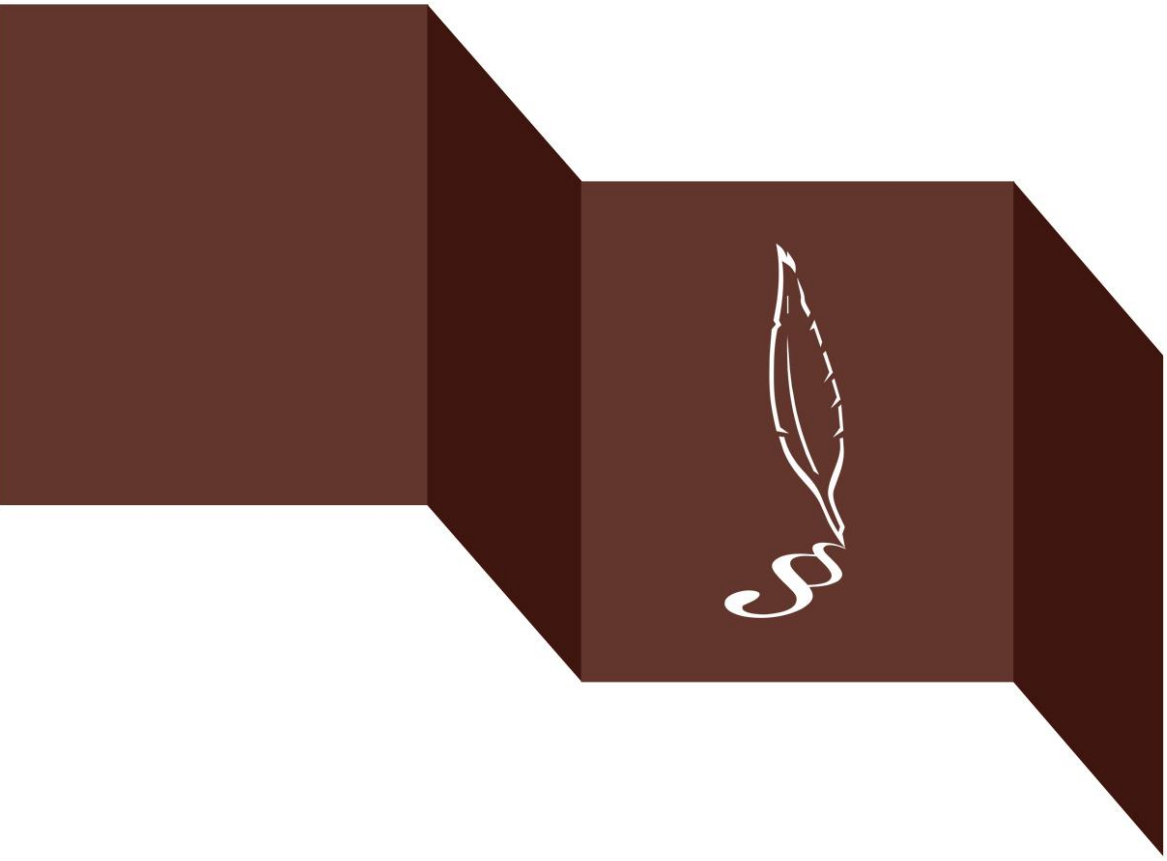
ALERT PRAWNY

HARMONOGRAM NOWYCH ZADAŃ DYREKTORA SP ZOZ-u NA 2017 r.

