UZASADNIENIE

Zmiany zaproponowane w niniejszym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwanej dalej „ustawą nowelizującą”, dotyczą modyfikacji systemu opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych.

Wprowadzone w 2014 r. przepisy nowelizujące ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492 i 1493), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach”, w zakresie map potrzeb zdrowotnych wprowadziły rozwiązania mające na celu umożliwienie prowadzenia długoterminowej polityki zdrowotnej opartej o potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców.

Opublikowane dokumenty map potrzeb zdrowotnych w swojej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na ograniczenie analiz do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie w dyskusji nad treścią opublikowanych dokumentów podnoszono, że nie stanowią one jednoznacznej rekomendacji dla koniecznych do podejmowania działań na poziomie regionalnym i lokalnym.

Od 2016 r. są podejmowane działania służące rozwinięciu systemu map potrzeb zdrowotnych – planowania i wdrażania działań rozwojowych w ochronie zdrowia. Jednym z takich rozwiązań było wprowadzenie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia, zwanego dalej „IOWISZ”, z jego wykorzystaniem została wprowadzona ocena celowości inwestycji do oceny zasadności inwestycji istotnych z perspektywy poprawy systemu i wynikających z potrzeb zdrowotnych, a nie lokalnych aspiracji, nieugruntowanych w możliwościach systemu. System ten jest rozwijany przez prace nad uzależnieniem kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, pod warunkiem posiadania pozytywnej opinii o celowości inwestycji.

Rozpoznana została konieczność poprawy systemu map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. W tym zakresie w ostatnim czasie wytworzyła się bardzo efektywna praktyka, w której minister właściwy do spraw zdrowia jako organizator system i twórca map potrzeb zdrowotnych określa priorytety, korzystając ze wsparcia instytucji takich jak Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, zwany dalej „NIZP-PZH”, oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwana dalej „AOTMiT”. Dzięki współpracy tych instytucji została wytworzona kompetencja do określania strategii i kierunków priorytetowych. Dalszym krokiem w tym zakresie musi być zapewnienie publikowanym mapom potrzeb zdrowotnych odpowiedniego oddziaływania na rzeczywistość. Doświadczenia ostatnich kilku lat pokazują, że priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej nie spełniają tej roli w zadawalającym stopniu, co w dużej mierze było efektem słabości dotychczasowej regulacji – w szczególności w zakresie braku odpowiednich narzędzi i mechanizmów, nie tylko do ich opracowania (nie zawsze pozytywne doświadczenie z funkcjonowania wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych), ale i zapewnienia odpowiedniego oddziaływania na system (zasięg oddziaływania planów zakupów świadczeń) oraz realizacji ich postanowień (poprawiony z czasem dzięki ocenie celowości inwestycji).

Celem nowelizacji ustawy jest wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia – umożliwienie funkcjonowania systemu, w którym działania są planowane z należytym wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na ich realizację. Nie ulega wątpliwości, że podstawy takich działań muszą być oparte o rzeczywiste – zobiektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla ich efektywnego funkcjonowania konieczne jest określania priorytetów. Z uwagi na ograniczone zasoby, nie tylko finansowe, ale i czasowe, oraz kadrowe, nie jest możliwe realizowanie wszystkich zadań jednocześnie w jednym czasie. Konieczne jest realizowanie w pierwszej kolejności zadań, które przyniosą największą korzyść zdrowotną dla ogółu społeczeństwa – w szczególności skupiających się na obszarach, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne są najbardziej oddalone od potencjalnie możliwych do uzyskania i osiąganych w innych państwach, w tym Unii Europejskiej. Jednocześnie jednak skuteczne wdrożenie takiego systemu jest uzależnione od zapewnienia warunków do uzyskania konsensu przez kluczowych interesariuszy – zarówno ze strony organizatorów systemu, płatnika publicznego, jak i świadczeniodawców – i zapewnienie warunków do realizacji tak ustalonych priorytetów i wybranych działań.

Obecne obowiązujące rozwiązania w zakresie sporządzania map potrzeb zdrowotnych zostały uregulowane w ustawie o świadczeniach oraz w art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.). Zgodnie z ich treścią, pierwsze dwie edycje regionalnych map potrzeb zdrowotnych, w odniesieniu wyłącznie do świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego sporządza Minister Zdrowia na okres od 30 kwietnia 2016 r. do 31 grudnia 2021 r.

