

Warszawa, 8 maja 2014

Mirosław Stachowicz
Fundacja Onkologia 2025
ul. Tytusa Chałubińskiego 8
00-613 Warszawa

Sz. P.
Piotr Warczyński
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Dotyczy: uwagi w ramach konsultacji społecznych projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 07.04.2014 r.

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na Pańskie pismo z dnia 7 kwietnia 2014 Fundacja Onkologia 2025 pragnie przedstawić wskazane niżej spostrzeżenia dotyczące projektu ustawy:

I. Uwagi wstępne

Projekt ma bardzo szeroki zakres. Dotyczy nie tylko rozwiązań, które mają skrócić kolejki i poprawić dostępność do świadczeń onkologicznych, ale też wprowadza dość istotne zmiany w NFZ, sposobie kontraktowania świadczeń i daje nowe, istotne kompetencje samorządom.

Fundacja pragnie zastrzec, iż pełna ocena niektórych przepisów projektowanej ustawy będzie możliwa dopiero po podaniu do publicznej wiadomości projektów aktów wykonawczych. Poniżej przedstawiono uwagi dotyczące szczególnie istotnych i newralgicznych kwestii.

W obszarze dotyczącym opieki onkologicznej, w ocenie Fundacji, projekt zawiera najważniejsze rozwiązania, których wprowadzenie i upowszechnienie daje szansę na poprawę jakości i dostępności do leczenia onkologicznego w Polsce. Istotne jest, że przyjęto jako jedno z założeń maksymalne wykorzystanie zasobów istniejących w systemie, aby zwiększyć dostępność do diagnostyki i leczenia. W tej części Fundacja zwraca szczególną uwagę na rozwiązania, które stawiają pacjenta w centrum zainteresowania, premiują poprawę jakości i dostępności leczenia.

W części dotyczącej zmian administracyjnych jako główną wytyczną oceny przyjęto przejrzystość reguł, stworzenie możliwości dalszego rozwoju i usprawnień w ramach istniejących warunków rynkowych i finansowych oraz stabilność systemu.

II. Zmiany w Onkologii

Listy kolejkowe w onkologii

1. Zważywszy na zaproponowane zmiany szczególnie istotne jest, by zapewnić osobom kontynuującym leczenie sprawny i niezakłócony dostęp do świadczeń – czasy dostępu powinny być ściśle przestrzegane, a uprzywilejowanie pacjentów pierwszorazowych nie powinno wpłynąć na wydłużenie czasu oczekiwania.
2. Obecnie w sprawozdaniach miesza się 3 grupy chorych: rozpoczynających leczenie, w trakcie leczenia i tych, którzy zakończyli leczenie, ale odbywają regularne wizyty kontrolne. Potrzebne jest zdefiniowanie i dookreślenie tych 3 grup (dotyczy to szczególnie pkt. 13, w którym mowa jest o dodatkowej, nowej kategorii pacjentów onkologicznych – „przypadki nagłe”. Zapis ten jest niejasny).
3. Konieczne jest zdefiniowanie zakresu świadczeń – badań diagnostycznych i procedur leczniczych – według katalogu JGP, jak i odrębnych świadczeń dotyczących chirurgii, chemioterapii etc. aby w ich zakres nie wchodziły świadczenia nie związane z chorobą nowotworową.
4. Przejście do elektronicznego systemu zarządzania kolejką to krok naprzód, ale system powinien działać w sposób ujednolicony. Z punktu widzenia pacjenta istotne byłoby, aby nie było konieczności „uczenia się” różnych systemów u różnych świadczeniodawców. Poprawiłoby to też gotowość pacjentów do korzystania z tych rozwiązań, a tym samym przyczyniło się do szybszego przechodzenia na bardziej efektywne rozwiązanie. W związku z tym proponuje się ustanowienie jednego narzędzia zarządzania kolejką w ramach rozwiązań technicznych przewidzianych ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia. Szczególnie korzystne z punktu widzenia pacjenta byłoby wskazanie wprost, że dokonywanie zapisów na listę oczekujących będzie możliwe z poziomu Indywidualnego Konta Pacjenta, które w założeniu ma przecież umożliwić pacjentowi kompleksowe zarządzania jego procesem leczenia. Propozycja ta wpisuje się w propagowaną przez władze publiczne ideę e-health.