KONDRAT
I PARTNERZY

Al. Niepodległości 223/1, 02-087 Warszawa
tel.: (22) 831 12 34, fax: (22) 357 98 63, www.kondrat.pl, biuro@kondrat.pl



Zastrzeżenie prawne

Treść Alertu prawnego nie stanowi opinii prawnej, porady prawnej ani informacji o obowiązującym stanie prawny

ALERT PRAWNY

HARMONOGRAM NOWYCH ZADAŃ DYREKTORA SP ZOZ-u NA 2017 r

1. AUTORZY

Partner
Sławomir Molęda
Kondrat i Partnerzy
✉ **slawomir.moleda@kondrat.pl**

Aplikant radcowski
Natalia Dyda
Kondrat i Partnerzy
✉ **natalia.dyda@kondrat.pl**

PODSTAWA PRAWNA

- ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U.2016.217)
- ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2016.1355);
- ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2016.1265);
- ustawa z dnia 9 sierpnia 2016 r. o zasadach kształtowania wynagrodzeń osób kierujących niektórymi spółkami (Dz.U.2016.1202);

- art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618);
- art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2016.1535);
- art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015.2198);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1372);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz.U.2016.1539);
- projekt z 27 września 2016 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych;
- projekt z 19 grudnia 2016 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- projekt z 20 grudnia 2016 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów;
- projekt z 20 grudnia 2016 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania umowy zawartej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- projekt z 22 grudnia 2016 r. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wraz z załącznikami.

WPROWADZENIE

W 2017 roku zmienia się wiele przepisów dotyczących sektora ochrony zdrowia. Na szpitale prywatne nałożono nowe obowiązki. Prezes szpitala będzie musiał zadbać o ich dopełnienie. Planując inwestycje, należy wystąpić z wnioskiem o wydanie opinii o ich celowości. Trzeba ocenić szanse zakwalifikowania zakładu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnych i uzyskania finansowania świadczeń na zasadach ryczałtowych. Nadchodzi czas wszczęcia postępowań konkursowych, co wymaga zapoznania się z nowymi zasadami i kryteriami kontraktowania. Trzeba będzie przygotować nowe procedury i umowy, a dotychczasowe uaktualnić. Do końca roku należy dostosować pomieszczenia i wdrożyć elektroniczną dokumentację medyczną. Ten rok będzie ponadto okresem, w którym wzrosną koszty działalności leczniczej. Nieodzowne będą podwyżki wynagrodzeń pracowników i zleceniobiorców. Konieczne będzie uwzględnienie wzrostu kosztów wykonywania umów outsourcingowych.

Za wprowadzenie tych wszystkich zmian i zapewnienie funduszy na ich realizację odpowiada prezes szpitala. Z powyższych względów oddajemy w Państwa ręce ten harmonogram ze wskazówkami kiedy i jakie kroki należy podjąć, aby sprawnie pokierować spółką w nowych warunkach.

1. WNIOSEK O WYDANIE OPINII O CELOWOŚCI INWESTYCJI

TERMIN: jak najszybciej

Jeśli SP ZOZ zamierza inwestować i ubiegać się o kontrakt z NFZ, to powinien złożyć u wojewody wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji. W toku postępowań konkursowych NFZ bierze pod uwagę posiadanie ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Za jej brak przyznawane są punkty ujemne (-8 punktów).

O opinię należy wystąpić także wtedy, gdy SP ZOZ zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich. Brak opinii skutkuje odrzuceniem wniosku o dofinansowanie bez względu na wartość inwestycji. Dotyczy to każdego programu unijnego, który zostanie wykorzystany do dofinansowania działalności objętej opiniowaniem: zarówno z obszaru ochrony zdrowia, jak i np. innowacji, jak również każdego trybu postępowania, zarówno konkursowego, jak i pozakonkursowego.

Opiniowanie obejmuje utworzenie nowych (po 29 czerwca 2016 r.) podmiotów leczniczych oraz nowych jednostek lub komórek organizacyjnych istniejących podmiotów, a także inwestycji rozpoczętych po tym dniu. Opinie wydaje się dla działalności leczniczej wykonywanej w 3 zakresach: leczenia szpitalnego (LS), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), a w odniesieniu do dofinansowania ze środków unijnych - także podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Opiniowanie nie obejmuje świadczeń wykonywanych w innych zakresach, np. opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, lecznictwa uzdrowiskowego, czy programów lekowych, choćby nawet udzielanych w szpitalu.