Po tym okresie przejściowym, zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, po 2020 r. obowiązek koordynacji sporządzania dokumentów zostanie przeniesiony na NIZP-PZH. W pierwszej kolejności NIZP-PZH jest odpowiedzialny za przygotowanie projektu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, zwanej dalej „Regionalną Mapą”, dla danego województwa, który następnie jest przekazywany odpowiedniemu wojewodzie. Wojewoda na podstawie projektu, w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych, sporządza Regionalną Mapę, na okres 5 lat, którą przekazuje do NIZP-PZH. NIZP-PZH na podstawie Map Regionalnych tworzy Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Ogólnopolską”. Następnie zarówno Mapę Ogólnopolską i Mapy Regionalne NIZP-PZH przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia celem zatwierdzenia. Przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz Urzędów Wojewódzkich. NIZP-PZH przeprowadza również monitoring map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami wojewoda, na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na okres obowiązywania Regionalnej Mapy, w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych. W skład Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych wchodzą konsultanci wojewódzcy oraz 8 członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym: przedstawiciel wojewody, marszałka województwa, dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, zwanych dalej „OW NFZ”, NIZP-PZH, wojewódzkiego Urzędu Statystycznego, szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa, konwentu powiatów danego województwa oraz reprezentatywnych organizacji pracodawców. W przypadku zmian Regionalnej Mapy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych może dokonać aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

W oparciu o doświadczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie tworzenia i wdrażania map potrzeb zdrowotnych podjęto decyzję o nowelizacji systemu ich opracowywania i wdrożenia. Zastrzeżenia dotyczyły m.in. składu Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych, terminów tworzenia map, okresu obowiązywania map, niskiej skuteczności realizacji regionalnej polityki zdrowotnej i określania priorytetów, braku wynikających z map wniosków i rekomendacji.

Wobec powyższego niniejszą nowelizacją ustawy o świadczeniach wprowadzono szereg zmian mających na celu usprawnienie organizacji tworzenia map potrzeb zdrowotnych i wykorzystania ich do kreowania polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województwa.

Obecnie obowiązujące przepisy wykonawcze, oraz przyjęte uprzednio mapy potrzeb zdrowotnych oraz priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej zachowają moc do dnia 30 czerwca 2021 r. Wojewódzkie Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych powołane na podstawie dotychczasowych przepisów rozwiązuje się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

W związku z tym, że Ministerstwo Zdrowia nabyło przez ostatnie lata doświadczenie w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i zbudowało zespół z odpowiednimi kompetencjami projekt ustawy przewiduje kontynuację tego zadania w Ministerstwie Zdrowia. Kolejnymi argumentami przemawiającymi za pozostawieniem kwestii tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia są ograniczone możliwości wojewodów do opracowania map m.in. przez ograniczony dostęp do danych oraz narzędzi analitycznych. Ponadto pierwotna ustawa nie przewidywała skutków finansowych, dlatego też wojewodowie i NIZP-PZH nie będą w stanie zapewnić pracowników dla realizacji przewidzianych zadań w tym zakresie.

W projekcie ustawy przypisano Ministrowi Zdrowia zasoby kadrowe w wysokości 15 etatów. Odnośnie pracowników Ministerstwa Zdrowia działania przewidziane w ustawie będą wykonywane przez pracowników zatrudnionych w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, na dotychczasowych zasadach, bez konieczności zatrudniania nowych osób. Przewidywane skutki finansowe nie służą zatrudnieniu nowego zespołu, a wyłącznie utrzymaniu dotychczasowego po zakończeniu trwającego obecnie ww. projektu unijnego. Przypisane Ministrowi Zdrowia w projekcie ustawy zasoby kadrowe zostały określone w oparciu o dotychczasowe doświadczenia. Należy podkreślić, że pierwotny akt prawny wprowadzający mapy potrzeb zdrowotnych również w przypadku zadań Ministra Zdrowia nie przewidział jakichkolwiek zasobów kadrowych do ich realizacji i stąd konieczne było pozyskanie finansowania ze środków europejskich. W chwili obecnej nie ma możliwości przewidzenia, czy taka możliwość wystąpi ponownie w ramach przyszłej perspektywy finansowej Unii Europejskiej.

