

1. Udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poza podmiotami zakwalifikowanymi do poziomu szpitali ogólnopolskich oraz szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych).
2. Posiadania w okresie co najmniej 2 lat kalendarzowych (oraz do momentu kwalifikacji) umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie dotyczącym świadczeń, których dany szpital może udzielać w ramach systemu zabezpieczenia.
3. Udzielania (na podstawie zawartej umowy) świadczeń w trybie hospitalizacji, co przede wszystkim oznacza działanie w trybie tzw. ostrym.

Wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów ogłaszać będą dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w odniesieniu do podmiotów prowadzących działalność na terytorium danego województwa. Ogłoszenie takiego wykazu w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu będzie miało charakter czynności techniczno-administracyjnej i będzie obejmowało wskazanie:

1. Świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa.
2. Dla każdego ze świadczeniodawców – wszystkich profili, zakresów lub rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

Kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie się dokonywało na okres kolejnych 4 lat kalendarzowych. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia może do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia zakwalifikować świadczeniodawcę, który nie spełnia warunków

ustawowych kwalifikacji w przypadku stwierdzenia, że jest to niezbędne ze względu na zabezpieczenie właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie danego województwa.

Istotną proponowaną zmianą jest oparcie sposobu finansowania świadczeniodawcy o ryczałt, łącznie ze wszystkimi profilami, w ramach których udzielane są świadczenia w systemie, m.in. w zakresie leczenia szpitalnego, programów zdrowotnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji. Ponadto wskazano, że w kwocie zobowiązania dotyczącego umowy ze świadczeniodawcą zakwalifikowanym do systemu zostaną wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Projektodawca podkreśla, że sposób ewidencji działalności szpitala nie zostanie zmieniony, a umowa na następny rok będzie zależała od sprawozdania i wykonanych świadczeń w danym roku. Planowane jest wyłączenie niektórych świadczeń z ryczałtu i rozliczanie ich na obecnych zasadach, czyli m.in. zależnie od liczby przyjętych pacjentów.

Postępowanie konkursowe pozostanie natomiast podstawowym trybem zawierania umów w przypadku pozostałych zakresów świadczeń: opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, leczenia uzdrowiskowego, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz programów zdrowotnych. Świadczeniodawca zaklasyfikowany do **systemu zabezpieczenia** będzie miał gwarancję zawarcia umowy. Dokument *Ocena skutków regulacji* zakłada, że w przypadku leczenia szpitalnego, przyjęto rok 2015 za rok bazowy, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia przypadłoby około 91% środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na ten zakres świadczeń. W odniesieniu do świadczeń z zakresu AOS i rehabilitacji leczniczej

odsetek ten wynosiłby odpowiednio 37% i 27%. Wśród podmiotów, które weszłyby do systemu zabezpieczenia, około 11% liczby podmiotów byłoby niepublicznych, co odpowiada ponad 4% wartości środków w ramach systemu zabezpieczenia. Odsetek podmiotów niepublicznych będzie najwyższy na poziomie onkologicznym – około 24% liczby podmiotów na tym poziomie (którym odpowiada około 15% środków na tym poziomie). Powyższe wyliczenia oparte zostały na projekcie rozporządzenia, a udziały środków zostały wyliczone na podstawie danych sprawozdawczych z 2015 roku.

W przypadku niespełnienia przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu odpowiednio zmienia wykaz na pozostały okres jego obowiązywania. Jednocześnie dyrektor oddziału dokonuje zmiany lub rozwiązania umowy. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawarte ze świadczeniodawcami, wygasają z dniem 1 lipca 2017 roku. Natomiast umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień mogą zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2017 roku.

Podstawą wyznaczenia kwoty ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy – od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku – jest wartość świadczeń udzielonych przez świadczeniodawcę w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku z zachowaniem proporcjonalności czasu. Przy wyznaczeniu kwoty ryczałtu zostały uwzględnione rodzaje i zakresy świadczeń, które były przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2015 i będą finansowane w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem świadczeń, które nie będą finansowane w tej formie na podstawie odrębnych przepisów, w szczególności świadczeń obejmujących diagnostykę i leczenie onkologiczne na podstawie karty DİLO. Wyznaczając kwotę ryczałtu PZS na pierwszy okres rozliczeniowy dla świadczeniodawcy zaliczonego do określonego poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględnia się świadczenia udzielone przez tego świadczeniodawcę w ramach profili odpowiadających jego poziomowi oraz pozostałe świadczenia, które mogą być realizowane w ramach tych profili, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d, 95m i 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Ryczałt PZS jest wyznaczany przez dyrektora oddziału Funduszu z zastosowaniem wzoru:

$$R_0 = \sum_{i=1}^n \frac{(L_i - W_i)K_i C_i}{r} + \sum_{j=1}^k \frac{Z_j C_j}{r} + \sum_{h=1}^m \frac{S_h C_h}{r} + \sum_{g=1}^o \frac{(A_g - V_g)C_g}{r} + \sum_{f=1}^p \frac{P_f C_f}{r} + R_x$$

gdzie:

