



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja

Druk nr 3492

Warszawa, 28 września 2010 r.

Pan

Grzegorz Schetyna

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o sieci szpitali.

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Bolesława Grzegorza Piechę.

(-) Andrzej Adamczyk; (-) Waldemar Andzel; (-) Piotr Babinetz; (-) Barbara Bartuś; (-) Andrzej Bętkowski; (-) Antoni Błądek; (-) Aleksander Chłopek; (-) Daniela Chrapkiewicz; (-) Andrzej Mikołaj Dera; (-) Zbigniew Dolata; (-) Bartłomiej Dorywalski; (-) Jacek Falfus; (-) Adam Gawęda; (-) Mieczysław Golba; (-) Kazimierz Gołojuch; (-) Jerzy Gosiewski; (-) Artur Górski; (-) Krystyna Grabicka; (-) Kazimierz Hajda; (-) Wiesław Janczyk; (-) Dariusz Kaczanowski; (-) Beata Kempa; (-) Sławomir Kłosowski; (-) Wojciech Kossakowski; (-) Henryk Kowalczyk; (-) Leonard Krasulski; (-) Elżbieta Kruk; (-) Krzysztof Lipiec; (-) Krzysztof Maciejewski; (-) Barbara Marianowska; (-) Gabriela Masłowska; (-) Jerzy Materna; (-) Marek Matuszewski; (-) Wojciech Mojzesowicz; (-) Kazimierz Moskal; (-) Anna Paluch; (-) Stanisław Pięta; (-) Jacek Pilch; (-) Marek Polak; (-) Piotr Polak; (-) Jan Religa; (-) Jerzy Rębek; (-) Adam Rogacki; (-) Józef Rojek; (-) Jarosław Rusiecki; (-) Monika Ryniak; (-) Anna Sikora; (-) Kazimierz Smoliński; (-) Anna Sobecka; (-) Krzysztof Sońta; (-) Piotr Stanke; (-) Stefan Strzałkowski; (-) Andrzej Szlachta; (-) Adam Śnieżek; (-) Robert Telus; (-) Ryszard Terlecki; (-) Krzysztof Tołwiński; (-) Teresa Wargocka; (-) Jan Warzecha; (-) Waldemar Wiązowski; (-) Jadwiga Wiśniewska; (-) Tadeusz Wita; (-) Sławomir Worach; (-) Tadeusz Woźniak; (-) Marzena Dorota Wróbel; (-) Anna Zalewska; (-) Wojciech Szczęsny Zarzycki; (-) Sławomir Zawiślak; (-) Jarosław Zieliński; (-) Maria Zuba; (-) Jarosław Żaczek; (-) Wojciech Żukowski.

U S T A W A

z dnia

o sieci szpitali¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. W celu realizacji zadań państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu optymalizacji wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, tworzy się sieć szpitali.

Art. 2. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady tworzenia sieci szpitali;
- 2) wymagania, jakie muszą spełniać szpitale włączone do sieci szpitali;
- 3) szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali;
- 4) zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz monitorowania i oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali;

5) zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

2. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do postępowania w sprawach o włączenie do sieci szpitali i wyłączenie z sieci szpitali oraz zmianę poziomu referencyjnego stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.²⁾).

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) potrzeby zdrowotne – potrzeby zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.³⁾);
- 2) świadczenie wysokospecjalistyczne – świadczenie wysokospecjalistyczne w rozumieniu art. 5 pkt 39 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) podmiot tworzący szpital – podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89);
- 4) szpital – zakład opieki zdrowotnej utworzony w celu zapewnienia całodobowej lub całodziennej opieki zdrowotnej oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych udzielanych osobom, u których wystąpiły choroby, które nie mogą być leczone w warunkach domowych lub ambulatoryjnych;
- 5) optymalna liczba łóżek – liczbę łóżek szpitalnych w specjalnościach lekarskich, o których mowa w art. 5 ust. 2 w poszczególnych województwach, wystarczającą do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadcze-

niach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 4. Cele, o których mowa w art. 1, są realizowane w szczególności poprzez:

- 1) dostosowanie struktury organizacyjnej szpitali i ich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych do sytuacji demograficznej i epidemiologicznej;
- 2) utrzymywanie optymalnej liczby łóżek i ich optymalne rozmieszczenie na obszarze województwa i w kraju;
- 3) zapewnienie możliwości praktycznego kształcenia kadr medycznych w szpitalach;
- 4) poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i infrastruktury opieki zdrowotnej;
- 5) realizację zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego państwa;
- 6) realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego.

Rozdział 2

Zasady tworzenia sieci szpitali

Art. 5. 1. Na potrzeby utworzenia sieci szpitali określa się optymalną liczbę łóżek.

2. Optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw określa się w szczególności w następujących specjalnościach lekarskich:

- 1) anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) chorób wewnętrznych;
- 3) gastrologii;

- 4) hematologii;
- 5) kardiologii;
- 6) nefrologii;
- 7) dermatologii;
- 8) neurologii;
- 9) onkologii;
- 10) gruźlicy i chorób płuc;
- 11) reumatologii;
- 12) rehabilitacji;
- 13) chorób zakaźnych;
- 14) pediatrii;
- 15) geriatriczności;
- 16) ginekologii i położnictwa;
- 17) chirurgii ogólnej;
- 18) chirurgii dla dzieci;
- 19) kardiochirurgii;
- 20) neurochirurgii;
- 21) urazowo-ortopedycznej;
- 22) okulistyki;
- 23) otolaryngologii;
- 24) urologii;
- 25) psychiatrii.

3. Określając optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw w specjalnościach, o których mowa w ust. 2, uwzględnia się w szczególności:

- 1) prognozowaną liczbę hospitalizacji na 10 000 mieszkańców województwa;

2) średni czas hospitalizacji rozumiany jako średnia liczba dni pobytu pacjenta w szpitalu;

3) stopień wykorzystania łóżek.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, optymalną liczbę łóżek w specjalnościach lekarskich, o których mowa w ust. 2 pkt 1-24, uwzględniając w szczególności dane dotyczące liczby hospitalizacji, długości pobytu, wykorzystania łóżek, a także prognozy epidemiologiczne i demograficzne oraz uwarunkowania społeczne.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, optymalną liczbę łóżek w specjalności lekarskiej psychiatria, uwzględniając w szczególności specyfikę organizacji tej opieki, a także biorąc pod uwagę rozwój opieki pozaszpitalnej.

Art. 6. Do sieci szpitali może być włączony szpital, którego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 9 ust. 1.

Art. 7. 1. Włączenie szpitala do sieci szpitali następuje na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanej w terminie 2 miesięcy od dnia przekazania opinii przez Krajową Radę do Spraw Szpitali, o której mowa w art. 9 ust. 4.

2. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych w terminie 2 miesięcy od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w art. 8 ust. 2. Przepis art. 106 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku gdy decyzja o włączeniu szpitala do sieci szpitali jest wydawana dla szpitala objętego harmonogramem, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 5, harmonogram ten stanowi załącznik do decyzji.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje decyzję o włączeniu szpitala do sieci szpitali po przedstawieniu opinii przez właściwego marszałka województwa wydanej po konsultacji z Wojewódzką Komisją do Spraw Szpitali oraz opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali.

Art. 8. 1. Wniosek o włączenie szpitala do sieci szpitali, zwany dalej „wnioskiem”, może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia kierownik szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital albo podmiot tworzący szpital, za pośrednictwem właściwego marszałka województwa w terminie do końca lutego każdego roku. Wniosek podlega opiniowaniu przez działającą w zakładzie zakładową organizację związkową.

2. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, wniosek do ministra właściwego do spraw zdrowia składa kierownik szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital lub podmiot tworzący szpital. Przepis ust. 1 zdanie drugie stosuje się. Przepisów o opiniowaniu wniosku przez marszałka województwa i Krajową Radę do Spraw Szpitali nie stosuje się.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazując decyzję o włączeniu do sieci szpitali szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w terminie 7 dni od dnia jej wydania, właściwemu marszałkowi województwa.

4. Do wniosku o włączenie szpitala do sieci szpitali należy dołączyć:

- 1) zatwierdzone sprawozdania finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za okres 2 lat oraz informację o sytuacji finansowej szpitala za rok poprzedzający rok złożenia wniosku;
- 2) wykaz oddziałów szpitalnych wraz z liczbą osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach z podziałem na poszczególne grupy zawodowe z uwzględnieniem specjalizacji i stopni naukowych,

według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym składany jest wniosek;

- 3) informację o liczbie i rodzaju udzielanych w poszczególnych oddziałach szpitala świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych w roku poprzedzającym rok w którym składany jest wniosek;
 - 4) wykaz aparatury i sprzętu medycznego na poszczególnych oddziałach, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym składany jest wniosek;
 - 5) informację o działalności dydaktycznej szpitala przeddyplomowej i podyplomowej w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku;
 - 6) wykaz przeprowadzonych przez szpital, w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku, badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz ich rezultatów a także wykaz prowadzonych badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, uwzględniając konieczność przedstawienia obiektywnych i jednolitych danych dotyczących szpitala.

Art. 9. 1. Marszałek województwa na podstawie danych zawartych w dokumentach, o których mowa w art. 8, oraz innych dokumentów i informacji udostępnionych przez kierownika szpitala lub podmiot tworzący ten szpital przedstawia, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku, opinię co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali, biorąc w szczególności pod uwagę:

- 1) możliwości diagnostyczne i lecznicze szpitala;
- 2) udział szpitala w realizacji zadań wynikających z wojewódzkiego planu działania systemu określanego na pod-

stawie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

- 3) rodzaj i liczbę udzielanych przez szpital świadczeń wysokospecjalistycznych, uwzględniając realizację przez szpital zadań w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- 4) realizację i możliwość realizacji przez szpital zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego państwa;
- 5) działalność szpitala w zakresie kształcenia kadr medycznych;
- 6) prowadzenie przez szpital badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych;
- 7) stosowanie i upowszechnianie przez szpital nowych technologii medycznych i standardów medycznych opartych na dowodach naukowych.

2. Wraz z opinią, o której mowa w ust. 1, marszałek województwa po konsultacjach z Wojewódzka Komisją do Spraw Szpitali przedstawia propozycję zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych na podstawie oceny spełniania przez te oddziały kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 4.

3. Marszałek województwa przekazuje w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, do Krajowej Rady do Spraw Szpitali:

- 1) wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1, wraz z opinią, o której mowa w ust. 1, i propozycją zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomu referencyjnego, o której mowa w ust. 2;
- 2) w przypadku pozytywnej opinii o włączeniu szpitala do sieci szpitali – projekt zmiany regionalnego planu opieki szpitalnej, o którym mowa w art. 16;

- 3) dokumenty i informacje stanowiące podstawę sporządzenia opinii co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali;
- 4) dokumenty i informacje stanowiące podstawę zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

4. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3, przekazuje te dokumenty ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz na podstawie opinii marszałka województwa, przedstawia opinię w sprawie włączenia szpitala do sieci szpitali oraz w sprawie kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o włączeniu do sieci szpitali szpitala, który uzyskał negatywną opinię marszałka województwa lub negatywną opinię Krajowej Rady do Spraw Szpitali, jeżeli jego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek.

6. W przypadku ostatecznej decyzji o włączeniu do sieci szpitali szpitala minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zmiany regionalnego planu opieki szpitalnej, o którym mowa w art. 16, bez zachowania trybu, o którym mowa w art. 20 ust. 2.

7. Zmiana regionalnego planu opieki szpitalnej nie może powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że działania określone w planie będą realizowane ze środków finansowych będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia do wysokości zaplanowanej na ten cel w ustawie budżetowej.

Art. 10. Minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, odmawia w drodze decyzji, w terminie określonym w art. 7 ust. 1 i 2, włączenia szpitala do sieci szpitali, jeżeli na podstawie przedłożonych dokumentów uzna, że działalność szpitala nie jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 9 ust. 1.

Art. 11. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza corocznie, w drodze obwieszczenia, wykaz szpitali włączonych do sieci szpitali, zawierający nazwę i adres szpitala oraz wykaz oddziałów szpitala i ich poziomy referencyjne.

Art. 12. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali:

1) z własnej inicjatywy,

2) właściwego marszałka województwa,

3) na wniosek Krajowej Rady do Spraw Szpitali

– jeżeli stwierdzi, że działalność szpitala nie ma istotnego znaczenia do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów o których mowa w art. 9 ust. 1 lub w przypadkach określonych w art. 31 ust. 9, art. 39 ust. 4 lub art. 45 ust. 4.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali także w przypadku złożenia wniosku o wyłączenie szpitala z sieci szpitali przez podmiot, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1 i 2.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje niezwłocznie ostateczną decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali do podmiotu, który utworzył szpital, kierownika szpitala, właściwego ze względu na siedzibę szpitala wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz marszałka województwa.

Art. 13. Wniosek o włączenie szpitala do sieci szpitali pozostawia się bez rozpatrzenia, w przypadku gdy:

1) wniosek został złożony po terminie;

- 2) Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych nie przedstawili stanowiska w terminie określonym w art. 106 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego;
- 3) właściwi ministrowie nie osiągnęli porozumienia, o którym mowa w art. 7 ust. 2.

Art. 14. 1. Oddziały szpitala włączonego do sieci szpitali kwalifikuje się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

2. Ustala się trzy poziomy referencyjne oddziałów szpitala:

- 1) podstawowy;
- 2) rozszerzony;
- 3) wysokospecjalistyczny.

3. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) możliwości diagnostyczno-leczniczych oddziału szpitala, w tym kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 2) zakresu i rodzaju udzielanych na poszczególnych oddziałach świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 3) działalności oddziału szpitala w zakresie kształcenia kadr medycznych oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria kwalifikowania oddziałów szpitala do poszczególnych poziomów referencyjnych, uwzględniając w szczególności minimalne kwalifikacje personelu medycznego i minimalną liczbę wybranych świadczeń opieki zdrowotnej tego samego rodzaju, które powinny być udzielane

w ciągu roku na poszczególnych poziomach referencyjnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 15. 1. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się w decyzji o włączeniu szpitala do sieci szpitali.

2. Zmiany poziomu referencyjnego dokonuje się w formie decyzji wydawanej na wniosek kierownika szpitala albo podmiotu tworzącego szpital.