Rodzaje inwestycji, które podlegają opiniowaniu:

1) utworzenie nowego podmiotu leczniczego,
2) utworzenie nowych jednostek lub komórek organizacyjnych dotychczasowego podmiotu,
3) inne inwestycje, których wartość przekracza:
    a. 3 miliony zł w okresie 2 lat - w zakresie LS;
    b. 2 miliony zł w okresie 2 lat - w zakresie AOS;

UWAGA:
Jeśli SP ZOZ zamierza ubiegać się o dofinansowanie ze środków europejskich, to opiniowaniu podlega każda inwestycja z zakresu LS, AOS i POZ bez względu na jej wartość.
Opiniowanie dotyczy wszystkich typów inwestycji: zakupowych, budowlanych, a także łączonych, np. zakup nowej aparatury medycznej, ambulansów. Do określenia wartości inwestycji zalicza się poniesione lub planowane koszty przygotowania do realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym.

Wniosek wypełnia się wraz z formularzem IOWISZ za pośrednictwem platformy teleinformatycznej dostępnej na stronie: https://iowisz.ezdrowie.gov.pl/ Wniosek składa się razem z formularzem w postaci papierowej lub elektronicznej. W tym drugim przypadku wniosek wymaga opatrzenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP. Złożenie wniosku podlega opłacie 4000 zł.

Ocena inwestycji wskazanej we wniosku odbywa się kaskadowo: najpierw wnioskodawca ocenia się sam (tzw. samoocena inwestycyjna), następnie ocenia go Narodowy Fundusz Zdrowia, a ostatecznie wojewoda (w niektórych przypadkach minister zdrowia). Opinia wydawana jest w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Od decyzji negatywnej przysługuje protest do ministra zdrowia.

Przed złożeniem wniosku należy przeanalizować regionalne priorytety polityki zdrowotnej oraz mapy potrzeb zdrowotnych w danym regionie. Są one brane pod uwagę przy wydawaniu opinii. Sygnalizujemy, że w przypadku zmiany map, zmienią się też regionalne priorytety. Może się okazać, że plan inwestycyjny sporządzony z dużym wyprzedzeniem nie będzie aktualny, ponieważ zrealizowanie danych priorytetów zostało zagwarantowane we wcześniejszym wniosku, złożonym przez inną placówkę. Z tego względu rekomendujemy jak najszybsze składanie wniosków. Zwłaszcza, jeśli wpisują się one w aktualne mapy i priorytety. Wnioski są oceniane według kolejności wpływu, z uwzględnieniem złożonych wcześniej. Pozytywną opinię w tym samym zakresie inwestycyjnym otrzyma ten, kto wystąpi o nią pierwszy.

Regionalne priorytety, mapy potrzeb i opinie nie są na razie brane pod uwagę przy kwalifikowaniu do sieci szpitali. Nie mają też wpływu na wysokość finansowania ryczałtowego.

2. KWALIFIKACJA DO SYSTEMU PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

TERMIN: do 31 marca 2017 r.

W 2017 roku ma powstać system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tak zwana sieć szpitali,. System obejmie podmioty lecznicze, w których funkcjonuje izba przyjęć albo szpitalny oddział ratunkowy (SOR). Oprócz świadczeń szpitalnych, PSZ ma zabezpieczać dostęp do świadczeń z zakresu AOS realizowanych w poradni przyszpitalnej położonej w tej samej dzielnicy lub gminie co szpital, a także nocną i świąteczną opiekę zdrowotną.

Szpitale spełniające kryteria włączenia do systemu zostaną przyporządkowane do jednego z 6 poziomów w zależności od profilów działalności. Pod pojęciem profilu działalności należy rozumieć profile lub rodzaje komórek organizacyjnych wskazane w tzw. rozporządzeniach koszykowych. Kolejne poziomy

zabezpieczenia charakteryzuje coraz wyższy stopień specjalizacji. Do odrębnych poziomów zakwalifikowane zostaną szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, pediatryczne, a także ogólnopolskie.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ dokonają kwalifikacji do poszczególnych poziomów, po czym opublikują w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ. Pierwsze wykazy mają powstać do 31 marca 2017 r. i obowiązywać od 1 lipca 2017 r. Wykazy obejmą szpitale ze wskazaniem profili ich działalności i będą obowiązywać przez 4 lata.

Jeśli nastąpią zmiany mające wpływ na zakwalifikowanie szpitala do danego poziomu, to może on zostać przeniesiony do innego poziomu lub nawet usunięty z sieci. Profile charakteryzujące poszczególne poziomy PSZ określi Minister Zdrowia. Możliwa będzie realizacja profili dodatkowych, niesklasyfikowanych w katalogu profili wymaganych do włączenia do sieci, takich jak: chemioterapia jednego dnia, choroby zakaźne, toksykologia kliniczna. Przewidywana jest możliwość zlecenia podwykonawcy części świadczeń udzielanych w ramach profilu.

Aby zakwalifikować się do sieci, SP ZOZ powinien posiadać kontrakt z NFZ w zakresie dotyczącym świadczeń PSZ. Musi wykonywać kontrakt przez co najmniej 2 lata, w tym w trybie hospitalizacji. Do czasu trwania kontraktu zaliczany będzie okres kontraktu przejętego od innej placówki.

Sygnalizujemy, że należy rozważyć przeprowadzenie procedury konsolidacji zakładów w celu zakwalifikowania ich do jak najwyższego poziomu zabezpieczenia, a tym samym uzyskanie wyższego ryczałtu. Podmiot tworzący powinien rozważyć przyjęcie uchwały w sprawie konsolidacji zakładów przed końcem marca 2017 r.

Z jednej strony kryteria włączenia do sieci nie pozostawiają pola dla uznaniowości, a z drugiej przepisy szczególne umożliwią dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ włączenie do sieci szpitala niespełniającego kryteriów. Będzie on mógł to uczynić ze względu na *"zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń"*. Jedynym wymogiem formalnym będzie uzyskanie pozytywnej opinii Ministra Zdrowia.

Wprowadzenie PSZ może prowadzić do administracyjnej kontroli finansowania oraz funkcjonowania szpitali. Wprowadzono odrębną procedurę kwalifikacji do PSZ, do której nie będą stosowane ogólne zasady postępowania administracyjnego. Ponadto wprowadzenie kryteriów, które muszą zostać spełnione, a jednocześnie pozostawienie furtki do wydania uznaniowej decyzji sprawia, że może dojść do uprzywilejowania szpitali publicznych.

PSZ nie uwzględnia danych z map potrzeb zdrowotnych i regionalnych priorytetów. Może w związku z tym dojść do sytuacji, że infrastruktura medyczna nie będzie dostosowana do rzeczywistych potrzeb w regionie. Sieć nie jest połączona z systemem IOWISZ i opiniami o celowości inwestycji. Tym samym kryteria zakwalifikowania do sieci nie uwzględniają wytycznych Komisji Europejskiej, od których spełnienia uzależnione jest uruchomienie środków unijnych z funduszy strukturalnych dla Polski z perspektywy finansowej na lata 2014-2020. Możliwe, że dofinansowanie z UE zostanie wstrzymane ze względu na naruszenie warunków przyznawania dotacji. Zdaniem

Kancelarii projektowane rozwiązania nie będą raczej sprzyjać poprawianiu jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia, a mogą wręcz zniechęcać do inwestowania podmioty prywatne.

3. RAPORT O SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ
TERMIN: do 31 maja 2017 r.

Dyrektor SP ZOZ-u ma obowiązek sporządzenia oraz przekazania podmiotowi tworzącemu do 31 maja każdego roku raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej placówki. Dokument ten sporządza się na podstawie sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy i to bez względu na wynik finansowy. Tegoroczny raport powinien zawierać analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej w 2016 roku, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na lata 2017 – 2019 oraz opis przyjętych założeń.

Wskaźniki ekonomiczno-finansowe, będące podstawą analizy i prognozy z raportu, sposób ich obliczania i przypisane im oceny punktowe określi Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia. Mają one zapewnić przejrzystość i jednolitość analiz oraz porównywalność wskaźników.

W przypadku wystąpienia ujemnego wyniku finansowego dyrektor ma ponadto obowiązek przygotowania programu naprawczego, który sporządza się bazując na informacjach zawartych w raporcie

Patrz: 7. PROGRAM NAPRAWCZY SP ZOZ-U

4. POROZUMIENIA W SPRAWIEPODWYŻEK
TERMIN: przed 30 czerwca 2017 r.

Zgodnie z projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, podmiot leczniczy będzie zobowiązany do ustalenia ze związkami zawodowymi stopniowego wzrostu poziomu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych. W placówce, w której nie działa zakładowa organizacja związkowa, porozumienie będzie zawierane z pracownikiem wybranym przez innych pracowników do reprezentowania ich interesów. Porozumienia mają być zawarte do 31 maja 2017 r.

Negocjacje mają być prowadzone z uwzględnieniem sytuacji i możliwości finansowych placówki. W razie nie zawarcia porozumienia, dyrektor będzie musiał ustalić sposób podwyższenia wynagrodzenia w formie zarządzenia. W porozumieniu lub zarządzeniu mają być określone zasady podwyższania wynagrodzeń także dla pracowników niewykonujących zawodu medycznego.

Do 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie pracownika wykonującego zawód medyczny będzie trzeba podwyższyć o co najmniej 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym, a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

Najniższe wynagrodzenie zasadnicze stanowi iloczyn współczynnika pracy oraz kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarcze narodowej. Na okres do 31 grudnia 2019 r. wyznaczono kwotę stałą tj. 3900 zł. Podwyżki nie obejmą lekarzy stażystów.

Proponowane współczynniki pracy dla poszczególnych grup zawodowych wynoszą:

1) lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny – 1,27;
2) lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny - 1,17;
3) lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji – 1,05;
4) farmaceuci, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni albo inni pracownicy wykonujący zawody medyczne inne niż określone w pkt 1-3, wymagające wyższego wykształcenia i specjalizacji – 1,05;
5) farmaceuci, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni albo inni pracownicy wykonujący zawody medyczne inne niż określone w pkt 1-4, wymagające wyższego wykształcenia, bez specjalizacji – 0,73;
6) pielęgniarka lub położna z tytułem magistra ze specjalizacją - 1,05;
7) pielęgniarka albo położna ze specjalizacją - 0,73;
8) pielęgniarka albo położna bez specjalizacji - 0,64;
9) fizjoterapeuci albo inni pracownicy wykonujący zawody medyczne inne niż określone w pkt 1-8, wymagające średniego wykształcenia – 0,64;
10) pozostali pracownicy wykonujący zawody medyczne – 0,525.

Zwracamy uwagę, że docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego ma zostać osiągnięta dopiero po upływie wskazanego w ustawie okresu przejściowego (do 31 grudnia 2021 r.). Cały proces jest zatem rozciągnięty w czasie.

Nadmieniamy, iż 1 stycznia 2017 roku zmieniły się też inne przepisy z zakresu prawa pracy:

- *każdy pracownik powinien otrzymywać co najmniej wynagrodzenie minimalne, które w tym roku wynosi 2000 zł brutto (zatrudniony w pełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy, bez względu na staż pracy);*
- *do wynagrodzenia minimalnego osób pracujących nocą nie można wliczać dodatku za pracę nocną;*
- *wprowadzono minimalną stawkę godzinową w kwocie 13 zł brutto dla osób świadczących usługi na zleceniach lub innych umowach o świadczenie usług.*

Brak środków finansowych na planowane podwyżki wynagrodzeń może doprowadzić do likwidacji stanowisk pracy na rzecz innych form wykonywania zawodu. Na SP ZOZ, który będzie wypłacał przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi wynagrodzenie niższe niż minimalna stawka godzinowa, może zostać nałożona kara grzywny w wysokości od 1000 do 30.000 zł.

Przy podwyższaniu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych na zasadach określonych w roku 2015 (tzw. podwyżki Zembali) powinien zostać uwzględniony opisany wyżej wzrost najniższych wynagrodzeń zasadniczych. Przepisy o najniższym wynagrodzeniu pracowników medycznych nie odnoszą się bowiem do kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych. Niewykluczone, że po wypłaceniu funduszy przeznaczonych na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych nie będzie trzeba im podwyższać pensji zgodnie z omawianym projekt.

5. PRZYGOTOWANIE OFERTY KONTRAKTOWEJ
TERMIN: przed 30 czerwca 2017 r.

Wykazy placówek zakwalifikowanych do PSZ mają powstać do 31 marca 2017 r. Szpitale w sieci będą miały gwarantowane finansowanie ryczałtowe na 4 lata. Kontrakty w systemie PSZ powinny zostać podpisane przed **1 lipca 2017 r.** Podstawą do wyliczenia ryczałtu na okres od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r., ma być wartość świadczeń udzielonych przez placówkę od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r., z zachowaniem proporcjonalności czasu.

Placówki poza siecią będą mogły ubiegać się o kontrakt na dotychczasowych zasadach. Do konkursów mogą przystąpić również szpitale z sieci w zakresie świadczeń nieobjętych ryczałtem, które wymieniamy poniżej:

1) w trakcie wykonywania których odbywa się poród;
2) endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego;
3) zabiegi usunięcia zaćmy;
4) wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami;
5) chemioterapia, w tym leki stosowane w chemioterapii;
6) radioterapia;
7) wysokospecjalistyczne ujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych;
8) realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;
9) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
10) diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
11) rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;
12) objęte kompleksową opieką nad pacjentem.

Umowy z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zawarte ze szpitalami spoza PSZ wygasną 1 lipca 2017 r. Na wniosek NFZ i za zgodą placówki umowy o udzielanie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień mogą zostać aneksowane do 31 grudnia 2017 r.

Naszym zdaniem istnieje ryzyko niedofinansowania szpitali, które znalazły się na skraju dwóch poziomów i nie zakwalifikowały się do wyższego, a tym samym odpowiednio wyżej opłacanego. Ryczałt ma obejmować nadwykonania. Niewykluczone, że szpitalom w PSZ nie zostaną zwrócone koszty udzielenia świadczeń przekraczających ryczałt. Placówka po przyporządkowaniu do odpowiedniego poziomu może mieć utrudnioną możliwość dochodzenia wypłaty środków za świadczenia ponadlimitowe.

Przygotowując się do przystąpienia do konkursu, dyrektor SP ZOZ-u powinien wziąć pod uwagę nowe warunki rankingujące, inne wagi poszczególnych kryteriów, metody obliczania sumy punktów zawarte w nowym rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wykazy kryteriów dla określonych rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej są opisane w poszczególnych załącznikach do rozporządzenia.

Możliwe, że problemy z wprowadzeniem PSZ sprawią, iż kontrakty zostaną ponownie przedłużone na dotychczasowych zasadach. Niemniej jednak uważamy, że SP ZOZ powinien przygotować się do konkursów, które odbywają się w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia postępowania konkursowego.

6. WYNAGRDZENIE DYREKTORA

Sygnalizujemy, że w zmienionej ustawie kominowej umożliwiono przyznanie dyrektorowi świadczeń dodatkowych, w tym nagrody jubileuszowej. Można ponadto podwyższyć miesięczne wynagrodzenie dyrektora z dotychczasowej czterokrotności do sześciokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstwa bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa GUS.

Kancelaria wskazuje, że zmiany przepisów z ustawy kominowej nie powodują automatycznej podwyżki wynagrodzeń. To podmiot tworzący może podjąć w tym zakrsiee stosowną uchwałę oraz aneksować umowę lub sporządzić nową. Niemniej jednak dyrektor może wystąpić z inicjatywą i negocjować przyznanie mu podwyżki lub świadczeń dodatkowych. Nowe przepisy stwarzają bowiem uprawnienie do zwiększenia pensji dyrektora i przyznania mu nagrody rocznej w wyższej wysokości albo nagrody jubileuszowej, ale nie nakładają na podmioty tworzące takiego obowiązku

7. PROGRAM NAPRAWCZY SP ZOZ-u
TERMIN: do 30 września 2017 r.

Jeśli SP ZOZ wykaże ujemny wynik finansowy (stratę netto) za 2016 rok, to na dyrektorze SP ZOZ-u spoczywa obowiązek przygotowania odpowiedniego programu naprawczego. Dyrektor ma obowiązek sporządzić program, bazując na informacjach zawartych w raporcie o sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Patrz: 3. RAPORT O SYTUACJI EKONOMICZNO – FINANSOWEJ

Program przygotowywany jest na okres 3 lat. Należy przedłożyć go organowi założycielskiemu do akceptacji w ciągu 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za 2016 r.

Jeżeli rok obrotowy jest rokiem kalendarzowym, to program za 2016 r. należy sporządzić do 30 września 2017 r. Jeśli nie, to program naprawczy będzie trzeba opracować w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania za rok obrotowy rozpoczęty po 15 lipca 2016 r.

W programie naprawczym należy zawrzeć informacje dotyczące źródła finansowania deficytu finansowego szpitala, np. poprzez ubieganie się o przyznanie środków finansowych w ramach pomocy publicznej czy też dotacji unijnych, planowaną redukcję wydatków, a także możliwe sposoby usprawnienia działania placówki, np. restrukturyzację zatrudnienia, reorganizację oddziałów, zmiany w zarządzaniu i administracji. Trzeba precyzyjnie opisać, w jaki sposób SP ZOZ zamierza pokrywać i sukcesywnie zmniejszać zadłużenie.

Po zatwierdzeniu programu naprawczego dyrektor zobowiązany jest podjąć wszelkie możliwe działania w celu wdrożenia go, a zwłaszcza pozyskania funduszy na pokrycie kosztów działalności zakładu, aby nie dopuścić do jego likwidacji. SP ZOZ powinien pokryć stratę netto we własnym zakresie. W braku takiej możliwości stratę musi pokryć organ założycielski. Może on też dobrowolnie sfinansować dodatkowych świadczeń. Organ założycielski może ponadto przekazać SP ZOZ innemu podmiotowi publicznemu na podstawie porozumienia, np. szpital powiatowy można przekazać wojewodzie. Jeśli organ założycielski nie zaakceptuje programu naprawczego, to może nakazać likwidację zakładu.

8. DOSTOSOWANIE POMIESZCZEŃ I URZĄDZEŃ TERMIN: do 31 grudnia 2017 r.

Dyrektor SP ZOZ-u powinien dopilnować sfinalizowania działań określonych w programie dostosowawczym, który został złożony w rejestrze w 2012 r. Na nim spoczywa obowiązek zarezerwowania środków finansowych niezbędnych do przeprowadzenia ich. Warto rozważyć złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków unijnych. Jeśli SP ZOZ zamierza ubiegać się o dotację na realizację programu dostosowawczego, to uprzednio powinien uzyskać opinię o celowości inwestycji wydawaną w systemie IOWISZ. We wniosku o wydanie takiej opinii należy uwzględnić zmiany infrastruktury zgodne z programem dostosowawczym.

Program dostosowawczy powinien zostać zrealizowany do 31 grudnia 2017 r. Jednakże termin na dostosowanie pomieszczeń był już wielokrotnie wydłużany. Ponadto, dopiero w połowie 2016 roku, wraz z uruchomieniem systemu IOWISZ, stało się możliwe ubieganie o dofinansowanie inwestycji ze środków unijnych na lata 2014-2020. Możliwe, że obecny termin zostanie przedłużony po raz kolejny

9. WDROŻENIE ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (EDM)

TERMIN: do 31 grudnia 2017 r.

