

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia
umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) Agencja – Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o której mowa w art. 1 pkt 6a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 2) dietetyk – osobę, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki, obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki, obejmujące co najmniej 1220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra lub,
 - b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r., poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1991, 1735, 1830, 1844, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65.

- c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata, lub magistra, lub magistra inżyniera na tym kierunku, lub
 - e) rozpoczęła przed dniem 1 września 2013 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała dyplom dietetyka lub ukończyła technikum lub szkołę policealną i uzyskała dyplom technika technologii żywienia w specjalności dietetyka;
- 3) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej nie dalej niż w sąsiednim powiecie od miejsca udzielania świadczeń;
 - 4) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
 - 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który:
 - a) rozpoczął specjalizację w szczegółowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, 1633, 1991 i 2199 oraz z 2016 r. poz. 65), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
 - b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
 - c) ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
 - 6) lekarz uzdrowiskowy osób dorosłych – specjalistę w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub w

trakcie specjalizacji w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, lub specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych po kursie w zakresie podstaw balneologii, lub specjalistę w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska po kursie w zakresie podstaw balneologii;

- 7) lekarz uzdrowskiowy dzieci – specjalistę w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, lub specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii po kursie w zakresie podstaw balneologii, lub specjalistę w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska po kursie w zakresie podstaw balneologii;
- 8) logopeda – osobę, która:
 - a) uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub surdologopedii lub
 - b) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
 - c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - d) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
 - e) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - f) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii;
- 9) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;

- 10) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;
- 11) oferent – świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który złożył Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej "Funduszem", ofertę w postępowaniu w sprawie zawarcia tej umowy;
- 12) postępowanie – postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone w trybie konkursu ofert lub rokowań;
- 13) przedmiot postępowania – świadczenie opieki zdrowotnej lub grupę świadczeń opieki zdrowotnej wyodrębnionych w danym zakresie lub rodzaju świadczeń, dla których w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa się kwotę finansowania;
- 14) psycholog - osobę, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 15) rejestr – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- 16) rozporządzenie ambulatoryjne – rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 17) rozporządzenie szpitalne – rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w zakresie leczenia szpitalnego;
- 18) rozporządzenie uzdrowskowe – rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w zakresie leczenia uzdrowskowego;
- 19) rozporządzenie w sprawie leczenia psychiatrycznego – rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 20) rozporządzenie wysokospecjalistyczne – rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 21) umowa – umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 3. Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami, oraz przypisaną im wartością w rodzaju:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna, w zakresach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) leczenie szpitalne, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;

- 4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień określa załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) rehabilitacja lecznicza określa załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej określa załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) leczenie stomatologiczne określa załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) leczenie uzdrowiskowe określa załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie określa załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) ratownictwo medyczne określa załącznik nr 10 do rozporządzenia;
- 11) opieka paliatywna i hospicyjna określa załącznik nr 11 do rozporządzenia;
- 12) leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne określa załącznik nr 12 do rozporządzenia;
- 13) programy zdrowotne – profilaktyczne określa załącznik nr 13 do rozporządzenia;
- 14) leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne – lekowe, określa załącznik nr 14 do rozporządzenia;
- 15) leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie chemioterapii, określa załącznik nr 15 do rozporządzenia;
- 16) pomoc doraźna i transport sanitarny określa załącznik nr 16 do rozporządzenia.

§ 4. Szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny dla wszystkich zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej określa załącznik nr 17 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej.

2. Oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku jest obowiązany udokumentować jego spełnienie, z wyłączeniem przypadków, gdy ustalenie spełniania danego warunku jest możliwe na podstawie:

- 1) posiadanych przez Fundusz ewidencji, rejestrów lub innych danych;
- 2) rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Fundusz ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352).

§ 6. Kryterium posiadania certyfikatu systemu zarządzania, zwanego dalej "certyfikatem", jest spełnione, jeżeli:

- 1) certyfikat ma zastosowanie w przedmiocie postępowania, na który złożono ofertę;
- 2) certyfikat obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, a w przypadku dysponentów posiadających zespoły ratownictwa medycznego – miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego wskazane w ofercie;
- 3) certyfikat jest ważny w okresie związania ofertą oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 4) certyfikat jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez jednostkę akredytującą będącą sygnatariuszem porozumienia o wzajemnym uznawaniu „EA Multilateral Agreement”, i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej;
- 5) certyfikat jest wydany w zakresie systemów zarządzania: ISO 9001 i ISO/IEC 27001 – zgodnie z ich przyporządkowaniem do poszczególnych zakresów świadczeń wynikającym z załączników do rozporządzenia;
- 6) akredytacja, o której mowa w pkt 4, obejmuje certyfikację systemów zarządzania wymienionych w pkt 5, oraz jest wydana w zakresie usług medycznych (branża "Zdrowie i opieka społeczna" zgodnie z kodem 38 EA, w przypadku: ISO 9001, ISO 14001, PN-N 18001 lub OHSAS 18001).