Zgodnie z zaproponowanymi przepisami ustawy nowelizującej minister właściwy do spraw zdrowia będzie sporządzał mapę potrzeb zdrowotnych obejmującą:

1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego;

2) rekomendowane kierunki działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i województw.

Przy tworzeniu mapy będzie się mieć na uwadze potrzebę zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych zarówno ogółu ludności Rzeczypospolitej Polskiej, jak i społeczności lokalnych.

Mapa będzie sporządzana na okres 7 lat, przy czym wyniki analiz demograficznych i epidemiologicznych, analiz stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego aktualizowane będą co roku.

Minister właściwy do spraw zdrowia będzie ogłaszał mapę w drodze obwieszczenia, do 30 czerwca roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania planów transformacji, z tym że pierwsza mapa potrzeb zdrowotnych, zgodnie z przepisami przejściowymi, zostanie sporządzona w terminie 1 miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy i będzie obowiązywała od dnia 1 lipca 2021 r. do dnia 31 grudnia 2027 r.

Dalsze zmiany dotyczą zastąpienia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji. Zmiana ta ma za zadanie jednoznaczne zidentyfikowanie i wzmocnienie ról podmiotów uczestniczących w procesie tworzenia i wdrażania mapy, z wyraźnym rozdzieleniem kompetencji w zakresie określania potrzeb zdrowotnych i wskazywania obszarów wymagających interwencji – przypadających ministrowi właściwemu do spraw zdrowia – od proponowania konkretnych rozwiązań w postaci planów transformacji: krajowego – sporządzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewódzkich – sporządzanych przez właściwych wojewodów.

Zmianą zaproponowaną w nowelizowanej ustawie jest sporządzenie krajowego planu transformacji dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej oraz wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa, uwzględniających rekomendowane kierunki działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i województw płynące z mapy potrzeb zdrowotnych.

W ocenie ministra właściwego do spraw zdrowia, dotychczas tworzone priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej nie są wystarczającym i efektywnym narzędziem, ponieważ w przeszłości były pisane zbyt ogólnie, a ponadto ich operacjonalizacja była istotnie utrudniona, gdyż wojewodowie nie mieli narzędzi w postaci przepisów prawa umożliwiających ich wdrożenie. Obecnie priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej mogą stanowić w najgorszym przypadku wyłącznie swego rodzaju „listę życzeń” - gdzie są wpisywane różne postulaty poszczególnych konsultantów wojewódzkich – niezależnie od oceny ich celowości, możliwości wdrożenia czy priorytetyzacji. W praktyce priorytety w mniejszym niż pierwotnie założono stopniu oddziałują na rzeczywistość. Nawet jeżeli zawierają one zasadne postulaty, to niestety nie ma żadnych narzędzi do ich wdrożenia, nie ma mechanizmów, które wymuszą, że zostaną podjęte działania w danym kierunku. Wprowadzane plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety miały charakter ogólny i często na potrzeby konsensu bardzo szeroki, co istotnie ograniczało ich efektywność. Plany transformacji zostały przewidziane w projekcie ustawy jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania (z przypisaniem m. in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny), mające służyć realizacji rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron.

Ponadto wprowadzono po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym – Krajowy Plan Transformacji (dotychczas nie miał swojego odpowiednika). Potrzeba jego wprowadzenia wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów kluczowych z perspektywy systemu jest możliwe wyłącznie na poziomie krajowym (dotyczy to w szczególności kadr medycznych czy usieciowienia świadczeń na poziomie ponadregionalnym).

