



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
V kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-96-07

**Druk nr 2029**  
Warszawa, 20 lipca 2007 r.

Pan  
Ludwik Dorn  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o sieci szpitali** wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

(-) Jarosław Kaczyński

## U S T A W A

z dnia

o sieci szpitali<sup>1)</sup>

### Rozdział 1

#### Przepisy ogólne

Art. 1. W celu realizacji zadań państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu optymalizacji wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, tworzy się sieć szpitali.

Art. 2. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady tworzenia sieci szpitali;
- 2) wymagania, jakie muszą spełniać szpitale włączone do sieci szpitali;
- 3) szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali;
- 4) zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz monitorowania i oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali;

5) zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

2. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do postępowania w sprawach o włączenie do sieci szpitali i wyłączenie z sieci szpitali oraz zmianę poziomu referencyjnego stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) potrzeby zdrowotne – potrzeby zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>3)</sup>);
- 2) świadczenie wysokospecjalistyczne – świadczenie wysokospecjalistyczne w rozumieniu art. 5 pkt 39 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) podmiot tworzący szpital – podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89);
- 4) szpital – zakład opieki zdrowotnej utworzony w celu zapewnienia całodobowej lub całodziennej opieki zdrowotnej oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych udzielanych osobom, u których wystąpiły choroby, które nie mogą być leczone w warunkach domowych lub ambulatoryjnych;
- 5) optymalna liczba łóżek – liczbę łóżek szpitalnych w specjalnościach lekarskich, o których mowa w art. 5 ust. 2 w poszczególnych województwach, wystarczającą do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadcze-

niach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 4. Cele, o których mowa w art. 1, są realizowane w szczególności poprzez:

- 1) dostosowanie struktury organizacyjnej szpitali i ich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych do sytuacji demograficznej i epidemiologicznej;
- 2) utrzymywanie optymalnej liczby łóżek i ich optymalne rozmieszczenie na obszarze województwa i w kraju;
- 3) zapewnienie możliwości praktycznego kształcenia kadr medycznych w szpitalach;
- 4) poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i infrastruktury opieki zdrowotnej;
- 5) realizację zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego państwa;
- 6) realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego.

## Rozdział 2

### Zasady tworzenia sieci szpitali

Art. 5. 1. Na potrzeby utworzenia sieci szpitali określa się optymalną liczbę łóżek.

2. Optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw określa się w szczególności w następujących specjalnościach lekarskich:

- 1) anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) chorób wewnętrznych;
- 3) gastrologii;

- 4) hematologii;
- 5) kardiologii;
- 6) nefrologii;
- 7) dermatologii;
- 8) neurologii;
- 9) onkologii;
- 10) gruźlicy i chorób płuc;
- 11) reumatologii;
- 12) rehabilitacji;
- 13) chorób zakaźnych;
- 14) pediatrii;
- 15) ginekologii i położnictwa;
- 16) chirurgii ogólnej;
- 17) chirurgii dla dzieci;
- 18) kardiochirurgii;
- 19) neurochirurgii;
- 20) urazowo-ortopedycznej;
- 21) okulistyki;
- 22) otolaryngologii;
- 23) urologii;
- 24) psychiatrii.

3. Określając optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw w specjalnościach, o których mowa w ust. 2, uwzględnia się w szczególności:

- 1) prognozowaną liczbę hospitalizacji na 10 000 mieszkańców województwa;

2) średni czas hospitalizacji rozumiany jako średnia liczba dni pobytu pacjenta w szpitalu;

3) stopień wykorzystania łóżek.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, optymalną liczbę łóżek w specjalnościach lekarskich, o których mowa w ust. 2 pkt 1-23, uwzględniając w szczególności dane dotyczące liczby hospitalizacji, długości pobytu, wykorzystania łóżek, a także prognozy epidemiologiczne i demograficzne oraz uwarunkowania społeczne.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, optymalną liczbę łóżek w specjalności lekarskiej psychiatria, uwzględniając w szczególności specyfikę organizacji tej opieki, a także biorąc pod uwagę rozwój opieki pozaszpitalnej.

Art. 6. Do sieci szpitali może być włączony szpital, którego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 9 ust. 1.

Art. 7. 1. Włączenie szpitala do sieci szpitali następuje na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanej w terminie 2 miesięcy od dnia przekazania opinii przez Krajową Radę do Spraw Szpitali, o której mowa w art. 9 ust. 4.

2. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych w terminie 2 miesięcy od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w art. 8 ust. 2. Przepis art. 106 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku gdy decyzja o włączeniu szpitala do sieci szpitali jest wydawana dla szpitala objętego harmonogramem, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 5, harmonogram ten stanowi załącznik do decyzji.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje decyzję o włączeniu szpitala do sieci szpitali po przedstawieniu opinii przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali oraz opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali.

Art. 8. 1. Wniosek o włączenie szpitala do sieci szpitali, zwany dalej „wnioskiem”, może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia kierownik szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital albo podmiot tworzący szpital, za pośrednictwem Regionalnej Rady do Spraw Szpitali w terminie do końca lutego każdego roku. Wniosek podlega opiniowaniu przez działającą w zakładzie zakładową organizację związkową.

2. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, wniosek do ministra właściwego do spraw zdrowia składa kierownik szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital lub podmiot tworzący szpital. Przepis ust. 1 zdanie drugie stosuje się. Przepisów o opiniowaniu wniosku przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali i Krajową Radę do Spraw Szpitali nie stosuje się.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje decyzję o włączeniu do sieci szpitali szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w terminie 7 dni od dnia jej wydania, Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali.

4. Do wniosku o włączenie szpitala do sieci szpitali należy dołączyć:

- 1) zatwierdzone sprawozdania finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za okres 2 lat oraz informację o sytuacji finansowej szpitala za rok poprzedzający rok złożenia wniosku;
- 2) wykaz oddziałów szpitalnych wraz z liczbą osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach z podziałem na poszczególne grupy zawodowe z uwzględnieniem specjalizacji i stopni naukowych, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym składany jest wniosek;

- 3) informację o liczbie i rodzaju udzielanych w poszczególnych oddziałach szpitala świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych w roku poprzedzającym rok w którym składany jest wniosek;
  - 4) wykaz aparatury i sprzętu medycznego na poszczególnych oddziałach, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym składany jest wniosek;
  - 5) informację o działalności dydaktycznej szpitala przeddyplomowej i podyplomowej w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku;
  - 6) wykaz przeprowadzonych przez szpital, w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku, badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz ich rezultatów a także wykaz prowadzonych badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, uwzględniając konieczność przedstawienia obiektywnych i jednolitych danych dotyczących szpitala.

Art. 9. 1. Regionalna Rada do Spraw Szpitali na podstawie danych zawartych w dokumentach, o których mowa w art. 8, oraz innych dokumentów i informacji udostępnionych przez kierownika szpitala lub podmiot tworzący ten szpital przedstawia, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku, opinię co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali, biorąc w szczególności pod uwagę:

- 1) możliwości diagnostyczne i lecznicze szpitala;
- 2) udział szpitala w realizacji zadań wynikających z wojewódzkiego planu działania systemu określanego na podstawie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym;



- 3) rodzaj i liczbę udzielanych przez szpital świadczeń wysokospecjalistycznych, uwzględniając realizację przez szpital zadań w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- 4) realizację i możliwość realizacji przez szpital zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego państwa;
- 5) działalność szpitala w zakresie kształcenia kadr medycznych;
- 6) prowadzenie przez szpital badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych;
- 7) stosowanie i upowszechnianie przez szpital nowych technologii medycznych i standardów medycznych opartych na dowodach naukowych.

2. Wraz z opinią, o której mowa w ust. 1, Regionalna Rada do Spraw Szpitali przedstawia propozycję zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych na podstawie oceny spełniania przez te oddziały kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 4.

3. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, do Krajowej Rady do Spraw Szpitali:

- 1) wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1, wraz z opinią, o której mowa w ust. 1, i propozycją zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomu referencyjnego, o której mowa w ust. 2;
- 2) w przypadku pozytywnej opinii o włączeniu szpitala do sieci szpitali – projekt zmiany regionalnego planu opieki szpitalnej, o którym mowa w art. 16;
- 3) dokumenty i informacje stanowiące podstawę sporządzenia opinii co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali;

4) dokumenty i informacje stanowiące podstawę zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

4. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3, przekazuje te dokumenty ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz na podstawie opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, przedstawia opinię w sprawie włączenia szpitala do sieci szpitali oraz w sprawie kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o włączeniu do sieci szpitali szpitala, który uzyskał negatywną opinię Regionalnej Rady do Spraw Szpitali lub negatywną opinię Krajowej Rady do Spraw Szpitali, jeżeli jego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek.

6. W przypadku ostatecznej decyzji o włączeniu do sieci szpitali szpitala minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zmiany regionalnego planu opieki szpitalnej, o którym mowa w art. 16, bez zachowania trybu, o którym mowa w art. 20 ust. 2.

7. Zmiana regionalnego planu opieki szpitalnej nie może powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że działania określone w planie będą realizowane ze środków finansowych będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia do wysokości zaplanowanej na ten cel w ustawie budżetowej.

Art. 10. Minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, odmawia w drodze decyzji, w terminie określonym w art. 7 ust. 1 i 2, włączenia szpitala do sieci szpitali, jeżeli na podstawie przedłożonych dokumentów uzna, że działalność szpitala nie jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 9 ust. 1.

Art. 11. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza corocznie, w drodze obwieszczenia, wykaz szpitali włączonych do sieci szpitali, zawierający nazwę i adres szpitala oraz wykaz oddziałów szpitala i ich poziomy referencyjne.

Art. 12. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali:

- 1) z własnej inicjatywy,
- 2) na wniosek Regionalnej Rady do Spraw Szpitali,
- 3) na wniosek Krajowej Rady do Spraw Szpitali  
– jeżeli stwierdzi, że działalność szpitala nie ma istotnego znaczenia do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów o których mowa w art. 9 ust. 1 lub w przypadkach określonych w art. 31 ust. 9, art. 39 ust. 4 lub art. 45 ust. 4.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali także w przypadku złożenia wniosku o wyłączenie szpitala z sieci szpitali przez podmiot, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1 i 2.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje niezwłocznie ostateczną decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali do podmiotu, który utworzył szpital, kierownika szpitala, właściwego ze względu na siedzibę szpitala wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali.

Art. 13. Wniosek o włączenie szpitala do sieci szpitali pozostawia się bez rozpatrzenia, w przypadku gdy:

- 1) wniosek został złożony po terminie;

- 2) Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych nie przedstawili stanowiska w terminie określonym w art. 106 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego;
- 3) właściwi ministrowie nie osiągnęli porozumienia, o którym mowa w art. 7 ust. 2.

Art. 14. 1. Oddziały szpitala włączonego do sieci szpitali kwalifikuje się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

2. Ustala się trzy poziomy referencyjne oddziałów szpitala:

- 1) podstawowy;
- 2) rozszerzony;
- 3) wysokospecjalistyczny.

3. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) możliwości diagnostyczno-leczniczych oddziału szpitala, w tym kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 2) zakresu i rodzaju udzielanych na poszczególnych oddziałach świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 3) działalności oddziału szpitala w zakresie kształcenia kadr medycznych oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria kwalifikowania oddziałów szpitala do poszczególnych poziomów referencyjnych, uwzględniając w szczególności minimalne kwalifikacje personelu medycznego i minimalną liczbę wybranych świadczeń opieki zdrowotnej tego samego rodzaju, które powinny być udzielane

w ciągu roku na poszczególnych poziomach referencyjnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 15. 1. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się w decyzji o włączeniu szpitala do sieci szpitali.

2. Zmiany poziomu referencyjnego dokonuje się w formie decyzji wydawanej na wniosek kierownika szpitala albo podmiotu tworzącego szpital.

3. Wniosek o zmianę poziomu referencyjnego składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem Regionalnej Rady do Spraw Szpitali i Krajowej Rady do Spraw Szpitali. Do wniosku należy dołączyć dokumenty i informacje stanowiące podstawę do zmiany poziomu referencyjnego.

4. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, wniosek o zmianę poziomu referencyjnego do ministra właściwego do spraw zdrowia składa kierownik szpitala lub podmiot tworzący szpital. Przepisów o opiniowaniu wniosku o zmianę poziomu referencyjnego przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali i Krajową Radę do Spraw Szpitali nie stosuje się.

5. Regionalna Rada do Spraw Szpitali w terminie miesiąca od otrzymania wniosku o zmianę poziomu referencyjnego sporządza, na podstawie wniosku i dołączonych do niego dokumentów, opinię co do zasadności zmiany poziomu referencyjnego.

6. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, do Krajowej Rady do Spraw Szpitali:

- 1) wniosek o zmianę poziomu referencyjnego;
- 2) dokumenty i informację, o których mowa w ust. 3;
- 3) opinię, o której mowa w ust. 4.

7. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, przekazuje te dokumenty ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz na podstawie opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, przedstawia opinię w sprawie zmiany poziomu referencyjnego.

### Rozdział 3

#### Regionalne plany opieki szpitalnej

Art. 16. 1. Regionalny plan opieki szpitalnej, zwany dalej „planem”, zawiera:

- 1) charakterystykę województwa;
  - 2) charakterystykę szpitali w województwie;
  - 3) charakterystykę szpitali objętych planem;
  - 4) planowaną liczbę łóżek w szpitalach objętych planem;
  - 5) harmonogram działań dostosowawczych szpitali oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem;
  - 6) szacunkowe koszty działań dostosowawczych.
2. Plan sporządza się dla danego województwa.
  3. Plan powinien uwzględniać kierunki rozwoju opieki szpitalnej, wynikające ze zmian demograficznych i epidemiologicznych populacji, mając na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie należytej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej o wysokiej jakości.

Art. 17. 1. Projekt planu sporządza Regionalna Rada do Spraw Szpitali na okres 5-ciu lat.

2. Projekt planu na kolejne lata sporządza się w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego ostatni rok obowiązywania poprzedniego planu.

3. Projekt planu uwzględnia włączone do sieci szpitali szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Organy jednostek samorządu terytorialnego, organy administracji rządowej, szpitale oraz właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązane, z uwzględnieniem odrębnych przepisów, do bezpłatnego udzielania, sporządzania i dostarczania na pisemne żądanie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, znajdujących się w ich posiadaniu, informacji niezbędnych do przygotowania projektu planu lub jego zmiany.

Art. 18. 1. Projekt planu podlega opiniowaniu przez podmioty tworzące szpitale objęte projektem planu oraz Wojewódzką Komisję Społecznego w zakresie zmian w strukturze zatrudnienia.

2. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje podmiotom, o których mowa w ust. 1, projekt planu w terminie 7 dni od dnia jego sporządzenia.

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, wyrażają opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu planu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z pozytywnym zaopiniowaniem projektu planu.

4. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu, w terminie 4 miesięcy od dnia jego sporządzenia do zaopiniowania Krajowej Radzie do Spraw Szpitali.

5. Krajowa Rada do Spraw Szpitali wyraża opinię w sprawie projektu planu, po otrzymaniu wszystkich projektów planów co najmniej na 4 miesiące przed końcem ostatniego roku obowiązywania planu, uwzględniając w szczególności:

- 1) strukturę i liczbę łóżek w poszczególnych szpitalach z uwzględnieniem struktury i liczby łóżek w województwie;
- 2) możliwości szpitala w zakresie przeprowadzenia przekształceń organizacyjnych zgodnie z harmonogramem określonym w planie, jeżeli szpital nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 6;
- 3) zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej osób uprawnionych;
- 4) zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz optymalizację wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej.

6. W przypadku negatywnej opinii w sprawie projektu planu, Krajowa Rada do Spraw Szpitali zwraca projekt planu Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali wraz ze swoimi zaleceniami.

7. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali nie mogą powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że będą realizowane ze środków finansowych będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia do wysokości zaplanowanej na ten cel w ustawie budżetowej.

8. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali są wiążące. Regionalna Rada do Spraw Szpitali jest obowiązana niezwłocznie dostosować projekt planu do przekazanych zaleceń oraz przekazać go do Krajowej Rady do Spraw Szpitali w celu ponownego zaopiniowania.

9. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu wraz z opinią do ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Przekazany przez Krajową Radę do Spraw Szpitali projekt planu jest zamieszczany w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody.

11. W terminie 14 dni od dnia zamieszczenia projektu planu w Biuletynie Informacji Publicznej, kierownik zgłaszanego szpitala, podmiot two-



rzący szpital, związki zawodowe działające w szpitalu mogą zgłosić umotywowane zastrzeżenia w części dotyczącej danego szpitala.

12. Po upływie terminu, o którym mowa w ust. 11, minister właściwy do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia ostatniego roku obowiązywania poprzedniego planu dokonuje ewentualnej korekty projektu planu, biorąc pod uwagę kryteria, o których mowa w ust. 5 i zatwierdza go. Z dniem zatwierdzenia projekt planu staje się planem.

Art. 19. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych objętych planem, uwzględniając potrzebę zapewnienia przejrzystości i jednolitości planów.

Art. 20. 1. Zmiany w planie mogą być dokonywane:

- 1) z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) na wniosek:
  - a) Regionalnej Rady do Spraw Szpitali,
  - b) Krajowej Rady do Spraw Szpitali,
  - c) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - d) Ministra Obrony Narodowej – w zakresie szpitali, dla których jest podmiotem tworzącym,
  - e) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w zakresie szpitali, dla których jest podmiotem tworzącym.

2. Zmiany w planie są dokonywane w trybie określonym dla ustalenia planu.

Art. 21. Plan i zmiany w planie są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody.

## Rozdział 4

### Krajowa Rada do Spraw Szpitali i Regionalne Rady do Spraw Szpitali

Art. 22. 1. Tworzy się Krajową Radę do Spraw Szpitali będącą organem inicjującym oraz opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawach związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

2. W skład Krajowej Rady do Spraw Szpitali wchodzi przedstawiciele wskazani przez:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – trzy osoby;
- 2) Ministra Obrony Narodowej – jedna osoba;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – jedna osoba;
- 4) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej – jedna osoba;
- 5) Związek Powiatów Polskich – jedna osoba;
- 6) Związek Miast Polskich – jedna osoba;
- 7) stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego – jedna osoba;
- 8) Konferencję Rektorów Uczelni Medycznych – jedna osoba;
- 9) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – jedna osoba.

3. W skład Krajowej Rady do Spraw Szpitali wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie były prawomocnie skazane przez sąd za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;

3) posiadają wiedzę i co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady.

4. Członkowie Krajowej Rady do Spraw Szpitali nie mogą być jednocześnie:

1) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami;

2) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

3) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2;

4) osobami na stanowiskach kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;

5) członkami rad społecznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

5. Przewodniczącym Krajowej Rady do Spraw Szpitali jest osoba powołana przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród jego przedstawicieli.

6. Kadencja Krajowej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.

7. Członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka w trakcie trwania kadencji Krajowej Rady do Spraw Szpitali w przypadku:

1) złożenia rezygnacji;

2) nieobecności na 2 kolejnych posiedzeniach Rady, która nie została usprawiedliwiona zgodnie z przepisami prawa pracy;

- 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione umyślnie.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członka Krajowej Rady do Spraw Szpitali w przypadku utraty przez niego zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy.

10. W przypadku odwołania członka Krajowej Rady do Spraw Szpitali albo jego śmierci przed upływem kadencji minister właściwy do spraw zdrowia powołuje, na wniosek właściwego podmiotu, nowego członka na okres do końca tej kadencji.

11. Pierwsze posiedzenie Krajowej Rady do Spraw Szpitali zwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

12. W posiedzeniach Krajowej Rady do Spraw Szpitali, na zaproszenie Przewodniczącego Rady, mogą uczestniczyć, w celu zaprezentowania swojego stanowiska, bez prawa do głosowania, eksperci, których wiedza i doświadczenie będą pomocne w trakcie obrad Rady, w tym w zakresie spraw dotyczących poszczególnych dziedzin medycyny konsultanci krajowi lub wojewódzcy z tych dziedzin, oraz w zakresie spraw dotyczących danego województwa przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 23. 1. Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniu Rady bez zachowania prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

2. Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze

przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

3. Obsługę administracyjno-techniczną Krajowej Rady do Spraw Szpitali zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Wynagrodzenia członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia z tytułu ekspertyz oraz obsługa, o której mowa w ust. 3, są finansowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin Krajowej Rady do Spraw Szpitali obejmujący strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń Krajowej Rady do Spraw Szpitali, tryb jej pracy i podejmowania uchwał, mając na uwadze zakres i rodzaj czynności wykonywanych przez Radę oraz jej sprawne i efektywne funkcjonowanie.

Art. 24. Krajowa Rada do Spraw Szpitali wykonuje zadania określone w ustawie, w tym w szczególności:

- 1) wyraża opinię w zakresie włączania szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 2) wyraża opinię w zakresie kwalifikacji oddziałów szpitala włączanego do sieci szpitali do poziomów referencyjnych;
- 3) wnioskuje w przedmiocie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 4) opiniuje projekty planów oraz projekty zmian planów, przedstawionych przez Regionalne Rady do Spraw Szpitali z uwzględnieniem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych;
- 5) wnioskuje o zmianę planów.

Art. 25. 1. Przy wojewodzie działa Regionalna Rada do Spraw Szpitali realizująca zadania w zakresie spraw dotyczących tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali na obszarze danego województwa.

2. W skład Regionalnej Rady do Spraw Szpitali wchodzi przedstawiciele wskazani przez:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – jedna osoba;
- 2) Ministra Obrony Narodowej, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 4) Marszałka Województwa – jedna osoba;
- 5) Związek Powiatów Polskich – jedna osoba;
- 6) Związek Miast Polskich – jedna osoba;
- 7) rektora uczelni medycznej, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 8) właściwego wojewodę – dwie osoby;
- 9) dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – jedna osoba.

3. W skład Regionalnej Rady do Spraw Szpitali wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie były prawomocnie skazane przez sąd za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;
- 3) posiadają wiedzę i co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady.

4. Członkowie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali nie mogą być jednocześnie:

- 1) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami;
  - 2) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
  - 3) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2;
  - 4) osobami na stanowiskach kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
  - 5) członkami rad społecznych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.
5. Przewodniczącym Regionalnej Rady do Spraw Szpitali jest osoba powołana przez wojewodę spośród jego przedstawicieli.
6. Kadencja Regionalnej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.
7. Członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje wojewoda.
8. Wojewoda odwołuje w trakcie kadencji członka Regionalnej Rady do Spraw Szpitali w przypadku:
- 1) złożenia rezygnacji;
  - 2) nieobecności na 2 kolejnych posiedzeniach Rady, która nie została usprawiedliwiona zgodnie z przepisami prawa pracy;
  - 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
  - 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione umyślnie.

9. Wojewoda może odwołać członka Regionalnej Rady do Spraw Szpitali w przypadku utraty przez niego zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy.

10. W przypadku odwołania członka Regionalnej Rady do Spraw Szpitali albo jego śmierci przed upływem kadencji wojewoda powołuje, na wniosek właściwego podmiotu, nowego członka na okres do końca tej kadencji.

11. Pierwsze posiedzenie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali zwołuje wojewoda.

12. W posiedzeniach Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, na zaproszenie Przewodniczącego Rady, mogą uczestniczyć, w celu zaprezentowania swojego stanowiska, bez prawa do głosowania, eksperci, których wiedza i doświadczenie będą pomocne w trakcie obrad Rady, w tym w zakresie spraw dotyczących poszczególnych dziedzin medycyny konsultanci krajowi lub wojewódzcy z tych dziedzin, oraz w zakresie spraw dotyczących danego województwa przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 26. 1. Członkowi Regionalnej Rady do Spraw Szpitali przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniu Rady bez zachowania prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

2. Członkowi Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłoszonego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

3. Obsługę administracyjno-techniczną Regionalnej Rady do Spraw Szpitali zapewnia właściwy urząd wojewody.



4. Wynagrodzenia członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia z tytułu ekspertyz oraz obsługa, o której mowa w ust. 3, są finansowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji wojewody.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin Regionalnej Rady do Spraw Szpitali obejmujący strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, tryb jej pracy i podejmowania uchwał, mając na uwadze zakres i rodzaj czynności wykonywanych przez Radę oraz jej sprawne i efektywne funkcjonowanie.

Art. 27. 1. Regionalna Rada do Spraw Szpitali wykonuje zadania określone w ustawie, w tym w szczególności:

- 1) wyraża opinię w zakresie włączenia szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 2) przedkłada propozycję w zakresie zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych;
- 3) sporządza projekt planu i projekt zmiany planu;
- 4) wnioskuje w przedmiocie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 5) prowadzi w sposób ciągły ocenę szpitali w zakresie realizacji planu.

2. Regionalna Rada do Spraw Szpitali sporządza półroczne i roczne raporty z realizacji planu oraz z realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 4 i 5, w terminie odpowiednio do dnia 30 września oraz do dnia 31 marca roku następnego i przedkłada je wojewodzie oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem Krajowej Rady do Spraw Szpitali.

## Rozdział 5

### Szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali

Art. 28. 1. Szpital włączony do sieci szpitali ma obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym pozostawania w stałej gotowości do podjęcia koniecznych działań w przypadku nagłych zdarzeń destabilizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558, z późn. zm.<sup>4)</sup>), epidemii lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców.

2. Na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje środki finansowe na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i odrębnych przepisach.

Art. 29. Szpital włączony do sieci szpitali objęty harmonogramem, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 5, ma obowiązek realizować plan w zakresie dotyczącym szpitala zgodnie z harmonogramem określonym w planie.

Art. 30. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz inne organy mogą, z uwzględnieniem odrębnych przepisów, finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynikających z planu.

2. Środki na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz może uzyskiwać na podstawie wieloletnich programów ustanawianych na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

## Rozdział 6

### Monitorowanie i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali

Art. 31. 1. Działalność szpitala włączonego do sieci szpitali podlega monitorowaniu i ocenie w zakresie sytuacji ekonomiczno-finansowej.

2. Monitorowaniu podlegają dane finansowe sporządzane przez szpital w formach i w terminach przewidzianych w przepisach ustawy, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz odrębnych przepisach.

3. Monitorowanie i ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali prowadzi wojewoda, a w stosunku do szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych monitorowanie i ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej prowadzi Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonuje się w szczególności przy zastosowaniu analizy wskaźnikowej, opartej na wykorzystaniu następujących wskaźników:

- 1) zyskowności – służących do oceny efektywności działania szpitala;
- 2) płynności – mierzących zdolność szpitala do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań;
- 3) efektywności – informujących w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zadłużenia – informujących o zadłużeniu szpitala, jego strukturze oraz o zdolności szpitala do obsługi tego zadłużenia.

5. Na podstawie przeprowadzonego monitorowania wojewoda albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrz-

nych sporządza, w terminie do dnia 30 czerwca każdego roku, raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala, który zawiera w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę szpitala;
- 2) ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy;
- 3) prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejny rok obrotowy;
- 4) określenie kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, do której zakwalifikowano szpital.

6. Raport, o którym mowa w ust. 5, wojewoda albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych niezwłocznie przekazuje:

- 1) kierownikowi szpitala;
- 2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali;
- 4) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. W wyniku oceny, o której mowa w ust. 5 pkt 2, szpital może uzyskać maksymalnie 100 punktów. Na podstawie oceny szpital zalicza się do następujących kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej:

- 1) kategoria „A” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 81 punktów i dodatni wynik z działalności operacyjnej jednostki;
- 2) kategoria „B” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 61 punktów a nie więcej niż 80 punktów i dodatni wynik z działalności operacyjnej jednostki;
- 3) kategoria „C” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał:
  - a) co najmniej 61 punktów i uzyskał ujemny wynik z działalności operacyjnej jednostki,

- b) co najmniej 41 punktów a nie więcej niż 60 punktów;
- 4) kategoria „D” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 21 punktów a nie więcej niż 40 punktów;
- 5) kategoria „E” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 15 punktów a nie więcej niż 20 punktów.

8. Przynależność do kategorii ekonomiczno-finansowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

9. Jeżeli w wyniku oceny, szpital uzyskał mniej niż 15 punktów minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali z końcem roku kalendarzowego, w którym dokonano oceny.

10. Z dniem w którym decyzja, o której mowa w ust. 9, stała się ostateczna Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje przekazywania szpitalowi środków należnych z tytułu przynależności do kategorii ekonomiczno-finansowej.

11. Na wniosek szpitala, o którym mowa w ust. 9, przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z sieci szpitali może on być poddany ponownej ocenie, o której mowa w ust. 4. Jeżeli w wyniku ponownej oceny szpital zostanie zakwalifikowany do jednej z kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 7, minister właściwy do spraw zdrowia nie wydaje decyzji o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

Art. 32. 1. Kierownik szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani zapewnić warunki do sprawnego prowadzenia monitorowania oraz udostępniać dokumenty i udzielać wszelkich informacji niezbędnych do dokonywania systematycznej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala i jej monitorowania.

2. Jeżeli przeprowadzenie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala wymaga dodatkowych danych i informacji, wojewoda albo

Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych może zwrócić się o ich udostępnienie, w szczególności do:

- 1) właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – w zakresie opinii o przebiegu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) instytucji finansowych, finansujących działalność szpitala w formie kredytu lub w innej postaci, które udzieliły szpitalowi poręczeń lub gwarancji są organizatorami emisji papierów wartościowych szpitala – w zakresie opinii o wywiązywaniu się szpitala z obowiązków wynikających z umów zawartych z tymi instytucjami;
- 3) wierzycieli wierzytelności publicznoprawnych i cywilnoprawnych – w zakresie opinii o regulowaniu przez szpital swoich zobowiązań;
- 4) instytucji odpowiedzialnych za realizację programów pomocowych, profilaktycznych, zdrowotnych i innych, w których bierze udział szpital – w zakresie opinii o wywiązywaniu się szpitala z obowiązków wynikających z umów zawartych z tymi instytucjami.

3. Udostępnianie informacji, o których mowa w ust. 2, nie narusza przepisów o ochronie informacji niejawnych oraz o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych.

Art. 33. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy sposób monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, oraz dokumentowania wyników tych działań,
- 2) szczegółowy podział wskaźników, o których mowa w art. 31 ust. 4, i sposoby ich interpretacji

– uwzględniając specyfikę sektora ochrony zdrowia, a także biorąc pod uwagę zapewnienie przejrzystości i jednolitości monitorowania sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz porównywalności wskaźników.

Art. 34. Uzyskane w wyniku oceny, o której mowa w art. 31 ust. 5 pkt 2, kategorie stabilności ekonomiczno-finansowej szpitali są podawane do publicznej wiadomości przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody albo Ministra Obrony Narodowej, albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

## Rozdział 7

### Monitorowanie i ocena jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale włączone do sieci szpitali

Art. 35. 1. Szpital włączony do sieci szpitali jest obowiązany do prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

2. System jest wdrażany według modelu określonego przez kierownika szpitala, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych i finansowych zakładu.

3. Zadaniem systemu jest prowadzenie stałej, krytycznej analizy oceny jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie takich warunków opieki, aby przy określonych możliwościach organizacyjnych i finansowych w szpitalu osiągnęte były maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.

Art. 36. Szpital włączony do sieci szpitali jest objęty zewnętrznym systemem monitorowania i oceny wskaźników jakościowych dotyczących:

- 1) struktury szpitala, w tym:
  - a) organizacji,

- b) kwalifikacji i kompetencji personelu,
  - c) opisu stanu technicznego budynków, pomieszczeń i wyposażenia,
  - d) wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 2) oceny leczenia w szczególności w zakresie:
- a) dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
  - b) zakresu wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej,
  - c) relacji między personelem a pacjentem w zakresie stosowanych procedur diagnostycznych i leczniczych,
  - d) analizy ryzyka występowania powikłań w zakresie stosowanych procedur,
  - e) występowania i analizy zakażeń szpitalnych,
  - f) prowadzenia dokumentacji medycznej;
- 3) rezultatów hospitalizacji w szczególności w zakresie:
- a) śmiertelności,
  - b) ponownych hospitalizacji,
  - c) reoperacji
- z uwzględnieniem specyfiki działalności prowadzonej przez szpital;
- 4) badania opinii pacjentów.

Art. 37. Monitorowanie, o którym mowa w art. 36, prowadzi na terenie danego województwa dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 38. 1. W celu przeprowadzenia monitorowania jakości szpital w terminie do końca marca każdego roku przesyła do oddziału wojewódzkiego



Narodowego Funduszu Zdrowia wypełnioną ankietę dla szpitali włączonych do sieci szpitali, zwaną dalej „ankietą”.

2. Ankieta obejmuje w szczególności pytania dotyczące wskaźników jakościowych, o których mowa w art. 36.

Art. 39. 1. Na podstawie informacji zawartych w ankiecie, o której mowa w art. 38, w terminie do dnia 30 czerwca dokonuje się oceny szpitala, która stanowi podstawę do przypisania szpitala do jednej z następujących kategorii jakościowych:

- 1) I kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny, spośród 270 maksymalnych punktów uzyskał co najmniej 216 punktów;
- 2) II kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 162 punkty nie więcej niż 215 punktów;
- 3) III kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 100 punktów a nie więcej niż 161 punktów.

2. Przynależność do kategorii jakościowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

3. Dyrektor wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje informację o wynikach oceny, o której mowa w ust. 1, kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali.

4. Jeżeli w wyniku oceny, szpital uzyskał mniej niż 100 punktów minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali z końcem roku kalendarzowego w którym dokonano oceny.

5. Z dniem w którym decyzja, o której mowa w ust. 4, stała się ostateczna Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje przekazywania szpitalowi środków należnych z tytułu przynależności do kategorii jakościowej.

6. Na wniosek szpitala, o którym mowa w ust. 3, przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z sieci może on być poddany ponownej ocenie. Jeżeli w wyniku oceny szpital zostanie zakwalifikowany do jednej z kategorii jakościowych minister właściwy do spraw zdrowia nie wydaje decyzji o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór ankiety oraz wzór arkusza oceny szpitala, mając na uwadze zapewnienie ciągłości procesu poprawiania jakości świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale będące w sieci szpitali.

Art. 40. 1. W celu weryfikacji danych zawartych w ankietach, o których mowa w art. 38, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia każdego roku przeprowadza w nie mniej niż 30% szpitali kontrolę w trybie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Wniosek o przeprowadzenie kontroli w danym szpitalu może zgłosić minister właściwy do spraw zdrowia, Krajowa Rada do Spraw Szpitali oraz Regionalna Rada do Spraw Szpitali, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w zakresie szpitali, dla których są podmiotem tworzącym. Wniosek ten jest wiążący.

3. Na podstawie kontroli, o której mowa w ust. 1, dokonywana jest weryfikacja oceny szpitala dokonana na podstawie ankiety, o której mowa w art. 38 ust. 1. Jeżeli w wyniku weryfikacji oceny zmieni się punktacja, szpital zostaje przypisany do wynikającej z tej punktacji kategorii jakościowej.

4. Jeżeli w wyniku weryfikacji szpital uzyska mniej niż 100 punktów stosuje się przepisy art. 39 ust. 4 i 5.

5. Zmiana kategorii jakościowej dokonana w wyniku kontroli jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wo-

bec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

Art. 41. Uzyskane w wyniku oceny, o której mowa w art. 39, kategorie jakościowe są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody.

## Rozdział 8

### Nadzór nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrola szpitali

Art. 42. 1. Nadzór nad funkcjonowaniem sieci szpitali sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie analizy i oceny potrzeb zdrowotnych na terenie kraju oraz czynników powodujących ich zmiany;
- 2) zatwierdzenie projektu planu i zmian w planie;
- 3) wydawanie decyzji w sprawie włączenia szpitala do sieci szpitali i decyzji w sprawie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 4) monitorowanie działań w zakresie stopnia dostosowania sieci szpitali poszczególnych województw do wymagań określonych w planie;
- 5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru jest uprawniony do żądania od wojewody, organów jednostek samorządu terytorialnego, szpitali oraz organów Narodowego Funduszu Zdrowia nieodpłatnego udzielenia, znajdujących się w ich posiadaniu informacji do-

tyczących funkcjonowania szpitala wnioskującego o włączenie do sieci szpitali lub będącego w sieci szpitali.

Art. 43. Minister właściwy do spraw zdrowia może w każdym czasie przeprowadzać kontrolę szpitala:

- 1) wnioskującego o włączenie do sieci szpitali;
- 2) będącego w sieci szpitali w zakresie spełniania wymagań stanowiących podstawę włączenia go do sieci szpitali;
- 3) będącego w sieci szpitali w zakresie realizacji planu zgodnie z harmonogramem określonym dla szpitala.

Art. 44. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w wyniku przeprowadzonej kontroli wskazuje, w formie pisemnej, zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, które przekazuje kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, Krajowej Radzie do Spraw Szpitali, Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali, wojewodzie oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Kierownik kontrolowanego szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani do poinformowania, we wskazanych terminach, podmiot tworzący, ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń oraz o podjętych działaniach i ich przebiegu lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Art. 45. 1. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 44 ust. 1, przez szpital wnioskujący o włączenie do sieci szpitali, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o odmowie włączenia szpitala do sieci szpitali.

2. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 44 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do Regionalnej Rady do Spraw Szpitali o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali.

3. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 44 ust. 1, przez szpital dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do tych ministrów o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali.

4. W razie negatywnej opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali albo Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

Art. 46. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozdziale do kontroli stosuje się przepisy o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 47. Uprawnienia nadzorcze i kontrolne, o których mowa w art. 42-45, przysługują również Ministrowi Obrony Narodowej oraz ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wobec szpitali, dla których są oni podmiotami tworzącymi.

## Rozdział 9

### Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 48. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) po art. 35a dodaje się art. 35aa w brzmieniu:

„Art. 35aa. 1. Jeżeli w związku z realizacją regionalnego planu opieki szpitalnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o sieci szpitali (Dz. U. Nr ..., poz. ...) przez szpital będący publicznym zakładem opieki zdrowotnej niespełniający wy-

magań, o których mowa w art. 6 tej ustawy, istnieje konieczność:

- 1) podnoszenia kwalifikacji przez pracowników,
  - 2) zmniejszenia liczby zatrudnionych pracowników
- koszty kursów, szkoleń i odpraw pokrywa szpital.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa w ust. 1 pkt 2, liczbę pracowników ustalają, w drodze porozumienia, kierownik szpitala i zakładowa organizacja związkowa.
  3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierownik szpitala może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem o zrefundowanie całości albo części kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla tych osób, a także kosztów odpraw.
  4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, zawiera w szczególności:
    - 1) liczbę pracowników ustaloną w sposób określony w ust. 2,
    - 2) w przypadku refundacji kursów lub szkoleń:
      - a) nazwę kursu lub szkolenia,
      - b) koszty kursów lub szkoleń,
      - c) okres trwania kursów lub szkoleń;
    - 3) w przypadku refundacji odpraw – koszty tych odpraw.

5. Wniosek składa się w terminie od dnia 1 maja do dnia 31 maja danego roku.
6. Wydatki na refundację są przekazywane szpitalowi w formie dotacji z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
7. Kierownik szpitala zawiera z pracownikiem szpitala, o którym mowa w ust. 1, umowę o refundację całości albo części kosztów kursów lub szkoleń.
8. Umowa, o której mowa w ust. 7, określa w szczególności:
  - 1) rodzaj kursu lub szkolenia;
  - 2) wysokość kosztów kursu lub szkolenia;
  - 3) okres trwania kursu lub szkolenia;
  - 4) prawa i obowiązki stron umowy;
  - 5) tryb i przesłanki zmiany i wypowiedzenia umowy;
  - 6) sposób dokumentowania poniesienia kosztów kursu lub szkolenia;
  - 7) sposób kontroli prawidłowej realizacji umowy.
9. Przepisy ust. 1-8 stosuje się również do pracowników szpitala, w stosunku do którego wydano decyzję o odmowie włączenia do sieci szpitali, w wyniku czego ograniczono rodzaje i zakres udzielanych świadczeń lub podmiot, który utworzył szpital, podjął decyzję o jego likwidacji.

10. Realizację zadań związanych z refundacją kosztów kursów, szkoleń i odpraw minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić wojewodzie.

Art. 49. W ustawie z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów (Dz. U. z 2001 r. Nr 128, poz. 1406 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1209) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. Dopłaty stosuje się do oprocentowania kredytów udzielanych przez banki, o których mowa w art. 3 ust. 2, lekarzom, lekarzom denty stom, pielęgniarkom, położnym, zwanym dalej „kredytobiorcami”, którzy nie nabyli uprawnień do świadczeń emerytalnych w dniu zawarcia umowy kredytowej oraz nie korzystają z uprawnień do świadczeń rentowych, jeżeli:

- 1) rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz podjęli działalność, o której mowa w art. 1, po dniu 1 stycznia 2008 r., albo
- 2) rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz złożą pisemne oświadczenie o gotowości podjęcia działalności, o której mowa w art. 1, albo
- 3) są zatrudnieni w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożą pisemne oświadczenie o gotowości rozwiązania umowy o pracę oraz pod-



jęcia działalności, o której mowa w art. 1, z zastrzeżeniem art. 8 ust. 1 pkt 2.”;

2) w art. 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Banki, o których mowa w art. 3 ust. 2, umarzają 20% udzielonego kredytu po terminowej spłacie 80% kapitału oraz należnych odsetek, w przypadku gdy kredytobiorca prowadzić będzie przez okres 3 lat od dnia uzyskania kredytu praktykę, o której mowa w art. 1 pkt 1 lub zakład, o którym mowa w art. 1 pkt 2, przy jednoczesnym wykorzystaniu kredytu zgodnie z przeznaczeniem określonym w art. 1.”;

3) w art. 6 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) oświadczenie, o którym mowa w art. 2 pkt 2 albo pkt 3.”.