Karta leczenia onkologicznego (KLO)

1. Istotne jest, kto będzie miał prawo wydawać Kartę leczenia onkologicznego – przepis art. 32 a ustawy o świadczeniach w projektowanym brzmieniu może doprowadzić do sytuacji, w której lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych jedynie podejrzewający nowotwór złośliwy nie będzie mógł wystawić karty leczenia onkologicznego i pacjent w celu uzyskania karty będzie musiał wracać od specjalisty, który podejrzewa chorobę, do lekarza POZ lub innego specjalisty, który ma prawo wystawić kartę.

Propozycja: Proponuje się doprecyzowanie przepisu art. 32 a ustawy o świadczeniach. Alternatywnie w celu uniknięcia niepotrzebnych wędrowek pacjentów między lekarzami należałoby również rozważyć ustanowienie ogólnej klauzuli upoważniającej wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego do wystawiania takich kart, w przypadku stwierdzenia nowotworu lub podejrzenia wystąpienia nowotworu u pacjenta.

2. W ocenie Fundacji ustanowienie odrębnego, przyspieszonego trybu uzyskania świadczeń zdrowotnych na podstawie KLO, wymaga jednocześnie ustanowienia odpowiednich mechanizmów, które utrudniłyby nadużywanie możliwości skorzystania z tego trybu. Wydaje się, jednak że proponowane przez projektodawcę warunki utrzymania prawa do wydawania KLO są sprzeczne z dobrą praktyką (minimalny wskaźnik wykrytych nowotworów). Paradoksalnie, lekarz, który będzie wykazywał się tzw. wysoką czujnością onkologiczną (system powinien ją wspierać), będzie miał niski odsetek trafnych diagnoz. Groźba odebrania prawa do wystawiania kart będzie

zniechęcać do zlecenia badań – to lekarz przy podejrzeniu nowotworu najpierw będzie „szacował” na ile prawdopodobne jest, że pacjent jest chory onkologicznie, podczas gdy w takiej sytuacji po prostu powinien skierować go na dalsze badania lub do specjalisty. Ponadto różnice w demografii pacjentów poszczególnych lekarzy mogą determinować mniejsze lub większe prawdopodobieństwo wykrycia raka. Nie powinno się też narażać pacjenta na sytuację, w której z powodu „kary” dla lekarza (jeśli czasowo nie będzie miał on prawa wydawać karty), zmuszony będzie szukać innego lekarza i oddalać termin rozpoczęcia diagnostyki i leczenia.

Propozycja: Proponuje się wprowadzenie rozwiązania, w ramach którego lekarz, u którego wskaźnik diagnoz nie osiągnie oczekiwanego poziomu, nie będzie tracił możliwości wystawiania KLO, lecz będzie automatycznie kierowany na szkolenie dotyczące nowotworów. Należałoby w związku z tym rozważyć rezygnację z proponowanego art. 32 a ust. 8 ustawy o świadczeniach mówiącej o możliwości nałożenia kary za niewłaściwe wystawienie KLO.

Trzeba przy tym zauważyć, że w przypadku niewłaściwego wykorzystania prawa do wydawania KLO, NFZ ma możliwość nakładania kar na podstawie bardzo pojemnej przesłanki nienależytego wykonania umowy, obecnej w aktualnie obowiązujących umowach.

3. Zakończenie leczenia i odbieranie karty. W Polsce odsetek wyleczeń w przypadku chorób nowotworowych wynosi 35%. Wielu pacjentów kontynuuje jednak terapię i w ciągu 5 lat od diagnozy, wraca do lekarza i przechodzi/kontynuuje leczenie. Odebranie karty rodziłoby szereg pytań i wątpliwości, np.: czy w przypadku powrotu pacjenta miałby on otrzymać nową kartę jeszcze raz? W obecnym kształcie projektowany przepis art. 32b ust. 2 pkt 2 nowelizacji ustawy nie określa co należy rozumieć przez pojęcie „zakończenia leczenia”.

