



SĄD NAJWYŻSZY
Rzeczypospolitej Polskiej

Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego
Prof. dr hab. Małgorzata Gersdorf

BSA III-021-88/17

Do druku nr 1322

Warszawa, dnia 10 marca 2017 r.

SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS

L. dz.

Data wpływu 13. 03. 2017

Pan

Adam Podgórski

Zastępca Szefa

Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo z dnia 23 lutego 2017 r., GMS-WP-173-52/17 uprzejmie przesyłam uwagi Sądu Najwyższego do *rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Z wyrazami szacunku



Opinia

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

I. Projekt ustawy

1. Pismem z dnia 23 lutego 2017 r. Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu przekazał Pierwszemu Prezesowi Sądu Najwyższego rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z prośbą o wyrażenie opinii.
2. Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy ma na celu:
 - a. Poprawienie dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności przez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Pacjent posiadający skierowanie do szpitala będzie mógł uzyskać świadczenia, w zależności od oceny specjalisty, zarówno w formie ambulatoryjnej, jak i szpitalnej oraz skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych. Jednocześnie działanie to powinno być podyktowane przede wszystkim aspektami zdrowotnymi (cyklem leczenia pacjenta), a nie rozliczeniowymi.
 - b. Zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach, jako warunek zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej.
 - c. Zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom.
 - d. Zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych.
 - e. Poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia.
 - f. Uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali.

- g. Stworzenie mechanizmu przenoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.
- 3. Do projektu ustawy załączono projekt rozporządzeń:
 - a. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
 - b. w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania
 - c. w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy.

II. Ocena wprowadzonych zmian

1. Należy stwierdzić, że w niniejszej opinii proponowane zmiany mogą zostać ocenione wyłącznie w aspekcie dogmatycznym.

Trzeba bowiem zaznaczyć, że część kwestii pozostaje poza oceną z uwagi na ich zawartość merytoryczną, wykraczającą poza kompetencje podmiotu opiniującego. Dotyczy to w szczególności projektów rozporządzeń w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy.

Także znaczne fragmenty projektu ustawy, dotyczące np. wyróżniania poziomów w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz kwalifikacji świadczeniodawców odnoszące się do kwestii medycznych (profile hospitalizacji) muszą pozostać poza oceną.

2. Jeżeli chodzi o aspekt dogmatyczny trzeba podnieść, że proponowane zmiany mogą budzić szereg wątpliwości:
 - a. Kwalifikacja podmiotów do systemu zabezpieczenia:
 - i. za wyjątkiem posiadania dotychczas kontraktu oraz spełnienia warunku posiadania wyznaczonych profili w ramach wskazanego poziomu nie są brane pod uwagę inne kryteria dostępu, brak np. odniesienia do jakości zarządzania, akredytacja podmiotów weryfikowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie stałaby się zatem bez znaczenia. Kryterium jakościowe pojawia się dopiero na etapie wyliczania wartości ryczałtu, nie ma tym samym wpływu np. na trwanie umowy (możliwość jej rozwiązania z uwagi na niesatysfakcjonującą jakość świadczonej opieki).

- ii. Za nieuzasadnione należy uznać wykluczenie z systemu tych świadczeniodawców, którzy zawarli wprawdzie umowę z NFZ, ale której okres trwania jest krótszy niż 2 lata.
 - iii. W „przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”, jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia może zostać ustalona mniejsza liczba profili. W takiej sytuacji „Kwalifikacja świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia w oparciu o liczbę profili wskazanych w ust. 7 następuje przy jednoczesnym spełnieniu przez świadczeniodawcę co najmniej jednego z warunków dodatkowych w zakresie: 1). wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu (...)”. Nie jest przy tym wyjaśnione, co oznacza i jak rozumieć i ustalać „wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu” i jaka wartość oraz do czego odnoszona ma znaczenie dla podjęcia decyzji kwalifikacyjnej.
 - iv. Należy także wskazać na art. 2 ocenianej nowelizacji, zgodnie z którym „W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który (...) posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, (...) oraz nie spełnia pozostałych warunków, (...) może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia”. Przepis ten, pomijając obowiązek uzyskania opinii ministra, upoważnia NFZ do zakwalifikowania do systemu każdego świadczeniodawcy, posiadającego aktualnie umowę z NFZ, w istocie w pełni uznaniowo i nietransparentnie.
- b. Finansowanie ryczałtowe:
- i. W art. 136 ust. 2 zmienianej ustawy proponuje się wprowadzenie pkt 2 , zgodnie z którym, między innymi, „w kwocie zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, obejmuje się ryczałt systemu zabezpieczenia oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania”.
 - 1) Po pierwsze nie jest jasne (nie wynika to ani z projektu ustawy, ani z załączonych rozporządzeń) jak rozumieć pojęcie „wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania”. Nie wiadomo kto i w jakiej wysokości miałby je „wyodrębniać”. Czy odrębne rozliczanie (tj. poza ryczałtem) świadczeń określonych w projekcie rozporządzenia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej

wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania ma się odbywać na zasadzie fee for service i w sposób nieograniczony? Jak wtedy rozumieć zastrzeżenie stosowania art. 132 ust. 5 zmienianej ustawy? Nie jest nadto jasne, jak ma być rozumiany zwrot „kompleksowa opieka nad pacjentem” zawarty w katalogu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

- 2) Po drugie można zauważyć pewną nieporadność językową: raczej „kwota zobowiązania (...) obejmuje ryczałt” niż – jak w projekcie – „w kwocie zobowiązania (...) obejmuje się ryczałt”.
- ii. Nie są jasne następstwa sytuacji, w której świadczeniodawca nie rozliczy ryczałtu (nie wykona przewidywanej liczby świadczeń) lub gdy ilość świadczeń i koszty z tym związane zdecydowanie przekroczą przyznane wynagrodzenie ryczałtowe.
- iii. Ryczałt obliczany na podstawie 2015 r nie uwzględni najprawdopodobniej korzystnego dla świadczeniodawców, przywróconego w 2016 roku (po zmianie zasad w 2015 roku, które istotnie obniżyły finansowanie tego zakresu) sposobu rozliczania świadczeń kardiochirurgicznych.
- c. Zawarcie umowy:
 - i. Zgodnie z projektowanym art. 159a ust. 1 umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierana jest „na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, kierowany do świadczeniodawcy (...)”. Abstrahując od zastosowanej terminologii (taki wniosek jest w istocie ofertą), dyskusyjne jest przyznanie inicjatywy w tej kwestii organowi NFZ i skazanie świadczeniodawcy na oczekiwaniu na jego inicjatywę. Wbrew uzasadnieniu projektu z przepisu tego nie wynika bowiem obowiązek zawarcia umowy (wystąpienia z „wnioskiem” o jej zawarcie) – opisana jest tylko procedura zawierania umów.
 - ii. Nie jest jasne, na jak długo mają być kolejne zawierane umowy – ze sformułowania „na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia” można wywnioskować, że chodzi o jedną umowę na cały 4-letni okres kwalifikacji. Tym niemniej powstaje pytanie, czy kolejne okresy 4 – letnie nie będą formą „aneksowania”, tak krytykowaną w uzasadnieniu ustawy.
3. Odrębną kwestią są wątpliwości systemowe: powstaje bowiem pytanie, na ile wobec wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (obejmującego świadczenia 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) oraz zmiany koncepcji finansowania świadczeń (rezygnacja z modelu fee for service, w którym „pieniądze idą za pacjentem”, na model ryczałtowego finansowania wybranych szpitali) realne będzie korzystanie z fundamentalnej zasady swobody wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę.

Także wyłączenie w znaczącym stopniu z możliwości ubiegania się o środki publiczne, prywatnych świadczeniodawców spowoduje zagrożenie rejonizacją i wskazaniem pacjentowi w jakich podmiotach będzie mógł korzystać ze świadczeń. Ryzyko wzrostu kolejek oraz ograniczenia możliwości korzystania ze świadczeń, jedynie do wskazanych podmiotów, może skutkować naruszeniem swobody pacjenta.

III. Konkluzje

Podsumowując powyższe projekt ustawy o zmianie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jako zawierający szereg niejasności i wątpliwości podniesionych powyżej, wymaga dalszych prac legislacyjnych.

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 17 marca 2017 r.

Cena 0,25 zł + 23% VAT