Projektowane przepisy wpłyną również na wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad realizacją rekomendacji wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych – w obecnym stanie prawnym brak jest mechanizmów jakiegokolwiek nadzoru, który umożliwiałby zapewnienie, że zidentyfikowane potrzeby zdrowotne będą brane pod uwagę w działalności poszczególnych instytucji. Wprowadzone projektem ustawy narzędzia służą jednoznacznemu przypisaniu odpowiedzialności i nadaniu Ministrowi Zdrowia narzędzi dla wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych. Minister Zdrowia będzie miał wpływ na tworzone dokumenty wdrożeniowe – przez akceptację planów transformacji (w tym wojewódzkich) na etapie ich tworzenia, w szczególności weryfikację zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych i adekwatności proponowanych działań do identyfikowanych problemów i potrzeb, a także nadzór nad planami zakupu świadczeń NFZ i ocena ich zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych. Kolejnym przejawem nadzoru Ministra Zdrowia jest wprowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań, w szczególności coroczna ocena wskaźników i raporty śródokresowe, a także możliwość reaktywnej aktualizacji planów transformacji.

Ponadto efektywność pracy ponad 100 osobowej rady, o zróżnicowanych interesach poszczególnych członków, jest trudna do osiągnięcia. Z uwagi na kompleksowość uwarunkowań lokalnych (np. struktura właścicielska podmiotów leczniczych), a także ograniczone narzędzia prawne, obecnie nie ma możliwości pełnej koordynacji i określania działań na poziomie centralnym. Dlatego w projektowanej ustawie zaproponowano istotne zmiany, które posłużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków rad wojewódzkich i zapewnienie wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich, którzy z racji swojej funkcji wycinkowo patrzą na potrzeby pacjentów; przyjęcie, że plan transformacji przyjmowany jest przez wojewodę, a nie jak w przypadku obecnych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z radą (co w praktyce, dla uzyskania jakiegokolwiek porozumienia, prowadziło do przyjmowania kompromisu w postaci bardzo szerokich list priorytetów, których jednoczesna realizacja nie była możliwa).

W związku z powyższym uchyla się przepis dotyczący obowiązku sporządzania i aktualizowania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w ochronie zdrowia. Konsultanci wojewódzcy w danej dziedzinie medycyny nie będą już członkami rady, niemniej będą mieć wpływ na treść planów transformacji, gdyż Wojewódzka Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwana dalej „Wojewódzką Radą”, będzie mogła zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich przy ich tworzeniu.

Nowy dokument – plan transformacji będzie określał problemy zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym lub odpowiednio na poziomie województwa, działania w obszarach, o których wyżej, wraz z harmonogramem, podmioty odpowiedzialne za realizację działań, szacowane skutki finansowe działań, oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej. Plany sporządza się na okres 7 lat.

Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji będzie odpowiedzialny minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast wojewódzkiego planu transformacji – wojewoda. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji wojewódzkiego planu przy wojewodzie zaplanowano utworzenie Wojewódzkiej Rady.

W skład Wojewódzkiej Rady będą wchodzić przedstawiciele wojewody, Prezesa Funduszu, przedstawiciel marszałka województwa, konwentu powiatów danego województwa, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz NIZP – PZH. Przewodniczącym Wojewódzkiej Rady będzie wojewoda.

Członkiem rady może być osoba posiadająca wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka. Członków Wojewódzkiej Rady będzie powoływał wojewoda, na wniosek właściwych organów. W przypadku niezgłoszenia kandydata do rady przez właściwe organy, w terminie 14 dni od powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania Rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda.

Rada będzie podejmować uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów będzie decydować głos przewodniczącego rady. Koszty funkcjonowania Wojewódzkiej Rady – w tym zwrot kosztów przejazdu członków rady na posiedzenia oraz rekompensata pieniężna z tytułu utraconego wynagrodzenia za czas zwolnienia pracownika, będącego członkiem rady, od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach Rady – będą finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody w ramach przyznanych limitów budżetowych.

Nowo powołana Wojewódzka Rada zastąpi obecnie funkcjonującą Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych działającą na podstawie art. 95b ustawy o świadczeniach. Powyższe rozwiązania zostały wprowadzone z uwagi na konieczność zapewnienia efektywności funkcjonowania rady i wynikają z doświadczeń z funkcjonowaniem dotychczasowych rad, które częstokroć nie mogły efektywnie procedować priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej z uwagi na zbyt liczny skład rady. Zaproponowany w projekcie ustawy nowelizowanej skład rady ma zapewnić możliwość szerokiej dyskusji nad potrzebami zdrowotnymi i działaniami, które powinny być wdrożone na poziomie wojewódzkim.

