

USTAWA

z dnia 2011 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie 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⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) po pkt 33 dodaje się pkt 33a w brzmieniu:

„33a) standard rachunku kosztów – standard rachunku kosztów określony w przepisach o działalności leczniczej;”

b) po pkt 42 dodaje się pkt 42a w brzmieniu:

„42a) taryfa świadczeń – zestawienie świadczeń gwarantowanych oraz przypisanych im wartości względnych, określane w celu zawierania i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów dotyczących świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14-18, oraz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, polegających wyłącznie na stosowaniu leku;”

2) w art. 11 w ust. 1 dodaje się pkt 12 i 13 w brzmieniu:

„12) sprawowanie nadzoru nad Agencją Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej;

13) zatwierdzanie planu finansowego, sprawozdania finansowego oraz sprawozdania z działalności Agencji Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej.”;

3) w art. 97 w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

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, 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, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116 i Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696.

„1) określanie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;”;

4) w art. 146 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając taryfę świadczeń;”;

5) po Dziale VIa dodaje się Dział VIb w brzmieniu:

„Dział VIb

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 161f. 1. Tworzy się Agencję Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, zwaną dalej „Agencją Taryfikacji”, będącą państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

2. Siedzibą Agencji Taryfikacji jest miasto stołeczne Warszawa.

3. Nadzór nad Agencją Taryfikacji sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. W zakresie nadzoru stosuje się odpowiednio art. 31v-31x.

4. Agencja Taryfikacji działa na podstawie ustawy i statutu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, nadaje Agencji Taryfikacji statut, określający w szczególności jej strukturę organizacyjną, mając na względzie właściwe wykonywanie zadań przez Agencję Taryfikacji.

Art. 161g. Do zadań Agencji Taryfikacji należy:

- 1) ustalanie taryfy świadczeń;
- 2) współpraca ze świadczeniodawcami przekazującymi dane o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń;
- 3) współpraca z Agencją w ramach wykonywanych przez tę Agencję zadań w zakresie oceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) opracowywanie i upowszechnianie analiz i informacji na temat metodologii taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej stosowanej w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) przygotowywanie propozycji rozwiązań dotyczących standardu rachunku kosztów.

- 6) przygotowywanie projektu programu, o którym mowa w art. 161h ust. 1;
- 7) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie taryfikacji świadczeń gwarantowanych.

Art. 161h. 1. Podstawą ustalenia taryfy świadczeń w części dotyczącej wartości względnych świadczeń gwarantowanych są w szczególności dane o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej przekazywane do Agencji Taryfikacji, w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.³⁾).

2. Organy administracji rządowej, Fundusz i Agencja udzielają nieodpłatnie Agencji Taryfikacji informacji koniecznych do przygotowania taryfy świadczeń.

Art. 161i. 1. Taryfa świadczeń jest ogłaszana w formie obwieszczenia Prezesa Agencji Taryfikacji publikowanego na stronie internetowej Agencji Taryfikacji.

2. Zmiany ogłoszonej taryfy świadczeń mogą dotyczyć poszczególnych zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej oraz poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 161j. 1. Organem Agencji Taryfikacji jest Prezes, który kieruje pracą Agencji Taryfikacji oraz reprezentuje ją na zewnątrz.

2. Prezes Agencji Taryfikacji wykonuje swoje zadania przy pomocy zastępcy Prezesa Agencji Taryfikacji.

3. Przy Prezesie Agencji Taryfikacji działa Rada do spraw Taryfikacji, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

Art. 161k. 1. Prezes Agencji Taryfikacji jest powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru.

2. Zastępca Prezesa Agencji Taryfikacji jest powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Agencji Taryfikacji, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru.

3. Do naboru, o którym mowa w ust. 1 i 2, stosuje się odpowiednio art. 31 r.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 162, poz. 1262, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 227.