3. Wniosek o zmianę poziomu referencyjnego składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem właściwego marszałka województwa i Krajowej Rady do Spraw Szpitali. Do wniosku należy dołączyć dokumenty i informacje stanowiące podstawę do zmiany poziomu referencyjnego.

4. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, wniosek o zmianę poziomu referencyjnego do ministra właściwego do spraw zdrowia składa kierownik szpitala lub podmiot tworzący szpital. Przepisów o opiniowaniu wniosku o zmianę poziomu referencyjnego przez właściwego marszałka województwa i Krajową Radę do Spraw Szpitali nie stosuje się.

5. Marszałek województwa w terminie miesiąca od otrzymania wniosku o zmianę poziomu referencyjnego sporządza, na podstawie wniosku i dołączonych do niego dokumentów, opinię co do zasadności zmiany poziomu referencyjnego.

6. Marszałek województwa przekazuje w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, do Krajowej Rady do Spraw Szpitali:

- 1) wniosek o zmianę poziomu referencyjnego;
- 2) dokumenty i informację, o których mowa w ust. 3;
- 3) opinię, o której mowa w ust. 4.

7. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, przekazuje te dokumenty ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz na podstawie opinii marszałka województwa, przedstawia opinię w sprawie zmiany poziomu referencyjnego.

Rozdział 3

Regionalne plany opieki szpitalnej

Art. 16. 1. Regionalny plan opieki szpitalnej, zwany dalej „planem”, zawiera:

- 1) charakterystykę województwa;
 - 2) charakterystykę szpitali w województwie;
 - 3) charakterystykę szpitali objętych planem;
 - 4) planowaną liczbę łóżek w szpitalach objętych planem;
 - 5) harmonogram działań dostosowawczych szpitali oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem;
 - 6) szacunkowe koszty działań dostosowawczych.
2. Plan sporządza się dla danego województwa.
 3. Plan powinien uwzględniać kierunki rozwoju opieki szpitalnej, wynikające ze zmian demograficznych i epidemiologicznych populacji, mając na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie należytej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej o wysokiej jakości.

Art. 17. 1. Projekt planu sporządza marszałek województwa na okres 5-ciu lat.

2. Projekt planu na kolejne lata sporządza się w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego ostatni rok obowiązywania poprzedniego planu.

3. Projekt planu uwzględnia włączone do sieci szpitali szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Organy jednostek samorządu terytorialnego, organy administracji rządowej, szpitale oraz właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązane, z uwzględnieniem odrębnych przepisów, do bezpłatnego udzielania, sporządzania i dostarczania na pisemne żądanie marszałka województwa, znajdujących się w ich posiadaniu, informacji niezbędnych do przygotowania projektu planu lub jego zmiany.

Art. 18. 1. Projekt planu podlega opiniowaniu przez podmioty tworzące szpitale objęte projektem planu oraz Wojewódzką Komisję Dialogu Społecznego w zakresie zmian w strukturze zatrudnienia.

2. Marszałek województwa przekazuje podmiotom, o których mowa w ust. 1, projekt planu w terminie 7 dni od dnia jego sporządzenia.

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, wyrażają opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu planu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z pozytywnym zaopiniowaniem projektu planu.

4. Marszałek województwa przekazuje projekt planu, w terminie 4 miesięcy od dnia jego sporządzenia do zaopiniowania Krajowej Radzie do Spraw Szpitali.

5. Krajowa Rada do Spraw Szpitali wyraża opinię w sprawie projektu planu, po otrzymaniu wszystkich projektów planów co najmniej na 4 miesiące przed końcem ostatniego roku obowiązywania planu, uwzględniając w szczególności:

- 1) strukturę i liczbę łóżek w poszczególnych szpitalach z uwzględnieniem struktury i liczby łóżek w województwie;

- 2) możliwości szpitala w zakresie przeprowadzenia przekształceń organizacyjnych zgodnie z harmonogramem określonym w planie, jeżeli szpital nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 6;
- 3) zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej osób uprawnionych;
- 4) zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz optymalizację wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej.

6. W przypadku negatywnej opinii w sprawie projektu planu, Krajowa Rada do Spraw Szpitali zwraca projekt planu marszałkowi województwa wraz ze swoimi zaleceniami.

7. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali nie mogą powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że będą realizowane ze środków finansowych będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia do wysokości zaplanowanej na ten cel w ustawie budżetowej.

8. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali są wiążące. Marszałek województwa jest obowiązany niezwłocznie dostosować projekt planu do przekazanych zaleceń oraz przekazać go do Krajowej Rady do Spraw Szpitali w celu ponownego zaopiniowania.

9. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu wraz z opinią do ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Przekazany przez Krajową Radę do Spraw Szpitali projekt planu jest zamieszczany w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego województwa.

11. W terminie 14 dni od dnia zamieszczenia projektu planu w Biuletynie Informacji Publicznej, kierownik zgłaszanego szpitala, podmiot tworzący szpital, związki zawodowe działające w szpitalu mogą zgłosić umotywowane zastrzeżenia w części dotyczącej danego szpitala.

12. Po upływie terminu, o którym mowa w ust. 11, minister właściwy do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia ostatniego roku obowiązywania poprzedniego planu dokonuje ewentualnej korekty projektu planu, biorąc pod uwagę kryteria, o których mowa w ust. 5 i zatwierdza go. Z dniem zatwierdzenia projekt planu staje się planem.

Art. 19. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych objętych planem, uwzględniając potrzebę zapewnienia przejrzystości i jednolitości planów.

Art. 20. 1. Zmiany w planie mogą być dokonywane:

- 1) z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) na wniosek:
 - a) właściwego marszałka województwa,
 - b) Krajowej Rady do Spraw Szpitali,
 - c) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - d) Ministra Obrony Narodowej – w zakresie szpitali, dla których jest podmiotem tworzącym,
 - e) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w zakresie szpitali, dla których jest podmiotem tworzącym.

2. Zmiany w planie są dokonywane w trybie określonym dla ustalenia planu.

Art. 21. Plan i zmiany w planie są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego województwa.

Rozdział 4

Krajowa Rada do Spraw Szpitali

Art. 22. 1. Tworzy się Krajową Radę do Spraw Szpitali będącą organem inicjującym oraz opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawach związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

2. W skład Krajowej Rady do Spraw Szpitali wchodzi przedstawiciele wskazani przez:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – trzy osoby;
- 2) Ministra Obrony Narodowej – jedna osoba;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – jedna osoba;
- 4) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej – jedna osoba;
- 5) Związek Powiatów Polskich – jedna osoba;
- 6) Związek Miast Polskich – jedna osoba;
- 7) stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego – jedna osoba;
- 8) Konferencję Rektorów Uczelni Medycznych – jedna osoba;
- 9) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – jedna osoba.

3. W skład Krajowej Rady do Spraw Szpitali wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie były prawomocnie skazane przez sąd za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;

- 3) posiadają wiedzę i co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady.
4. Członkowie Krajowej Rady do Spraw Szpitali nie mogą być jednocześnie:
 - 1) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami;
 - 2) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 3) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2;
 - 4) osobami na stanowiskach kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
 - 5) członkami rad społecznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
5. Przewodniczącym Krajowej Rady do Spraw Szpitali jest osoba powołana przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród jego przedstawicieli.
6. Kadencja Krajowej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.
7. Członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka w trakcie trwania kadencji Krajowej Rady do Spraw Szpitali w przypadku:
 - 1) złożenia rezygnacji;
 - 2) nieobecności na 2 kolejnych posiedzeniach Rady, która nie została usprawiedliwiona zgodnie z przepisami prawa pracy;

- 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione umyślnie.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członka Krajowej Rady do Spraw Szpitali w przypadku utraty przez niego zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy.

10. W przypadku odwołania członka Krajowej Rady do Spraw Szpitali albo jego śmierci przed upływem kadencji minister właściwy do spraw zdrowia powołuje, na wniosek właściwego podmiotu, nowego członka na okres do końca tej kadencji.

11. Pierwsze posiedzenie Krajowej Rady do Spraw Szpitali zwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

12. W posiedzeniach Krajowej Rady do Spraw Szpitali, na zaproszenie Przewodniczącego Rady, mogą uczestniczyć, w celu zaprezentowania swojego stanowiska, bez prawa do głosowania, eksperci, których wiedza i doświadczenie będą pomocne w trakcie obrad Rady, w tym w zakresie spraw dotyczących poszczególnych dziedzin medycyny konsultanci krajowi lub wojewódzcy z tych dziedzin, oraz w zakresie spraw dotyczących danego województwa przedstawiciel właściwego marszałka województwa i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 23. 1. Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniu Rady bez zachowania prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

2. Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze

przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

3. Obsługę administracyjno-techniczną Krajowej Rady do Spraw Szpitali zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Wynagrodzenia członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia z tytułu ekspertyz oraz obsługa, o której mowa w ust. 3, są finansowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin Krajowej Rady do Spraw Szpitali obejmujący strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń Krajowej Rady do Spraw Szpitali, tryb jej pracy i podejmowania uchwał, mając na uwadze zakres i rodzaj czynności wykonywanych przez Radę oraz jej sprawne i efektywne funkcjonowanie.

Art. 24. Krajowa Rada do Spraw Szpitali wykonuje zadania określone w ustawie, w tym w szczególności:

- 1) wyraża opinię w zakresie włączania szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 2) wyraża opinię w zakresie kwalifikacji oddziałów szpitala włączanego do sieci szpitali do poziomów referencyjnych;
- 3) wnioskuje w przedmiocie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 4) opiniuje projekty planów oraz projekty zmian planów, przedstawionych przez marszałka województwa z uwzględnieniem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych;
- 5) wnioskuje o zmianę planów.

Rozdział 5

Wojewódzka Komisja do Spraw Szpitali

Art. 25. 1. Przy marszałku województwa tworzy się Wojewódzką Komisję do Spraw Szpitali będącą organem konsultacyjnym w zakresie spraw dotyczących tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali na obszarze danego województwa.

2. W skład Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali wchodzi przedstawiciele wskazani przez:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – jedna osoba;
- 2) Ministra Obrony Narodowej, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 4) Związek Powiatów Polskich – jedna osoba;
- 5) Związek Miast Polskich – jedna osoba;
- 6) rektora uczelni medycznej, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 7) właściwego wojewodę – jedna osoba;
- 8) dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – jedna osoba.

3. W skład Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie były prawomocnie skazane przez sąd za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;

- 3) posiadają wiedzę i co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady.

4. Członkowie Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali nie mogą być jednocześnie:

- 1) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami;
- 2) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 3) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2;
- 4) osobami na stanowiskach kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
- 5) członkami rad społecznych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

5. Obradom Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali przewodniczy marszałek województwa, a w razie jego nieobecności, obradom przewodniczy wyznaczony przez niego wicemarszałek.

6. Kadencja Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali trwa 5 lat.

7. Członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje marszałek województwa.

8. Marszałek województwa odwołuje w trakcie kadencji członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji;

- 2) nieobecności na 2 kolejnych posiedzeniach Rady, która nie została usprawiedliwiona zgodnie z przepisami prawa pracy;
- 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione umyślnie.

9. Marszałek województwa może odwołać członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali w przypadku utraty przez niego zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy.

10. W przypadku odwołania członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali albo jego śmierci przed upływem kadencji marszałek województwa powołuje, na wniosek właściwego podmiotu, nowego członka na okres do końca tej kadencji.

11. Posiedzenia Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali zwołuje marszałek województwa.

12. W posiedzeniach Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali, na zaproszenie marszałek województwa, mogą uczestniczyć, w celu zaprezentowania swojego stanowiska, bez prawa do głosowania, eksperci, których wiedza i doświadczenie będą pomocne w trakcie obrad Komisji, w tym w zakresie spraw dotyczących poszczególnych dziedzin medycyny konsultanci krajowi lub wojewódzcy z tych dziedzin, oraz w zakresie spraw dotyczących danego województwa przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 26. 1. Członkowi Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniu Komisji.

2. Osoby biorące udział w posiedzeniach Komisji otrzymują diety oraz zwrot kosztów podróży i noclegów na zasadach określonych w prze-

pisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju, wydanych na podstawie art. 775 § 2 Kodeksu pracy.

3. Obsługę administracyjno-techniczną Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali zapewnia właściwy urząd marszałkowski.

4. Diety oraz zwrot kosztów podróży i noclegów członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali, wynagrodzenia z tytułu ekspertyz oraz obsługa, o której mowa w ust. 3, są finansowane ze środków budżetu województwa pozostających w dyspozycji zarządu województwa.

5. Sejmik województwa określi, w drodze uchwały regulamin Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali, obejmujący formy działania i sposób zwoływania posiedzeń oraz tryb jej pracy.

Rozdział 6

Szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali

Art. 27. 1. Szpital włączony do sieci szpitali ma obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym pozostawania w stałej gotowości do podjęcia koniecznych działań w przypadku nagłych zdarzeń destabilizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558, z późn. zm.⁴⁾), epidemii lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców.

2. Na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje środki finansowe na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i odrębnych przepisach.

Art. 28. Szpital włączony do sieci szpitali objęty harmonogramem, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 5, ma obowiązek realizować plan w zakresie dotyczącym szpitala zgodnie z harmonogramem określonym w planie.

Art. 29. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz inne organy mogą, z uwzględnieniem odrębnych przepisów, finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynikających z planu.

2. Środki na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz może uzyskiwać na podstawie wieloletnich programów ustanawianych na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Rozdział 7

Monitorowanie i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali

Art. 30. 1. Działalność szpitala włączonego do sieci szpitali podlega monitorowaniu i ocenie w zakresie sytuacji ekonomiczno-finansowej.

2. Monitorowaniu podlegają dane finansowe sporządzane przez szpital w formach i w terminach przewidzianych w przepisach ustawy, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz odrębnych przepisach.

3. Monitorowanie i ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali prowadzi marszałek województwa, a w stosunku do szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych monitorowanie i ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej prowadzi Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonuje się w szczególności przy zastosowaniu analizy wskaźnikowej, opartej na wykorzystaniu następujących wskaźników:

- 1) zyskowności – służących do oceny efektywności działania szpitala;
- 2) płynności – mierzących zdolność szpitala do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań;
- 3) efektywności – informujących w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zadłużenia – informujących o zadłużeniu szpitala, jego strukturze oraz o zdolności szpitala do obsługi tego zadłużenia.