Krajowy plan transformacji będzie uwzględniał rekomendacje wynikające z mapy oraz będzie ustalany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rada Dialogu Społecznego będzie miała prawo do wyrażenia opinii o krajowym planie z 14 – dniowym terminem zgłaszania uwag. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia ogłosi go w drodze obwieszczenia. Obwieszczenie to będzie publikowane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu, z tym że pierwszy krajowy plan na okres od 1 lipca 2021 r. do dnia 31 grudnia 2027 r., zgodnie z przepisami przejściowymi, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza do dnia 31 grudnia 2020 r.

Odnośnie wojewódzkiego planu transformacji projekt tego planu wojewoda przekaże do opinii marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego z 14 – dniowym terminem zgłaszania uwag. Następnie wojewoda będzie przekazywał projekt wojewódzkiego planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do ostatniego dnia lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu. Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokona oceny tego projektu w zakresie:

1) zgodności z mapą;

2) zgodności z krajowym planem;

3) zgodności z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia;

4) celowości uwzględnienia działań wykraczających poza zakres rekomendacji wynikających z mapy;

5) adekwatność przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do zidentyfikowanych w nim problemów zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej.

Następnie minister właściwy do spraw zdrowia albo zatwierdza projekt wojewódzkiego planu albo przekazuje wojewodzie uwagi do projektu.

Wojewoda, po zatwierdzeniu projektu wojewódzkiego planu przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub po uwzględnieniu przekazanych przez niego uwag, ogłasza wojewódzki plan w drodze obwieszczenia publikowanego w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Robi to nie później niż do dnia 15 lipca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu, z tym że pierwszy wojewódzki plan na okres od 1 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2027 r., zgodnie z przepisami przejściowymi, wojewoda sporządza do dnia 30 czerwca 2021 r.

Dodatkowym aspektem planów transformacji, który w ocenie projektodawcy ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia są takie elementy jak: monitoring, ocena śródokresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w planie.

W związku z powyższym, minister właściwy do spraw zdrowia w stosunku do krajowego planu i analogicznie wojewoda w stosunku do wojewódzkiego planu corocznie do dnia 31 marca będą przygotowywali monitoring z realizacji planu zawierający określenie wartości wskaźników osiągniętych w danym roku i publikowali na stronach Biuletynu Informacji Publicznej odpowiednio urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewodę.

W ramach oceny śródokresowej minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca czwartego roku kalendarzowego po wejściu w życie krajowego planu, będzie sporządzał sprawozdanie z jego realizacji, a następnie publikował je w Biuletynie Informacji Publiczne na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia. Analogicznie wojewoda w terminie do dnia 30 czerwca czwartego roku kalendarzowego po wejściu w życie wojewódzkiego planu, będzie sporządzał sprawozdanie z jego realizacji i publikował w Biuletynie Informacji Publiczne na stronie podmiotowej wojewody i przekazywał ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Wnioski płynące ze sprawozdawczości śródokresowej będą mogły być również wykorzystane przy aktualizacji działań w planie transformacji w wyniku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub w wyniku identyfikacji nowych istotnych problemów zdrowotnych i wyzwań w organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań oraz w opracowywaniu kolejnej mapy potrzeb zdrowotnych. Projektodawca dopuszcza możliwość aktualizacji planu, której celem jest zapewnienie adekwatności realizowanych planów do istniejącej sytuacji w systemie ochrony zdrowia.

Procedura sporządzania i przyjmowania aktualizacji planu transformacji jest analogiczna jak w przypadku planu pierwotnego.

Kolejnym etapem następującym po okresie 7-letniej realizacji planu, do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania planu transformacji, minister właściwy do spraw zdrowia i analogicznie wojewoda sporządzają końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji planu. Sprawozdanie z realizacji krajowego planu minister właściwy do spraw zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publiczne na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia. Sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu jest publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę i przekazane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Sprawozdanie, zarówno śródokresowe jak i końcowe, będzie zawierało:

1) opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;

2) opis sposobu wdrożenia rekomendacji przedstawionych w mapie;

3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań zrealizowanych lub podjętych w danym okresie;

4) stopień realizacji wskaźników;

5) zidentyfikowane istotne problemy zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;

6) wnioski wynikające z dotychczasowej realizacji planu;

7) propozycje aktualizacji działań określonych w planie.