4. Kadencja Prezesa Agencji Taryfikacji oraz zastępcy Prezesa Agencji Taryfikacji trwa 5 lat.

5. Prezesem Agencji Taryfikacji albo zastępcą Prezesa Agencji Taryfikacji może być osoba, która:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych lub ekonomicznych;
- 2) wyróżnia się szczególną wiedzą w dziedzinie ochrony zdrowia, systemów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzania jednostkami ochrony zdrowia i rachunku kosztów w tych jednostkach;
- 3) posiada co najmniej 5-letni okres zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w:
 - a) jednostkach naukowych w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615 oraz z 2011 r. Nr 84, poz. 455), lub
 - b) jednostkach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, lub
 - c) innych niż wskazane w lit. b i c jednostkach będących podmiotami leczniczymi;
- 4) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 5) korzysta z pełni praw publicznych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Agencji Taryfikacji lub zastępcę Prezesa Agencji Taryfikacji z zajmowanego stanowiska przed upływem kadencji w przypadku:

- 1) rażącego naruszenia przepisów prawa;
- 2) utraty zdolności do pełnienia obowiązków służbowych z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie tych obowiązków;
- 3) rezygnacji ze stanowiska;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 5) naruszenia art. 161l ust. 1;
- 6) nienależytego wykonywania obowiązków wynikających z ustawy lub statutu.

7. Wynagrodzenie Prezesa Agencji Taryfikacji ustala minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 161l. 1. Prezes Agencji Taryfikacji oraz zastępca Prezesa Agencji Taryfikacji nie mogą podejmować dodatkowego zatrudnienia.

właściwego do spraw zdrowia ani wykonywać działalności lub podejmować zajęć niedających się pogodzić z wykonywanymi obowiązkami.

2. Pracownicy wykonujący ustawowe lub statutowe zadania Agencji Taryfikacji nie mogą podejmować dodatkowych zajęć zarobkowych bez pisemnej zgody Prezesa Agencji Taryfikacji.

3. Nabór na wolne stanowiska pracy w Agencji Taryfikacji jest otwarty i odbywa się w trybie konkurencyjnym. Przepisy art. 107a ust. 2-art. 107g stosuje się odpowiednio.

Art. 161m. 1. W skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi 10 członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym 5 spośród osób zgłoszonych przez reprezentatywne organizacje świadczeniodawców, w rozumieniu art. 137 ust. 2 i 3.

2. Wyboru 5 członków spośród osób zgłoszonych przez reprezentatywne organizacje świadczeniodawców, w rozumieniu art. 137 ust. 2 i 3, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę kryterium liczby osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej łącznie u świadczeniodawców zrzeszonych w organizacji świadczeniodawców, która dokonała zgłoszenia.

3. Kadencja Rady do spraw Taryfikacji trwa 5 lat. W przypadku gdy członek Rady do spraw Taryfikacji zostanie odwołany przed upływem kadencji, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji odwołanego członka.

4. Członkom Rady do spraw Taryfikacji przysługuje:

1) wynagrodzenie za udział w posiedzeniach Rady do spraw Taryfikacji w wysokości nieprzekraczającej kwoty przeciętnego wynagrodzenia za posiedzenie oraz kwoty trzykrotności tego wynagrodzenia miesięcznie;

2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy.

5. Do zadań Rady do spraw Taryfikacji należy:

1) przygotowywanie opinii o ustalanej taryfie świadczeń i jej zmianach;

2) realizacja innych zadań zleconych przez Prezesa Agencji Taryfikacji.

6. Członkiem Rady do spraw Taryfikacji może być wyłącznie osoba, która:

1) posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, zarządzania jednostkami ochrony zdrowia i rachunku kosztów w tych jednostkach, dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka tej Rady;

2) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady do spraw Taryfikacji, z własnej inicjatywy albo na umotywowany wniosek Prezesa Agencji Taryfikacji, przed upływem kadencji w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
- 2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie obowiązków członka tej Rady;
- 3) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 4) uchylenia się od wykonywania obowiązków członka tej Rady.