$R_0$  – Kwota ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy (od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku) dla danego szpitala zakwalifikowanego do odpowiedniego poziomu zabezpieczenia.

$L_i$  – Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) zrealizowanych i sprawozdanych w poszczególnych zakresach umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku w ramach profili odpowiadających poziomowi zabezpieczenia.

$K_j$  – Współczynnik zwiększający wycenę świadczeń w wybranych zakresach w umowach wybranych świadczeniodawców wprowadzony do stosowania od dnia 1 lipca 2016 roku.

$W_j$  – Liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych i sprawozdanych w poszczególnych zakresach umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku w ramach profili odpowiadających poziomowi zabezpieczenia, które zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 136 ust. 3 ustawy o świadczeniach są związane ze świadczeniami wyodrębnionymi do finansowania.

wania w inny sposób. W przypadku świadczeń udzielonych na podstawie karty DILO możliwe jest przyjęcie do obliczeń bardziej aktualnych danych o realizacji tych świadczeń.

$C_i$  – Cena jednostki rozliczeniowej w umowie dla danego profilu (zakresu) według stanu na dzień 1 stycznia 2015 roku (analogicznie:  $C_j, C_h, C_g, C_f$ ).

$Z_j$  – Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) zrealizowanych i sprawozdanych w poszczególnych zakresach umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, związanych z pozostałymi świadczeniami zabiegowymi, które mogą być realizowane w ramach profili odpowiadających poziomowi zabezpieczenia.

$S_h$  – Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) zrealizowanych i sprawozdanych w zakresach umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, związanych z pozostałymi świadczeniami zachowawczymi, które mogą być realizowane w ramach profili odpowiadających poziomowi zabezpieczenia.

$A_g$  – Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) zrealizowanych i sprawozdanych w poszczególnych zakresach umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, związanych ze świadczeniami, które mogą być realizowane w ramach profili odpowiadających poziomowi zabezpieczenia.

$V_g$  – Liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych i sprawozdanych w poszczególnych zakresach umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: AOS na podstawie karty DILO.

$P_f$  – Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) zrealizowanych i sprawozdanych w poszczególnych zakresach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, związanych ze świadczeniami, które mogą być realizowane w ramach profili odpowiadających poziomowi zabezpieczenia.

$r$  – Współczynnik proporcjonalności czasowej; w przypadku ustalenia pierwszego okresu rozliczeniowego na drugie półrocze 2017 roku (6 miesięcy) na podstawie danych za cały rok 2015 (12 miesięcy) wartość współczynnika jest równa 2.

$R_x$  – Korekta ryczałtu wynikająca z konieczności uwzględnienia zdarzeń, których nie można było uwzględnić w bezpośrednim wyliczeniu.

Natomiast wartość ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe jest wyznaczana według wzoru:

$$R_{i+1} = C_{i+1} L_i \left( A \frac{k L_i}{L_{i-1}} + B \right) \left( 1 + \sum_{j=1}^m Q_j \right) + R_x$$

gdzie:

$R_{i+1}$  – Kwota ryczałtu PZS na kolejny okres rozliczeniowy w złotych.

$C_{i+1}$  – Cena oczekiwana jednostki sprawozdawczej w kolejnym okresie rozliczeniowym (może uwzględniać bieżące uwarunkowania finansowe płatnika).

$L_i$  – Liczba jednostek sprawozdawczej wykonanych w okresie obliczeniowym, to jest okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu PZS.

$L_{i-1}$  – Liczba jednostek sprawozdawczych wykonanych w okresie poprzedzającym okres obliczeniowy.

$k$  – Współczynnik proporcjonalności korygujący długość trwania okresów obliczeniowych (przy jednakowych okresach  $k = 1$ ).

$A, B$  – Współczynniki przyjmujące następujące wartości w zależności od wartości ilorazu  $kL_i/L_{i-1}$ .