Od 1 stycznia 2018 r. dokumentacja medyczna w podmiotach leczniczych ma być prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej. Do końca 2017 roku dyrektor powinien zapewnić warunki organizacyjne i techniczne gwarantujące ochronę przetwarzanych danych w formie elektronicznej, a w szczególności ich zabezpieczenie przed nieuprawnionym dostępem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem, a także przed modyfikacją, uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą.
Obowiązek wdrożenia EDM dotyczy dokumentacji indywidualnej wytworzonej po 31 grudnia 2017 r. Nie trzeba przenosić na formę elektroniczną dokumentacji wytworzonej w formie papierowej. EDM należy prowadzić zgodnie z ogólnymi zasadami prawidłowego, należytego prowadzenia dokumentacji medycznej. Podmiot powinien zapewnić funkcjonalność EDM, która umożliwi edycję danych, zmiany wpisów, a także udostępnianie pacjentom danych w postaci elektronicznej lub papierowej.

EDM należy wprowadzić w sposób zgodny z przepisami o prawach pacjentach i ochronie danych osobowych, z uwzględnieniem Polskich Norm lub norm innych państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszących normy europejskie.

EDM należy udostępniać pacjentom bez zbędnej zwłoki. Dyrektor powinien zapewnić ciągłość działania placówki i udostępniania tejże dokumentacji. SP ZOZ, jako administrator danych osobowych musi odpowiednio zabezpieczyć dane osobowe pacjentów zawarte w EDM. Konieczne jest zapewnienie wysokiej ochrony tych danych, tzw. wrażliwych.

Sygnalizujemy, że 25 maja 2018 r. zmienią się przepisy o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Konieczne będzie zgłaszanie w ciągu 72 godzin przypadków utraty lub udostępnienia danych pacjentów osobom nieupoważnionym. Za naruszenie przepisów o danych osobowych Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych będzie mógł nakładać wysokie kary pieniężne w kwotach do 20 milionów euro lub do 4% całkowitego rocznego obrotu placówki.

EDM ma być prowadzona w systemie teleinformatycznym zapewniającym stały dostęp pracownikom szpitala. Konieczne jest zabezpieczenie systemu przed osobami nieuprawnionymi. W tym celu należy zainstalować na komputerach programy antywirusowe i zapory sieciowe oraz zabezpieczyć możliwość wejścia do systemu poprzez regularne zmiany hasła i loginu.

EDM będzie udostępniana za pomocą ogólnopolskiego Systemu Informacji Medycznej (SIM). Będzie on służył do przetwarzania danych z dokumentów dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej

udostępnianych przez systemy teleinformatyczne placówek.

Nie jest konieczne używanie podpisu elektronicznego. Możliwa jest autoryzacja wpisów przy wykorzystaniu podpisu weryfikowanego profilem zaufanym ePUAP, a także wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, np. uwierzytelnienia podpisu za pomocą loginu i hasła oraz znacznika czasu.

Dyrektor powinien zaktualizować regulaminy wewnętrzne i organizacyjne, a także wprowadzić instrukcję zarządzania systemem teleinformatycznym i politykę bezpieczeństwa. Polityka bezpieczeństwa powinna zawierać obszar zabezpieczenia EDM (wykaz budynków, pomieszczeń i ich części), wskazanie używanych programów, opis struktury i systemu przepływu informacji oraz określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności.

Za prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej będą przyznawane dodatkowe punkty przy ubieganiu się o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku wystawiania recept i skierowań, co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (+3 punkty) lub też prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane, co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (+5 punktów).

Konkludując, przejście na EDM wymaga dużych nakładów finansowych i organizacyjnych, dlatego dyrektor powinien systematycznie i stopniowo wprowadzać kolejne zmiany w celu całościowego przejścia na EDM. Należy wybrać program komputerowy i system teleinformatyczny odpowiedni do zakresu świadczeń udzielanych w placówce. Rekomendujemy jak najszybsze wdrożenie całkowitej EDM oraz ubieganie się o dofinansowanie inwestycji na informatyzację placówki ze środków unijnych.

biuro@kondrat.pl