8. Pracami Rady do spraw Taryfikacji kieruje przewodniczący wybierany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu większością 2/3 głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków w głosowaniu tajnym.

9. Rada do spraw Taryfikacji podejmuje uchwały zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji.

10. Szczegółowy tryb pracy Rady do spraw Taryfikacji określa regulamin pracy uchwalany przez tę Radę i zatwierdzany przez Prezesa Agencji Taryfikacji.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji, uwzględniając zakres zadań Rady do spraw Taryfikacji.

Art. 161n. 1. Agencja Taryfikacji działa na podstawie planu działalności sporządzanego na okres roczny.

2. Agencja Taryfikacji przedstawia plan działalności do zaopiniowania Prezesowi Funduszu w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan i z opinią Prezesa Funduszu, wydaną w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu, przedstawia plan do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Brak wydania opinii przez Prezesa Funduszu we wskazanym terminie uważa się za opinię pozytywną.

3. Agencja Taryfikacji prowadzi gospodarkę finansową na podstawie rocznego planu finansowego zatwierdzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Przychodami Agencji Taryfikacji są:

- 1) wpłaty przekazywane przez Fundusz;
- 2) darowizny i zapisy;
- 3) przychody z lokat;

4) inne przychody.

5. Wpłata, o której mowa w ust. 4 pkt 1, jest przekazywana w ostatnim dniu każdego miesiąca w wysokości odpowiadającej 0,07 % miesięcznych przychodów brutto Funduszu ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.

6. Kosztami Agencji Taryfikacji są:

- 1) koszty pozyskania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
- 2) koszty realizacji zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 3) koszty działalności Agencji Taryfikacji, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diety i zwroty kosztów podróży;
- 4) inne koszty.

Art. 161o. 1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Agencji Taryfikacji.

2. Fundusz podstawowy Agencji Taryfikacji odzwierciedla równowartość netto aktywów stanowiących wyposażenie Agencji Taryfikacji w dniu rozpoczęcia jej działalności.

3. Fundusz zapasowy Agencji Taryfikacji zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy i zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

4. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy w pierwszej kolejności pokrywa stratę z lat ubiegłych.

5. Agencja Taryfikacji prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, z późn. zm.⁴⁾).

6. Prezes Agencji Taryfikacji, w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku, przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie finansowe wraz ze sprawozdaniem z działalności za poprzedni rok obrotowy.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 3 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) art. 59a – w zakresie obowiązku prowadzenia rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych;”;

2) po art. 59 dodaje się art. 59a w brzmieniu:

⁴⁾ Zmiany w art. 157 i 158 ustawy o rachunkowości zostały uchylone w Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1241, Nr 165

„Art. 59a. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi rachunek kosztów świadczeń zdrowotnych zgodnie ze standardem, o którym mowa w ust. 4 pkt 1.

2. Podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 i 4 oraz art. 41 ust. 1 sporządzają sprawozdania dotyczące sytuacji ekonomiczno-finansowej.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 2, przekazywane są ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

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

1) standard rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych, kierując się potrzebą ujednoczenia sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach związanych z działalnością samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

2) wzory sprawozdań dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 2, mając na celu zapewnienie jednolitości sprawozdań;

3) okresy, za jakie sporządza się sprawozdania dotyczące sytuacji ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 2, oraz terminy ich przekazywania, mając na uwadze konieczność przeprowadzania okresowej analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657) w art. 28 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. System Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Leczniczych jest systemem teleinformatycznym, którego zadaniem jest gromadzenie i przetwarzanie danych o kosztach leczenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz gromadzenie i przetwarzanie danych o sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 i 4 oraz art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.”.