§ 7. Kryterium certyfikatu akredytacyjnego ministra właściwego do spraw zdrowia jest spełnione, jeżeli certyfikat jest ważny w okresie związania ofertą oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy.

§ 8. Kryterium wpisu do rejestru jest spełnione, jeżeli wpis jest ujawniony w księdze rejestrowej oferenta.

§ 9. Kryterium „jakość – wyniki kontroli” jest spełnione, jeżeli nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w okresie jednego roku przed dniem złożenia oferty w danym przedmiocie postępowania i została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 ustawy o świadczeniach.

§ 10. W przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej 2 oferentów, kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cena.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.

MINISTER ZDROWIA

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
[Signature]
Piotr Gryza

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

*1.05.2016
mgr Henryk*

2016-05-05

DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

[Signature]
Sylvia Lts

2016-05-05

6.05.2016

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

[Signature]
Alina Budziszewska-Makulska

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.).

Z dniem 1 lipca 2016 r. tj. z dniem wejścia w życie powyższego upoważnienia ustawowego Minister Zdrowia jest obowiązany do wydania rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do dnia 30 czerwca 2016 r. kompetencja do określenia kryteriów oceny ofert na mocy art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach spoczywa na Prezesie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, który publikuje je w formie zarządzenia.

Niniejszy projekt rozporządzenia w zasadniczej większości przejmuje szczegółowe kryteria opracowane dotychczas przez Prezesa Funduszu. Fundamentalnej zmianie ulega jednakże format tabel, w których ujęte zostały szczegółowe kryteria. W projekcie rozporządzenia, celem zwiększenia transparentności i przejrzystości dokumentu zdecydowano się określić szczegółowe kryteria dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń wraz z przypisaniem poszczególnym warunkom rankingującym określonej punktacji. Dokument określający kryteria wyboru ofert składa się co do zasady z dwóch tabel: tabeli podstawowej określającej szczegółowe warunki dla poszczególnego zakresu kontraktowanych świadczeń w danym rodzaju świadczeń oraz tabeli obejmującej część wspólną dla wszystkich zakresów świadczeń, określającą warunki, które z uwagi na swoją obszerność zostały wyłączone z części zasadniczej.

Podobnie, celem uproszczenia zasad obliczania punktów rankingujących przyznawanych za spełnienia szczegółowych warunków kryterialnych, odstąpiono od mechanizmu wagi skalującej. Obecnie każdemu szczegółowemu warunkowi przypisana została określona

wartość punktowa, która po zsumowaniu z punktami przyznanymi za spełnianie pozostałych warunków stanowić będzie wartość punktową oferty decydującą o miejscu w rankingu ofert.

W tym miejscu należy podkreślić, iż szczegółowe kryteria wyboru ofert, są to warunki, których spełnienie decyduje o miejscu oferty w rankingu wszystkich ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie podlegały odrzuceniu. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych aktywna i ciągła konkurencja wewnątrzrynkowa została zastąpiona jednorazową konkurencją przedsiębiorców o dostęp do rynku, a szczegółowe warunki określone na gruncie rozporządzenia służą wyłonieniu najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu. Niespełnienie tych warunków nie wyklucza świadczeniodawcy z możliwości zawarcia z nim umowy, a jedynie skutkuje uzyskaniem niższej liczby punktów rankingowych, co w konsekwencji oznaczać może wybór oferty konkurencyjnych świadczeniodawców, w przypadku złożenia w postępowaniu większej liczby ofert.

Jak już powyżej zostało zaznaczone pod względem merytorycznym przedmiotowy projekt bazuje na kryteriach opracowanych przez Prezesa Funduszu i w znacznej mierze przejmuje kryteria dotychczas stosowane. Kryteria te oraz przypisana im punktacja zostały poddane jednak krytycznej analizie przy udziale konsultantów krajowych, w szczególności pod kątem jednoznaczności zapisów, a także ich weryfikowalności i celowości.