Propozycja: ustalenie arbitralnie terminu, w jakim obowiązuje karta – 5 lat. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie możliwości przedłużenia ważności KLO, jeśli istnieje taka konieczność (wymagałoby to dodania do katalogu informacji zawartych w KLO zawartego w art. 32 b ust. 4. również informacji o dacie przedłużenia KLO, przyczynie przedłużenia i czasie przedłużenia ważności KLO). To rozwiązanie w powiązaniu z jasno zdefiniowanym zakresem świadczeń i procedur medycznych, do jakich uprawniony jest pacjent w ramach przyspieszonej ścieżki, pozwoli na kontrolę zakresu wykorzystania karty przez pacjentów onkologicznych.

4. Lista zawartości i forma KLO

Propozycja: uzupełnienie katalogu informacji zawartych w KLO określonych w art. 32 b projektu o:

- datę rozpoznania histopatologicznego i pełnego rozpoznania, łącznie ze stopniem zaawansowania choroby;
- plan leczenia onkologicznego sporządzonego przez zespół wielospecjalistyczny (z informacją o składzie zespołu, datach spotkań etc.).

5. Ze względu na wymóg prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, który wkrótce wchodzi w życie, a także potrzebę ograniczania obowiązków administracyjnych lekarzy oraz potrzebę monitorowania i zbierania informacji o działaniu KLO, koniecznym wydaje się wprowadzenie Karty w formie elektronicznej.

Propozycja: W ustawie o świadczeniach funkcjonują przepisy dotyczące elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Z treści założeń do nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw opublikowanych przez ministerstwo zdrowia w dniu 20 stycznia 2014 roku, wynika że ministerstwo planuje dodatkowo zwiększyć zakres funkcjonalności karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz zapewnić współdziałanie z KSM. W ocenie Fundacji bardzo korzystne i systemowo spójne byłoby wykorzystanie karty ubezpieczenia zdrowotnego jako nośnika na którym umieszona byłaby KLO.

Limity czasowe na rozpoczęcie leczenia

1. Zmieszczenie się w 9 tygodniach od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia jest w wielu przypadkach niemożliwe, jeśli na samą diagnostykę przeznaczony jest 7 tygodni. Przygotowanie pacjenta do leczenia może w przypadku bardziej złożonych procedur medycznych trwać dłużej. Jeśli terminy opisane w projekcie mają się powieść, szybką ścieżkę należy zastosować także w przypadku diagnostyki. Należy też poprawić jakość i efektywność procesu diagnostycznego. Pakiet onkologiczny daje szansę na uporządkowanie systemu w tym obszarze. W tej chwili nie ma obowiązku raportowania, nie ma baz wyników ani nawet jednolitych standardów sprawozdania wyników. Współpraca, na przykład z pracownikami zapewniającymi badania histopatologiczne, regulowana jest wyłącznie umowami wzajemnymi z ośrodkami. Jeśli tak pozostanie, ośrodki będą mogły wpisać do wymogów w przetargu dotrzymanie krótszych niż zwykle terminów na przedstawienie wyników, ale finalnie procedura przetargowa będzie dawała uprzywilejowaną pozycję tym podwykonawcom, którzy zaproponują lepszą cenę. Jednolite i pełne wyniki histopatologii są również podstawą do leczenia. Obecnie zdarza się, że trzeba je powtarzać, co generuje dodatkowe koszty.

Propozycja:

- konieczny jest dodatkowy zapis ustawowy definiujący datę rozpoznania nowotworu jako potwierdzoną przez wynik badania histopatologicznego.

- w ramach aktów wykonawczych – ustalenie limitów czasowych na diagnostykę wg schematu:

diagnostyka podstawowa - 4-5 tyg. z dookreśleniem, że zawiera histopatologię (proponowany limit czasowy – maksymalnie 7 dni roboczych dla 90% rozpoznań)

diagnostyka zaawansowana – rozpoznanie stopnia zaawansowania choroby (staging), ustalenie planu leczenia i jego rozpoczęcie – pozostałe 4-5 tygodni. Całość 8-9 tygodni

- ujednolicone protokoły sprawozdawania wyników, np. wg systemu CAP (College of American Pathologists)

Wskazane wyżej wymogi w zakresie terminów oraz wymogi sprawozdawcze mogłyby zostać zawarte w odpowiednich rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych a także w zarządzeniach prezesa NFZ. Należałoby również podjąć działania zmierzające do tego, aby wycena badań diagnostycznych uwzględniała konieczność szybkiej ich realizacji.