Art. 4. Minister właściwy do spraw zdrowia wyposaża Agencję Taryfikacji w środki niezbędne do rozpoczęcia działalności.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 4, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;

- 2) art. 2, w zakresie art. 4 ust. 3 pkt 1a i art. 59a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r.;
- 3) art. 2, w zakresie art. 59a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz art. 3, które wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2014 r.

UZASADNIENIE

Prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej wymaga istnienia przejrzystych reguł ustalania i modyfikowania wykazu świadczeń gwarantowanych, tj. świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych, mającego bezpośrednie przełożenie na relacje między pacjentami, a pozostałymi uczestnikami systemu, tj. Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczeniodawcami. W praktyce nie mniej istotne znaczenie dla faktycznego zagwarantowania pacjentom - najważniejszym podmiotom systemu ochrony zdrowia - dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, należy przypisywać optymalnemu ukształtowaniu mechanizmów regulujących wzajemne relacje między dostawcami świadczeń zdrowotnych a płatnikami.

Pierwszy z powyższych celów został zrealizowany poprzez stworzenie wykazu świadczeń gwarantowanych (art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) oraz zasad i struktur instytucjonalnych niezbędnych do jego dalszego rozwoju. Urzeczywistnieniu drugiego celu służyć ma wypracowanie i wdrożenie nowoczesnego systemu taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Temu celowi służy zaproponowana zmiana ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odpowiednie konstruowanie produktów (tj. pozycji rozliczeniowych w relacjach płatnik - świadczeniodawca) jest punktem wyjścia dla przeprowadzenia właściwej taryfikacji, a na następnym szczeblu wyceny świadczeń, mającej zapewnić jak najpełniejszą adekwatność relacji cenowych między produktami, będącymi przedmiotem rozliczeń, do rzeczywistych relacji kosztowych między świadczeniami opieki zdrowotnej. Nie ma wątpliwości co do tego, że sposób określenia produktów oraz ich adekwatna wycena relacyjna (będąca podstawą wyceny rzeczywistej) mają decydujące znaczenie dla zapewnienia racjonalności i gospodarności przy wydatkowaniu ograniczonych zasobów finansowych, którymi dysponuje system opieki zdrowotnej.

Pod pojęciem taryfa świadczeń w projekcie ustawy rozumie się zestaw powiązanych ze sobą składników, tj.:

- 1) zestawienie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych jako produkty (pozycje rozliczeniowe), za które świadczeniodawcy otrzymywać mają wynagrodzenie od płatników;
- 2) wykaz stawek przypisanych tym produktom i charakteryzujących ich wartości relacyjnych (wycena punktowa/punkt rozliczeniowy).

Taryfa świadczeń, po opublikowaniu w formie obwieszczenia Prezesa Agencji Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, zwanej dalej „Agencją Taryfikacji”, będzie bezpośrednio wiążąca dla Prezesa Funduszu, który będzie zobowiązany do jej uwzględnienia w zarządzeniach wydawanych na podstawie art. 146. Natomiast cena świadczenia wynikająca z umowy pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą będzie negocjowana z uwzględnieniem powyższych wytycznych.

Taryfikacja świadczeń zdrowotnych nie jest możliwa do przeprowadzenia bez dysponowania wiarygodnymi i odpowiednio ustrukturyzowanymi informacjami kosztowymi uzyskanymi od świadczeniodawców. W tym celu niezbędne jest stworzenie systemu zbierania i obróbki danych kosztowych. W projekcie proponuje się uwzględnienie rozwiązań w tym zakresie funkcjonujących w Republice Federalnej Niemiec, na które składa się:

- 1) funkcjonowanie odrębnej wyspecjalizowanej instytucji zajmującej się zbieraniem i obróbką danych kosztowych (w projekcie jest to Agencja Taryfikacji);
- 2) wybór grupy świadczeniodawców (na przykład ok. 10%) spełniających określone kryteria (nakierowane na zapewnienie rzetelności i spójności przekazywanych informacji kosztowych), która będzie rejestrowała dane kosztowe według bardzo precyzyjnych wytycznych, ściśle współpracujących z Agencją Taryfikacji w zakresie sposobu rejestrowania tych danych, szkolonych i audytowanych przez Agencję Taryfikacji;
- 3) podpisywanie umów pomiędzy Agencją Taryfikacji a ww. świadczeniodawcami, w których zostałyby określone szczegółowe zasady współpracy;
- 4) możliwość wypłaty przez Agencję Taryfikacji wynagrodzenia ww. świadczeniodawcom, co ma na celu, po pierwsze, pokrycie dodatkowych kosztów ponoszonych przez ww. grupę świadczeniodawców wynikających z zaangażowania zasobów tych świadczeniodawców w tworzenie taryfy świadczeń, która będzie następnie wykorzystywana w całym systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, po drugie zaś, ww. wynagrodzenie

Wprowadzenie w życie ww. założeń powinno przyczynić się do zbierania spójnych danych kosztowych, co w konsekwencji przełoży się na rzetelność sporządzanej taryfy. Ww. system pozwoli na określenie, na podstawie rzeczywistych danych kosztowych, wzajemnych relacji kosztowych poszczególnych świadczeń lub poszczególnych grup świadczeń i w konsekwencji – taryfy świadczeń. Umożliwi również zbadanie zróżnicowania kosztowego, jakie występuje pomiędzy ośrodkami, związanego ze złożonością i intensywnością procesów leczenia na różnych poziomach referencyjności (szpitale kliniczne, wojewódzkie, powiatowe). Pozwoli dodatkowo zweryfikować różnice w kosztach i ich przyczyny, jakie mogą występować w różnych obszarach geograficznych kraju.

Przy projektowaniu przedmiotowych rozwiązań analizowano również model zbierania danych kosztowych od wszystkich świadczeniodawców, na których w drodze rozporządzenia zostałby nałożony obowiązek rejestrowania danych kosztowych w określony sposób, jak również obowiązek przekazywania tych danych do Agencji Taryfikacji. Biorąc pod uwagę potencjalne wady tego modelu, takie jak:

- 1) znacznie większe koszty wdrożenia ze względu na liczbę świadczeniodawców,
- 2) niemożność zapewnienia spójności przekazywanych danych przez wszystkich świadczeniodawców (trudne byłoby zapewnienie przeszkolenia przez Agencję Taryfikacji wszystkich świadczeniodawców w bardzo szczegółowym zakresie jaki jest wymagany do sporządzania taryfy, jak również późniejszy audyt procedur związanych z rejestracją danych kosztowych stosowanych przez tych świadczeniodawców)

uznano, że taki system zbierania informacji uniemożliwi zgromadzenie spójnych danych oraz sporządzenie rzetelnej taryfy. Pośrednim potwierdzeniem powyższego jest doświadczenie związane z funkcjonowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194), które okazało się regulacją niefunkcjonującą.

Należy również podkreślić, że ww. zmiany oznaczają również kontynuację rozpoczętego w ustawie z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989) procesu oddzielania funkcji regulacyjnych od funkcji typowo płatniczych i rozliczeniowych, które są obecnie wykonywane przez Narodowy

Fundusz Zdrowia. Takie podejście pozwoli na bardziej efektywne wykonywanie zadań instytucji płatnika związanych z kontraktowaniem i rozliczaniem świadczeń, efektywną kontrolą świadczeniodawców, pod kątem jakości oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej i rezultatów prowadzonej opieki nad pacjentem oraz dostępności do świadczeń. Z drugiej strony pozwoli stworzyć system zbierania i przetwarzania informacji kosztowych o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej przez fachową instytucję, do której sprawozdający świadczeniodawcy mieliby zaufanie.

