

4. Szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne:
  - a) dla szpitali onkologicznych: brachyterapia, ginekologia onkologiczna, chemioterapia hospitalizacja, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci, kryterium kwalifikacji: sześć profili systemu zabezpieczenia;
  - b) dla szpitali pulmonologicznych: chemioterapia hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci; kryterium kwalifikacji: dwa profile systemu zabezpieczenia.
5. Szpitale pediatryczne: wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego; kryterium kwalifikacji: trzy profile systemu zabezpieczenia.
6. Szpitale ogólnopolskie: wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego; kryterium kwalifikacji: jeden profil systemu zabezpieczenia.

Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczone przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji (...). Podmiot, który zakwalifikuje się do określonego poziomu powinien posiadać umowę z NFZ, co najmniej przez ostatnie 2 lata kalendarzowe i udzielać świadczeń w trybie hospitalizacji.

Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat. Kwalifikacja polega na włączeniu danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazaniu profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

Warunkiem zakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, jest łączne spełnienie następujących zasad:

- W odniesieniu do poziomów: I, II, III, szpitali onkologicznych i pulmonologicznych oraz pediatrycznych:
  - udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe (I, II, III i szpitali pediatrycznych);
  - udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów II i III z zastrzeżeniem możliwości odstąpienia od tego wymogu;
  - spełniają kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ustawie w ust. 6 albo 7 lub 8 art. 951 ustawy oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 12 pkt 1;
  - do dnia ogłoszenia wykazu listy szpitali zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia mają umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki: (1) okres trwania umowy, w zakresie profilu systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe; (2) umowa, w odniesieniu do wszystkich profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadcze-

- niodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji.
- W odniesieniu do poziomu szpitali ogólnopolskich określono następujące warunki kwalifikacji:
    - szpital jest instytutem, o którym mowa w art. 3 *Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych*, albo podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez uczelnię medyczną w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra;
    - ma co najmniej 1 profil;
    - ma umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniając łącznie następujące warunki: (1) okres trwania umowy wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe; (2) umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji.

Dalsze zapisy ustawy dotyczą określenia warunków odstąpienia od niektórych kryteriów kwalifikacji, zmniejszenia liczby profili kwalifikujących, przedstawienia dodatkowych warunków kwalifikacji, w przypadku zgody na niespełnianie podstawowych warunków. Tego typu przypadki świadczeniodawców włączonych do sieci szpitali mimo niespełnienia warunków podstawowych będą występowały jedynie w razie potrzeby zapewnienia kompleksowości lub zabezpieczenia świadczeń na danym obszarze oraz w innych przypadkach, opisanych w ustawie.

Kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, zgodnie z intencją ustawodawcy, ma zostać zagwarantowana dzięki włączeniu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej poradni

specjalistycznych, działających na podstawie umowy z NFZ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, spełniających kryteria poradni przyszpitalnych i odpowiadających profilem posiadanym oddziałom szpitalnym. Ponadto kompleksowość i ciągłość procesu leczenia zapewni rehabilitacja w warunkach oddziału stacjonarnego lub ośrodka/oddziału dziennego. W celu realizacji ustawowych założeń konieczne są szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej określone w stosownych rozporządzeniach ministra zdrowia.

Zmiany wprowadzone w 2017 roku mają na celu m.in. zagwarantować świadczeniodawcom stabilność finansowania świadczeń. Świadczenia opieki zdrowotnej są po wprowadzeniu reformy od 1 października 2017 r. finansowane z budżetu państwa trzema sposobami:

- przez ryczałt;
- przez system odrębnego finansowania w ramach kwoty zobowiązania (ryczałtu);
- na podstawie umowy z NFZ, zawartej w wyniku postępowania konkursowego przeprowadzonego w NFZ.

## 8.2.2. Ryczałt

Zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ryczałtem zostały w następujący sposób opisane w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy*:

„§ 3. Wartość ryczałtu dla danego świadczeniodawcy wylicza się według wzoru: