



ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH

ASSOCIATION OF POLISH COUNTIES
(member of Council of European Municipalities and Regions)

Pałac Kultury i Nauki, XXVII piętro, 00-901 Warszawa 134,
Plac Defilad 1, skr. pocztowa 7, tel. (22) 656 63 34, fax. (22) 656 63 33

Adres do korespondencji: 33-300 Nowy Sącz 1, skr. pocztowa 119, tel. (18) 477 86 00,
fax. (18) 477 86 11, e-mail: biuro@powiatypolskie.pl, www.zpp.pl

PREZES ZARZĄDU

Ludwik Węgrzyn
POWIAT BOCHENSKI

WICEPREZESI ZARZĄDU

Robert Godek
POWIAT STRZYŻOWSKI

Janina Kwiecień
POWIAT KARTUSKI

Ewa Masny-Askanas
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Krzysztof Nosal
POWIAT KALISKI

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI /woj. ŚLĄSKIE/

Zenon Rodzik
POWIAT OPOLSKI /woj. LUBELSKIE/

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI /woj. PODLASKIE/

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

Marek Tramś
POWIAT POLKOWICKI

CZŁONKOWIE ZARZĄDU

Sebastian Burdzy
POWIAT ŚREDZKI

Zbigniew Deptuła
POWIAT MAKOWSKI

Edmund Kaczmarek
POWIAT JĘDRZEJOWSKI

Franciszek Koszowski
POWIAT ŚWIECKI

Edmund Kotecki
POWIAT BRZEZIŃSKI

Józef Kozina
POWIAT GŁUBCZYCKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Tadeusz Kwiatkowski
POWIAT DĄBROWSKI

Krzysztof Lis
POWIAT SZCZECINECKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Marek Pławiak
POWIAT NOWOSĄDECKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Marek Chciałowski
POWIAT GARWOLIŃSKI

Andrzej Ciołek
POWIAT GOŁDAPSKI

Janusz Guzdek
POWIAT DZIERŻONIOWSKI

Józef Jodłowski
POWIAT RZESZOWSKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Szczepan Ołdakowski
POWIAT SUWAŃSKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0713/1783/15

Warszawa, 24 sierpnia 2015 roku

Szanowny Pan

Cezary CIEŚLUKOWSKI

Sekretarz Stanu

w Ministerstwie Zdrowia

Współprzewodniczący

Zespołu ds. Ochrony Zdrowia

i Polityki Społecznej KWRiST

Szanowny Panie Ministrze,

w związku ze skierowaniem do uzgodnień z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego projektu rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w załączeniu przesyłam uwagi zgłoszone przez powiaty oraz powiatowe podmioty lecznicze, z wnioskiem o ich rozpatrzenie na posiedzeniu Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej. Liczę, że zgłoszone zastrzeżenia zostaną wzięte pod uwagę w toku dalszych prac nad projektem rozporządzenia.

Z wyrazami szacunku

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Ludwik Węgrzyn

Załącznik:

- Lista uwag

1. PCM w Wieruszowie (łódzkie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Katarzyna Śmiałek
e-mail	peñnomocnik@pcm-nzoz-wieruszow.pl
tel.	62 78 45 506

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	Str. 2 pkt 1)	Zamiast wprowadzać dodatkowe środki na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne wprowadzić podwyżkę stawki za punkt z 52 zł na 58 zł i wtedy regulacje płacowe będą w gestii Dyrekcji placówki.	Proponowane rozwiązanie może doprowadzić do niezadowolenia personelu.
2.	Str. 36	Nie wprowadzanie zmian o 5 punktów procentowych możliwości przesunąć pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń.	Bardzo trudno jest przewidzieć jaki będzie poziom wykonania kontraktu. Dlatego aktualnie obowiązujące regulacje są optymalne.
3.			

2. PCZ w Malborku (Pomorskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku
--------------	---

Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	
e-mail	ewa.karamon@pcz.net.pl
tel.	

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	§ 13 ust. 4	<p>W związku z propozycją wprowadzenia nowych zaleceń dla lekarzy dyżurujących w oddziałach dziecięcych szpitali, wprowadzających konieczność konsultowania z ordynatorem lub kierownikiem oddziału dziecięcego, każdego dziecka któremu odmawia się przyjęcia do szpitala – stwierdzamy, że powyższa propozycja jest nierealna do spełnienia a także nie jest właściwą, ze względu na podważenie funkcjonowania systemu dyżurowego. Każdy lekarz podejmując się dyżurowania odpowiada za swoje decyzje, które podejmuje badanie dziecka ocenie jego stanu i ustalenia zgodnie ze swoją wiedzą konieczności przyjęcia do szpitala bądź odmowy przyjęcia. Ordynator telefonicznie nie może prawnie nakazać przyjęcia lub odmowy przyjęcia- nie badając dziecka. Takie postanowienie podważa również kompetencje lekarza dyżurnego, co może prowadzić do obniżenia motywacji i satysfakcji z pracy pediatry. Natomiast wskazane i praktykowane jest konsultowanie z ordynatorem każdego problematycznego przypadku nowo -przyjętego dziecka bądź leczonego w oddziale. Ordynator jest w kontakcie telefonicznym z każdym lekarzem dyżurnym, lecz bez możliwości zbadania dziecka w Izbie Przyjęć, nie może być obciążony odpowiedzialnością za decyzje lekarza dyżurnego. Według proponowanych zaleceń lekarz dyżurny o każde dziecko, które zamierza odesłać z Izby Przyjęć będzie musiał zapytać ordynatora czyli defacto dyżur pełni ordynator i lekarz dyżurny- jest to niewykonalne w ciągu całego miesiąca , ordynatorzy nie będą chcieli pełnić tej funkcji.</p>	<p>Uzasadnienie na podstawie Konsultanta Wojewódzkiego (woj. Pomorskie) w Dziedzinie Pediatrii dr hab. n. med. Barbary Kamińskiej prof. nadzw. Dot. zapisu § 13 ust. 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Należy wyjaśnić co znaczy przyjęcie do szpitala (w moim rozumieniu jest to przyjęcie do SOR. KOR. Izby Przyjęć), a co innego znaczy przyjęcie do oddziału. Które z nich ma spełniać wymogi zawarte w rozporządzeniu? 2. Zawarte w zapisie zalecenia są w większości Szpitali niewykonalne z powodu obsady na dyżurach pediatrycznych (dotyczy to głównie Szpitali Powiatowych np. dyżuruje ordynator-do kogo ma zadzwonić); dyżur pod telefonem dla rzeszy ordynatorów lub innych wymienionych w rozporządzeniu wymaga dodatkowych kosztów-czyich i skąd? 3. Konsultacje szczególnie młodszych, ale również doświadczonych lekarzy decydujących o fakcie nieprzyjęcia dziecka są zasadą pracy lekarzy pediatrów lub rezydentów. Jako konsultant ds. pediatrii woj. Pomorskiego i Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci GUMed tę zasadę w województwie stosujemy. Konsultant Krajowy ds. pediatrii Prof. Jackowska obliuguje i przypomina nam o tej zasadzie ogromnej ostrożności i odpowiedzialności.

2.			
3.			

3. Powiat Elbląski (Warmińsko-Mazurskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Starostwo Powiatowe w Elblągu
Organizacja samorządowa	Samorząd powiatowy
Osoba do kontaktu	Teresa Cierachowska - Prezes Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. w Pastęku
e-mail	dyrektor@szpitalpaslek.com
tel.	55 249 15 90

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	§ 2, ust. 1	proponuje się dodanie obok pielęgniarek i położnych innych pracowników wykonujących zawód medyczny	Nie uwzględnienie w projekcie rozporządzenia innych pracowników wykonujących zawód medyczny tj. np. sanitariusz, czy technik medyczny spowoduje ich niezadowolenie. W konsekwencji ciężar podwyższenia wynagrodzeń dla tej grupy pracowników spadnie na pracodawców.
2.	§ 2, ust. 4, pkt. 2	proponuje się dodanie w pkt. 2: pozytywnie zaopiniowanym przez upoważnionego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawiciela samorządu pielęgniarek i położnych, zatrudnionego u danego świadczeniodawcy [...] Kwota podwyżki zapewne będzie mało satysfakcjonująca, okresowa i nie spowoduje rozwiązania problemu.	Uwzględnienie takiego zapisu zagwarantuje, że będzie to osoba z konkretnego podmiotu leczniczego reprezentująca jego pracowników.
3.			

4. Powiat Jarosławski (Podkarpackie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Starostwo Powiatowe w Jarosławiu
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Karol Dąbrowski
e-mail	zdrowie@powiat.jaroslaw.pl
tel.	(16) 624-62-55

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	§2 ust.1 projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	wykreślenie słów: „... z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne...” Lub zapisanie tej części zdania w sposób następujący: „... z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne dla podmiotów innych niż publiczne ...”	Bezasadne i krzywdzące jest wykluczenie części pielęgniarek zatrudnionych w ramach umowy o pracę, biorących czynny udział w realizacji świadczeń zdrowotnych.
2.			
3.			

5. Powiat Lidzbarski (Warmińsko-Mazurskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Powiat Lidzbarski – Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Agnieszka Lasowa
e-mail	sekretariat@zozlw.pl
tel.	89 7672561

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	§ 1 ust.1 pkt 7 załącznika do rozporządzenia	Proponowane brzmienie – 7) planie rzeczowo-finansowym – rozumie się przez to, stanowiący załącznik do umowy, o której mowa w pkt 15, wykaz objętych umową zakresów świadczeń opieki zdrowotnej i odpowiadających im liczb jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym, cen jednostek rozliczeniowych oraz współczynników korygujących i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń stanowiących iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych, ceny jednostki rozliczeniowej i współczynnika korygującego;	§ 18 ust. 2 i 3 załącznika do rozporządzenia
2.			
3.			

6. Powiat Poddębicki (Łódzkie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd: Starostwo Powiatowe w Poddębicach	Starostwo Powiatowe w Poddębicach
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu Romana Dominiak	Romana Dominiak
e-mail zdrowie@poddebicki.pl	zdrowie@poddebicki.pl
tel. 43 678 78 40	

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	§ 2 projektu rozporządzenia	Określenie kategorii pielęgniarek uprawnionych do otrzymania podwyżek wynagrodzenia nie obejmuje pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne jako osoba zatrudniona w innym podmiocie leczniczym, który wykonuje świadczenia zdrowotne na rzecz podmiotu posiadającego umowę z NFZ (subkontrakt).	<p>Powołane w przedmiotowym przepisie podstawy prawne z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz wskazanie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej nie obejmują wszystkich pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz podmiotu posiadającego kontrakt z NF.</p> <p>Art. 26 ustawy o działalności leczniczej przewiduje, że podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907, z późn. zm.), może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Oznacza to, że pielęgniarki mogą wykonywać świadczenia zdrowotne na rzecz jednego podmiotu będąc zatrudniona w innym podmiocie leczniczym wyłonionym w w/w trybie, zaś projekt rozporządzenia pomija tą kategorię osób,</p>

			które zgłoszone są w Potencjale Świadczeniodawcy mającego kontrakt z NFZ.
2.	§ 2 projektu rozporządzenia	Określenie kategorii pielęgniarek uprawnionych do otrzymania podwyżek wynagrodzenia nie obejmuje pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne w ramach zatrudnienia w domach pomocy społecznej.	Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej realizują świadczenia zdrowotne na rzecz mieszkańców tych domów. W przypadku gdy pielęgniarka zatrudniona jest w DPS w oparciu o umowę o pracę i jest to jej podstawowe miejsce zatrudnienia również powinna być objęta podwyżką, o której mowa w projekcie rozporządzenia.
3.			

7. ZPOZ w Łomży (Podlaskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	PODMIOT LECZNICZY: ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W ŁOMŻY
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Stanisław Studencki – Dyrektor Zakładu
e-mail	zpozsekretariat@wp.pl
tel.	86-215-69-49

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
-----	--	--------------------------------	--------------------

4.	§ 2	Ta część projektu wyłącza świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej z grupy świadczeniodawców dla których określone zostają mechanizmy otrzymywania przez nich dodatkowych środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych – brak odpowiednich zapisów legislacyjnych skutkuje brakiem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej.	§ 2 nie powinien znajdować się w projekcie rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów – ustawodawca powinien stworzyć oddzielny akt prawny, który jednoznacznie określałby zasady wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich kategorii pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
5.			
6.			

8. SP SzSchP w Zakopanem (Małopolskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Samodzielny Publiczny Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc im. dr O. Sokołowskiego, ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane
Organizacja samorządowa	Zarząd Powiatu Tatrzańskiego
Osoba do kontaktu	Helena Brzozowska
e-mail	administracja@szpitalsokolowski.pl
tel.	18 20 150 45 wew. 126

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.		Zwiększyć nakłady na służbę zdrowia	Dyrekcja Szpitala będzie mogła dać podwyżkę nie tylko pielęgniarkom, ale również pozostałym pracownikom. Proponowane podwyżki dla pielęgniarek nie spełniają ich oczekiwań (oczekują jeden tysiąc złotych) a pozostali pracownicy zostaną dyskryminowani.
2.			
3.			

9. Powiat Bocheński (Małopolskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Starostwo Powiatowe w Bochni
Organizacja samorządowa	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej
Osoba do kontaktu	Jarosław Kycia
e-mail	jaroslaw.kycia@szpital-bochnia.pl
tel.	(14) 615 32 01

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	§2 ust. 4 Rozporządzenia	Czy kwota średniego wzrostu wynagrodzenia o 300 zł zawiera również składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy?	Pojęcie „wynagrodzenie wraz z innymi składnikami i pochodnymi” nie przesądza o tym, czy kwota średniego wzrostu wynagrodzenia zawiera składki należne od pracodawcy. Wymaga to doprecyzowania.
2.	§2 ust. 4 Rozporządzenia	Rozporządzenie nie określa przypadku, gdy w okresie do 30 czerwca 2016 r. zwiększy się lub zmniejszy się liczba zatrudnionych pielęgniarek.	Brak procedury aneksowania w przypadku zmiany liczby pielęgniarek w okresie do 30 czerwca 2016 r.
3.	§20 ust. 4 pkt. 2 i 3 OWU	W projekcie zmniejszono o 5 % możliwość przesunięcia kwot pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń.	Zmiana taka jest niekorzystna dla świadczeniodawców i pacjentów. Przede wszystkim zmniejsza elastyczność świadczeniodawców w zakresie organizacji udzielania świadczeń w tym występujące sytuacje losowe, ale przede wszystkim ogranicza możliwości dostosowywania zakresu i rodzaju świadczeń do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów. W ostateczności będzie to skutkowało ograniczeniem liczby świadczeń udzielanych pacjentom i zmniejszeniem rzeczywistej wartości środków finansowych przekazywanych świadczeniodawcom (NFZ nie jest bowiem zobowiązany do zwrotu środków z tzw. nadwykonań).
4.	§23 ust. 1 OWU	Niekorzystne dla Świadczeniodawców skrócenie terminu korygowania raportu statystycznego z 45 dni na 30 dni.	Skrócenie terminu korygowania raportu statystycznego z 45 dni na 30 dni jest wysoce niekorzystne dla świadczeniodawców. Z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy, korekty wykonanych lub sprawozdanych świadczeń

			wykonywane są obecnie często po 30 dniach od realizacji świadczenia (np. w związku z błędami systemu informatycznego uniemożliwiającymi należyte sprawozdanie, częstymi zmianami sposobów rozliczeń). W ostateczności będzie to wpływać na nierozliczenie części procedur świadczonych przez szpital i braku zapłaty ze strony NFZ za rzeczywiście wykonane świadczenia.
5.	§29 ust. 1 OWU	Jak należy rozumieć określenie „niewykonanie umowy”?	Nie jest jasne jaki charakter ma §29 ust. 1 w zw. z §30 ust. 1. Czy §30 ust. 1 zawiera enumeratywne wyliczenie przypadków niewykonania umowy?