5. Na podstawie przeprowadzonego monitorowania marszałek województwa albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych sporządza, w terminie do dnia 30 czerwca każdego roku, raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala, który zawiera w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę szpitala;
- 2) ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy;
- 3) prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejny rok obrotowy;
- 4) określenie kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, do której zakwalifikowano szpital.

6. Raport, o którym mowa w ust. 5, marszałek województwa albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych niezwłocznie przekazuje:

- 1) kierownikowi szpitala;

- 2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 4) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. W wyniku oceny, o której mowa w ust. 5 pkt 2, szpital może uzyskać maksymalnie 100 punktów. Na podstawie oceny szpital zalicza się do następujących kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej:

- 1) kategoria „A” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 81 punktów i dodatni wynik z działalności operacyjnej jednostki;
- 2) kategoria „B” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 61 punktów a nie więcej niż 80 punktów i dodatni wynik z działalności operacyjnej jednostki;
- 3) kategoria „C” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał:
 - a) co najmniej 61 punktów i uzyskał ujemny wynik z działalności operacyjnej jednostki,
 - b) co najmniej 41 punktów a nie więcej niż 60 punktów;
- 4) kategoria „D” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 21 punktów a nie więcej niż 40 punktów;
- 5) kategoria „E” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 15 punktów a nie więcej niż 20 punktów.

8. Przynależność do kategorii ekonomiczno-finansowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

9. Jeżeli w wyniku oceny, szpital uzyskał mniej niż 15 punktów minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali z końcem roku kalendarzowego, w którym dokonano oceny.

10. Z dniem w którym decyzja, o której mowa w ust. 9, stała się ostateczna Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje przekazywania szpitalowi

środków należnych z tytułu przynależności do kategorii ekonomiczno-finansowej.

11. Na wniosek szpitala, o którym mowa w ust. 9, przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z sieci szpitali może on być poddany ponownej ocenie, o której mowa w ust. 4. Jeżeli w wyniku ponownej oceny szpital zostanie zakwalifikowany do jednej z kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 7, minister właściwy do spraw zdrowia nie wydaje decyzji o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

Art. 31. 1. Kierownik szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani zapewnić warunki do sprawnego prowadzenia monitorowania oraz udostępniać dokumenty i udzielać wszelkich informacji niezbędnych do dokonywania systematycznej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala i jej monitorowania.

2. Jeżeli przeprowadzenie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala wymaga dodatkowych danych i informacji, marszałek województwa albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych może zwrócić się o ich udostępnienie, w szczególności do:

- 1) właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – w zakresie opinii o przebiegu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) instytucji finansowych, finansujących działalność szpitala w formie kredytu lub w innej postaci, które udzieliły szpitalowi poręczeń lub gwarancji są organizatorami emisji papierów wartościowych szpitala – w zakresie opinii o wywiązywaniu się szpitala z obowiązków wynikających z umów zawartych z tymi instytucjami;
- 3) wierzycieli wierzytelności publicznoprawnych i cywilnoprawnych – w zakresie opinii o regulowaniu przez szpital swoich zobowiązań;

4) instytucji odpowiedzialnych za realizację programów pomocowych, profilaktycznych, zdrowotnych i innych, w których bierze udział szpital – w zakresie opinii o wywiązywaniu się szpitala z obowiązków wynikających z umów zawartych z tymi instytucjami.

3. Udostępnianie informacji, o których mowa w ust. 2, nie narusza przepisów o ochronie informacji niejawnych oraz o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych.

Art. 32. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowy sposób monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, oraz dokumentowania wyników tych działań,

2) szczegółowy podział wskaźników, o których mowa w art. 30 ust. 4, i sposoby ich interpretacji

– uwzględniając specyfikę sektora ochrony zdrowia, a także biorąc pod uwagę zapewnienie przejrzystości i jednolitości monitorowania sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz porównywalności wskaźników.

Art. 33. Uzyskane w wyniku oceny, o której mowa w art. 30 ust. 5 pkt 2, kategorie stabilności ekonomiczno-finansowej szpitali są podawane do publicznej wiadomości przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego województwa albo Ministra Obrony Narodowej, albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 8

Monitorowanie i ocena jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale włączone do sieci szpitali

Art. 34. 1. Szpital włączony do sieci szpitali jest obowiązany do prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

2. System jest wdrażany według modelu określonego przez kierownika szpitala, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych i finansowych zakładu.

3. Zadaniem systemu jest prowadzenie stałej, krytycznej analizy oceny jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie takich warunków opieki, aby przy określonych możliwościach organizacyjnych i finansowych w szpitalu osiągnęte były maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.

Art. 35. Szpital włączony do sieci szpitali jest objęty zewnętrznym systemem monitorowania i oceny wskaźników jakościowych dotyczących:

- 1) struktury szpitala, w tym:
 - a) organizacji,
 - b) kwalifikacji i kompetencji personelu,
 - c) opisu stanu technicznego budynków, pomieszczeń i wyposażenia,
 - d) wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 2) oceny leczenia w szczególności w zakresie:
 - a) dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) zakresu wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) relacji między personelem a pacjentem w zakresie stosowanych procedur diagnostycznych i leczniczych,
 - d) analizy ryzyka występowania powikłań w zakresie stosowanych procedur,
 - e) występowania i analizy zakażeń szpitalnych,
 - f) prowadzenia dokumentacji medycznej;
- 3) rezultatów hospitalizacji w szczególności w zakresie:

- a) śmiertelności,
 - b) ponownych hospitalizacji,
 - c) reoperacji
- z uwzględnieniem specyfiki działalności prowadzonej przez szpital;
- 4) badania opinii pacjentów.

Art. 36. Monitorowanie, o którym mowa w art. 35, prowadzi na terenie danego województwa dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 37. 1. W celu przeprowadzenia monitorowania jakości szpital w terminie do końca marca każdego roku przesyła do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wypełnioną ankietę dla szpitali włączonych do sieci szpitali, zwaną dalej „ankietą”.

2. Ankieta obejmuje w szczególności pytania dotyczące wskaźników jakościowych, o których mowa w art. 35.

Art. 38. 1. Na podstawie informacji zawartych w ankiecie, o której mowa w art. 37, w terminie do dnia 30 czerwca dokonuje się oceny szpitala, która stanowi podstawę do przypisania szpitala do jednej z następujących kategorii jakościowych:

- 1) I kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny, spośród 270 maksymalnych punktów uzyskał co najmniej 216 punktów;
- 2) II kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 162 punkty nie więcej niż 215 punktów;

3) III kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 100 punktów a nie więcej niż 161 punktów.

2. Przynależność do kategorii jakościowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

3. Dyrektor wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje informację o wynikach oceny, o której mowa w ust. 1, kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz marszałkowi województwa.

4. Jeżeli w wyniku oceny, szpital uzyskał mniej niż 100 punktów minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali z końcem roku kalendarzowego w którym dokonano oceny.

5. Z dniem w którym decyzja, o której mowa w ust. 4, stała się ostateczna Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje przekazywania szpitalowi środków należnych z tytułu przynależności do kategorii jakościowej.

6. Na wniosek szpitala, o którym mowa w ust. 3, przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z sieci może on być poddany ponownej ocenie. Jeżeli w wyniku oceny szpital zostanie zakwalifikowany do jednej z kategorii jakościowych minister właściwy do spraw zdrowia nie wydaje decyzji o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór ankiety oraz wzór arkusza oceny szpitala, mając na uwadze zapewnienie ciągłości procesu poprawiania jakości świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale będące w sieci szpitali.

Art. 39. 1. W celu weryfikacji danych zawartych w ankietach, o których mowa w art. 37, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia każdego roku przeprowadza w nie mniej niż 30% szpitali kontrolę

w trybie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Wniosek o przeprowadzenie kontroli w danym szpitalu może zgłosić minister właściwy do spraw zdrowia, Krajowa Rada do Spraw Szpitali oraz marszałek województwa, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w zakresie szpitali, dla których są podmiotem tworzącym. Wniosek ten jest wiążący.

3. Na podstawie kontroli, o której mowa w ust. 1, dokonywana jest weryfikacja oceny szpitala dokonana na podstawie ankiety, o której mowa w art. 38 ust. 1. Jeżeli w wyniku weryfikacji oceny zmienia się punktacja, szpital zostaje przypisany do wynikającej z tej punktacji kategorii jakościowej.

4. Jeżeli w wyniku weryfikacji szpital uzyska mniej niż 100 punktów stosuje się przepisy art. 38 ust. 4 i 5.

5. Zmiana kategorii jakościowej dokonana w wyniku kontroli jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

Art. 40. Uzyskane w wyniku oceny, o której mowa w art. 38, kategorie jakościowe są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego województwa.

Rozdział 9

Nadzór nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrola szpitali

Art. 41. 1. Nadzór nad funkcjonowaniem sieci szpitali sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie analizy i oceny potrzeb zdrowotnych na terenie kraju oraz czynników powodujących ich zmiany;
- 2) zatwierdzenie projektu planu i zmian w planie;
- 3) wydawanie decyzji w sprawie włączenia szpitala do sieci szpitali i decyzji w sprawie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 4) monitorowanie działań w zakresie stopnia dostosowania sieci szpitali poszczególnych województw do wymagań określonych w planie;
- 5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru jest uprawniony do żądania od ~~wojewody~~, organów jednostek samorządu terytorialnego, szpitali oraz organów Narodowego Funduszu Zdrowia nieodpłatnego udzielenia, znajdujących się w ich posiadaniu informacji dotyczących funkcjonowania szpitala wnioskującego o włączenie do sieci szpitali lub będącego w sieci szpitali.

Art. 42. Minister właściwy do spraw zdrowia może w każdym czasie przeprowadzać kontrolę szpitala:

- 1) wnioskującego o włączenie do sieci szpitali;
- 2) będącego w sieci szpitali w zakresie spełniania wymagań stanowiących podstawę włączenia go do sieci szpitali;
- 3) będącego w sieci szpitali w zakresie realizacji planu zgodnie z harmonogramem określonym dla szpitala.

Art. 43. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w wyniku przeprowadzonej kontroli wskazuje, w formie pisemnej, zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, które przekazuje kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital Krajowej Radzie do Spraw Szpitali, marszałkowi

województwa, Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali, oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Kierownik kontrolowanego szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani do poinformowania, we wskazanych terminach, podmiot tworzący, ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń oraz o podjętych działaniach i ich przebiegu lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Art. 44. 1. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 43 ust. 1, przez szpital wnioskujący o włączenie do sieci szpitali, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o odmowie włączenia szpitala do sieci szpitali.

2. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 43 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do właściwego marszałka województwa o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali.

3. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 43 ust. 1, przez szpital dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do tych ministrów o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali.

4. W razie negatywnej opinii Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali albo Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

Art. 45. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozdziale do kontroli stosuje się przepisy o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 46. Uprawnienia nadzorcze i kontrolne, o których mowa w art. 41-44, przysługują również Ministrowi Obrony Narodowej oraz ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wobec szpitali, dla których są oni podmiotami tworzącymi.

Rozdział 10

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 47. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) po art. 35a dodaje się art. 35aa w brzmieniu:

„Art. 35aa. 1. Jeżeli w związku z realizacją regionalnego planu opieki szpitalnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o sieci szpitali (Dz. U. Nr ..., poz. ...) przez szpital będący publicznym zakładem opieki zdrowotnej niespełniający wymagań, o których mowa w art. 6 tej ustawy, istnieje konieczność:

- 1) podnoszenia kwalifikacji przez pracowników,
- 2) zmniejszenia liczby zatrudnionych pracowników
– koszty kursów, szkoleń i odpraw pokrywa szpital.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa w ust. 1 pkt 2, liczbę pracowników ustalają, w drodze porozumienia, kierownik szpitala i zakładowa organizacja związkowa.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierownik szpitala może wystąpić do ministra właści-

wego do spraw zdrowia z wnioskiem o zrefundowanie całości albo części kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla tych osób, a także kosztów odpraw.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, zawiera w szczególności:

1) liczbę pracowników ustaloną w sposób określony w ust. 2,

2) w przypadku refundacji kursów lub szkoleń:

a) nazwę kursu lub szkolenia,

b) koszty kursów lub szkoleń,

c) okres trwania kursów lub szkoleń;

3) w przypadku refundacji odpraw – koszty tych odpraw.

5. Wniosek składa się w terminie od dnia 1 maja do dnia 31 maja danego roku.

6. Wydatki na refundację są przekazywane szpitalowi w formie dotacji z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

7. Kierownik szpitala zawiera z pracownikiem szpitala, o którym mowa w ust. 1, umowę o refundację całości albo części kosztów kursów lub szkoleń.

8. Umowa, o której mowa w ust. 7, określa w szczególności:

1) rodzaj kursu lub szkolenia;

2) wysokość kosztów kursu lub szkolenia;

3) okres trwania kursu lub szkolenia;

- 4) prawa i obowiązki stron umowy;
 - 5) tryb i przesłanki zmiany i wypowiedzenia umowy;
 - 6) sposób dokumentowania poniesienia kosztów kursu lub szkolenia;
 - 7) sposób kontroli prawidłowej realizacji umowy.
9. Przepisy ust. 1-8 stosuje się również do pracowników szpitala, w stosunku do którego wydano decyzję o odmowie włączenia do sieci szpitali, w wyniku czego ograniczono rodzaje i zakres udzielanych świadczeń lub podmiot, który utworzył szpital, podjął decyzję o jego likwidacji.

Art. 48. W ustawie z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów (Dz. U. z 2001 r. Nr 128, poz. 1406 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1209) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. Dopłaty stosuje się do oprocentowania kredytów udzielanych przez banki, o których mowa w art. 3 ust. 2, lekarzom, lekarzom denty stom, pielęgniarkom, położnym, zwanym dalej „kredytobiorcami”, którzy nie nabyli uprawnień do świadczeń emerytalnych w dniu zawarcia umowy kredytowej oraz nie korzystają z uprawnień do świadczeń rentowych, jeżeli:

- 1) rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz podjęli

działalność, o której mowa w art. 1, po dniu 1 stycznia 2008 r., albo

- 2) rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz złożyło pisemne oświadczenie o gotowości podjęcia działalności, o której mowa w art. 1, albo
- 3) są zatrudnieni w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożyło pisemne oświadczenie o gotowości rozwiązania umowy o pracę oraz podjęcia działalności, o której mowa w art. 1, z zastrzeżeniem art. 8 ust. 1 pkt 2.”;

2) w art. 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Banki, o których mowa w art. 3 ust. 2, umarzają 20% udzielonego kredytu po terminowej spłacie 80% kapitału oraz należnych odsetek, w przypadku gdy kredytobiorca prowadzić będzie przez okres 3 lat od dnia uzyskania kredytu praktykę, o której mowa w art. 1 pkt 1 lub zakład, o którym mowa w art. 1 pkt 2, przy jednoczesnym wykorzystaniu kredytu zgodnie z przeznaczeniem określonym w art. 1.”;

3) w art. 6 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) oświadczenie, o którym mowa w art. 2 pkt 2 albo pkt 3.”.