Wielospecjalistyczne zespoły lekarskie (MDT)

W projekcie nie opisano bardziej szczegółowo wielospecjalistycznych zespołów lekarskich i nie mają one umocowania prawnego, choć rozwiązanie to jest jednym z ważniejszych z punktu widzenia efektywności leczenia onkologicznego. Potrzebny jest system zachęt do tworzenia MDT, np. dodatkowa usługa – produkt w katalogu NFZ „konsultacja wielospecjalistyczna w onkologii”. Ponadto istotne byłoby wsparcie i stworzenia zachęt do zdalnego odbywania konsultacji w ramach MDT, np. przez środki komunikacji elektronicznej. Możliwości techniczne

pozwalają obecnie na efektywny kontakt lekarzy bez konieczności odbywania spotkań w jednym miejscu. Takie rozwiązania stają się standardem w opiece onkologicznej, sprzyjają planowaniu leczenia w oparciu o plan tworzony przez zespoły wielospecjalistyczne i będą szczególnie ważne w Polsce – zważywszy na niedobory specjalistów w dziedzinach onkologicznych.

Propozycja: Fundacja postuluje umocowanie w przepisach ustawy o świadczeniach wielospecjalistycznych zespołów lekarskich. Jednocześnie proponuje umożliwienie dokonywania konsultacji w ramach telemedycyny jako równoprawnych z konsultacjami na żywo (o ile jest to medycznie zasadne). Obecnie trwają prace nad prawnym umocowaniem telemedycyny, postulaty w tym obszarze zostały zawarte w przytoczonych już założeniach do projektu nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw, przewidują one wykorzystanie karty specjalisty medycznego oraz karty ubezpieczenia zdrowotnego do nawiązania bezpiecznego uwierzytelnienia służącego do przesyłania danych.

Instytucja koordynatora

Istnieje potrzeba doprecyzowania i opisanie roli koordynatora leczenia onkologicznego. Przypisanie pacjentowi z rozpoznaniem nowotworu koordynatora/opiekuna odpowiedzialnego za prowadzenie pacjenta po systemie oraz ułatwienie dostępu do informacji o możliwych terminach i miejscach wykonywania świadczeń będzie stanowiło istotną, jakościową zmianę w opiece onkologicznej.

Propozycja: proponuje się ustanowienie funkcji koordynatora, którego zadaniem byłoby prowadzenie pacjenta przez proces diagnostyki i terapii. Koordynatorem powinna być osoba charakteryzująca się dobrym rozeznanie w systemie ochrony zdrowia oraz znaczną wiedzą merytoryczną dotyczącą nowotworów. Należy również zapewnić, że koordynator będzie miał rzeczywiście wystarczająco dużo czasu na wsparcie pacjenta (do rozważenia limit pacjentów na 1 koordynatora).

Terapia prowadzona w trybie ambulatoryjnym – hotel i transport

System powinien zawierać element zachęty do korzystania z opcji ambulatoryjnego leczenia, polegający na odpowiedniej wycenie świadczeń. Obecnie szpitale hospitalizują pacjentów, nie tylko z powodu braku zachęt do korzystania z innych opcji, ale dlatego że jest to opłacalne.

Konieczne jest również doprecyzowanie kwestii finansowania transportu dla pacjentów korzystających z terapii w trybie ambulatoryjnym.

Propozycja: doprecyzowanie art. 33b w brzmieniu nadanym przez projekt ustawy poprzez jasne wskazanie, kto ponosi koszty przebywania w miejscu zakwaterowania poza podmiotem leczniczym oraz koszty przejazdu.