Wśród najważniejszych zmian wprowadzanych niniejszym rozporządzeniem wskazać należy na poniższe:

1. Premiowanie podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne lekarzy

Nowym mającym zastosowanie w niemal wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń kryterium jakościowym, jest prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania. Zdefiniowanie kryterium jest odpowiedzią na postulaty środowiska medycznego, w tym konsultantów z poszczególnych dziedzin medycyny, prowadzących w oparciu o potencjał wykonawczy podmiotów leczniczych szkolenie specjalizacyjne. Biorąc pod uwagę wysokie wymagania, w szczególności jakościowe stawiane jednostkom w procesie akredytacji, jak również szerokie spektrum realizowanych świadczeń, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych, kryterium premiuje tych świadczeniodawców, co przekłada się na wysoką

jakość świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto wskazani oferenci, jako dysponujący personelem medycznym o najwyższych kwalifikacjach, umiejętności i doświadczeniu gwarantują udzielanie świadczeń o najwyższej jakości.

2. Premiowanie świadczeniodawców prowadzących dokumentację medyczną w formie elektronicznej

Projekt rozporządzenia wprowadza we wszystkich zakresach w kryterium „jakość” w kategorii „pozostałe warunki” kryterium premiujące podmioty prowadzące indywidualną dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Powyższe ma na celu zachęcenie świadczeniodawców do wcześniejszej, niż wynika to z przepisów art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.), realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Ponadto projekt przewiduje włączenie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), o której mowa w art. 2 pkt 6 lit b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia celem premiowania tych podmiotów, które już obecnie (przed wejściem ustawowego obowiązku) wdrożyły taką praktykę.

We wszystkich zakresach realizowanych świadczeń zdecydowano się także premiować oferty tych świadczeniodawców, którzy będą wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia i wyroby medyczne refundowane przez nanoszenie danych wyłącznie w formie elektronicznej. Przedmiotowa praktyka powinna przyczynić się do ułatwienia ich realizacji poprzez ograniczenie liczby błędów podczas ich wystawiania oraz zwiększenie czytelności dokumentu.

3. Premiowanie świadczeniodawców realizujących kompleksowo świadczenia w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

W kryterium „kompleksowość”, w kategorii „dostęp do badań i zabiegów” zdecydowano się odstąpić od stosowanego dotychczas przez Prezesa Funduszu warunku premiowania posiadania zarejestrowanej poradni albo oddziału szpitalnego bez względu na fakt realizowania w nich świadczeń finansowanych ze środków publicznych na rzecz premiowania realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach odpowiadających lub zbliżonych rodzajowo do zakresów świadczeń będących przedmiotem kontraktowania. Powyższe ma na celu zapewnienie dostępu pacjentów nie tyle do odpowiedniej poradni czy oddziału, ale do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a to możliwe jest dopiero w momencie zawarcia umowy z Funduszem.

4. Gradacja punktów w kryterium ciągłości z uwagi na jej wymiar

Projekt rozporządzenia wprowadza we wszystkich zakresach świadczeń w kryterium „ciągłość” gradację przyznawanych punktów z uwagi na wymiar tej ciągłości, tj. czas nieprzerwanej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe premiować będzie świadczeniodawców realizujących na danym obszarze kontraktowania proces udzielania świadczeń odpowiednio do czasu jego trwania. Większa liczba punktów rankingujących przyznawana będzie tym świadczeniodawcom, którzy od dłuższego czasu zapewniają prawidłową organizację i kontynuację udzielania świadczeń na danym terenie.

Wybór tych świadczeniodawców pośrednio świadczy o co najmniej utrzymywaniu jakości oferowanych świadczeń na odpowiednim poziomie, często jego renomie, a przede wszystkim zapewnia ciągłość leczenia na danym terenie, co ma niewątpliwie znaczenie dla świadczeniobiorców z chorobami przewlekłymi i nawracającymi.

5. Premiowanie świadczeniodawców współpracujących z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Projekt rozporządzenia wprowadza we wszystkich zakresach świadczeń w kryterium „inne” warunek premiujący podjęcie współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”, w zakresie danych i informacji potrzebnych do sporządzenia taryfy świadczeń. Powyższe jest konsekwencją wejścia w życie przepisu art. 148 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, który obliguje do uwzględnienia w procesie porównania ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizacji umowy na przekazywanie danych. Stanowi to zachętę do prowadzenia stałej współpracy świadczeniodawców z Agencją w zakresie taryfikacji świadczeń, która w dalszej kolejności jest wykorzystywana na potrzeby całego systemu kontraktowania i wyceny świadczeń.

6. Premiowanie świadczeniodawców posiadających ważną pozytywną opinię wojewody co do celowości inwestycji

Projekt rozporządzenia wprowadza w świadczeniach w rodzaju leczenie szpitalne rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, oraz w świadczeniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w kryterium „inne” warunek premiujący podmioty lecznicze posiadające ważną pozytywną opinię wojewody, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo 2 ustawy o świadczeniach, albo które powstały lub utworzyły nowe jednostki lub komórki organizacyjne przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy których mają być udzielane

świadczenia objęte przedmiotem postępowania przed dniem 30 czerwca 2016 r. lub wszczęły inwestycję przekraczającej odpowiednio 3 albo 2 miliony zł przed tym dniem..