Art. 49. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 po pkt 18 dodaje się pkt 18a w brzmieniu:

„18a) sieć szpitali – sieć szpitali utworzona na podstawie ustawy z dnia.....o sieci szpitali (Dz. U. Nr...poz...);”

2) art. 136 otrzymuje brzmienie:

„Art. 136. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- 7) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

2. W przypadku szpitala włączonego do sieci szpitali, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest określana z uwzględnieniem przynależności oddziałów tego szpitala do poziomów referencyjnych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia o sieci szpitali (Dz. U. Nr....., poz...).

3. Kwota zobowiązania wobec szpitala włączonego do sieci szpitali obejmuje:

- 1) kwotę, o której mowa w ust. 1 pkt 5 oraz
- 2) 1% kwoty, o której mowa w pkt 1, za posiadanie akredytacji w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
- 3) 1% kwoty, o której mowa w pkt 1, za posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001: 2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem;
- 5) 0,5% kwoty, o której mowa w pkt 1, za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej określonej w art. 30 ust. 7 ustawy z dnia..... o sieci szpitali;
- 6) 0,5% kwoty, o której mowa w punkcie 1, jako ekwiwalent za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii jakościowej, określonej w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia..... o sieci szpitali.

4. W przypadku szpitala włączonego do sieci szpitali przepisu art. 158 nie stosuje się.”;

3) w art. 139 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze szpitalami włączonymi do sieci szpitali odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie rokowań.”,

4) art. 144 otrzymuje brzmienie:

„Art. 144. Postępowanie w trybie rokowań, z zastrzeżeniem art. 139 ust. 1a, może być przeprowadzone, jeżeli:

- 1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub
- 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
- 3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

Rozdział 11

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 50. 1. Podmioty właściwe przedstawiają kandydatów na członków pierwszej Krajowej Rady do Spraw Szpitali i pierwszych Wojewódzkich Komisji do Spraw Szpitali w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Pierwszą Krajową Radę do Spraw Szpitali oraz pierwsze Wojewódzkie Komisje do Spraw Szpitali powołuje się nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 51. 1. Pierwsze regionalne plany opieki szpitalnej powstają nie później niż w terminie do dnia 31 sierpnia 2011 r.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, są sporządzane na okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2016 r.

3. Pierwsze wnioski o włączenie szpitala do sieci szpitali są składane w terminie do dnia 31 listopada 2010 r.

4. Marszałek województwa w terminie 4 miesięcy od dnia sporządzenia pierwszego projektu planu przekazuje Krajowej Radzie do Spraw Szpitali:

- 1) projekt planu wraz z opinią podmiotów tworzących szpitala objęte planem;
- 2) wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1 wraz z opinią, o której mowa w art. 9 ust. 1;
- 3) propozycję zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomu referencyjnego;
- 4) dokumenty i informacje stanowiące podstawę sporządzenia opinii co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali;
- 5) dokumenty i informacje stanowiące podstawę zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

5. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 4 miesięcy od dnia otrzymania wszystkich pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej materiały, o których mowa w ust. 4, oraz przedstawia:

- 1) opinię w sprawie pierwszych projektów regionalnych planów opieki szpitalnej;
- 2) stanowisko w przedmiocie włączenia szpitali do sieci szpitali;
- 3) stanowisko w przedmiocie kwalifikacji do poziomów referencyjnych oddziałów szpitali, które mają być włączone do sieci szpitali.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, pierwszy wykaz szpitali włączonych do sieci szpitali w terminie do dnia 31 grudnia 2011 r.

Art. 52. W okresie od dnia ogłoszenia pierwszego wykazu sieci szpitali do dnia 31 grudnia 2012 r. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpital włączony do sieci szpitali są finansowane na dotychczasowych zasadach.

Art. 53. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2011 r., z wyjątkiem art. 49:

- 1) pkt 3 i 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r.;
- 2) pkt 2 w zakresie dotyczącym art. 136 ust. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów i ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 49, poz. 509, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387, z 2003 r. Nr 130, poz. 1188 i Nr 170, poz. 1660, z 2004 r. Nr 162, poz. 1692 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 78, poz. 682 i Nr 181, poz. 1524.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i Nr 82, poz. 559.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360 i Nr 191, poz. 1410.

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2217, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 62, poz. 551 oraz z 2006 r. Nr 79, poz. 550 i Nr 149, poz. 1077.

UZASADNIENIE

Projektowana ustawa przewiduje utworzenie sieci szpitali. Utworzenie sieci szpitali stanowi jeden z priorytetów programowych Klubu Parlamentarnego „Prawo i Sprawiedliwość” w obszarze ochrony zdrowia.

Wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia krajów rozwiniętych i rozwijających się jest powszechnie obserwowana tendencja starzenia się społeczeństw i wynikająca z tego faktu konieczność zapewnienia kompleksowej opieki długoterminowej. Nie bez znaczenia dla funkcjonowania systemu pozostaje zmieniający się profil epidemiologiczny polskiego społeczeństwa, charakteryzujący się przede wszystkim wzrostem zachorowalności na choroby układu krążenia i nowotwory. Czynniki te wymuszają na decydentach polityki zdrowotnej konieczność kreowania i wprowadzania takich rozwiązań systemowych oraz dokonywania zmian w sektorze zdrowotnym, które przy danych możliwościach zasobowych tego sektora będą służyły poprawie bezpieczeństwa pacjentów, osiąganego zasadniczo w skutek działań ukierunkowanych na dostosowanie potencjału diagnostyczno-leczniczego do zmieniających się potrzeb społeczeństwa.

Analiza potrzeb zdrowotnych i ocena zasobów w opiece szpitalnej, oraz stan permanentnego zadłużenia sektora publicznego potwierdzają konieczność, a zarazem pilność przeprowadzenia reorganizacji zasobów stacjonarnych polegającej na dostosowaniu infrastruktury i potencjału kadrowego adekwatnie do faktycznych potrzeb zdrowotnych, w perspektywie najbliższych lat osiągnięcia lepszego skoordynowania rozwoju zasobów stacjonarnych i działań inwestycyjnych w tym obszarze.

Analiza sytuacji epidemiologiczno-demograficznej

Sytuacja demograficzna i tendencje jej zmian w najbliższych latach oraz dynamika sytuacji zdrowotnej determinują potrzeby zdrowotne ludności. Równocześnie rozwój technologii medycznych wprowadzający nowe możliwości leczenia

i diagnozowania schorzeń modyfikuje strukturę tych potrzeb, implikuje przesunięcie się zapotrzebowania w kierunku szerszego wykorzystania możliwości chirurgii „jednego dnia” oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w miejsce hospitalizacji. Procesy te wymuszają konieczność z jednej strony restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego w kierunku zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych (krótkoterminowych) na niektórych oddziałach przy jednoczesnym zwiększaniu ich ilości na innych, z drugiej rozwój specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Ocena zasobów opieki szpitalnej

Trudnym do rozwiązania problemem ochrony zdrowia w Polsce jest niewłaściwa struktura łóżek na poziomie stacjonarnej opieki zdrowotnej, nadmierna ilość łóżek krótkoterminowych w przypadku niektórych specjalności medycznych jednocześnie znacząco niewystarczająca ilość łóżek długoterminowych. Występują braki zasobowe w zakresie alternatywnych form opieki i leczenia, tj. oddziałów i szpitali dziennych, oddziałów i stacjonarnych jednostek opieki długoterminowej, oddziałów i zakładów opieki paliatywnej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także długoterminowej opieki domowej. Poprawa sytuacji w tym zakresie wymaga podjęcia działań, które będą wskazywały właściwy kierunek rozwoju opieki szpitalnej na poziomie regionalnym, tj. funkcjonalne łączenie mniejszych, kilkudziesięciolóżkowych szpitali o znaczeniu lokalnym, w określonych przypadkach zmiana profilu ich działalności (rozwój infrastruktury w opiece długoterminowej).

Z problemem nadmiernej ilości łóżek o charakterze krótkoterminowym skorelowana jest niewłaściwa ich struktura. Występuje regionalna asymetria w dostępie do świadczeń specjalistycznych wynikająca z przerostu bazy łóżkowej w pewnych specjalnościach, przede wszystkim na oddziałach pediatrycznych, chorób zakaźnych, ginekologii, położnictwa, oraz niewystarczająco rozwiniętego zaplecza infrastrukturalnego w innych, np. kardiologii czy chorób wewnętrznych. Koniecznym jest zatem dokonanie reorganizacji zasobów specjalistycznych w sposób pozwalający na zapewnienie właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych, bazujący na rozpoznaniu lokalnych potrzeb zdrowotnych. Ilość łóżek nie jest jednakże jedynym miernikiem dostępności do świadczeń zdrowotnych, a tym bardziej nie wpływa, w sposób bezpośredni, na jakość wykony-

wanych świadczeń. Zapewnienie właściwego poziomu dostępności do opieki zdrowotnej wymaga przede wszystkim dostosowania zasobów diagnostyczno-terapeutycznych opieki szpitalnej do potrzeb zdrowotnych ludności wynikających z analizy sytuacji epidemiologicznej i procesów demograficznych. Realizacja tego założenia stanowi właściwy cel projektu ustawy o sieci szpitali. Sama likwidacja łóżek nie wpłynie istotnie na poprawę sytuacji, nie jest to istotą projektu. Ważnym jest natomiast przeprofilowanie obecnie istniejących jednostek w sposób pozwalający w największym stopniu zabezpieczyć obecne potrzeby zdrowotne lokalnych społeczności, w przyszłości natomiast sprostać wyzwaniom epidemiologicznym i demograficznym przez zapewnienie właściwego zaplecza kadrowego i dostępności do aparatury medycznej.

Należy zakładać, że popyt na opiekę długoterminową będzie w Polsce systematycznie wzrastał. Wynika to z procesu starzenia się społeczeństwa i podwyższania standardów opieki zdrowotnej. Zakres opieki oferowanej ludziom starszym stale się poszerza, stosownie do postępu naukowego i technicznego w medycynie, rozwoju i wdrażania nowych technologii medycznych, metod leczenia i diagnozowania, oraz rosnącego standardu życia. Właśnie zaspokojenie tego popytu wymagać będzie tworzenia dodatkowych jednostek opieki długoterminowej oraz rozwoju najtańszej i najbardziej efektywnej formy opieki długoterminowej – leczenia w warunkach domowych i ambulatoryjnych. Jednostki te mogą powstawać przez wykorzystanie (akwizycja) istniejących zasobów – zmianę profilu działalności niektórych zakładów opieki krótkoterminowej, bądź w wyniku rozwoju organicznego – tworzenie nowych podmiotów. Z tego względu oczekiwanym głównym efektem projektu ustawy o sieci szpitali jest przekształcanie szpitali a nie ich likwidacja.

Diagnoza istniejących problemów zadłużenia

Analiza problemu rosnącego zadłużenia sektora publicznego, w tym ocena struktury i źródeł zadłużenia, pozwala wnioskować o przyczynach utraty płynności finansowej przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Zasadnicze ograniczenie możliwości poprawy sytuacji ekonomicznej w sektorze stanowi poziom finansowania opieki zdrowotnej, który mierzony udziałem wydatków publicznych w PKB utrzymuje się na niezmiennym poziomie około 4%,

w ostatnich latach wykazując tendencję malejącą, w przypadku kiedy średnia liczona dla państw UE wynosi 8,8%. Stale rosnące koszty przy niezmiennym poziomie środków finansowych dostępnych w ramach systemu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego skutkują pogarszaniem się sytuacji finansowej zakładów i trudnościami w utrzymaniu bieżącej płynności. Zauważalny jest proces dekapitalizacji części infrastruktury szpitalnej. Dynamicznie rosnące koszty i zmniejszające się przychody skutkują pogorszeniem wyniku finansowego części zakładów, w przypadku pozostałych trudnością z wypracowaniem zysku i zachowaniem stabilnej kondycji finansowej.

Jednocześnie polityka płatnika – aktualnie przyjęta formuła kontraktowania, w szczególności stosowane zasady wyceny świadczeń zdrowotnych, nie jest na tyle skoordynowana by sprzyjać zmianie negatywnych tendencji, wręcz powoduje ich pogłębianie się. Znaczenie Narodowego Funduszu Zdrowia sprowadza się do pełnienia jedynie funkcji agencji refundacyjnej, a nie jednostki, która z racji zarządzania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia jako jedyny podmiot posiada narzędzia by skutecznie kształtować strategiczny rozwój systemu. Większość z kontraktowanych przez NFZ procedur medycznych wymaga ponownego oszacowania, wyceny stosownej do faktycznie ponoszonych przez zakłady kosztów.

Nie istnieją żadne efektywne mechanizmy zarządzania popytem na leczenie szpitalne – lekarze rodzinni i specjaliści w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej nie mają motywacji, aby zapobiegać niepotrzebnym hospitalizacjom, co wynika z kapitałowej metody rozliczania świadczeń zdrowotnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Szpitale natomiast mają skłonność do przyjmowania pacjentów niż zarządzania ich leczeniem poza szpitalem.

Rozwiązania dotyczące nadzoru właścicielskiego i odpowiedzialności w szpitalach są nieprzejrzyste i mało funkcjonalne:

-
- dyrektorzy (kierownicy) nie mają faktycznej odpowiedzialności wobec podmiotów tworzących,
 - podmioty tworzące publiczne zakłady przeważnie uchylają się od odpowiedzialności za zobowiązania szpitali,
 - dopuszczono do niekontrolowanego wzrostu zadłużenia w sektorze publicznym.

