców spoza sieci, nie będą praktycznie mieli możliwości spełnienia kryteriów wstąpienia do sieci w przyszłości.[8]

Postulowane zmiany: Utworzenie mechanizmu prawnego, który pozwalałby wyłączyć kryterium okresu trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w stosunku do świadczeniodawców, którzy dotychczas nie znaleźli się w PSZ. Zamiast tego kryterium, dla świadczeniodawcy dotychczas nieuwzględnionego w sieci szpitali wprowadzone mogłyby być kryteria jakościowe.

---

[7] Do podejmowania tego typu decyzji powinien mieć zastosowanie Kodeks Postępowania Administracyjnego, gdyż decyzje te rozstrzygają w sposób władczy o prawach i obowiązkach świadczeniodawcy, czyniąc je decyzją administracyjną w rozumieniu materialnym. Ponadto, podjęcie decyzji o włączeniu danego świadczeniodawcy przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ powinno odbywać się w trybie konkurencyjnym: w trybie konkursu ofert bądź rokowań. Jedynie wybór świadczeniodawcy w oparciu o kryteria jakościowe będzie zabezpieczał efektywną opiekę zdrowotną nad pacjentem. Rozumiejąc nadzwyczajność niektórych sytuacji w których konieczne jest nagłe zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnych, uważamy, że w takich okolicznościach wyjątkowo czasowe włączenie do sieci szpitali mogłoby odbywać się na gruncie decyzji o czasowym zabezpieczeniu dostępu do świadczeń. Natomiast taka sytuacja powinna być wyjątkowa – zasadą powinien być konkurencyjny tryb wyboru świadczeniodawców do sieci szpitali.

[8] Wykluczenie wielu świadczeniodawców z sieci szpitali jest również niekonsekwentne z. wprowadzeniem przez rząd systemu IOWISZ, wspierającego inwestycje spójne z mapami potrzeb zdrowotnych. Obecna regulacja nie uwzględnia ewentualności, w której wniosek inwestycyjny danego szpitala zostanie zaakceptowany, a szpital ten następnie nie wejdzie do sieci szpitali i zostanie niemalże efektywnie pozbawiony możliwości udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

2.8. Uwaga: nierzetelne sporządzenie oceny skutków regulacji – Ocena Skutków Regulacji przedstawiona wraz z Projektem nie wskazuje na to, jaka liczba świadczeniodawców zostanie wykluczona z sieci szpitali oraz jak wprowadzenie sieci wpłynie na dostęp pacjentów do skutecznej opieki zdrowotnej[9].

Postulowane zmiany: Wprowadzenie rzetelnej oceny skutków wprowadzenia proponowanych regulacji, przede wszystkim z punktu widzenia dostępu do świadczeń przez pacjentów, ich jakości oraz przeszłego funkcjonowania podmiotów, które nie wejdą do sieci

3. Uwagi końcowe

Podsumowując pragniemy pokreślić, że naszymi nadrzędnymi celami są: zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych dostępnych dla pacjentów, jak również sprawne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Cel ten nie będzie mógł zostać osiągnięty, jeżeli system ochrony zdrowia będzie niestabilny, nietransparentny, nieukierunkowany na pacjenta oraz uniemożliwiający świadczeniodawcom skuteczne funkcjonowanie w systemie opieki zdrowotnej. W naszej ocenie Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach obarczony jest powyższymi krytycznymi wadami systemowymi, przez co wprowadzenie go w proponowanym kształcie będzie skutkowało spadkiem dostępności pacjenta do świadczeń, jak również erozją jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jedynie zmiana, na którą wszyscy uczestnicy systemu opieki zdrowotnej będą przygotowani i której założenia będą wszystkich zrozumiałe zapewni długofalową poprawę służby zdrowia w Polsce. W tym celu konieczne jest przeprowadzenie konstruktywnej transparentnej debaty publicznej na temat zasad organizacji leczenia z udziałem wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej, jak również uwzględnienie wskazanych w niniejszym stanowisku merytorycznych argumentów. Ze względu na powyższą argumentację żywimy głęboką nadzieję na pozytywne rozpatrzenie niniejszego stanowiska.

Z wyrazami szacunku

Andrzej Sokołowski
prezes zarządu
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

[9] Ocena przedstawiona przez projektodawcę nie spełnia kryteriów wynikających z *„Wytycznych do przeprowadzenia oceny wpływu oraz konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego"*, w szczególności zasady proporcjonalności. Zasada proporcjonalności, która wymaga, oprócz oszacowania liczby podmiotów na który wprowadzane zmiany legislacyjne będą miały wpływ, również oszacowania skali oddziaływania planowanej legislacji, jedynie w sposób szczątkowy znalazła odzwierciedlenie w rzeczonej Ocenie Skutków Regulacji. Przede wszystkim nieoszacowana została liczba szpitali, którym ze względu na niespełnienie kryteriów kwalifikacji do PSZ nie uda się zawrzeć umowy o udzielenia świadczeń zdrowotnych z płatnikiem publicznym. Podobnie, nie oszacowano również skali problemu utrudnionego dostępu od świadczeń dla świadczeniobiorców, wynikającego z niewłączenia danego podmiotu do sieci szpitali.
Dla świadczeniodawców pozostaje zatem niewiadomą, jak duża jest skala ryzyka dla ich dalszego funkcjonowania po wprowadzeniu PSZ, co znowuż stawia pod znakiem zapytania ich aktualne działania na polu inwestycyjnym i długofalowe plany rozwoju.

Załączniki :

1. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce – za i przeciw
2. Elementy niezbędne do zmiany w polskim systemie zdrowia z uwzględnieniem interesów świadczeniodawców i pacjentów.
3. Analiza zapisów rozporządzenia 1
4. Analiza zapisów rozporządzenia 2
5. Fakty i fikcje o roli prywatnych szpitali w Europie