Powyższe jest konsekwencją wejścia w życie przepisu art. 148 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 95d ust. 1 i 2, który obliguje by przy porównaniu ofert uwzględniony został fakt posiadania decyzji wojewody zawierającej pozytywną opinię, o której mowa powyżej. Jednocześnie mając na uwadze konieczność zachowania zasady równego traktowania podmiotów, kryterium zostało skonstruowane w taki sposób, by premiować także podmioty lecznicze działające przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw lub które rozpoczęły inwestycje przed tym dniem.

7. Wprowadzenie nowego mechanizmu wyboru świadczeniodawców w przypadku uzyskania równej liczby punktów

Projekt rozporządzenia wprowadza nowy mechanizm rankingowania i wyboru ofert świadczeniodawców w przypadku gdy co najmniej 2 oferty uzyskają taką samą sumaryczną liczbę punktów. Przewiduje się, iż w takim przypadku o pozycji w rankingu decydować będzie większa liczba punktów uzyskana kolejno w następujących kryteriach: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena. Powyższe zapobiegać ma sytuacji braku możliwości wyboru ofert z uwagi na osiągnięcie równej liczby punktów przez kilka ofert.

8. Wprowadzenie punktów ujemnych za nieprawidłowości w realizacji umowy

Projekt rozporządzenia wprowadza także punkty ujemne za niektóre elementy realizacji umowy, które nie wynikają z kontroli np. nieprzekazywanie lub nieterminowe przekazywanie list oczekujących weryfikowane na podstawie sprawozdawczości, lokalizacja mammobusu poza miejscami określonymi w umowie, nie wykorzystywanie basenu w przypadku gdy przedmiot postępowania obejmuje taki rodzaj rehabilitacji. Wprowadzenie punktów ujemnych funkcjonujących dotychczas wyłącznie w odniesieniu do wyników kontroli ma na celu zrównoważenie sytuacji „nowych” świadczeniodawców, którzy dopiero ubiegają się o udzielanie świadczeń w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego z sytuacją świadczeniodawców dotychczas realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, którzy uzyskiwać będą dodatkowe punkty z tego tytułu w ramach kryterium ciągłości.

Ponadto projekt w poszczególnych poniższych rodzajach i zakresach świadczeń wprowadza następujące zasadnicze zmiany.

I. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadzono następujące zasadnicze zmiany:

- 1) w szeregu zakresów kontraktowanych świadczeń, w których mogą być realizowane świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem onkologicznym zdecydowano się na premiowanie tych oferentów, którzy w dniu złożenia oferty realizują w ramach umowy świadczenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach. Powyższe ma na celu premiowanie tych podmiotów, które udzielają świadczeń w ramach tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”;
- 2) w zakresie alergologii oraz alergologii dla dzieci, na wniosek konsultanta krajowego w tej dziedzinie, celem podniesienia jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono szereg dodatkowych kryteriów premiujących świadczeniodawców wykonujących wysokospecjalistyczną diagnostykę, taką jak: pomiar FENO, możliwość przeprowadzania w ramach poradni ambulatoryjnej prób prowokacyjnych, ergospirometrii, czy zapewnienie badań TK w lokalizacji.

W przedmiotowym zakresie w kryterium „kompleksowość”, w kategorii „dostęp do badań i zabiegów” zdecydowano się także na określenie katalogu badań i zabiegów, których wykonywanie wymaga większych umiejętności oraz których wykonywanie jest koszt- i czasochłonne, celem premiowania ofert tych podmiotów, które realizują te trudniejsze procedury. Powyższe pozwoli na zawarcie umów w pierwszej kolejności z podmiotami oferującymi możliwe najszersze spektrum świadczeń gwarantowanych;

- 3) w zakresie audiologii i foniatrii w kryterium „jakość” w kategorii „sprzęt i aparatura medyczna” w odniesieniu do wymaganego na poziomie rozporządzeń wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach sprzętu i aparatury medycznej określono wyższy poziom jej dostępności (w miejscu udzielania świadczeń). Mając na uwadze, że badania wykonywane przy pomocy powyższych sprzętów wchodzą w skład standardowych badań słuchu, dostępność aparatury w miejscu udzielania świadczeń znacząco poprawia ich jakość oraz umożliwia łatwiejszy dostęp do kompleksowej diagnostyki audiologicznej;

- 4) w zakresie świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego zdecydowano się premiować tych oferentów, którzy zatrudniają lekarzy posiadających udokumentowane doświadczenie w wykonywaniu i opisywaniu tych badań u dzieci w ciągu ostatnich 12 miesięcy, celem zapewnienia świadczeniobiorcom dostępu do tych świadczeniodawców, którzy zatrudniają lekarzy o możliwie najwyższych kwalifikacjach i szerokim doświadczeniu nie tylko w przeprowadzaniu badań u dorosłych, ale także u dzieci.

II. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zasadniczą zmianą w stosunku do kryteriów określanych dotychczas przez Prezesa Funduszu jest poszerzenie katalogu kategorii jakościowych dla poszczególnych zakresów świadczeń stanowiących przedmiot postępowania.

Podniesienie znaczenia kryterium „jakość” stwarza większe możliwości wyboru do zawarcia umowy świadczeniodawców dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, aparaturą i sprzętem medycznym oraz oferujących świadczenia o wysokiej jakości, niejednokrotnie o zaawansowanej technologii medycznej. Nowe kryteria jakościowe zostały zdefiniowane w oparciu o wykonywanie określonych procedur medycznych (według ICD-9) lub prowadzenie leczenia w oparciu o wybrane jednostki chorobowe (według ICD-10), aby dodatkowe punkty za ich spełnienie umożliwiły dokonanie wyboru świadczeniodawców realizujących szerokie spektrum świadczeń w ramach zakresu, posiadających doświadczenie w wykonywaniu określonych świadczeń, a w szczególności wykonujących świadczenia, które mogą być uznane jako wyznacznik referencyjności.

Z powyższym wiąże się zdefiniowanie nowego kryterium jakościowego polegającego na premiowaniu tych świadczeniodawców, którzy realizują umowę w rodzaju: Programy zdrowotne - lekowe w zakresach odpowiadających przedmiotowo określonemu rodzajowi programu.

W kryterium kompleksowości, w zakresach świadczeń, w których mogą być realizowane świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach, premiowani będą świadczeniodawcy, którzy w dniu złożenia oferty realizują w ramach umowy świadczenia na podstawie tej karty. Powyższe ma na celu premiowanie tych podmiotów, które udzielają świadczeń w ramach tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”.

Niezależnie od powyższego dodatkowym warunkiem branym pod uwagę przy ocenie oferty w kryterium „kompleksowość”, będzie kompleksowa realizacja świadczeń chemioterapii i radioterapii onkologicznej, o której mowa w § 4a ust. 1 pkt 5 rozporządzenia szpitalnego.

W celu zapewnienia na etapie prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wyboru świadczeniodawców oferujących kompleksowość postępowania diagnostyczno – leczniczego, wprowadzono warunek realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tej samej dziedzinie medycyny w poradni specjalistycznej przyszpitalnej. Powyższe powinno przyczynić się do poprawy koordynacji całego procesu leczniczego prowadzonego na rzecz świadczeniobiorcy, a tym samym zwiększenia dostępności do świadczeń.

W kryterium „kompleksowość”, w kategorii „wykonywanie badań i zabiegów” poszerzono w części zakresów katalog badań i zabiegów, których wykonywanie wymaga większych umiejętności oraz których wykonywanie jest koszt- i czasochłonne, celem premiowania ofert tych świadczeniodawców, którzy realizują bardziej skomplikowane, a tym samym trudniejsze procedury z wykorzystaniem zaawansowanej aparatury medycznej. Powyższe pozwoli na wybór w pierwszej kolejności świadczeniodawców oferujących możliwe najszersze spektrum świadczeń gwarantowanych.

Ponadto we współpracy z konsultantami krajowymi, dla poszczególnych oddziałów szpitalnych określono kryterium minimalnej liczby zarejestrowanych łóżek, które oprócz potrzeb zdrowotnych wynikających z profilu leczonych chorych, uwzględniają zapewnienie gotowości do udzielania świadczeń przez całą dobę przez 7 dni w tygodniu, w tym przyjęcia w trybie nagłym, realizację świadczeń na potrzeby programów lekowych, świadczeń wysokospecjalistycznych, a także zapewnienie ciągłości leczenia chorych przekazanych przez innych świadczeniodawców. Potencjał świadczeniodawców w zakresie bazy łóżkowej, ma na celu zwiększenie dostępności do świadczeń u świadczeniodawców dysponujących dużym potencjałem wykonawczym oraz szerokimi możliwościami w aspekcie diagnostyczno-terapeutycznym, który niejednokrotnie pozostawał niewykorzystany z jednoczesnym ograniczeniem dostępności do świadczeń, na co wskazują znaczne liczby oczekujących na udzielenie świadczenia.