W celu ograniczenia sytuacji, w której szpitale niepotrzebnie hospitalizują pacjentów, należałoby wprowadzić odpowiednie bodźce finansowe w zakresie wyceny świadczeń. Bodźce te mogły polegać na zrównaniu wysokości płatności w przypadku pacjenta hospitalizowanego, jak i zakwaterowanego poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego.

Definicja legalna onkologii

Propozycja: Na potrzeby rozliczeń i raportowania dostrzegamy konieczność wprowadzenia definicji legalnej onkologii. Proponujemy posłużenie się powszechnie stosowaną klasyfikacją według kodów ICD-10.

III. Zmiany administracyjne

AOTM – taryfikacja świadczeń

1. Wprowadzenie taryfikacji świadczeń przez AOTM to jedna z ważniejszych zmian – korzystna ze względu na spodziewane zwiększenie przejrzystości zasad, na jakich dokonywana jest taryfikacja. Projekt zakłada przy tym możliwość pozyskiwania (zakupu) danych, które mają być podstawą taryfikacji. To bardzo istotna zmiana, która otwiera możliwość pozyskania i analizy tego typu informacji ze źródeł zewnętrznych, np. wyspecjalizowanych konsultantów i instytucji dysponujących odpowiednimi zasobami, co pozwoli na zrealizowanie projektu w możliwie krótkim terminie. Potrzebne są jednak jasne reguły, które zagwarantują bezstronność i wiarygodność źródeł informacji, a także uwzględnienie mechanizmów weryfikacji tak pozyskanych danych.
2. Niezwykle istotne dla sprawności systemu będzie zapewnienie jednakowej wyceny świadczeń dla wszystkich świadczeniodawców. Będzie to stymulować zwiększenie efektywności świadczeniodawców i dostosowywanie kosztów stałych poszczególnych świadczeniodawców do dostępnego dla nich poziomu finansowania. Proponowane przez szereg środowisk zróżnicowanie wyceny świadczeń (tzw. referencyjność) prowadziłyby do odwrotnego procesu, gdzie poziom finansowania musiałby być dostosowany do istniejących struktur organizacyjnych. Tworzyłoby to ryzyko koncentracji dostępnego finansowania publicznego na świadczeniodawcach o niskiej efektywności. Rodziłoby to także poważne wątpliwości natury prawnej, dotyczące równego traktowania różnych podmiotów na rynku świadczeniodawców usług.
3. Problem finansowania procedur rzadkich i badań naukowych, który jest często przywoływany jako argument na wprowadzenie referencyjności, należałoby zaadresować w ramach dostępnych już mechanizmów. W celu zapewnienia wystarczającego finansowania dla procedur rzadkich należałoby stworzyć odpowiednią taryfę dla takich świadczeń. Z kolei finansowanie badań naukowych w obszarze onkologii można byłoby zapewnić poprzez istniejące już mechanizmy.

Propozycja: w ramach aktów wykonawczych doprecyzowanie, na jakich zasadach można dokonywać zakupu danych, jak będą weryfikowane i audytowane. Zapewnienie przejrzystości procesu. Założenie ram czasowych na dokonanie taryfikacji w kluczowych obszarach terapeutycznych, takich jak onkologia.

Zasady kontraktowania przez NFZ

1. Możliwość kontraktowania świadczeń na okres 10 lat - istniała potrzeba wydłużenia okresu kontraktu i dobrze że twórcy projektu ją dostrzegli. Niemniej w obecnych warunkach możliwość zawierania 10-letnich kontraktów jest nieefektywna: nie daje podmiotom szansy na wzrost przychodów wraz ze zmieniającymi się warunkami i potrzebami, nie będzie zachęcał do rozwoju. Zważywszy na ogromne niedobory w służbie zdrowia – także w obszarze inwestycji w opiekę onkologiczną, system powinien być nastawiony na wspieranie nowych inwestycji i rozwój, a także konkurowanie jakością. 10-letni kontrakt, choć wydaje się bezpieczny z punktu widzenia świadczeniodawcy, oznacza stagnację i zahamowanie rozwoju.
2. Optymalnym wydaje się 5-letni okres kontraktu nie tylko ze względu na utrzymanie presji rozwijania się jednostek w kontekście kolejnego konkursu, ale także dlatego że jest on spójny z praktyką – bezpieczeństwo ekonomiczne i zwrot z inwestycji analizowane są w perspektywie 5-letniej, także programy unijne trwają z reguły 5 lat.
3. Określenie liczby świadczeniodawców – ustanowienie przez dyrektora OW NFZ sztywnej liczby świadczeniodawców, z którymi będzie można zawrzeć umowę nie jest dobrym rozwiązaniem. Po pierwsze ma ono charakter antykonkurencyjny, po drugie nie jest spójne z zapisami projektu umożliwiającymi wspólne kontraktowanie świadczeń

