

Projekt z dnia 11.08.2009 r.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2009 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego, w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 3) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dostęp lub zapewnienie realizacji - zapewnienie udzielania świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918 i Nr 118, poz. 989

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

- 2) hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do momentu jego wypisu lub zgonu;
- 3) hospitalizacja planowa - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym w zakładzie opieki zdrowotnej, którego celem jest przeprowadzenie u świadczeniobiorcy określonego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 4) leczenie „jednego dnia” - udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z intencją zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 5) lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny - lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 6) lokalizacja - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 7) miejsce udzielania świadczeń - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych u danego świadczeniodawcy;
- 8) świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) – świadczenie gwarantowane realizowane w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, obejmujące świadczenia diagnostyczno – terapeutyczne, a w szczególności świadczenia polegające na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, w tym w szczególności z powodu wypadku, urazu lub zatrucia. Świadczenia obejmują zabezpieczenie medyczne pacjentów i zapewnienie im transportu sanitarnego w celu zachowania ciągłości procesu leczenia;
- 9) świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP) – świadczenie gwarantowane realizowane w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń w trybie nagłym, w tym porady udzielone świadczeniobiorcy w izbie przyjęć obejmujące świadczenia diagnostyczno - terapeutyczne niekończące się hospitalizacją.

§ 3. 1. Wykaz świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Wykaz substancji czynnych wchodzących w skład leków stosowanych w chemioterapii z rozpoznaniami według ICD 10, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Przejazd transportu sanitarnego w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku, gdy z oceny dokonanej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 5. 1. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, przy czym :

- 1) w przypadku, gdy w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji znajduje się kilka oddziałów szpitalnych oznaczonych tymi samymi kodami części VIII resortowych kodów identyfikacyjnych, za łączne spełnienie warunków określonych w załączniku nr 3 dla miejsca udzielania świadczeń odpowiadających tym oddziałom przyjmuje się spełnienie tych wymagań dla miejsca udzielania świadczeń w przypadku co najmniej jednego z tych oddziałów i dla lokalizacji w przypadku kolejnych;
- 2) w przypadku, gdy w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji znajdują się co najmniej dwa oddziały szpitalne oznaczone kodami 4421 lub 4423 części VIII resortowych kodów identyfikacyjnych, za spełnienie warunków określonych w załączniku nr 3 dla miejsca udzielania świadczeń, określonych w części II działu A pkt XXVII tego załącznika przyjmuje się spełnienie tych warunków dla miejsca udzielania świadczeń w przypadku co najmniej jednego z tych oddziałów i dla lokalizacji w przypadku kolejnych;
- 3) w przypadku, gdy w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji znajdują się co najmniej dwa oddziały szpitalne oznaczone kodami 4450, 4454, 4456 lub 4458 części VIII resortowych kodów identyfikacyjnych, za spełnienie warunków określonych w załączniku nr 3 dla miejsca udzielania świadczeń, określonych w części II działu A pkt XXXVIII tego załącznika, przyjmuje się spełnienie tych warunków dla miejsca udzielania świadczeń w przypadku co najmniej jednego z tych oddziałów i dla lokalizacji w przypadku kolejnych.

2. Warunki dodatkowe realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik Nr 4 do rozporządzenia.

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

3. Warunki konieczne do udzielania świadczeń gwarantowanych - chemioterapia określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 sierpnia 2009 r.

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

A. Buduń
Alina Buduń-Buciszewska-Makuska

12.08.2009

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Projektowane rozporządzenie określa w zakresie leczenia szpitalnego wykaz świadczeń gwarantowanych, warunki ich realizacji wraz z określeniem poziomu finansowania przewozu środkami transportu sanitarnego. Zgodnie z wymogami konstytucyjnymi (art. 68 ust. 2) ustawa powinna określać wykaz świadczeń gwarantowanych (od strony pozytywnej) bądź świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych (od strony negatywnej). Ustawodawca zdecydował się na to pierwsze rozwiązanie. Stworzono tzw. pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym, czyli wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane ze środków publicznych. Przy kwalifikowaniu świadczeń do wykazu kierowano się fundamentalnym nakazem, jakim jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych o udowodnionej efektywności klinicznej, które jednocześnie możliwe są do sfinansowania ze środków publicznych.

Wykaz pełnić będzie również rolę informacyjną. Dla pacjenta będzie on stanowił źródło informacji, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane ze środków publicznych, a pośrednio również, za jakie świadczenia będzie musiał pokrywać pełne koszty. Będzie to również cenna informacja dla świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, którzy dzięki temu dowiedzą się z rozporządzenia, które świadczenia opieki zdrowotnej będą przedmiotem umowy z publicznym płatnikiem i jakie minimalne warunki realizacji świadczeń są stawiane przed ubiegającymi się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Przyczynić się to zapewne powinno do stabilizacji stosunków kontraktowych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, gdyż to Minister Zdrowia, w drodze rozporządzenia, przy współdziałaniu Agencji Oceny Technologii Medycznych, czyli profesjonalnej i niezależnej jednostki organizacyjnej zajmującej się badaniem efektywności klinicznej i kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej, będzie ustalał wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wykaz świadczeń gwarantowanych został przygotowany w oparciu o kryteria wskazane w art. 31a ustawy oraz rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych przedstawioną na podstawie rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych Nr 54/16/2009 z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych zawierające rekomendację, w której Rada Konsultacyjna „rekomenduje finansowanie ze środków

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

publicznych świadczeń opieki zdrowotnej załączonych do projektów rozporządzeń w poszczególnych zakresach wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy, pod warunkiem, że obejmują one wszystkie świadczenia obecnie finansowane w ochronie zdrowia ze środków publicznych. Świadczenia te należy uznać za gwarantowane”.

W załącznikach do rozporządzenia zaproponowano:

- 1) załącznik nr 1 – wykaz świadczeń gwarantowanych w podziale na świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi i świadczenia scharakteryzowane rozpoznaniem,
- 2) załącznik nr 2 – wykaz substancji czynnych stosowanych w chemioterapii wg. Klasyfikacji ICD 10,
- 3) załącznik nr 3 – warunki realizacji świadczeń gwarantowanych,
- 4) załącznik nr 4 – warunki dodatkowe realizacji świadczeń gwarantowanych,
- 5) załącznik nr 5 – warunki konieczne do realizacji świadczeń gwarantowanych – chemioterapia.

Zakres świadczeń leczenia szpitalnego określony w projektowanym wykazie świadczeń gwarantowanych jest tożsamy z zakresem świadczeń zawartym obecnie w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze 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. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych, świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeniobiorców.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów: Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Rady Transplantacyjnej, związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, gdyż wykaz świadczeń gwarantowanych w niniejszym rozporządzeniu jest tożsamy z zakresem świadczeń, który obecnie jest finansowany ze środków publicznych. Nie zwiększą się też wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wykaz świadczeń regulowany przepisami powszechnie obowiązującymi pełnił będzie przede wszystkim funkcję informacyjną, w związku z tym, należy przyjąć, że zaproponowane w nim rozwiązania nie będą generować dodatkowych środków finansowych pochodzących z sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi, ale powinno się przyczynić, z uwagi na określenie wykazu świadczeń gwarantowanych i warunków ich realizacji, do poprawy świadomości pacjentów o przysługujących im uprawnieniach do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.