Dotychczasowy brak koordynacji nad działaniami inwestycyjnymi w systemie ochrony zdrowia sprawił, że obecnie w wielu regionach mamy do czynienia z mało racjonalnym rozmieszczeniem zasobów i niedostosowaniem infrastruktury (w tym ilości i struktury łóżek krótkoterminowych) – niedoborami w jednych specjalnościach medycznych przy nadmiarach w innych, do faktycznych potrzeb zdrowotnych ludności. Fakt ten powoduje obawy o przygotowanie systemu do sprostania wyzwaniom wynikającym z procesów demograficznych i sytuacji epidemiologicznej.

Korzyści z wdrożenia ustawy o sieci szpitali

1. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa:
 - 1.1. Zlikwidowanie dysproporcji w dostępie do świadczeń zdrowotnych.
 - 1.2. Dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-leczniczego do zmian epidemiologiczno-demograficznych.
2. Wzmocnienie funkcji planistycznych (skoordynowane planowanie rozmieszczenia infrastruktury w regionach) i nadzorczych:
 - 2.1. Wzmocnienie funkcji nadzorczych Ministra Zdrowia nad organizacją i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i jego znaczenia jako koordynatora polityki zdrowotnej – skoncentrowanie w ręku Ministra kompetencji decyzyjnych w sprawach związanych z tworzeniem i zarządzaniem siecią szpitali, jako podmiotu konstytucyjnie odpowiedzialnego za realizację polityki zdrowotnej państwa.

-
- 2.2. Przekazanie części kompetencji decyzyjnych w sprawach związanych z tworzeniem i zarządzaniem siecią szpitali na szczebel lokalny (marszałek województwa).
 - 2.3. Wzmocnienie kontroli podmiotów tworzących nad szpitalami – wprowadzenie systemu monitorującego kondycję finansową szpitali w sieci.
 - 2.4. Zwiększenie skuteczności mechanizmów zarządzania i nadzoru właścicielskiego przez zdefiniowanie odpowiedzialności kierownika placówki i organu tworzącego za sprawne zarządzanie, tj. sytuację ekonomiczno-finansową szpitala.
 - 2.5. Wprowadzenie poziomów referencyjnych oddziałów.
 3. Stymulowanie procesów infrastrukturalnych:
 - 3.1. Stymulowanie konsolidacji infrastruktury szpitalnej i procesów/funkcji zarządzania (jednostki o znaczeniu lokalnym).
 - 3.2. Rozwój infrastruktury w opiece długoterminowej.
 4. Usprawnienie mechanizmu kontraktowania świadczeń zdrowotnych:
 - 4.1. Dostosowanie mechanizmu finansowania świadczeń zdrowotnych do polityki inwestycyjnej i planów rozmieszczenia zasobów (regionalne plany opieki szpitalnej).
 5. Usprawnienie systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia:
 - 5.1. Promowanie wprowadzania w szpitalach włączonych do sieci wewnętrznych systemów zarządzania jakością, a następnie systematycznego ich usprawniania („rating system”/wysokość kontraktowania świadczeń zdrowotnych).
 - 5.2. Wprowadzanie zewnętrznego modelu oceny jakości (CMJ).
 - 5.3. Zwiększenie znaczenia akredytacji (m.in. przez bodźce finansowe).
 6. Stopniowe zmniejszanie zadłużenia w sektorze ochrony zdrowia:

-
- 6.1. Wprowadzenie narzędzi do monitorowania i oceny kondycji finansowej szpitali w sieci.
 - 6.2. Uwzględnienie w polityce kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ wyników z oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej osiąganych przez szpitale w sieci.
 - 6.3. Możliwość finansowania lub dofinansowania ze środków publicznych nakładów inwestycyjnych koniecznych do poniesienia przez szpital w sieci w związku z realizacją zadań wynikających z regionalnego planu opieki szpitalnej, w którym dany szpital został uwzględniony.

Ustawa reguluje następujące kwestie:

1. zasady tworzenia sieci szpitali,
2. zasady tworzenia regionalnych planów opieki szpitalnej,
3. szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci,
4. zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali,
5. nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

Zasady tworzenia sieci szpitali

Uwzględniając konstytucyjną zasadę równości wszystkich podmiotów, do sieci może być włączony każdy szpital, którego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek określonych dla poszczególnych województw.

Decyzję o włączeniu szpitala do sieci podejmuje Minister Zdrowia, na wniosek kierownika szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital albo podmiotu tworzącego szpital, składany za pośrednictwem właściwego marszałka województwa. Decyzja jest podejmowana po uzyskaniu opinii właściwego marszałka województwa, który konsultuje się w tym zakresie z Wojewódzką Komisją do

Spraw Szpitali oraz opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali. W decyzji o włączeniu szpitala do sieci określany jest poziom referencyjny dla poszczególnych oddziałów.

W przypadku szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wniosek o włączenie do sieci szpitala składany jest przez kierownika szpitala za zgodą podmiotu tworzącego (odpowiedniego ministra) lub przez odpowiedniego ministra bezpośrednio do Ministra Zdrowia. W stosunku do tych szpitali decyzję o włączeniu do sieci szpitali wydaje Minister Zdrowia odpowiednio w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Projekt ustawy wyróżnia trzy poziomy referencyjne: podstawowy, rozszerzony i wysokospecjalistyczny. Poziom referencyjny dla poszczególnych oddziałów ustalany będzie na podstawie informacji wynikających z wniosku o włączenie szpitala do sieci oraz załączników do wniosku. Marszałek województwa wyrażając opinię w przedmiocie włączenia szpitala do sieci przedstawiać będzie jednocześnie propozycję włączenia oddziałów do poszczególnych poziomów referencyjnych. W przypadku szpitali dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej bądź Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji określanie poziomu referencyjności oddziałów tych szpitali następuje na podstawie porozumienia odpowiedniego ministra z Ministrem Zdrowia. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się w decyzji o włączeniu szpitala do sieci szpitali.

Opinia sporządzana przez Krajową Radę do Spraw Szpitali w sprawie włączenia szpitala do sieci i kwalifikacji oddziałów do poziomów referencyjnych sporządzana jest na podstawie opinii marszałka województwa, na podstawie danych zawartych we wniosku oraz innych dokumentów i informacji udostępnionych przez kierownika szpitala lub podmiot tworzący ten szpital.

Minister Zdrowia może odmówić włączenia szpitala do sieci szpitali, jeżeli na podstawie przedłożonych dokumentów uzna, że działalność szpitala nie jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek szpitalnych. W przypadku szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Minister Zdrowia może odmówić włączenia takiego szpitala do sieci szpitali jedynie w porozumieniu z odpowiednim ministrem.

Projekt ustawy reguluje także zasady wyłączenia szpitala z sieci szpitali. Wyłączenia dokonuje Minister Zdrowia w formie decyzji z własnej inicjatywy, na wniosek marszałka województwa, Krajowej Rady do Spraw Szpitali lub w porozumieniu odpowiednio z Ministrem Obrony Narodowej albo Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji – w przypadku szpitali utworzonych przez tych ministrów. Minister Zdrowia podejmuje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci, jeżeli stwierdzi, że działalność szpitala nie ma istotnego znaczenia dla zapewnienia optymalnej liczby łóżek, a także gdy:

- w wyniku oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej, szpital włączony do sieci uzyska mniej niż 15 punktów,
- w wyniku oceny jakościowej szpital włączony do sieci uzyska mniej niż 100 punktów,
- szpital włączony do sieci, podlegający kontroli, nie wykona lub nienależycie wykona zalecenia pokontrolne a marszałek województwa albo Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wyda negatywną opinię co do zasadności dalszego funkcjonowania szpitala w sieci.

Wyłączenie szpitala z sieci, niezależnie od podstawy wydania decyzji o wyłączeniu przez Ministra Zdrowia, nie wyklucza możliwości jego dalszego działania. Szpital ten może zostać przekształcony w zakład opieki długoterminowej i uzyskać środki z budżetu państwa na pokrycie kosztów szkoleń i przekwalifikowania kadry medycznej. Może też zmieniając odpowiednio strukturę organizacyjną połączyć się z innym szpitalem. Inną możliwość stanowi funkcjonowanie poza siecią przy niższym poziomie kontraktowania z NFZ. Za ostateczne rozwiązanie należy traktować likwidację takiego zakładu.

Na potrzeby utworzenia sieci szpitali Minister Zdrowia określi optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw w szczególności w następujących specjalnościach lekarskich: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrz-

nych, gastrologii, hematologii, kardiologii, nefrologii, dermatologii, neurologii, onkologii, gruźlicy i chorób płuc, reumatologii, rehabilitacji, chorób zakaźnych, pediatrii, geriatrici, ginekologii-położnictwa, chirurgii ogólnej, chirurgii dla dzieci, kardiochirurgii, neurochirurgii, urazowo-ortopedycznej, okulistyki, otolaryngologii, urologii i psychiatrii. Zastosowane nazewnictwo jest konsekwencją nazewnictwa użytego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.).

Odrębnie uregulowana zostanie opieka psychiatryczna. Wyodrębnienie to wynika ze specyfiki tej dziedziny medycyny i konieczności zapewnienia systemowego podejścia do rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce. Właściwy rozwój opieki szpitalnej powinien polegać na tworzeniu sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby dużych szpitali psychiatrycznych przez przekształcenie ich łóżek w placówki wyspecjalizowane (m.in. rehabilitacyjne i opiekuńcze). Mimo trwającego procesu zmniejszania dużych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia wielu nowych oddziałów psychiatrycznych koncentracja łóżek w szpitalach psychiatrycznych nadal jest nadmierna i wynosi ponad 60%.

Zasady tworzenia regionalnych planów opieki szpitalnej

W celu określenia kierunków rozwoju opieki szpitalnej, wynikających ze zmian demograficznych i epidemiologicznych, mając na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki szpitalnej oraz zapewnienie należytej dostępności do świadczeń o odpowiedniej jakości tworzy się regionalne plany opieki szpitalnej. Plany opieki szpitalnej obejmują wszystkie szpitale włączone do sieci i zawierają:

- charakterystykę województwa,
- charakterystykę szpitali w województwie,
- charakterystykę szpitali objętych planem,
- planowaną liczbę łóżek w szpitalach objętych planem,

-
- harmonogram działań dostosowawczych szpitali oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem,
 - szacunkowe koszty działań dostosowawczych.

Projekt planu jest sporządzany przez marszałka województwa na okres 5-letni. Projekt planu na kolejne lata sporządza się w terminie do 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym kończy się poprzedni plan.

W zakresie tworzenia projektu planu marszałek województwa współpracuje z Wojewódzką Komisją do Spraw Szpitali, jednostkami samorządu terytorialnego, organami administracji rządowej, szpitalami oraz właściwymi oddziałami wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, które są obowiązane do bezpłatnego sporządzania i dostarczania na pisemne żądanie marszałka województwa znajdujących się w ich posiadaniu informacji mających znaczenie lub niezbędnych dla przygotowania projektu planu lub jego zmiany. Projekt planu podlega opiniowaniu przez podmioty tworzące szpitale objęte projektem planu oraz Wojewódzką Komisję Dialogu Społecznego w zakresie zmian w strukturze zatrudnienia. Projekt planu uwzględnia włączone do sieci szpitali szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Projekt planu wymaga opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali. W przypadku negatywnej opinii, Krajowa Rada do Spraw Szpitali zwraca projekt planu do marszałka województwa wraz ze swoimi zaleceniami. Zalecenia te nie mogą powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że będą realizowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali są wiążące i marszałek województwa jest obowiązana niezwłocznie dostosować plan albo jego zmianę do przekazanych zaleceń oraz przekazać go do Krajowej Rady do Spraw Szpitali w celu ponownego zaopiniowania. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu do Ministra Zdrowia. Po ewentualnej zmianie planu przez Ministra Zdrowia oraz zatwierdzeniu, projekt planu staje się planem a jego realizacja rozpoczyna się z początkiem roku następującego po roku, w którym kończy się poprzedni plan.

Zmiany w planie mogą być dokonywane z inicjatywy Ministra Zdrowia, na wniosek marszałka województwa, Krajowej Rady do Spraw Szpitali, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na wniosek Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w zakresie szpitali, dla których są podmiotami tworzącymi.

Krajowa Rada do Spraw Szpitali, Wojewódzka Komisja do Spraw Szpitali oraz marszałek województwa

Projekt ustawy reguluje zasady funkcjonowania Krajowej Rady do Spraw Szpitali i Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali. Członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje Minister Zdrowia. W jej skład wchodzi przedstawiciele Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, przedstawiciele organizacji zrzeszających podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej, a także przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie projekt określa wymagania, które muszą spełniać członkowie Krajowej Rady do Spraw Szpitali.

Przewodniczącym Krajowej Rady do Spraw Szpitali jest przedstawiciel Ministra Zdrowia. Kadencja Krajowej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.

Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Obsługę administracyjno-techniczną Rady do Spraw Szpitali zapewnia urząd obsługujący Ministra Zdrowia ze środków finansowych będących w dyspozycji Ministra.

Do zadań Krajowej Rady do Spraw Szpitali należy wyrażanie opinii w zakresie włączenia szpitala do sieci albo wyłączenia szpitala z sieci, wyrażanie opinii w zakresie kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych, wnioskowanie o wyłączenie szpitala z sieci szpitali, opiniowanie projektów regionalnych planów opieki szpitalnej i ich zmian oraz wnioskowanie o zmianę planu. Z zakresu opiniowania Rady wyłączone są kwestie związane z włączeniem albo

wyłączeniem z sieci szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej lub Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, oraz wnioski o zmianę poziomu referencyjnego oddziałów tych szpitali.

Wojewódzka Komisja do Spraw Szpitali działa przy marszałku województwa, jako organ konsultacyjny w zakresie działania sieci szpitali. Członków Komisji powołuje i odwołuje marszałek województwa. W jej skład wchodzi przedstawiciele Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, wojewody, przedstawiciele organizacji zrzeszających podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej, a także przedstawiciel dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Projekt określa wymagania, które muszą spełniać członkowie Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali

Kadencja Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali trwa 5 lat. Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali obraduje pod przewodnictwem marszałka województwa. Członkowi Komisji za udział w posiedzeniach otrzymują diety oraz zwrot kosztów podróży i noclegów. Obsługę administracyjno-techniczną Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali zapewnia urząd marszałkowski. Diety oraz zwrot kosztów podróży i noclegów dla członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali oraz obsługa administracyjno-techniczna są finansowane z budżetu województwa będącego w dyspozycji zarządu województwa.