zdrowotnych przez kilku świadczeniodawców. Ograniczenie nadmiernej podaży usług świadczeniodawców powinno dokonywać się poprzez Mapy Regionalne i decyzje wojewody, a nie na etapie kontraktowania.

4. Możliwość kontraktowania świadczeń przez kilka podmiotów w ramach jednej umowy może być korzystna dla pacjenta, w przypadku zapewnienia przez nich kompleksowej i szybkiej opieki onkologicznej. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę, aby zasady kontraktowania nie faworyzowały w sposób nieuzasadniony grup podmiotów kosztem małych podmiotów.

Propozycja:

- wydłużenie okresu kontraktowania do maksymalnie 5 lat (art. 156 ust. 1 ustawy o świadczeniach)

- usunięcie przepisu nakazujące określenie liczby świadczeniodawców w planie zakupu świadczeń na następny rok (usunięcie art. 131 a ust. 2 pkt 2)

Mapy potrzeb

Propozycje tworzenia map potrzeb to jedna z ważniejszych i oczekiwanych propozycji w ramach zmian w ustawie. Dzięki niej pojawia się szansa na większe uporządkowanie rynku świadczeń i inwestycji w ochronie zdrowia. Jednak bez korekty niektórych przepisów efekt może być przeciwny do spodziewanego.

1. Definicja mapy – istnieje potrzeba dookreślenia, na bazie jakich wskaźników – mierzalnych i weryfikowalnych – tworzona będzie mapa. Ważne jest również, by mapa miała wymiar przedmiotowy, a nie podmiotowy (wskazywała potrzeby zdrowotne, a nie konkretnych świadczeniodawców).
2. Decyzje administracyjne wojewody – tryb ich wydawania i aktualizacji wymaga doprecyzowania, aby narzędzie to spełniało swoją rolę, a jednocześnie nie prowadziło do blokowania inwestycji lub dezinformacji, która może stać się podstawą pozwów na gruncie prawa administracyjnego. Konieczne wydaje się wskazanie, że liczba decyzji administracyjnych dotyczących nowych inwestycji powinna być determinowana mapą potrzeb oraz miała moc wiążącą tylko w przypadku wypełnienia określonych zobowiązań przez inwestora (np. rozpoczęcie inwestycji w określonym czasie, przedstawienie w określonym terminie dokumentacji, np. prawomocnej zgody na budowę). Brak spełnienia tych warunków byłby podstawą do cofnięcia decyzji.
3. Obecny kształt przepisu dającego możliwość cofnięcia decyzji jest zbyt ogólny i niedookreślony, daje pole do działań arbitralnych i nieuzasadnionych merytorycznie. Wymaga więc doprecyzowania. (pkt. 10). Ponadto może on budzić wątpliwości z punktu widzenia art. 155 k.p.a.
4. Limity kwot inwestycji wydają się zbyt niskie. Wraz z decyzjami wojewody wydawanymi na bazie map potrzeb, w procesie decyzyjnym pojawia się nowa dodatkowa jednostka. Istotne jest, by nie stanowiła ona przeszkody w procesach, które obecnie przebiegają bezproblemowo. Projekt zdaje się wskazywać, że decyzje wojewody mogą dotyczyć zarówno nowych inwestycji, jak i odnowienia sprzętu, remontów etc. Konieczne jest wytyczenie granic ingerencji wojewody i podniesienie limitów kosztowych. Odtworzenie starzejącej się infrastruktury jest normalnym, niezbędnym procesem. Czy będzie wymagał decyzji administracyjnej przy przekroczeniu limitu kosztów? Posługując się przykładem – remont 30-łóżkowego oddziału w szpitalu to koszt rzędu 4-5 mln złotych, koszt zakupu tomografu - 2,5 mln zł. Tego typu inwestycje nie powinny wymagać dodatkowych decyzji administracyjnych.
5. Zwraca też uwagę brak przedstawicieli instytucji pozarządowych w proponowanych Wojewódzkich Radach ds. Potrzeb – w tym przedstawicieli pacjentów oraz przedstawicieli podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zarówno publicznych, jak i prywatnych), a także jednostek samorządu terytorialnego. W ramach budowania