W ramach kryterium dostępności, w zakresach świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć, oraz na oddziałach ortopedii traumatologii narządu ruchu, chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych, zdecydowano się także premiować podmioty zobowiązane do zwiększenia liczby łóżek bazy szpitalnej przeznaczonych na potrzeby

obronne państwa. Kryterium to określono na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. poz. 741), i ma ono na celu premiowanie podmiotów, które posiadają potencjał do poszerzenia wskazanej bazy łóżkowej w sytuacjach zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia spowodowane potrzebami obronnymi państwa.

III. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Zasadnicze zmiany kryteriów wyboru ofert we wskazanym rodzaju dotyczą zakresów: zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

W ww. zakresach, dodatkową punktację dotychczas otrzymywała oferta, w której zadeklarowano, iż wszyscy zatrudnieni lekarze posiadają specjalizację w dziedzinie: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku personelu pielęgniarского – dodatkowe punkty otrzymywała oferta, w której zadeklarowano, iż wszystkie zatrudnione pielęgniarki posiadają ukończoną specjalizację w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (lub pediatrii – dot. świadczeń na rzecz dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie w domu).

Natomiast zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658), ww. świadczenia mogą być realizowane oprócz lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, również przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc i lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii (dotyczy opieki nad dziećmi i młodzieżą), ponadto ww. świadczenia mogą być realizowane oprócz pielęgniarki ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, również przez pielęgniarki z innymi specjalizacjami, tj.: w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej, lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie.

Zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób płuc, biorąc pod uwagę fakt, iż chorzy wymagający przewlekłej wentylacji to w 90% pacjenci z ciężkimi chorobami płuc oraz zaawansowanymi chorobami neurologicznymi, konieczne jest premiowanie zespołów wielospecjalistycznych. W opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób płuc, żadna specjalizacja lekarska z góry nie gwarantuje znajomości zagadnień związanych z wentylacją domową, gdyż jest to problematyka interdyscyplinarna, ponadto obejmuje wąską grupę chorych, z którą nie każdy specjalista ma do czynienia w swojej praktyce. Dodatkowo, z informacji otrzymanych od Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób płuc wynika, że literatura przedmiotu oraz doświadczenie kliniczne nie wskazują jakiegokolwiek przewagi lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nad lekarzami specjalistami w dziedzinie chorób płuc w leczeniu pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu. Należy dodać, że również przedstawiciele świadczeniodawców realizujących świadczenia wentylacji mechanicznej w warunkach domowych zgłaszali na spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia w dniu 8 czerwca 2015 r. konieczność wprowadzenia zmian w kryteriach oceny ofert, polegających na zapewnieniu dodatkowej punktacji tym oferentom, którzy posiadają zespoły interdyscyplinarne, gwarantujące pacjentowi właściwe leczenie specjalistyczne.

W związku z powyższym, projekt przewiduje dodatkowe punkty dla oferentów posiadających zespoły złożone z:

- 1) lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w prowadzeniu domowej wentylacji mechanicznej;
- 3) lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii – w przypadku chorych z chorobami nerwowo-mięśniowymi;
- 4) lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii – w przypadku dzieci i młodzieży (bądź lekarzy ze specjalizacją I stopnia bądź lekarzy w trakcie specjalizacji).

Oдноśnie kwalifikacji pielęgniarek, zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób płuc, wyższe punktowanie zespołów ze wszystkimi pielęgniarkami ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki jest merytorycznie nieuzasadnione, ponadto stwarza niebezpieczeństwo braku kadry pielęgniarek anestezjologicznych na oddziałach intensywnej opieki medycznej, gdzie ich praca jest nieodzowna. Stąd, w

przypadku świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie premiowane powinny być oferty, w których wykazano wszystkie pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, natomiast w przypadku zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie – oferty, w których wykazano wszystkie pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pediatrii z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Oprócz wyżej omówionych zmian w odniesieniu do kryterium: jakość – personel, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc zaproponowała dookreślenie kryterium kompleksowości. Zgodnie z propozycją dodatkową punktację będzie mógł otrzymać w przypadku:

1) zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – oferent posiadający: pracownię zaburzeń oddychania w czasie snu z możliwością wykonania polisomnografii, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologia i intensywna terapia, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie gruźlicy i chorób płuc w poradni specjalistycznej, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane w zakresie tlenoterapia w warunkach domowych;

2) zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie – oferent, który zapewnia dostęp do badania polisomnograficznego oraz posiadający: umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologia i intensywna terapia, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc dla dzieci lub w zakresie neurologii dziecięcej, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci w poradni specjalistycznej lub poradni neurologii dziecięcej.