Na potrzebę oddzielenia zadań w zakresie taryfikacji świadczeń od funkcji płatnika wskazują także doświadczenia innych państw europejskich, o najwyższych standardach powszechnej opieki zdrowotnej, takich jak:

1) Niemcy: powołano tu 2 instytucje zajmujące się taryfikacją:

- a) - Instytut ds. Systemu Płatności w Szpitalach (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK*), zajmujący się ciągłym udoskonalaniem niemieckiego modelu DRG (definiowanie grup i określanie ich wartości relacyjnych),
- b) - Komisja Taryfikacyjna oraz Instytut Komisji Taryfikacyjnej (*Bewertungsausschuss oraz Institut des Bewertungsausschusses*), zajmująca się określaniem taryf punktowych, przypisywanych poszczególnym świadczeniom ambulatoryjnej opieki medycznej
- taryfy ustanawiane przez ww. instytucje są wiążące przy rozliczaniu kosztów świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, finansowanych przez kasy chorych;

2) Holandia: produkty rozliczeniowe stosowane przy finansowaniu świadczeń szpitalnych (w ramach systemu DBC, tj. holenderskiej odmiany DRG) definiowane i modyfikowane są przez wyspecjalizowaną instytucję - *DBC-Onderhoud*; dla większej części produktów (ok. 60% DBC) specjalna instytucja regulująca rynek świadczeń zdrowotnych (Holenderski Urząd ds. Opieki Zdrowotnej) ustala ceny obowiązujące w części kontraktów zawieranych przez towarzystwa ubezpieczeniowe z dostawcami świadczeń.

Agencja Taryfikacji powinna być, podobnie jak Agencja Oceny Technologii Medycznych, samodzielną, umocowaną bezpośrednio w ustawie strukturą, która przeprowadzałaby taryfikację świadczeń zdrowotnych w sposób niezależny, opierając się na kryteriach fachowych, z uwzględnieniem doświadczeń krajowych jak również dorobku innych państw, w szczególności państw członkowskich UE. W ramach Agencji Taryfikacji będzie działała Rada do spraw Taryfikacji o charakterze doradczym, której skład zagwarantuje należyłą reprezentację świadczeniodawców.

Minister Zdrowia, jako organ odpowiedzialny za kształtowanie polityki zdrowotnej oraz rozwój systemu opieki zdrowotnej, będzie sprawował ogólny nadzór nad działalnością Agencji.

Do podstawowych zadań Agencji Taryfikacji będzie należało:

- określanie i bieżąca aktualizacja/modyfikacja taryfy świadczeń;
- przygotowywanie i bieżąca aktualizacja standardu dotyczącego rachunku

kosztów

świadczeń zdrowotnych;

- ciągła współpraca z wybraną grupą świadczeniodawców (w tym audyt i szkolenia)

uczestniczących w programie badań kosztów służących ustaleniu taryfy.

Zakłada się przyjęcie sposobu finansowania Agencji Taryfikacji, który zapewniałby sprawne i fachowe wykonywanie obowiązków statutowych. Ponadto, zaproponowany powyżej sposób finansowania, biorąc pod uwagę obecną sytuację w zakresie finansów publicznych (i związane z tym zobowiązania wynikające z członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej), jest praktycznie jedynym możliwym do wdrożenia w obecnych warunkach budżetu państwa. Przy wyborze sposobu finansowania wzięto pod uwagę również, że nowa instytucja przejęłaby sporą część zadań przypisanych obecnie ustawowo płatnikowi świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Proponuje się zatem, aby źródłem finansowania był odpis przekazywany przez płatnika, liczony jako procent jego kosztów ogółem. Neutralność tego rozwiązania dla systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, można by osiągnąć poprzez odpowiednią korektę obecnych kosztów administracyjnych płatnika. Proponowany poziom przychodów Agencji Taryfikacji, w wysokości odpowiadającej 0,07 % miesięcznych przychodów brutto Funduszu ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, odzwierciedla szacowane koszty funkcjonowania tej instytucji, z uwzględnieniem kosztów wynagrodzeń pracowników, kosztów działania Rady do spraw Taryfikacji, a także kosztów pozyskiwania danych kosztowych od wybranej grupy (ok. 100 - 150) świadczeniodawców, na podstawie zawieranych umów.