społeczeństwa obywatelskiego uwzględnienie pełnego spektrum interesariuszy służby zdrowia w pracach ciał, takich jak opisane Rady, wydaje się konieczne. Jest to istotne także ze względu na transparentność procesu – mapa potrzeb jako podstawa do wydania decyzji administracyjnych będzie bardzo istotnym dokumentem z punktu widzenia planowania inwestycji. Sformalizowanie możliwości ich opiniowania przez zainteresowane środowiska przyczyni się do większej przejrzystości procesu. Ponadto nieuwzględnienie głosu tych środowisk w ramach Rady oznacza, że jej decyzje będzie można komentować wyłącznie post factum, a Rada nie będzie miała możliwości zapoznania się z nimi wcześniej. Funkcja przedstawicieli tych środowisk (wobec dominacji przedstawicieli samorządu i wojewódzkich konsultantów) będzie wyłącznie doradcza i opiniująca, niemniej nieuwzględnienie ich w projekcie wydaje się nieuzasadnione i może wpłynąć na trafność decyzji podejmowanych przez Radę.

Propozycja:

- usunięcie nieprecyzyjnego przepisu art. 95 b ust. 10, który ma charakter arbitralny i może naruszać prawa podmiotów, które już uzyskały taką opinię.
- by nie dopuścić do sytuacji w której wnioskodawca uzyskuje pozytywną opinię Wojewody i nie rozpoczyna udzielania świadczeń jednocześnie blokując możliwość udzielania świadczeń przez inne podmioty, proponuje się wprowadzenie do decyzji warunków, których niespełnienie powoduje automatyczne wygaśnięcie decyzji.
- uwzględnienie przedstawicieli instytucji pozarządowych, w tym w szczególności świadczeniodawców publicznych i niepublicznych, jednostki samorządu terytorialnego, przedstawicieli pacjentów w Wojewódzkich Radach ds. Potrzeb Zdrowotnych (zmiana art. 95b ust. 1 w kształcie zaproponowanym przez projektowaną ustawę).
- zwiększenie limitów kwot inwestycji – proponuje się wyraźne wskazanie, że decyzja Wojewody nie dotyczy inwestycji służących modernizacji/odtworzeniu środków trwałych które nie powodują istotnego zwiększenia możliwości udzielenia świadczeń (np. utrzymanie stałej liczby łóżek w szpitalu).
- zdefiniowanie mapy potrzeb na poziomie aktów wykonawczych – uzależnienie treści indywidualnych rozstrzygnięć wydawanych w formie decyzji administracyjnej od treści Mapy Regionalnej wymaga odpowiedniego umocowania prawnego Mapy Regionalnej – powinna być ona ustanowiona w formie rozporządzenia. Rozwiązanie to jest analogiczne do przepisów prawa budowlanego, które uzależniają wydanie decyzji o pozwoleniu na budowę od planu zagospodarowania przestrzennego będącego aktem prawa miejscowego.

Przedstawione w niniejszym dokumencie uwagi powstały po konsultacjach z przedstawicielami środowiska medycznego oraz praktykami zajmującymi się tematyką relacji świadczeniodawców z płatnikiem. Mamy nadzieję, że będą stanowiły one wartościową bazę do dalszych prac nad projektem ustawy.

Z wyrazami szacunku

Mirosław Stachowicz

Prezes Fundacji Onkologia 2025