IV. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne wśród zasadniczych zmian wprowadzonych niniejszym rozporządzeniem należy wymienić wprowadzenie w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych:

- 1) dla dzieci i młodzieży w kryterium jakość w kategorii personel, warunku premiującego tych świadczeniodawców, którzy zapewniają udzielanie świadczeń przez jak największą liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej oraz w jej trakcie. Powyższe ma na celu zapewnienie wyboru tych świadczeniodawców, którzy zapewniają kadrę lekarską o najwyższych kwalifikacjach;
- 2) oraz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży w kryterium „kompleksowość” w kategorii „dostęp do badań i zabiegów”, realizacji umowy w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym oraz świadczeń protetyki stomatologicznej. Powyższe ma na celu zapewnienie wyboru tych świadczeniodawców, którzy zapewniają możliwie najszerszy dostęp do leczenia stomatologicznego obejmującego wszystkie etapy jego realizacji.

V. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe wprowadzono następujące zasadnicze zmiany:

- 1) na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie fizjoterapii, celem podniesienia jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono warunek w postaci zapewnienia równoważnika co najmniej 1 etatu fizjoterapeuty, a także warunek zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarzkiej;
- 2) celem zapewnienia udzielania świadczeń przez personel o najwyższych kwalifikacjach zdecydowano się premiować zapewnienie udzielania świadczeń przez fizjoterapeutów z wyższym wykształceniem w wymiarze co najmniej 75% czasu pracy wszystkich fizjoterapeutów, a także zapewnienie dodatkowego równoważnika etatu lekarza wyznaczonego do nadzoru nad zakładem przyrodolecznictwem.

VI. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w kategorii „kompleksowość” zrezygnowano z premiowania warunku posiadania systemu wspomagania dowodzenia, z uwagi na fakt, iż stanowi on obecnie warunek obowiązkowy na gruncie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.).

VII. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wprowadzono następujące zasadnicze zmiany:

- 1) w kryterium „jakość” w kategorii „personel” odstąpiono od warunku spełniania norm zatrudnienia pielęgniarek według norm zatrudnienia ustalonych wydanych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) z uwagi na trwające zaawansowane prace nad określeniem tych norm jako obowiązkowych do realizacji na poziomie rozporządzeń wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Zdecydowano się natomiast, z uwagi na charakter świadczeń wymagających nierzadko leczenia rehabilitacyjnego, na premiowanie ofert świadczeniodawców zapewniających przy udzielaniu świadczeń fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/2 etatu na 10 łózek;
- 2) w kryterium „kompleksowość”, w kategorii „dostęp do badań i zabiegów” zdecydowano się premiować oferty tych świadczeniodawców, którzy zapewniają opiekę hospicyjną we wszystkich kontraktowanych zakresach (w warunkach stacjonarnych, domowych, oraz w ambulatorium). Skupienie wszystkich zakresów w jednej strukturze organizacyjnej powinno przyczynić się do bardziej elastycznego i dogodnego dla pacjenta „przechodzenia” pomiędzy poziomami zapewnianej opieki.

IX. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane projekt określa nowe kryteria jakościowe w zakresie badań genetycznych. Celem rozszerzenia kryteriów jest wybór do zawarcia umowy w pierwszej kolejności świadczeniodawców prezentujących wysoki poziom diagnostyki genetycznej, w tym dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą, aparaturą i sprzętem niejednokrotnie zaawansowanym technologicznie oraz oferujących szerokie spektrum stosowanych metod diagnostycznych w zakresie: cytogenetyki klasycznej, fluorescencyjnej hybrydyzacji *in situ*, diagnostyki molekularnej zmian somatycznych i konstytucyjnych oraz diagnostyki chorób metabolicznych.

Wprowadzenie dodatkowej oceny za wdrożenie normy ISO 17025 lub 15189 zostało podyktowane ich przeznaczeniem dla laboratoriów badawczych i testujących w celu potwierdzenia ich kompetencji w zakresie przeprowadzanych badań, pomiarów i wzorcowań.

Wymagania normy ISO 17025 są zgodne z wymaganiami jakościowymi normy ISO 9001 i stanowią jej uzupełnienie techniczne.

X. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie chemioterapii

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie chemioterapii projekt rozporządzenia odchodzi od stosowanej dotychczas praktyki kontraktowania i określania kryteriów wyboru ofert odrębnie na 3 zakresy postępowań w zależności od trybu podawania chemioterapii: ambulatoryjny, jednodniowy, hospitalizacji.