Wojewódzka Komisja do Spraw Szpitali jest organem konsultacyjnym marszałka województwa w zakresie funkcjonowania sieci szpitali. Komisja stanowić będzie forum wymiany zdań oraz stworzy możliwość zaprezentowania swojego stanowiska i także swoich interesów przez przedstawicieli samorządów, władzę wykonawczą oraz przedstawiciela NFZ. Komisja tym samym dostarczy marszałkowi województwa rzetelnej wiedzy i możliwość uwzględnienia różnych stanowisk w swoich działaniach w sprawach funkcjonowania sieci szpitala.

Do zadań marszałka województwa w szczególności należy: wyrażanie opinii w zakresie włączenia szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali, przedłożenie propozycji w zakresie zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych, sporządzanie projektu regionalnego planu opieki szpitalnej i projektów zmian planu, wnioskowanie o wyłączenie szpitala z sieci

szpitali, prowadzenie w sposób ciągły oceny szpitali w zakresie realizacji planu, wykonywanie innych zadań dotyczących tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali na wniosek wojewody. Z zakresu opiniowania marszałka województwa wyłączone są kwestie związane z włączeniem albo wyłączeniem z sieci szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej lub Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, oraz wnioski o zmianę poziomu referencyjnego oddziałów tych szpitali.

W posiedzeniach Krajowej Rady do Spraw Szpitali i Wojewódzkiej Komisji do Spraw Szpitali, na zaproszenie przewodniczącego rady (marszałka województwa), mogą uczestniczyć eksperci, konsultanci krajowi i wojewódzcy, przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Udział ww. osób w posiedzeniach rady lub komisji ma na celu przedstawienie stanowiska i opinii merytorycznej dotyczącej konkretnej sprawy podniesionej przez radę lub komisję, wyłącza prawo do głosowania.

Szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali

Szpital włączony do sieci szpitali będzie miał obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym pozostawania w stałej gotowości do podjęcia koniecznych działań w przypadku nagłych zdarzeń destabilizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych, epidemii lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców. Na realizację tych zadań szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje środki finansowe na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do szpitala włączonego do sieci, z uwzględnieniem przynależności oddziałów do poziomów referencyjnych, obejmuje:

- 1% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za posiadanie akredytacji,

-
- 1% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001:2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem,
 - 0,5% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej,
 - 0,5% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii jakościowej.

Powyższe przepisy będą miały zastosowanie w drugim roku po obwieszczeniu przez Ministra Zdrowia pierwszego wykazu szpitali włączonych do sieci.

Projektowana ustawa wprowadza regulacje zgodnie z którymi Minister Zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz inne organy będą mogły, z uwzględnieniem przepisów odrębnych, finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynikających z planu. Uzupełnienie w tym zakresie stanowią przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazujące w art. 55 od jakich podmiotów samodzielny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe. Uwzględniając brzmienie przedmiotowych przepisów, zamiast likwidować zakład opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest samorząd powiatowy, może on uzyskać dotacje od samorządu gminnego. W tym przypadku innym organem, o którym mowa w art. 29 ust. 1 jest samorząd gminy.

Zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali

Szpital włączony do sieci szpitali podlega monitorowaniu i ocenie w zakresie sytuacji ekonomiczno-finansowej. Monitorowaniu podlegają dane finansowe sporządzone przez szpital w formach i w terminach przewidzianych w przepisach projektowanej ustawy oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonuje się w szczególności przy zastosowaniu analizy wskaźnikowej, opartej na wskaźnikach zyskowności, płynności, efektywności, zadłużenia. Dokonanie powyższej oceny kwalifikuje szpital do

określonej kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, która ma znaczenie przy określeniu wysokości zobowiązania płatnika wobec świadczeniodawcy.

Monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonują marszałkowie województwa. Z oceny dokonywanej przez marszałka województwa wyłączone są szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji. W stosunku do tych szpitali czynności z zakresu monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej wykonuje minister będący podmiotem tworzącym dla danego szpitala. Kierownik szpitala objętego monitorowaniem lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani zapewnić warunki do sprawnego prowadzenia monitorowania oraz udostępniać dokumenty i udzielać wszelkich informacji niezbędnych do dokonywania systematycznej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala.

Jeżeli przeprowadzenie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala wymaga dodatkowych danych i informacji marszałek województwa, Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji może zwrócić się o ich udostępnienie do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucji finansowych, które finansują działalność szpitala w formie kredytu lub w innej postaci, które udzieliły szpitalowi poręczeń lub gwarancji oraz, które są organizatorami emisji papierów wartościowych szpitala, wierzycieli wierzytelności publicznoprawnych i cywilnoprawnych, instytucji odpowiedzialnych za realizację programów pomocowych, profilaktycznych, zdrowotnych i innych, w których bierze udział szpital.

Szpital włączony do sieci jest obowiązany do prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością. System ten jest wdrażany według modelu określonego przez kierownika szpitala. Jednocześnie szpital włączony do sieci szpitali jest objęty zewnętrznym systemem oceny jakości w zakresie wskaźników jakościowych dotyczących struktury szpitala, oceny leczenia, rezultatów hospitalizacji oraz badania opinii pacjentów.

Monitorowanie i ocenę jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach włączonych do sieci prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia. Działania w tym zakresie stanowią część zadań Funduszu związanych z prowadzeniem

kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), rozliczaniem i monitorowaniem realizacji zawieranych ze szpitalami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Fundusz jest już obecnie w posiadaniu danych i informacji, gromadzonych podczas postępowań w sprawie zawarcia umowy i w trakcie realizacji kontraktu, niezbędnych do przyznania szpitalowi odpowiedniej kategorii jakościowej. Dotyczy to w szczególności danych odnośnie do potencjału diagnostyczno-terapeutycznego (tj. personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz struktury organizacyjnej i miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych). Dane te są następnie weryfikowane w procesie kontrolnym, zarówno na etapie zawierania, jak i realizacji umów. Monitorowanie jakości na potrzeby sieci szpitali przez NFZ zmniejszy kosztocłonność rozwiązania, minimalizuje obciążenia finansowe wdrożenia projektu sieci szpitali, tak po stronie budżetu państwa, jak i szpitali.

W celu przeprowadzenia monitorowania jakości szpital w terminie do końca marca każdego roku przesyła do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wypełnioną ankietę. Informacje wskazane w ankiecie stanowią podstawę do oceny szpitala w celu przypisania go do jednej z kategorii jakościowych.

W celu weryfikacji danych zawartych w ankietach Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza każdego roku kontrolę w nie mniej niż 30% szpitali. W wyniku monitorowania szpital zaliczany jest do określonej kategorii jakościowej, która ma znaczenie przy określaniu kwoty zobowiązania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych wobec świadczeniodawcy.

Przynależność do kategorii ekonomiczno-finansowej oraz kategorii jakościowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

Zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali

Nadzór nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali na terenie kraju sprawuje Minister Zdrowia, do którego zadań należy w szczególności przeprowadzanie analizy i oceny potrzeb zdrowotnych na terenie kraju oraz czynników powodujących ich zmiany, zatwierdzenie projektu regionalnego planu opieki szpitalnej lub zmian planu, wydawanie decyzji o włączeniu szpitala do sieci i wyłączeniu szpitala z sieci szpitali, monitorowanie działań w zakresie stopnia dostosowania sieci szpitali poszczególnych województw do wymagań określonych w planie oraz wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.

Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru jest uprawniony do żądania od organów jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów tworzących szpitale, szpitali oraz organów Narodowego Funduszu Zdrowia nieodpłatnego udzielenia informacji dotyczących funkcjonowania szpitala wnioskującego o włączenie do sieci lub będącego w sieci.

Minister Zdrowia może w każdym czasie przeprowadzać kontrolę szpitala wnioskującego o włączenie do sieci szpitali lub będącego w sieci szpitali w zakresie spełniania wymagań stanowiących podstawę włączenia go do sieci szpitali, realizacji planu zgodnie z harmonogramem określonym w planie dla szpitala.

Minister Zdrowia w wyniku przeprowadzonej kontroli wskazuje, w formie pisemnej zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, które przekazuje kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, Krajowej Radzie do Spraw Szpitali, marszałkowi województwa, wojewodzie oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Kierownik kontrolowanego szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani do poinformowania Ministra Zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń oraz o podjętych działaniach i ich przebiegu lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń przez szpital wnioskujący o włączenie do sieci szpitali Minister Zdrowia wydaje decyzję o odmowie włączenia szpitala do sieci szpitali.

W przypadku szpitali włączonych do sieci szpitali niewykonanie lub nienależyte wykonanie zaleceń Ministra Zdrowia występuje do marszałka województwa o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali. W zakresie szpitali dla których podmiotem tworzącym jest Minister

Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Minister Zdrowia zwraca się o opinię do odpowiedniego ministra. Negatywna opinia marszałka województwa, wydana po konsultacjach z Wojewódzką Komisją do Spraw Szpitali albo Ministra Obrony Narodowej albo Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji uprawnia Ministra Zdrowia do wydania decyzji o wyłączeniu danego szpitala z sieci szpitali.

Uprawnienia nadzorcze i kontrolne przysługują również Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji wobec szpitali, dla których są oni podmiotami tworzącymi.

Źródła, zasady i wielkość finansowa działań związanych z wdrożeniem ustawy o sieci szpitali

Projekt przedmiotowej ustawy przewiduje również działania osłonowe dla pracowników szpitali, które wejdą do sieci szpitali. Regulacje te znajdują się w Dziale II ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) po art. 35a dodany został art. 35aa. Jeżeli w związku z realizacją planu przez szpital niespełniający wymagań określonych w przepisach dotyczących włączenia do sieci, niezbędne będzie podnoszenie kwalifikacji przez pracowników lub zmniejszenie liczby zatrudnionych pracowników, kierownik szpitala może wystąpić do Ministra Zdrowia z wnioskiem o refundowanie całości lub części kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla tych osób, a także odpraw wypłacanych tym osobom. Wnioski składa się w terminie od dnia 1 maja do dnia 31 maja każdego roku. Środki finansowe na refundację tych działań określa corocznie ustawa budżetowa. Kierownik szpitala zawiera z pracownikiem szpitala umowę o refundację całości albo części kosztów kursów lub szkoleń. Regulacje te miałyby także zastosowanie do pracowników szpitala, w stosunku do którego wydano decyzję o odmowie włączenia do sieci, skutkiem czego ograniczono rodzaje i zakres udzielanych świadczeń lub podmiot tworzący szpital podjął decyzję o jego likwidacji.

W przypadku zmian w zatrudnieniu, związanych z realizacją przepisów ustawy o sieci szpitali zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844, z późn. zm.).

Pierwotnie do projektu ustawy o sieci szpitali wprowadzony został przepis o zastosowaniu ww. ustawy. Jednakże powoływanie tych przepisów miałoby charakter informacyjny, ponieważ znajdują one swoje zastosowanie bez względu na fakt ich przywołania w projekcie ustawy o sieci szpitali. Ponadto przepis w zaproponowanym projekcie w pierwotnym kształcie (art. 45 projektu „W przypadku likwidacji stosuje się przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844, z późn. zm.), w szczególności dotyczące odpraw pieniężnych, jeżeli zachodzą przesłanki określone w art. 1 tej ustawy”) stwarzał ryzyko zawężenia stosowania ustawy o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, ograniczając je tylko do przypadków likwidacji szpitala, gdy tymczasem art. 1 tej ustawy stanowi, że jej przepisy stosuje się w razie konieczności rozwiązania przez pracodawcę zatrudniającego co najmniej 20 pracowników stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę, a także na mocy porozumienia stron, jeżeli w okresie nieprzekraczającym 30 dni zwolnienie obejmuje co najmniej:

- 1) 10 pracowników, gdy pracodawca zatrudnia mniej niż 100 pracowników,
- 2) 10% pracowników, gdy pracodawca zatrudnia co najmniej 100, jednakże mniej niż 300 pracowników,
- 3) 30 pracowników, gdy pracodawca zatrudnia co najmniej 300 lub więcej pracowników.

Dotyczy to zatem przypadków „grupowych zwolnień”. Powołane liczby odnoszące się do pracowników obejmują pracowników, z którymi w ramach grupowego zwolnienia następuje rozwiązanie stosunków pracy z inicjatywy pracodawcy na mocy porozumienia stron, jeżeli dotyczy to co najmniej 5 pracowników.

Projekt ustawy o sieci szpitali przewiduje również zmianę ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów, gdzie przewiduje się złagodzenie warunków umożliwiających uzyskanie kredytu na preferencyjnych

warunkach oraz warunków częściowego umorzenia kredytów. Kredyt na preferencyjnych warunkach będą mogły uzyskać osoby, wykonujące wyżej wymienione zawody, jeżeli rozwiązano z nimi umowę o pracę oraz podjęli działalność prywatną po dniu 1 stycznia 2008 r., lub osoby z którymi rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożą oświadczenie o gotowości podjęcia działalności prywatnej oraz osoby, które są nadal zatrudnione w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożą oświadczenie o gotowości rozwiązania umowy o pracę oraz podjęcia działalności prywatnej. Do 20% umorzenia kredytu niezbędne jest m.in. prowadzenie przez okres 3 lat prywatnej działalności, tj. praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej/położniczej lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Inwestycje dostosowawcze do wymogów projektowanej ustawy mogą być dofinansowane przez podmioty tworzące. Regulacje w tym zakresie zawiera ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz projektowana ustawa o sieci szpitali. Obecnie zakłady opieki zdrowotnej prowadzone w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej mogą otrzymywać dotacje budżetowe na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz inne cele określone przepisami. Zgodnie z propozycją projektu ustawy o sieci szpitali Minister Zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz inne organy będą mogły finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynikających z regionalnego planu opieki szpitalnej opracowanego dla województwa, w którym dany szpital jest zlokalizowany.

Istnieje również możliwość aplikowania o środki unijne w ramach funduszy strukturalnych. Szpitale mogą skorzystać ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, które w części przeznaczone są na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego i efektywności systemu ochrony zdrowia.