Projektowana zmiana ustawy wpłynie również na system opieki zdrowotnej dostosowując realizację zadań przy użyciu narzędzi, jakimi jest opinia o celowości inwestycji, zwana dalej „OCI”, i plany zakupów, które będą bazowały na nowych mapach potrzeb zdrowotnych i stworzonych planach transformacji.

Projekt przewiduje, że OCI będą wydawane, zamiast na podstawie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, na podstawie krajowego i wojewódzkich planów transformacji. Utrzymuje się w mocy powiązanie OCI z mapami potrzeb zdrowotnych, jedynie zmienia się nazwę map. Analogicznie do zaproponowanych zmian w nowelizowanej ustawie dostosowuje się odpowiednie przepisy dotyczące formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ).

Przepisy projektu dotyczące wytycznych co do zawartości planów transformacji nie przesądzają jednoznacznie o zawartości tych planów w odniesieniu do poszczególnych zakresów świadczeń, dlatego postanowiono, aby wyposażyć Prezesa Funduszu, w odpowiednio elastyczne narzędzia, które umożliwią im dostosowanie liczby i zakresy realizowanych umów do planu transformacji.

W związku z koniecznością uwzględnienia krajowego czy wojewódzkiego planu transformacji w procesie zabezpieczenia dostępu do świadczeń przez Centralę NFZ i poszczególne OW NFZ, dodano przepisy, które stanowią wytyczne dla Prezesa NFZ w tym zakresie.

Do zadań Rady OW NFZ będzie dodatkowo należało opiniowanie planu zakupów na obszarze województwa, w tym również w zakresie jego zgodności z krajowym czy wojewódzkim planem transformacji.

Zmieniono procedurę sporządzania i ustala planu zakupu na obszarze województwa. Prezes Funduszu będzie sporządzał projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy i wojewódzkie plany transformacji. Następnie będzie przekazywał projekt planu zakupu radzie OW NFZ w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym i wojewódzkimi planami transformacji. Plan zakupu na obszarze województwa będzie zatwierdzał Prezes NFZ.

Przyjęte rozwiązania odnoszące się do zatwierdzania wojewódzkich planów zakupu świadczeń służą jednocześnie zapewnieniu, że minister właściwy do spraw zdrowia będzie miał możliwość weryfikacji zgodności tych dokumentów z mapą potrzeb zdrowotnych oraz planami transformacji w ramach nadzoru nad czynnościami Prezesa NFZ.

Niniejszą nowelizacją zmienia się również dwie inne ustawy:

1. ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.),
2. ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365, z późn. zm.)

– w zakresie zmiany priorytetów zdrowotnych i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej na plany transformacji i mapy potrzeb zdrowotnych.

Projektowane zmiany legislacyjne nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej, nie ma zatem potrzeby, aby moment wejścia w życie projektowanej ustawy określać ściśle w sposób zgodny z § 1 uchwały nr 20 Rady Ministrów z dnia 18 lutego 2014 r. w sprawie zaleceń ujednolicenia terminów wejścia w życie niektórych aktów normatywnych (M.P. poz. 205).

Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanych zmian na funkcjonowanie małych i średnich przedsiębiorców lub mikroprzedsiębiorców, co wynika ze specyfiki podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, które będą objęte planowaniem strategicznym w ochronie zdrowia. Zasadniczo będą one realizowane w podmiotach leczniczych, które z punktu widzenia przyjętego podziału przedsiębiorców w oparciu o wielkość zatrudnienia, będą kwalifikowane najczęściej jako duży lub średni przedsiębiorca.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Proponuje się, aby przepisy nowelizowanej ustawy weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisu uchylającego upoważnienie ustawowe do wydania aktu wykonawczego w zakresie określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia priorytetów zdrowotnych, który wejdzie w życie z dniem 30 czerwca 2021 r. Należy zauważyć, że zgodnie z intencją ustawodawcy następuje zastąpienie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.