Z powyższego wynika, iż Agencja Taryfikacji w celu pokrycia kosztów funkcjonowania nie będzie korzystała ze środków budżetu państwa. Natomiast przepis dotyczący wyposażenia Agencji Taryfikacji w środki niezbędne dla rozpoczęcia działalności ma charakter i skutek jednorazowy.

Zmiany zaproponowane w ustawie z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) nakierowane są natomiast na realizację innego celu – poprawienie jakości zarządzania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz instytutach badawczych, poprzez nałożenie obowiązku prowadzenia rachunku kosztów w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jak wynika z powyższego zakresu przedmiotowego, dotyczyć to będzie zarówno jednostek należących do sektora finansów publicznych (jakimi są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej), jak również największych podmiotów publicznych wykonujących działalność leczniczą, jakimi są instytuty badawcze wykonujące działalność leczniczą. Z powyższego obowiązku zostały wyłączone jednostki budżetowe, ze względu na specyfikę prowadzenia gospodarki finansowej uregulowanej szczegółowo w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Powyższy obowiązek nie będzie dotyczył również podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, zważywszy na to, iż obowiązki wynikające z regulacji Kodeksu spółek handlowych są wystarczające w tym zakresie. Niemniej, jednostki te będą mogły wdrożyć u siebie ww. rachunek kosztów w sytuacji, kiedy uznają, że koszty związane z jego wdrożeniem zostaną skompensowane korzyściami z tego wynikającymi.

Nałożenie ww. obowiązku spowoduje konieczność poniesienia dodatkowych kosztów przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz instytuty badawcze wykonujące działalność leczniczą. Szacunek tych kosztów został przedstawiony w ocenie skutków regulacji.

Ze względu na te koszty jak również mając na uwadze konieczność wdrożenia ww. rozwiązań, wejście w życie przepisów nakładających ten obowiązek zostało określone na 1 stycznia 2014 r.

Zmiany w przepisach o działalności leczniczej dotyczące danych o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, instytutów badawczych wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów leczniczych działających w formie spółki kapitałowej, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, mają na celu umożliwienie pozyskiwania tych danych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zmiany ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia są konsekwencją zmian w przepisach o działalności leczniczej dotyczących danych o sytuacji ekonomiczno-finansowej wskazanych podmiotów leczniczych.

Przesunięcie terminu wejścia w życie przepisów dotyczących pozyskiwania danych o sytuacji ekonomiczno-finansowej jest uzasadnione terminem przygotowania odpowiednich systemów informatycznych i wynika z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt ustawy został udostępniony na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Przedmiot projektowanej ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej. Projekt ustawy 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowana ustawa będzie oddziaływała na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dokonywana przez Agencję Taryfikacji taryfikacja świadczeń umożliwi Narodowemu Fundusz Zdrowia zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o obiektywną ich wycenę. Jednocześnie, taka wycena umożliwi świadczeniodawcom zawieranie ww. umów w warunkach uwzględniających koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Niezależnie od powyższego projektowana regulacja oddziałuje na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, instytuty badawcze wykonujące działalność leczniczą oraz spółki kapitałowe, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt ustawy został przekazany do zaopiniowania Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, organizacjom reprezentującym świadczeniodawców, m.in. Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, II linii Szpitali Klinicznych

Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD”, organizacjom reprezentującym pracodawców: Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Pracodawcom RP, Związkowi Rzemiosła Polskiego, PKPP Lewiatan, Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców SP ZOZ, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia oraz przedstawicielom środowisk akademickich: Akademii Medycznej w Gdańsku, Uniwersytetowi Medycznemu w Lublinie, Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Uniwersytetowi Medycznemu w Poznaniu, Warszawskiemu Uniwersytetowi Medycznemu, Akademii Medycznej we Wrocławiu, Uniwersytetowi Medycznemu w Łodzi, Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu, a także organizacjom pacjenckim: Federacji Pacjentów Polskich, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Stowarzyszeniu Primum Non Nocere.