Program skupia się na dwóch działaniach:

Grupa operacyjna 13.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Celem działania jest zapewnienie nowoczesnego wyposażenia jednostek udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego. W ramach działania

wsparcie uzyskają projekty infrastrukturalne, których realizacja pozwoli na zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, wyznaczonej standardami obowiązującymi w państwach Unii Europejskiej, w ramach ratownictwa przedszpitalnego w ok. 300 wyspecjalizowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych. Realizowane projekty będą przyczyniać się do zapewnienia każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia możliwości niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych służb ratunkowych, niezwłocznego przewiezienia i przyjęcia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej, udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie. Działania zmierzające do podniesienia poziomu bezpieczeństwa ludności w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia są wsparte od dnia 1 stycznia 2007 r. przez rozwiązania prawne (ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410)), które stworzą jednolite ramy funkcjonowania systemu. Priorytetowo traktowane będą projekty z zakresu urazów, kardiologii inwazyjnej oraz udarów. Dostępne fundusze będą przeznaczone na modernizację oraz wyposażenie infrastruktury jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w celu dostosowania do obowiązujących przepisów prawa, a także zapewnienia jednolitego wysokiego poziomu wykonywanych świadczeń.

Grupa operacyjna 13.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Działanie polega na doposażeniu oraz modernizacji zakładów opieki zdrowotnej o charakterze ponadregionalnym, co przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych i specjalistycznych. Niniejsze działanie jest nakierowane na: rozbudowę, przebudowę, remont i wyposażenie obiektów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. Ponadto w ramach działania wsparcie otrzymają projekty dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy ochrony zdrowia. Nakłady na inwestycje, rozumiane w sposób wszechstronny i kompleksowy, będą ponoszone zarówno na poszczególne obiekty infrastruktury, jak też w ich wyposażenie.

Całkowita kwota alokacji z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego dla Osi priorytetowej XIII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia 2007-2013 wynosi 349 990 000 euro, natomiast krajowy wkład publiczny z budżetu państwa wynosi 61 762 941,17 euro oraz wkład prywatny 8 822 941 euro:

- dla grupy operacyjnej 13.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego przeznaczonych zostanie 200 000 000 euro, krajowy wkład publiczny wraz z wkładem prywatnym wyniesie 44 120 000 euro,
- dla grupy operacyjnej 13.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym przeznaczonych zostanie 149 990 000 mln euro, krajowy wkład publiczny wyniesie 26 470 000 euro.

Ponadto na zadania inwestycyjne, w tym na projekty dotyczące zakupu aparatury medycznej oraz działań modernizacyjnych, publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą uzyskać wsparcie w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. Projektowane wydatki przedstawia poniższa tabela:

Lp.	Województwo	Całkowita kwota EFRR na RPO [euro]	Kwota z EFRR na infrastrukturę zdrowotną i opiekę nad dzieckiem w RPO [euro]	Udział %wydatków na infrastrukturę zdrowotną
1	dolnośląskie	1 213 144 879	48 123 461	3,9 %
2	kujawsko-pomorskie	951 003 820	38 154 273	4,0 %
3	lubelskie	1 155 845 549	45 656 228	3,9 %
4	lubuskie	439 173 096	13 297 715	3,0 %
5	łódzkie	863 852 363	27 556 891	3,2 %
6	małopolskie	1 147 745 855	41 701 666	3,5 %
7	mazowieckie	1 831 496 698	73 990 952	4,0 %
8	opolskie	427 144 813	12 814 344	3 %
9	podkarpackie	1 136 307 823	25 703 283	2,2%
10	podlaskie	636 207 883	17 500 788	2,7 %
11	pomorskie	885 065 762	34 340 522	3,8 %
12	śląskie	1 570 451 757	32 000 000	2,0 %
13	świętokrzyskie	725 807 266	52 431 000	7,4 %
14	warmińsko-mazurskie	1 036 542 041	35 096 261	3,3 %
15	wielkopolskie	1 130 264 000	52 620 000	4,6 %
16	zachodniopomorskie	835 437 299	29 310 000	3,5 %
	ŁĄCZNIE	15 985 490 904	580 297 384	3,6 %

Ocena Skutków Regulacji

I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Zakłady opieki zdrowotnej, będące szpitalami, funkcjonujące w formie publicznych i niepublicznych jednostek. Wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą szpitale (samorządowe i kliniczne) funkcjonujące jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a także jednostki badawczo-rozwojowe realizujące zadania określone w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Projektowana regulacja oddziałuje na działalność podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministra Zdrowia, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Obrony Narodowej oraz Wojewodę.

II. Analiza skutków regulacji

1. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Szacowane koszty będą także znacznie zróżnicowane w zależności od etapu realizacji projektu utworzenia sieci szpitali. Wyższe prognozowane są w początkowym i końcowym okresie pierwszego etapu procesu, niższe w okresie przejściowym i w etapie drugim – po zakończeniu pierwszego, pięcioletniego okresu. Zakłada się, że poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie ulegnie zmianie, gdyż nadal będzie determinowany wysokością składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz poziomem wynagrodzeń. Istniała będzie natomiast konieczność dokonania zmian w sposobie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (modyfikacja mechanizmu finansowania). Modyfikacja mechanizmu finansowania będzie następstwem wprowa-

dzenia kategorii stabilności ekonomiczno-finansowych oraz kategorii jakościowych.

Szacuje się, że wprowadzenie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów stwarzających szpitalom możliwość uzyskania dodatkowych środków finansowych za posiadanie akredytacji lub certyfikatu jakości ISO 9001:2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem, jak również osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej i każdej kolejnej kategorii jakościowej, w pierwszym roku ich obowiązywania pozwoli szpitalom włączonym do sieci pozyskać dodatkowe fundusze w wysokości ok. 196 mln zł, co będzie stanowiło ok. 0,45% kwoty przeznaczanej przez NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Konieczność wydatkowania środków z budżetu państwa będzie wiązała się z:

- 1) sprawowaniem przez Ministra Zdrowia nadzoru nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrolą szpitali,
- 2) powołaniem i funkcjonowaniem Krajowej Rady ds. Szpitali przy Ministrze Zdrowia,
- 3) wdrożeniem systemu oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz oceny jakości,
- 4) programami osłonowymi,
- 6) likwidowaniem i przekształceniem łóżek szpitalnych.

Ad. 1. Koszty związane ze sprawowaniem przez Ministra Zdrowia nadzoru nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrolą szpitali

Sprawowanie nadzoru Ministra Zdrowia nad funkcjonowaniem sieci szpitali, w szczególności przeprowadzanie kontroli szpitali wymaga przyznania Ministrowi dodatkowych 20 etatów oraz środków finansowych na pokrycie kosztów wynagrodzenia w wysokości ok. 855 tys. zł. rocznie (20 x 3000 zł + pochodne od wynagrodzeń x 12 m-cy). Jedno-

razowe koszty wyposażenia stanowisk pracy wyniosą ok. 120 tys. zł (20 osób x 6000 zł).

Ad. 2. Koszty związane z powołaniem i działalnością Krajowej Rady ds. Szpitali

Krajowa Rada do Spraw Szpitali składać się będzie z 11 osób.

Zakłada się, że członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2006 r., wynagrodzenie to wynosi 2 637,72 zł. Rocznie koszty związane z wynagrodzeniem członków rady szacuje się na ok. 413 tys. zł (2 637,72 zł x 12 m-cy x 11 osób + pochodne od wynagrodzeń). Obsługa organizacyjno-techniczna Rady, realizowana przez właściwą komórkę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia, szacowana jest na 22 tys. zł miesięcznie, rocznie – ok. 264 tys. zł.

Ponadto należy zabezpieczyć środki finansowe na konieczne analizy i opracowania zewnętrzne wykorzystywane przez Radę w związku z pełnioną przez nią funkcją ciała opiniodawczego Ministra. Aktualnie analizy o założonym stopniu trudności kosztują średnio ok. 300 tys. zł. Szacuje się, że na tę część działalności należy zarezerwować środki w wysokości ok. 3 mln zł. Środki te dotyczą jedynie okresu przed ustanowieniem sieci szpitali, ponoszone jednorazowo w celu dokonania analizy stanu faktycznego. W kolejnych okresach należy jedynie oczekiwać minimalnych kosztów związanych z aktualizacją wstępnie dokonanych wyników analiz.

Szacuje się, że w drugim roku obowiązywania ustawy o sieci szpitali koszty funkcjonowania Krajowej Rady ds. Szpitali nie przekroczą po-

ziomu ok. 3,68 mln zł. Jednakże wielkość faktycznie poniesionych na ten cel wydatków będzie zależna od ilości i kosztów analiz eksperckich, które Rada zleci podmiotom zewnętrznym w związku z wykonywanymi zadaniami, a zatem pośrednio również jakości projektów regionalnych planów opieki szpitalnej przedkładanych przez marszałków województwa.

W pierwszym i kolejnych latach po drugim roku roczne koszty ponoszone na zapewnienie sprawnego funkcjonowania Rady szacowane są na ok. 677 tys. zł. Wynagrodzenia członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia ekspertów oraz obsługa finansowane będą ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Ad. 3. Koszty związane z wdrożeniem systemu oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej i systemu oceny jakości

Koszty związane z wdrożeniem systemu oceny jakości w szpitalach to przede wszystkim koszty dodatkowych etatów pracy gwarantujących realizację przez Narodowy Fundusz Zdrowia zadań określonych w ustawie. Oszacowano, że należy w NFZ dodatkowo zatrudnić 21 osób w pełnym wymiarze pracy.

Przy oszacowaniu dodatkowych potrzeb kadrowych niezbędnych do realizacji zadań w zakresie monitorowania i oceny jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale w sieci wzięto pod uwagę między innymi udział procentowy szpitali w danym województwie do ogółu szpitali. Szacowane koszty zatrudnienia w NFZ dodatkowych 21 osób wyniosą rocznie ok. 1,56 mln zł. Wyliczony wzrost kosztów zatrudnienia w związku z dodatkowymi zadaniami nałożonymi na NFZ obejmuje koszty wynagrodzeń dla pracowników, przy założeniu płacy brutto w wysokości 5 200 zł, oraz pochodnych od wynagrodzeń. Jednorazowe koszty wyposażenia dodatkowych stanowisk pracy wyniosą ok. 126 tys. zł (21 osób x 6000 zł).

Ad. 4. Koszty związane z programami osłonowymi

W związku z realizacją projektu Sieci Szpitali należy zaplanować dodatkowe środki finansowe na przeprowadzenie działań dostosowawczych (działania osłonowe i zmiany organizacyjno-strukturalne). Realizacja projektu będzie wymagała przeprofilowania części jednostek, a zatem również przekwalifikowania części personelu medycznego czy też zwolnień pracowników. Należy również przyjąć, że szpitale które nie wejdą do sieci szpitali zmienią rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jedynie niewielki procent szpitali będzie wymagał podjęcia działań likwidacyjnych.

Przewidziane w ustawie programy osłonowe finansowane będą ze środków budżetu państwa. Łączna kwota wydatków z budżetu państwa na realizację tych programów wynosić będzie ok. 375 mln zł. Środki te zostaną przeznaczone na szkolenia i kursy dla personelu medycznego, odprawy pracownicze oraz dopłaty i umorzenia kredytów.

Na podstawie danych z Państwowego Zakładu Higieny uznać należy, że zlikwidowanych będzie około 7 400 łóżek w skali kraju. W sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku likwidacji łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 96,2 mln zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty $7\,400$ (łóżka do likwidacji) \times 2 (liczba pracowników przypadająca na jedno likwidowane łóżko) \times $6\,500$ (szacunkowy koszt kursu).

Na podstawie danych z Państwowego Zakładu Higieny uznać należy, że przekształconych będzie około 7 200 łóżek w skali kraju. W sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku przekształcenia łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 93,6 mln zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty $7\,200$ (łóżka do przekształcenia) \times 2 (liczba pracowników na jedno przekształcane łóżko) \times $6\,500$ (szacunkowy koszt kursu).

W zakresie zmiany ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów, przyjmując, że z kredytu zechce skorzystać 3 000 osób, a kwota kredytu będzie wynosić 70 000 zł, dopłaty z budżetu państwa do odsetek od kredytu w ciągu pięcioletniego okresu kredytowania wynosić będą 53 812 500 zł, zaś kwota umorzenia wynosiłaby 42 000 000 zł. Na potrzeby wyliczeń przyjęto, że kwota kredytu wynosić będzie 70 000 zł, czyli w maksymalnej wysokości kredytu dla lekarzy i lekarzy dentystów. Wynika to z faktu, że największe zainteresowanie kredytami wykazują lekarze.

Ad. 5. Koszty związane z likwidacją i przekształceniem łóżek szpitalnych

Na podstawie przeprowadzonej analizy wynika, że do roku 2014 należy zlikwidować 7400 łóżek. Szacuje się, że koszt likwidacji jednego łóżka wyniesie ok. 12 tys. zł. Koszt obejmuje wydatki związane z wypłaceniem odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników. Całkowity koszt likwidacji łóżek oszacowano na 88,8 mln zł.

Jednocześnie oszacowano, że ok. 7200 łóżek zostanie przekształconych. Przy założeniu, że średni koszt przekształcenia łóżka szpitalnego wyniesie ok. 30 tys. zł, całkowity koszt przekształceń wyniesie 216 mln zł. Koszty przekształcenia obejmują wydatki na dostosowanie i modernizację pomieszczeń.

Szczegółowe koszty likwidacji i przekształcenia łóżek jakie będą musiały być poniesione przez budżet państwa, jak również budżety podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz szpitale będą znane po zaakceptowaniu przez Ministra Zdrowia regionalnych planów działań dostosowawczych. W chwili obecnej precyzyjne oszacowanie poziomu kosztów, które zostaną poniesione przez poszczególne jednostki sektora finansów publicznych, w szczególności jednostki samorządu terytorialnego, w związku z wdrożeniem przepisów projektowanej ustawy o sieci szpitali jest niemożliwe.

2. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Regulacja będzie mieć wpływ na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności kraju. Cel ten zostanie osiągnięty w szczególności przez:

- dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-terapeutycznego do uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych, co umożliwi optymalne wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia,
- zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości, poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych systemu ochrony zdrowia,
- rozwój opieki długoterminowej.

III. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie jest objęta notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

Warszawa, 12 października 2010 r.

BAS-WAPEiM-1684/10

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia prawna
o zgodności poselskiego projektu ustawy o sieci szpitali (przedstawiciel
wnioskodawców: poseł Bolesław Piecha) z prawem Unii Europejskiej

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2009 r. Nr 5, poz. 47, ze zm.) sporządza się następującą opinię:

I. Przedmiot projektu ustawy

Poselski projekt ustawy o sieci szpitali reguluje zasady tworzenia sieci szpitali, wymagania, jakie muszą spełniać szpitale włączone do sieci szpitali, szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci, zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz monitorowania i oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci, zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

Projekt przewiduje zmiany w trzech ustawach: z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.), z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów (Dz. U. z 2001 r. Nr 128, poz. 1406, ze zm.), z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.).