10. SPZOZ w Augustowie (Podlaskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE UL. SZPITALNA 12 16-300 AUGUSTÓW
Organizacja samorządowa	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE UL. SZPITALNA 12 16-300 AUGUSTÓW
Osoba do kontaktu	ANNA KUJAWSKA
e-mail	anna.kujawska@spzoz.augustow.pl
tel.	876444280

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
7.	Str. 2 §2	Brak zapisów prawnych gwarantujących utrzymanie podwyżki wynagrodzeń po upływie okresu przejściowego.	Z projektu Rozporządzenia wynika, iż zapowiedziane podwyżki są zagwarantowane na czas określony. Nie został stworzony żaden mechanizm prawny zabezpieczający pewność wypłaty negocjowanych na szczeblu ogólnokrajowym wynagrodzeń. Zaproponowana na negocjacjach kwota środków finansowych ma wystarczyć na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w wysokości średnio po 300,-zł. miesięcznie od 01.09.2015r. W rzeczywistości pielęgniarka lub położna może realnie otrzymać miesięcznie wypłatę kwoty ok. 172,-zł. miesięcznie.

8.	Str. 1 §2.1	Wyłączenie z tej grupy pielęgniarek i położnych w POZ, poradni specjalistycznych	Wyłączenie pielęgniarek, położnych POZ i AOS jest niezgodne z z Ustawą z dnia 26 czerwca 1974r.(Dz.U. 1974 Nr 24 poz. 141) Kodeksem pracy art. 94.
9.	Str. 8 §6 pkt. 2	Zgłoszenie zmian na koniec miesiąca (zbiorowo).	
10.	Str. 10 §9 pkt. 2	Skrócić z 30-tu dni do 14-tu w przypadku sytuacji, których nie można zaplanować.	
5.	Str. 10 §9 pkt. 3	Skrócić czas oczekiwania na zgodę dyrektora OWNFZ do 3 dni i 2 dni.	
6.	Str. 13 §12 pkt. 8	Jest to przerzucenie całego ciężaru kosztów diagnostyki na szpital; badania do planowych zabiegów powinny być wykonywane przez lekarza POZ lub AOS, przynajmniej podstawowe (morfologia, RTG klatki piersiowej, jeśli trzeba, lub inne RTG czy antygen Hbs).	
7.	Str. 14 §13 pkt. 4	Wymaganie konsultacji z ordynatorem jest nieuzasadnione, wystarczy lekarz specjalista.	
8.	Str. 24 §30 ust. 1 pkt. 2	Karę zmniejszyć do 0,5% wartości kontraktu. To i tak duża kwota.	
9.	Str. 25 §30 pkt. 3	Nie sumować kar i ograniczyć kwotę maksymalną do 1% wartości kontraktu, ponieważ opłacanie kary odbywa się ze środków na leczenie pacjenta.	
10.	Str. 26 §31 ust. 1 pkt. 3	Powinna to być niewielka kara ryczałtowa.	
11.	Str. 36 §20 ust. 1 pkt. 2 oraz 3	Brak uzasadnienia dla zmniejszenia możliwości przesunięć pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń zakontraktowanych dla tego samego podmiotu. W przypadku niewykonania kontraktu w jednym zakresie a jednoczesnym nadwykonaniu w innym (np. zabiegowym) w ramach tej samej jednostki środki powinny ulegać przesunięciu. Środki NFZ powinny pokrywać faktyczne wykonanie i służyć pacjentom.	

11. Częstochowa (Śląskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Starostwo Powiatowe w Częstochowie
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Małgorzata Krason
e-mail	m.krason@czestochowa.powiat.pl
tel.	34-322-91-44

1	§ 2 ust. 6	Aktualna treść tego artykułu stoi w sprzeczności z treścią § 4 zgodnie z którym całe rozporządzenie wchodzi w życie od 1 stycznia 2016 r. (za wyjątkiem § 2).	Równoczesny byt prawny rozporządzeń o tej samej nazwie dotyczących tego samego zakresu oraz sprzeczność poszczególnych paragrafów rozporządzenia wprowadza niepotrzebny zamęt prawny. Nowe rozwiązania można wprowadzić wcześniej niż od dnia 1 lipca 2016 r.	Wykreślono zapis o stosowaniu dotychczasowego rozporządzenia do 30 czerwca 2016 r. Proponowany tekst § 2 ust. 6): § 2. 6. Szczegółowe warunki rozliczania kwoty zobowiązania wynikającej z tytułu realizacji zmiany umowy, o której mowa w ust. 3, oraz dokumenty potwierdzające realizację porozumienia, o którym mowa w ust. 3, określi Prezes Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W pozostałym zakresie do wykonywania tej umowy, do dnia 30 czerwca 2016 r., stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki
---	------------	---	--	---

				zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
2	Załącznik § 3. 3.	Błąd językowy.		Zamiast: „Świadczeniodawca jest obowiązany przestrzegać prawa pacjenta wynikające z obowiązujących przepisów.” powinno być: „Świadczeniodawca jest obowiązany przestrzegać praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów.”
3	Załącznik § 10. 5.	Wprowadzając usługi (obok serwisów) nie uwzględniono ich w treści tego przepisu § 10. 5.		Zamiast: „Sposób i warunki korzystania z poszczególnych serwisów określają postanowienia odpowiednich (...)” powinno być: „Sposób i warunki korzystania z poszczególnych serwisów i usług określają postanowienia odpowiednich (...)”
4	Załącznik § 11. 4. pkt 7)	Ograniczono obowiązek informacji tylko do „najbliższego miejsca”, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Powinno to być określenie nie „miejsca” a „podmiotu leczniczego”.	Ograniczenie informacji do najbliższego miejsca może ograniczyć dostępność świadczeń medycznych. Nie jest określone czy jest to „najbliższość” geograficzna, jeśli tak to inny ośrodek może być dostępny szybciej czasowo.	Zamiast: „ adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. ” powinno być: „ adresów oraz numerów telefonów podmiotów leczniczych, w którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej poza godzinami pracy określonymi w umowie świadczeniodawcy. ”
5	Załącznik § 16.3.	Wyłączono możliwość uzyskania dodatkowego wynagrodzenia (przez wprowadzenie wskaźników korekcyjnych przez Prezesa NFZ) przez pielęgniarki i położne zatrudnione w ramach realizacji umów w rodzaju podstawowa	Uzasadnienie jak dla § 2 ust. 1.	Wykreślono niezasadne ograniczenia. Proponowany tekst § 16 ust 3: § 16. 3. Prezes Funduszu określi współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące

		opieka zdrowotna oraz umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne.		świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów, z wyłączeniem umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych.
6	Załącznik § 20.1.	Nie zostały określone terminy rozpatrzenia wniosku świadczeniodawcy i wydania rozstrzygnięcia.	Szczególnie dla świadczeniodawców realizujących wiele umów w różnych rodzajach świadczeń, tak, że świadczenia z jednej umowy są również sprawozdawane w ramach innej umowy jest potrzeba przyśpieszenia czasu rozpatrywania przedstawionych rozliczeń realizacji umowy. Po kilku dniach od złożenia wniosku dane o wykonaniu umowy są już nieaktualne i istnieje konieczność korygowania wniosków co wydłuża termin ich rozpatrzenia (nawet do 2 miesięcy), co może powodować blokowanie uzyskania finansowania za wykonane świadczenia. Skrócenie terminu akceptacji przyjętych danych o wykonaniu umowy skróci termin rozpatrywania poszczególnych wniosków.	Na końcu § 20 ust 1. Proponuje się wprowadzić zdanie: „Jeżeli Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie zgłosi zastrzeżeń w terminie 5 dni roboczych przyjmuje się, że wyliczenia pod względem przyjętych danych o wykonaniu umowy są przedstawione prawidłowo.”
7	Załącznik § 20.4 pkt. 2) i 3).	Ograniczono możliwość zmniejszania ustalonych kwot zobowiązań w stosunku do dotychczasowych rozwiązań co powoduje zmniejszenie możliwości rozliczenia świadczeń wykonanych ponadlimitowo i utratę niewykorzystanych środków w poszczególnych umowach a tym samym zmniejszenie kontraktów i środków finansowych przyznanych	Ograniczenie możliwości zmniejszania ustalonych kwot zobowiązań do 10% dla rodzaju i 15% dla zakresu świadczeń (dotychczas odpowiednio: 15 i 20%) spowoduje istotne pogorszenie sytuacji finansowej podmiotów leczniczych realizujących umowy w wielu rodzajach świadczeń. Faktyczna realizacja świadczeń jest w dużej mierze nieprzewidywalna. Świadczeniodawca powinien mieć możliwość decydowania o tym w jakiej	Propozycja usunięcia tekstu zawartego w § 20 ust. 4 pkt 2) i 3): § 20. 4. 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 10 %, dla każdego rodzaju świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego; 3) zmniejszenia kwot zobowiązań

		na realizację umów.	wysokości przesunąć niewykorzystane środki na wykonania ponadlimitowe między zawartymi umowami i nie powinno być żadnych ograniczeń w tym zakresie.	ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach danego rodzaju świadczeń, o więcej niż 15 %, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
8	Załącznik § 20.6.	Wyłączono możliwość elastycznego rozliczania umów dotyczących świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie określonym w § 20 załącznika.	Takie wyłączenie umów dotyczących świadczeń wysokospecjalistycznych jest niezrozumiałe i niezasadne. Brak możliwości przesunięć z innymi zakresami może powodować realne straty finansowe u świadczeniodawców.	Wykreślono niezasadne wyłączenie świadczeń wysokospecjalistycznych. Proponowany tekst § 20 ust. 6: § 20. 6. 6. Przepisów ust. 1–5 nie stosuje się do umów dotyczących: 1) programów lekowych; 2) chemioterapii określonych w przepisach wydanych na podstawie ustawy o refundacji; 3) świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy.
9	Załącznik § 21.2.	Ograniczono możliwość zmniejszania ustalonych kwot zobowiązań w poszczególnych zakresach w danym rodzaju umów w stosunku do dotychczasowych rozwiązań co powoduje zmniejszenie możliwości rozliczenia świadczeń wykonanych ponadlimitowo w poszczególnych zakresach i utratę niewykorzystanych środków a tym samym zmniejszenie kontraktów i środków finansowych przyznanych na realizację umów	Ograniczenie możliwości zmniejszania ustalonych kwot zobowiązań do 15% dla zakresu świadczeń (dotychczas 20%) spowoduje istotne pogorszenie sytuacji finansowej podmiotów leczniczych realizujących umowy zawierające wiele zakresów świadczeń. Faktyczna realizacja świadczeń w poszczególnych zakresach jest w dużej mierze nieprzewidywalna, zwłaszcza jeżeli dotyczy świadczeń ratujących życie. Świadczeniodawca powinien mieć możliwość decydowania o tym w jakiej wysokości przesunąć niewykorzystane środki na wykonania ponadlimitowe pomiędzy zakresami umowy i nie powinno być żadnych ograniczeń w tym zakresie.	Propozycja usunięcia tekstu § 21 ust. 2 pkt 2) : § 21.2. Zmiana umowy, o której mowa w ust. 1, nie może spowodować: 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 15 %, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowie na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;