Obecnie świadczeniodawca zamierzający realizować pełen zakres świadczenia tj. podawać substancje w zależności od stanu klinicznego pacjenta musi przystępować do 3 postępowań, co może prowadzić do:

- 1) ograniczenia dostępności do świadczeń z racji konkurencyjnego charakteru postępowania i niewybrania świadczeniodawcy do zawarcia umowy na co najmniej jednym z nich;
- 2) wybrania świadczeniodawcy jedynie w jednym postępowaniu, co w przypadku hospitalizacji skutkuje zwiększonym wydatkowaniem środków, a dla trybu ambulatoryjnego skutkuje ograniczeniem dostępności dla świadczeniobiorców;
- 3) konieczności zmiany przez świadczeniobiorcę świadczeniodawcy w przypadku zmiany stanu klinicznego, co rodzić może oczywiste skutki w sensie skuteczności leczenia.

Niniejszy projekt rozporządzenia zawiera propozycję kontraktowania wszystkich trybów w jednym postępowaniu i opracowane kryteria odpowiadają przyjętemu modelowi.

Projektowany model optymalizuje sposób kontraktowania chemioterapii ograniczając o 2/3 liczbę koniecznych postępowań i przyczynia się do racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Należy podkreślić, iż obecne uregulowania na gruncie rozporządzeń wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, które określają warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej odrębnie dla poszczególnych trybów nie stoją na przeszkodzie ich wspólnego kontraktowania. W takim przypadku umowa zawierana będzie ze świadczeniodawcą spełniającym wszystkie wymogi.

Zakłada się wejście w życie projektowanego rozporządzenia z dniem 1 lipca 2016 r. Termin ten jest dostosowany do terminu wejścia w życie przepisu art. 1 pkt 54 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadzającego upoważnienie do wydania rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Piotr Gryza –Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Michał Misiura – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 86 01 148, e-mail: m.misiura@mz.gov.pl	Data sporządzenia 29 kwietnia 2016 r. Źródło: art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 185
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie określa szczegółowe kryteria wyboru ofert w oparciu o które dokonywany będzie wybór świadczeniodawców w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od 1 lipca 2016 r. Do dnia 30 czerwca 2016 r. kompetencja do określenia kryteriów oceny ofert na mocy art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach spoczywa na Prezesie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, który publikuje je w formie zarządzenia.

Szczegółowe kryteria wyboru ofert, są to warunki, których spełnienie decyduje o miejscu oferty w rankingu wszystkich ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie podlegały odrzuceniu. Niespełnienie tych warunków nie wyklucza świadczeniodawcy z możliwości zawarcia z nim umowy, a jedynie skutkuje uzyskaniem niższej liczby punktów rankingowych, co w konsekwencji oznaczać może wybór oferty konkurencyjnych świadczeniodawców, w przypadku złożenia w postępowaniu większej liczby ofert.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do wyboru najlepszych ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej biorąc pod ich jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cenę, a także przyczynić się do usprawnienia prac komisji konkursowej i uproszczenia czynności świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy (oferenci) ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	6 306	Narodowy Fundusz Zdrowia	Projekt określa szczegółowe kryteria wyboru ofert w oparciu o które dokonywany jest wybór świadczeniodawców w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Narodowy Fundusz Zdrowia	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu	własne	Projekt określa szczegółowe kryteria wyboru ofert w oparciu o które Fundusz dokonywał będzie wyboru świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych w szczególności następującym podmiotom:

- Wyniki konsultacji publicznych oraz opiniowania zostaną przedstawione w raporcie, który zostanie dołączony do niniejszej oceny.

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]
-------------------------	---

[illegible]

Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania	Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz inne jednostki sektora finansów publicznych, w tym na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia..											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Zmiany wprowadzane niniejszym rozporządzeniem nie wpłyną na zwiększenie poziomu kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-				
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-				
	(dodaj/usuń)											
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	-----										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-----										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-----										
	(dodaj/usuń)											
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	Zwiększenie transparentności i przejrzystości dokumentów ofertowych oraz procedury wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uproszczenie zasad naliczania punktów rankingujących przyznawanych za spełnienia szczegółowych warunków kryterialnych.										
	(dodaj/usuń)	Poprawa jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pozostających w dyspozycji płatnika publicznego										
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy											
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
☐ nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy												

☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
Komentarz: Przyjęcie nowej formy dokumentu (tabel) powinno przyczynić się do uproszczenia procedury i zmniejszenia nakładów pracy i kosztów zarówno po stronie oddziału wojewódzkiego NFZ jak i świadczeniodawców. Ich oszacowanie nie jest jednak możliwe.	
9. Wpływ na rynek pracy	
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.	
10. Wpływ na pozostałe obszary	
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja X zdrowie
Omówienie wpływu	Korzyścią będzie poprawienie pozycji świadczeniodawców przez sprecyzowanie przepisów regulujących proces zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (jasność, transparentność zasad).
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Po wejściu przepisów w życie.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Nie dotyczy.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	