Projekt zawiera przepisy przejściowe. Ustawa ma wejść w życie 1 lipca 2011 r., z wyjątkiem części przepisów, które mają wejść w życie w latach 2014 i 2015.

II. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem ustawy

Ze względu na przedmiot regulacji projektu ustawy należy zwrócić uwagę na regulacje prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy publicznej.

Zgodnie z art. 107 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TfUE), pomoc przyznawana przez państwo członkowskie lub przy użyciu

zasobów państwowych w jakiejkolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji przez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów jest niezgodna z rynkiem wewnętrznym w zakresie, w jakim wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi. Przepis art. 108 ust. 3 TfUE nakazuje państwom członkowskim informować Komisję Europejską o wszelkich planach przyznania lub zmiany pomocy. Państwo członkowskie nie może wprowadzić w życie projektowanych środków dopóki Komisja nie uzna projektowanej pomocy za zgodną ze wspólnym rynkiem. Tryb notyfikowania Komisji Europejskiej projektowanej pomocy publicznej jest sprecyzowany w rozporządzeniu Rady (WE) nr 659/1999 z dnia 22 marca 1999 r. ustanawiającym szczegółowe zasady stosowania art. 93 Traktatu WE (Dz. Urz. WE L 83 z 27.03.1999).

Przepis art. 106 ust. 2 TfUE stanowi, że przedsiębiorstwa zobowiązane do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym podlegają normom Traktatów, zwłaszcza regułom konkurencji, w granicach, w jakich ich stosowanie nie stanowi prawnej lub faktycznej przeszkody w wykonywaniu poszczególnych zadań im powierzonych. Rozwój handlu nie może być naruszony w sposób pozostający w sprzeczności z interesem Unii. Zakres stosowania przepisu art. 106 ust. 2 TfUE może zostać doprecyzowany przez Komisję Europejską, która zgodnie z art. 106 ust. 3 TfUE jest uprawniona do kierowania do państw członkowskich stosownych dyrektyw lub decyzji, dotyczących m.in. szczegółowych zasad udzielania pomocy publicznej przedsiębiorstwom zobowiązanym do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym. Decyzją taką jest decyzja Komisji 2005/842/WE z dnia 28 listopada 2005 r. w sprawie stosowania art. 86 ust. 2 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych przyznanej pewnym przedsiębiorstwom świadczącym usługi w ogólnym interesie gospodarczym (Dz. Urz. UE L 312 z 29.11.2005 r., s. 67; dalej: decyzja).

W preambule (motywy 3 i 4) do decyzji zwrócono uwagę, że art. 106 TfUE stanowi, że przedsiębiorstwa zobowiązane do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym podlegają postanowieniom TfUE, zwłaszcza regułom konkurencji. Artykuł 106 ust. 2 TfUE pozwala jednak na odstępstwo od postanowień Traktatu, jeśli spełnionych jest kilka warunków. Po pierwsze, musi istnieć akt nałożenia zobowiązania, w którym państwo powierza odpowiedzialność za wykonywanie pewnych zadań przedsiębiorstwu. Po drugie, nałożenie zobowiązań musi dotyczyć usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym. Po trzecie, odstępstwo musi być konieczne do wykonywania powierzonych zadań i proporcjonalne do tego celu (warunek zwany dalej „wymogiem konieczności”). Wreszcie, rozwój handlu nie może być naruszony w sposób pozostający w sprzeczności z interesem Unii Europejskiej. W swoim wyroku z dnia 23 lipca 2003 r. w sprawie C-280/00 *Altmark Trans GmbH i Regierungspräsidium Magdeburg przeciwko Nahverkehrsgesellschaft*

Altmark GmbH Trybunał Sprawiedliwości stwierdził, że rekompensata z tytułu świadczenia usług publicznych nie stanowi pomocy państwa w rozumieniu art. 87 Traktatu (obecnie: art. 107 TfUE), jeśli spełnione są równocześnie cztery warunki. Po pierwsze, przedsiębiorstwo będące beneficjentem musi wywiązywać się z zobowiązań z tytułu świadczenia usług publicznych, a zobowiązania te muszą być jasno zdefiniowane. Po drugie, wyznaczniki, na podstawie których wyliczana jest rekompensata, muszą zostać wcześniej ustanowione w obiektywny i przejrzysty sposób. Po trzecie, wysokość rekompensaty nie może przekraczać kwoty niezbędnej do pokrycia całości lub części kosztów poniesionych w trakcie wywiązywania się ze zobowiązań z tytułu świadczenia usług publicznych, przy uwzględnieniu odpowiednich wpływów i rozsądnego zysku. Wreszcie, w przypadku gdy wyboru przedsiębiorstwa mającego wywiązywać się ze zobowiązań z tytułu świadczenia usług publicznych nie dokonuje się zgodnie z procedurą udzielania zamówień publicznych, która pozwoliłaby na wybór oferenta świadczącego te usługi za cenę najkorzystniejszą dla danej społeczności, poziom rekompensaty należy określić na podstawie analizy kosztów, jakie poniosłoby typowe, dobrze zarządzane przedsiębiorstwo.

Decyzja wskazuje kategorie pomocy państwa, które – na określonych w jej treści warunkach – uznaje za zgodne ze wspólnym rynkiem. Jedną z tych kategorii jest rekompensata z tytułu świadczenia usług publicznych przyznana szpitalom, które prowadzą działalność uznaną przez dane państwo członkowskie za usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym (art. 2 ust. 1 lit. b decyzji). Pomoc państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, spełniająca warunki określone w decyzji, jest zgodna ze wspólnym rynkiem i jest zwolniona z obowiązku zgłoszenia określonego w art. 108 ust. 3 TfUE (art. 3 decyzji). Zwolnienie z wymogu uprzedniego zgłoszenia w przypadku niektórych usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym nie wyklucza jednak możliwości zgłaszania przez państwa członkowskie konkretnego programu pomocy (motyw 21 preambuły do decyzji). Warto wskazać, że zgodnie z decyzją, wysokość rekompensaty nie może przekraczać kwoty niezbędnej do pokrycia całości lub części kosztów poniesionych w trakcie wywiązywania się z zobowiązań z tytułu świadczenia usług publicznych, przy uwzględnieniu odpowiednich wpływów i rozsądnego zysku (art. 5 decyzji). Rekompensata przewyższająca kwotę konieczną do pokrycia kosztów poniesionych przez dane przedsiębiorstwo nie jest konieczna do wykonywania usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym i w konsekwencji stanowi pomoc państwa niezgodną ze wspólnym rynkiem, która powinna zostać zwrócona (motyw 12 preambuły do decyzji i art. 6 decyzji). Rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, które nie wchodzą w zakres decyzji, podlegają obowiązkowi uprzedniego zgłaszania i mogą zostać zakwalifikowane przez Komisję jako sprzeczne ze wspólnym rynkiem (punkt 2 Wspólnotowych

ram 2005/C 297/04 dotyczących pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, Dz. Urz. UE C 297 z 29.11.2005 r., s. 4).

Należy również uwzględnić rozporządzenie Komisji (WE) Nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. L 214 z 9.8.2008 r. s. 3). Rozporządzenie uznaje szereg rodzajów pomocy – ze względu na ich przeznaczenie i wielkość – za zgodne ze wspólnym rynkiem i zwolnione z obowiązku notyfikacji Komisji Europejskiej w trybie art. 108 ust. 3 TfUE.

III. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

a) Przepisy projektu ustawy (art. 27 i art. 29, a także art. 30 ust. 8, art. 38 ust. 2 i art. 49) przewidują finansowanie szpitali włączonych do sieci szpitali ze środków publicznych (w szczególności ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia i środków pochodzących od ministra właściwego do spraw zdrowia). Do sieci szpitali może być włączony szpital, którego działalność jest niezbędna dla zapewnienia optymalnej liczby łóżek (art. 6 w zw. z art. 3 pkt 5). Ponadto, szpital włączony do sieci szpitali ma obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym pozostawania w stałej gotowości do podjęcia koniecznych działań w przypadku nagłych działań destabilizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych, epidemii lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców.

Zadania szpitali włączonych do sieci szpitali należy uznać za usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym w rozumieniu art. 106 ust. 2 w zw. z art. 14 TfUE. Cel projektowanego dofinansowania ze środków publicznych szpitali włączonych do sieci szpitali należy uznać za zgodny z art. 106 TfUE w związku z decyzją Komisji 2005/842/WE.

b) Odrębnie należy ocenić pomoc publiczną przewidzianą w art. 47 projektu, który dotyczy zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Jest to pomoc udzielana przez ministra właściwego do spraw zdrowia w postaci refundacji części lub całości kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników szpitali w związku z realizacją regionalnego planu opieki szpitalnej. Refundacja mogłaby objąć również koszty odpraw zwalnianych pracowników.

Proponowaną zmianę ustawy zakładach opieki zdrowotnej można uznać za program pomocowy w rozumieniu art. 2 pkt. 7 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej w związku z art. 1 lit. d

rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999. W konsekwencji, należy ją notyfikować Komisji Europejskiej w trybie art. 108 ust. 3 TfUE.

Przed dokonaniem notyfikacji organ właściwy na podstawie regulaminu Sejmu występuje z wnioskiem do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o wydanie opinii m.in. o tym, czy projekt przewiduje udzielanie pomocy publicznej, czy pomoc ta jest zgodna ze wspólnym rynkiem oraz czy wymagana jest notyfikacja projektu (art. 16a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej; Dz.U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, ze zm.).

Wstępnie należy zasygnalizować, że pomoc w postaci refundacji kosztów kursów i szkoleń mogłaby zostać uznana za zgodną ze wspólnym rynkiem na podstawie rozporządzenia Komisji 800/2008 w sprawie wyłączeń blokowych (np. jako pomoc szkoleniowa – art. 38 i 39 rozporządzenia). Zmieniana ustawa, ani art. 47 opiniowanego projektu ustawy nie zawierają jednak odesłania do rozporządzenia Komisji 800/2008 w sprawie wyłączeń blokowych. Odesłanie takie jest, zgodnie z art. 3 rozporządzenia, jednym z warunków uznania pomocy za zgodną ze wspólnym rynkiem. Odesłanie takie wyjaśnia również, czy wnioskodawcom chodzi o udzielanie pomocy przewidzianej w rozporządzeniu, na warunkach w nim określonych.

c) Kolejnym rodzajem pomocy publicznej przewidzianej w projekcie jest pomoc uregulowana w art. 48 projektu, który dotyczy zmian w ustawie o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów. Zmiana polega na zmianie zasad udzielania dopłat do kredytów i zmianie zasad umarzania kredytów. Całą ustawę należy uznać za program pomocowy w rozumieniu art. 2 pkt. 7 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej w związku z art. 1 lit. d rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999. W konsekwencji, zmianę tej ustawy należy uznać za zmianę programu pomocowego, która powinna zostać notyfikowana Komisji Europejskiej w trybie art. 108 ust. 3 TfUE.

Przed dokonaniem notyfikacji organ właściwy na podstawie regulaminu Sejmu występuje z wnioskiem do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o wydanie opinii m.in. o tym, czy projekt przewiduje udzielanie pomocy publicznej, czy pomoc ta jest zgodna ze wspólnym rynkiem oraz czy wymagana jest notyfikacja projektu (art. 16a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej).

Wstępnie należy zasygnalizować, że pomoc mogłaby zostać uznana za zgodną ze wspólnym rynkiem na podstawie rozporządzenia Komisji 800/2008 w sprawie wyłączeń blokowych (np. jako pomoc dla nowo utworzonych małych przedsiębiorstw – art. 14 rozporządzenia). Zmieniana ustawa, ani art. 48 opiniowanego projektu ustawy nie zawierają jednak odesłania do rozporządzenia Komisji 800/2008 w sprawie wyłączeń blokowych. Odesłanie

takie jest, zgodnie z art. 3 rozporządzenia, jednym z warunków uznania pomocy za zgodną ze wspólnym rynkiem. Odesłanie takie wyjaśnia również, czy wnioskodawcom chodzi o udzielanie pomocy przewidzianej w rozporządzeniu, na warunkach w nim określonych.

IV. Konkluzje

Poselski projekt ustawy o sieci szpitali zawiera przepisy objęte zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt przewiduje udzielanie pomocy publicznej. Część przewidzianej w projekcie pomocy może być uznana za pomoc dla podmiotów świadczących usługi w ogólnym interesie gospodarczym w rozumieniu art. 106 ust. 2 w zw. z art. 14 TfUE (art. 27 i art. 29, art. 30 ust. 8, art. 38 ust. 2 i art. 49 projektu). Część przewidzianej w projekcie pomocy (art. 47 i art. 48 projektu) nie jest pomocą dla podmiotów świadczących usługi w ogólnym interesie gospodarczym w rozumieniu art. 106 ust. 2 w zw. z art. 14 TfUE, nie jest również zgodna z rozporządzeniem Komisji (WE) Nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych). Pomoc ta może zostać uznana przez Komisję Europejską za niezgodna ze wspólnym rynkiem.

Zgodnie z art. 16a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej organ właściwy na podstawie regulaminu Sejmu występuje do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z wnioskiem o wydanie opinii o projekcie ustawy będącej programem pomocowym. Projekt przewidujący program pomocy wymaga notyfikacji Komisji Europejskiej w trybie ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

Autor:

Bartosz Pawłowski

ekspert ds. legislacji

w Biurze Analiz Sejmowych

Akceptował:

Dyrektor Biura Analiz Sejmowych

Michał Królikowski

Warszawa, 12 października 2010 r.

BAS-WAPEiM-1685/10

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia
w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o sieci szpitali
(przedstawiciel wnioskodawców: poseł Bolesław Piecha) jest projektem
ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a
Regulaminu Sejmu

Poselski projekt ustawy o sieci szpitali reguluje zasady tworzenia sieci szpitali, wymagania, jakie muszą spełniać szpitale włączone do sieci szpitali, szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci, zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz monitorowania i oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci, zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

Poselski projekt ustawy o sieci szpitali nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a Regulaminu Sejmu.

Autor:

Bartosz Pawłowski
Ekspert do spraw legislacji
w Biurze Analiz Sejmowych

Akceptował:
Dyrektor Biura Analiz Sejmowych

Michał Królikowski