10	Załącznik § 36.2.	Ograniczono względem rozwiązań dotychczasowych wymogu uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń (dotyczy pkt. 6): „wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności”	Realna możliwość nadużyć przy rozwiązywaniu umów bez wypowiedzenia, przede wszystkim z uwagi na możliwość w dużej mierze swobodnej ocenności. Teraz przy zarzucie nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem danych lub informacji jest możliwość przedstawienia dlaczego przedstawione zostały takie dane i czy rzeczywiście były niezgodne. Jest też kwestia wagi tych danych. Obecnie istnieje możliwość usunięcia naruszeń, Naruszenia te mogą wynikać nawet z przyczyn niezawinionych.	Wprowadzenie aktualnych rozwiązań Proponowany tekst § 36 ust. 2 pkt 2) i 3): § 21.2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2–6 5 , rozwiązanie umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń w terminie 14 dni albo dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.
11	Załącznik § 22	Pozostawiono zapis: „W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 20 i § 21 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach, albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania”	Pozostawienie takiego zapisu uniemożliwi rozliczenie i sfinansowanie świadczeń ponadlimitowych w umowach i zakresach, w których w ciągu roku nastąpiło na wniosek świadczeniodawcy zmniejszenie kontraktu, a przecież może zdarzyć się sytuacja udzielenia świadczeń w trybie ratującym życie, lub świadczeń rozliczanych indywidualnie – kosztochłonnych, które spowodują przekroczenie kontraktu w zakresach, w których nastąpiło zmniejszenie.	Propozycja usunięcia zapisu zawartego w § 22 w brzmieniu: „W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 20 i § 21 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach, albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania”
12	Załącznik § 1 pkt. 9) i 12)	W stosunku do poprzedniego Rozporządzenia w definicji raportu statystycznego pominięto słowa „ze wskazaniem tych objętych rachunkiem” oraz wprowadzono instytucję <u>szablonu rachunku</u>	Takie rozwiązanie pozbawia świadczeniodawcę prawa do decydowania o tym, które z wykonanych świadczeń przedstawia Funduszowi do rozliczenia, ta decyzja należeć ma teraz do Funduszu, który będzie w pierwszej kolejności wskazywał w szablonie rachunku świadczenia ratujące życie, utrudniając, a może nawet uniemożliwiając uzyskanie przez	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 1 pkt.9) w brzmieniu: „9) raporcie statystycznym – rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym ze wskazaniem tych objętych rachunkiem ”

			świadczeniodawcę zapłaty za świadczenia planowe jeżeli Fundusz odmówi zapłaty za nie).	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 1 pkt.12) w brzmieniu: „szablonie rachunku – rozumie się przez to informację o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazanych przez świadczeniodawcę Fundusz do ujęcia w rachunku”
13	Załącznik § 23 pkt.1	W stosunku do poprzedniego Rozporządzenia skrócono czas na korygowanie raportu statystycznego z 45 dni, na 30 dni.	Wprowadzony w projekcie przepis dotyczący ograniczenia możliwości korygowania raportu statystycznego do 30 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego jest utrudnieniem dla świadczeniodawców realizujących liczne zakresy świadczeń (nawet 200). Proponujemy pozostawienie terminu 45-dniowego.	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 23 pkt.1 w brzmieniu: „Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 45 30 dni po upływie okresu rozliczeniowego.”
14	Załącznik § 29 ust.5 i 6	Zapisy dotyczące kar umownych.	Świadczeniodawca nie powinien być zagrożony możliwością potrącenia kary umownej przed wyczerpaniem przysługujących mu środków odwoławczych (tj. rozpatrzenia zażalenia na nałożenie kary).	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 29 ust.5 i 6 w brzmieniu: „W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu potrąca należność z tytułu kary umownej wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności z zastrzeżeniem ust.6”, a początek ustępu 6 otrzymałby brzmienie „W przypadku skorzystania przez świadczeniodawcę i wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oraz niedokonania wpłaty środków przez świadczeniodawcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia należności z tytułu kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności

				przysługującej świadczeniodawcy. (...)
15	Załącznik § 30 ust.1 pkt. 1b)	W poprzedniej wersji rozporządzenia kara umowna mogła być nałożona za „ <u>udaremnianie czynności kontrolnych</u> ” a obecnie za „ <u>utrudnianie czynności kontrolnych</u> ”	Obecna wersja <i>jest</i> mniej korzystna dla świadczeniodawcy i pozostawia duże pole interpretacji dla urzędników Funduszu co w przypadku kary umownej nie powinno mieć miejsca.	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 30 ust.1 pkt b) w brzmieniu: „(...) b). udaremniania utrudniania czynności kontrolnych”
16	Załącznik § 30 ust.1 pkt. 2 d) i 3 a)	W poprzedniej wersji rozporządzenia kara umowna mogła być nałożona w przypadku prowadzenia list oczekujących lub dokumentacji medycznej w sposób „ <u>rażąco</u> naruszający przepisy prawa”, a w obecnej wersji skreślono słowo „rażący” .	Kara umowna nie powinna być nakładana w przypadku gdy naruszenie nie jest rażące.	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 30 ust.2 d) i 3 a) w brzmieniu: „(...) d) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie lub prowadzenie tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa”
17	Załącznik § 30 ust. 1 pkt. 2 d)-f)	W poprzedniej wersji nienależyte realizowanie umowy związane z prowadzeniem list oczekujących oraz rejestracją pacjentów było zagrożone karą w wysokości 1% a w obecnej wersji zagrożenie zwiększono do 2%	Kara za nienależyte realizowanie umowy związane z prowadzeniem list oczekujących oraz rejestracją pacjentów nie powinna przekraczać 1%.	Propozycja zmiany zapisu zawartego w § 30 ust.1 pkt.2 d)-f) w brzmieniu: „”do 1% 2% (...)”
18	Załącznik § 36	Wprowadzono możliwość dla Funduszu rozwiązania umowy w przypadku gdy świadczenia są udzielane przez personel medyczny niezgodnie z harmonogramem.	Zapis ten jest ogromnym i nadmiernym ryzykiem dla świadczeniodawców, gdyż taka sytuacja zdarza się bardzo często i zazwyczaj nie z winy świadczeniodawców (np. choroba czy urlop na żądanie).	Propozycja usunięcia zapisu w § 36

12. Powiat Rzeszowski (Podkarpackie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	POWIAT RZESZOWSKI - SPZZOZ „SANATORIUM” IM. JANA PAWŁA II W GÓRNI
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Elżbieta Burzyńska, Jolanta Tomczyk-Fila
e-mail	biuro@gorno.eu
tel.	17 7715300

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1.	Rozdz. 3, paragraf 16 pkt 2.	Prezes Funduszu ustali współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.	1). Zakłady opiekuńczo-lecznicze należą do rodzajów świadczeń, w których brak standaryzacji usług. Ostatnie rozwiązania wprowadzające jako wskaźnik korygujący świadczenia z zakresu żywienia dojelitowego i pozajelitowego powodują niewspółmierne i nieadekwatne do ponoszonych nakładów pracy personelu różnicowanie pacjenta pod względem finansowym. Zarówno pacjent żywiony dojelitowo i pozajelitowo wymaga wzmożonej opieki jak i pacjent, u którego zachowany jest odruch połykania ale jest osobą w zupełności zależną od opiekuna, który musi poświęcić znacznie więcej czasu aby go nakarmić, zastosować profilaktykę przeciwoleżynową, i wykonać wszystkie czynności za niego. Opieka długoterminowa jest bardzo trudna i ciężka, a brak zwiększonych nakładów finansowych powoduje, że zaczyna brakować personelu chętnego do pracy z tego typu pacjentami. 2). Opieka paliatywna / hospicyjna. Brak mechanizmu obligującego płatnika do zapłaty nadwykonań przy założeniach, że pacjentowi w terminalnej fazie choroby nowotworowej, cierpiącemu nie zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić przyjęcia na oddział. Postuluje się aby zniesiono limitowanie opieki paliatywnej w Polsce. Limitowanie jakichkolwiek świadczeń a zwłaszcza świadczeń w opiece długoterminowej i paliatywnej jest nieetyczne i narusza prawo pacjenta do godnej opieki i do godnego umierania.
2.	Rozdział 3 paragraf 16 pkt 3	Prezes funduszu określi współczynniki korygujące, o których mowa w ust 2, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne	System finansowania świadczeń zdrowotnych musi uwzględniać cały personel medyczny i pozamedyczny pracujący przy pacjencie a nie stosować wybiórczych metod do zaspokajania rozszczeń wybranych grup zawodowych. Jest to niezgodne z prawem pracy.

13. Powiat Rzeszowski (Podkarpackie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	POWIAT RZESZOWSKI ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2 W RZESZOWIE
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Ewa Skoczyńska
e-mail	skoczynska.e@zoz2-rzeszow.med.pl
tel.	17 8535466

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
1	§ 2 pkt. 1 strona 1 projektu Rozporządzenia	<p>Wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zakładany w projekcie Rozporządzenia powinien bezwzględnie obejmować wszystkie pielęgniarki i położne niezależnie od miejsca zatrudnienia. Wprowadzić należy współczynniki korygujące dla pielęgniarek realizujących świadczenia w rodzaju świadczenia szpitalne, opiekuńczo-pielęgniacyjne, paliatywne w warunkach stacjonarnych, tak aby różnicować finansowania w/w z pielęgniarkami i położnymi realizującymi świadczenia w trybie ambulatoryjnym.</p> <p>Na podkreślenie zasługuje także fakt, iż proponowane zapisy nie uwzględniają pielęgniarek zatrudnionych w DPS-ach, placówkach które nie mają zawartych umów z NFZ.</p> <p>Należy wykreślić z zapis „ z wyłączeniem umowy w</p>	<p>Wykluczenie grup pielęgniarek i położnych zatrudnionych u świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, jest całkowicie niezrozumiałe, nieuzasadnione w projekcie Rozporządzenia. Nie znane są argumenty oraz brak jakiegokolwiek uzasadnienia takiego podziału środków.</p> <p>Co więcej na stronie 33 projektu Rozporządzenia (uzasadnienie) widnieje zapis: „(...) Proponowane zmiany wynikają ze zwiększonego zakresu uprawnień zawodowych Pielęgniarek i Położnych, nadanych znowelizowaną ustawą o zawodach Pielęgniarki i Położnej”, który odwołuje się między innymi do nowych uprawnień w zakresie ordynowania przez pielęgniarki i położne wybranych produktów leczniczych oraz zlecania badań laboratoryjnych. Czynności te będą realizowane najczęściej przez pielęgniarki i położne realizujące swoje świadczenia właśnie w podstawowej opiece zdrowotnej, więc tym bardziej niezrozumiałe jest fakt wyłączenia tej części grupy zawodowej Pielęgniarek i Położnych z planowanego zwiększenia finansowania świadczeń.</p>

		rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wyskospecjalistyczne”	Należy bezwzględnie zadbać, aby nowe regulacje objęły wszystkie Pielęgniarki i Położne niezależnie od miejsca pracy. Faworyzowanie wybranych grup pracowników nosi znamiona dyskryminacji, będzie prowadzić do konfliktowania środowiska Pielęgniarek i Położnych.
2	§ 2 ust. 3, pkt 1 strona 2 projektu Rozporządzenia	Podany okres wypłaty dodatkowych środków finansowych do 30 czerwca 2016 r. nie uwzględnia umów z rodzaju zdrowia psychicznego, które kończą się 31.03.2016 r.	Rozporządzenie nie uwzględnia tej sytuacji wcześniejszego zakończenia umów przez 1.07.2016 r. Czy nowe umowy w II kwartale 2016 r. będą zawierane tak jak wcześniejsze umowy z NFZ czy będą określone współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 2 i 3 OWU.
3	§ 2 ust. 4, strona 2 projektu Rozporządzenia	Średni wzrost wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi w przeliczeniu na etat w zakładanym przez projekt okresie czasu, nie powinien być mniejszy niż 600 zł , z założeniem dalszego wzrostu finansowania na podobnym poziomie w przyszłości.	Średni wzrost wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat jest rażąco niski, jest kwotą całkowicie nie do zaakceptowania, biorąc pod uwagę zakres czynności oraz odpowiedzialności pielęgniarek i położnych, posiadane kwalifikacje zawodowe oraz w perspektywie odpowiedzialności wynikającej z nowych uprawnień nadanych nowelizowaną ustawą o zawodach Pielęgniarki i Położnej.

14. Powiat Tomaszowski (Lubelskie)

Informacja o projekcie:

Tytuł	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Autor	MZ
Projekt z dnia	23 lipca 2015r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	Starostwo Powiatowe w Tomaszowie Lubelskim
Organizacja samorządowa	
Osoba do kontaktu	Krystyna Zajączkowska
e-mail	
tel.	84 665-8611

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art.,	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi
-----	---	--------------------------------	--------------------

	nr str., rozdział)		
1.	§20 ust.1	Kwartalne przesunięcia pomiędzy rodzajami świadczeń – wnioski świadczeniodawcy powinien być złożony nie później niż 45 dni po upływie kwartału kalendarzowego	Okres ten jest niezbędny do korygowania błędów w raportach statystycznych wynikających z: 1. koincydencji w poz, zakładach opieki długoterminowej i rehabilitacyjnych (w tych zakładach sprawozdawczość przekazywana jest w późniejszych terminach z powodu wydłużonego okresu udzielania świadczeń) 2. wyjaśniania błędnych dat zgonów pacjentów z NFZ i Urzędem Stanu Cywilnego (powstałych nie z winy świadczeniodawcy).
2.	§20 ust.4	Zmiana kwoty zmniejszenia lub zwiększenia wartości umowy w: rodzajach świadczeń z 15% na 10%, zakresach świadczeń z 20% na 15%	Zmniejszenie możliwości dokonywania przesunięć o 5% w rodzajach i zakresach świadczeń uniemożliwia płynne wykorzystywanie wartości całorocznej umowy. Świadczeniodawca niewykorzystane środki będzie musiał zwrócić NFZ, co wiąże się ze wzrostem liczby niezapłaconych świadczeń ponadlimitowych.
3.	§23 ust.1	Korygowanie raportów statystycznych do 30 dni po upływie okresu rozliczeniowego -proponujemy 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego	Okres ten jest niezbędny do korygowania błędów w raportach statystycznych wynikających z: 1. koincydencji w poz, lecznictwie stacjonarnym, świadczeniach odrębnie kontraktowanych, aos, zakładach opieki długoterminowej i rehabilitacyjnych, 2. wyjaśniania błędnych dat zgonów pacjentów z urzędem USC (powstałych nie z winy świadczeniodawcy), 3. wyjaśniania uprawnień świadczeniobiorców do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych
4.	§30 ust.1 pkt 2e	Zwiększenie kwoty kary umownej w związku z nieterminowym przekazaniem danych dotyczących list oczekujących z 1% na 2% wartości określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń - proponujemy pozostawienie dotychczasowego 1%	Wzrost tej kwoty jest niewspółmierny do informacji przekazywanych w cotygodniowych i miesięcznych raportach kolejek oczekujących. Cotygodniowe raporty o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczeń oraz KOLCE, które prowadzone są w systemach informatycznych NFZ wymuszają dodatkowe obowiązki personelu rejestrującego i sprawozdającego te raporty, co może skutkować opóźnieniem przekazywania tych raportów chociażby o kilka dni roboczych.