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

Projektowane regulacje w zakresie taryfikacji świadczeń będą neutralne dla systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż planuje się, iż wraz z przejęciem zadań w zakresie taryfikacji przez nową instytucję i otrzymaniem na to ok. 40 mln zł zostaną odpowiednio pomniejszone koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia. Część z tych środków będzie w konsekwencji przychodem tych świadczeniodawców, którzy wezmą udział w procesie wyceny kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Wejście w życie ustawy spowoduje jednocześnie dodatkowy jednorazowy wydatek z budżetu państwa w wysokości ok. 1 mln zł związany z kosztami pierwszego wyposażenia Agencji Taryfikacji.

Projektowane przepisy nie będą miały wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Projektowane przepisy, w zakresie nałożenia obowiązku prowadzenia rachunku kosztów przez wskazane w ustawie podmioty, spowodują konieczność poniesienia dodatkowych kosztów przez jednostki sektora finansów publicznych (samodzielne

badawcze wykonujące działalność leczniczą (nienależące jednak do sektora finansów publicznych). Należy jednak zaznaczyć, że koszt oszacowania skutków jest bardzo trudny, gdyż zależy on od aktualnego stanu systemów informatycznych i wyposażenia sprzętowego w zakładach opieki zdrowotnej a informacje na ten temat nie są zbierane. Ponadto, brak jest ogólnie dostępnych informacji o cenach systemów informatycznych pozwalających prowadzić rachunek kosztów, gdyż ceny uzależnione są od indywidualnych kontrahentów i podlegają negocjacjom przed podpisaniem umowy. W sytuacji, gdy szpital posiada wysoki stopień informatyzacji koszt zakupu modułu do rachunku kosztów i dostosowanie go do całego systemu informatycznego szpitala może być znacząco niższy niż w przypadku konieczności przeprowadzenia informatyzacji szpitala i zakupu sprzętu pozwalających na korzystanie z modułu kosztowego.

Można wstępnie założyć, że w jednostkach małych (typu POZ, przychodnie specjalistyczne i stomatologiczne) jednostkowe koszty dla świadczeniodawcy wprowadzenia nowego rachunku, obejmujące zakup oprogramowania, sprzętu komputerowego, serwisu i wzrostu zatrudnienia wyniosą około 300-500 tys. zł. W przypadku jednostek dużych typu szpitale, ZOL-e koszt ten można szacować na poziomie 700-900 tys. zł dla jednego szpitala. Powyższe dane dotyczą jednostek dysponujących w miarę nowoczesnym systemem informatycznym, jednak w przypadku jednostek, gdzie system jest niewydolny i nie pozwala na rozbudowę o moduł kosztowy, konieczne do poniesienia nakłady będą znacznie wyższe. Dodatkowe informacje pozyskane z przeprowadzonych wywiadów ze szpitalami, które wdrażały systemy informatyczne wskazują, że koszty wdrożenia systemu (tzw. części białej i szarej) wraz z wartością licencji i sprzętu, w zależności od wielkości szpitala zdeterminowanego liczbą oddziałów, mogą kształtować się następująco:

- szpitale małe (do 10 oddziałów) – 1 800 000 zł,
- szpitale średnie (od 10 do 15 oddziałów) – 2 200 000 zł,
- szpitale duże (do 20 oddziałów) – 2 900 000 zł.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Projektowana ustawa będzie miała wpływ na ochronę zdrowia ludzi. Wprowadzenie obiektywnych i transparentnych mechanizmów wyceny określonych w taryfie świadczeń, przyczyni się w szczególności do urealnienia wyceny świadczeń, co spowoduje zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na warunki życia ludności.