Art. 50. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>6)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 po pkt 18 dodaje się pkt 18a w brzmieniu:

„18a) sieć szpitali – sieć szpitali utworzona na podstawie ustawy z dnia.....o sieci szpitali (Dz. U. Nr...poz...);”

2) art. 136 otrzymuje brzmienie:

„Art. 136. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 3) wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
  - 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
  - 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
  - 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
  - 7) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
  - 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.
2. W przypadku szpitala włączonego do sieci szpitali, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest określana z uwzględnieniem przynależności oddziałów tego szpitala do poziomów referencyjnych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ..... o sieci szpitali (Dz. U. Nr....., poz...).
  3. Kwota zobowiązania wobec szpitala włączonego do sieci szpitali obejmuje:
    - 1) kwotę, o której mowa w ust. 1 pkt 5 oraz
    - 2) 1% kwoty, o której mowa w pkt 1, za posiadanie akredytacji w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;

- 3) 1% kwoty, o której mowa w pkt 1, za posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001: 2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem;
- 5) 0,5% kwoty, o której mowa w pkt 1, za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej określonej w art. 31 ust. 7 ustawy z dnia..... o sieci szpitali;
- 6) 0,5% kwoty, o której mowa w punkcie 1, jako ekwiwalent za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii jakościowej, określonej w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia..... o sieci szpitali.

4. W przypadku szpitala włączonego do sieci szpitali przepisu art. 158 nie stosuje się.”;

3) w art. 139 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze szpitalami włączonymi do sieci szpitali odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie rokowań.”,

4) art. 144 otrzymuje brzmienie:

„Art. 144. Postępowanie w trybie rokowań, z zastrzeżeniem art. 139 ust. 1a, może być przeprowadzone, jeżeli:

- 1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub

- 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
- 3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

## Rozdział 10

### Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 51. 1. Podmioty właściwe przedstawiają kandydatów na członków pierwszej Krajowej Rady do Spraw Szpitali i pierwszych Regionalnych Rad do Spraw Szpitali w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Pierwszą Krajową Radę do Spraw Szpitali oraz pierwsze Regionalne Rady do Spraw Szpitali powołuje się nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 52. 1. Pierwsze regionalne plany opieki szpitalnej powstają nie później niż w terminie do dnia 31 marca 2009 r.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, są sporządzane na okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.

3. Pierwsze wnioski o włączenie szpitala do sieci szpitali są składane w terminie do dnia 31 maja 2008 r.

4. Regionalna Rada do Spraw Szpitali w terminie 4 miesięcy od dnia sporządzenia pierwszego projektu planu przekazuje Krajowej Radzie do Spraw Szpitali:

- 1) projekt planu wraz z opinią podmiotów tworzących szpitala objęte planem;
- 2) wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1 wraz z opinią, o której mowa w art. 9 ust. 1;
- 3) propozycję zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomu referencyjnego;
- 4) dokumenty i informacje stanowiące podstawę sporządzenia opinii co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali;
- 5) dokumenty i informacje stanowiące podstawę zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

5. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 4 miesięcy od dnia otrzymania wszystkich pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej materiały, o których mowa w ust. 4, oraz przedstawia:

- 1) opinię w sprawie pierwszych projektów regionalnych planów opieki szpitalnej;
- 2) stanowisko w przedmiocie włączenia szpitali do sieci szpitali;
- 3) stanowisko w przedmiocie kwalifikacji do poziomów referencyjnych oddziałów szpitali, które mają być włączone do sieci szpitali.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, pierwszy wykaz szpitali włączonych do sieci szpitali w terminie do dnia 31 grudnia 2009 r.

Art. 53. W okresie od dnia ogłoszenia pierwszego wykazu sieci szpitali do dnia 31 grudnia 2010 r. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpital włączony do sieci szpitali są finansowane na dotychczasowych zasadach.

Art. 54. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r., z wyjątkiem art. 50:

- 1) pkt 3 i 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.;
- 2) pkt 2 w zakresie dotyczącym art. 136 ust. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów i ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 49, poz. 509, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387, z 2003 r. Nr 130, poz. 1188 i Nr 170, poz. 1660, z 2004 r. Nr 162, poz. 1692 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 78, poz. 682 i Nr 181, poz. 1524.

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i Nr 82, poz. 559.

<sup>4)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360 i Nr 191, poz. 1410.

<sup>5)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2217, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 62, poz. 551 oraz z 2006 r. Nr 79, poz. 550 i Nr 149, poz. 1077.

## OSZACOWANIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z WDROŻENIEM USTAWY O SIECI SZPITALI W LATACH 2008 - 2014

## PROJEKT

1. Sprawowanie przez Ministra Zdrowia nadzoru nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrolą szpitali	2008		2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy
	Miesięcznie	Rocznie	Miesięcznie	Rocznie	Miesięcznie	Rocznie	
1.1 Wynagrodzenia							
Przebiegłe miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw/GUS			3 000,00				
Pochodne od wynagrodzeń (18,69%)			560,70				
Liczba dodatkowych etatów			20				
1.2 Koszty wynagrodzenia	0,00	0,00	71 214,00	854 568,00			4 272 840,00
1.3 Wyposażenie stanowiska (6 tys.) / Razem							120 000,00
<b>RAZEM</b>			<b>0,00</b>	<b>854 568,00</b>	<b>71 214,00</b>	<b>854 568,00</b>	<b>4 392 840,00</b>

2. Krajowa Rada ds. Szpitali	2008		2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy
	Miesięcznie	Rocznie	Miesięcznie	Rocznie	Miesięcznie	Rocznie	
2.1 Wynagrodzenia							
Przebiegłe miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw/GUS			2 637,72				
Pochodne od wynagrodzeń (18,69%)			492,99				
Liczba członków Rady			11				
2.2 Koszty wynagrodzenia	413 253,70	413 253,70	34 437,81	413 253,70			2 892 775,92
2.3 Obsługa organizacyjno-techniczna	284 000,00	284 000,00	22 000	284 000,00			1 848 000,00
2.4 Analizy zewnętrzne (300 tys. zł.)	877 254	877 254	56 436	677 254			4 740 775,92
<b>RAZEM</b>	<b>877 253,70</b>	<b>877 253,70</b>	<b>56 437,81</b>	<b>677 253,70</b>	<b>34 437,81</b>	<b>677 253,70</b>	<b>4 740 775,92</b>

3. Regionalna Rada ds. Szpitali	2008		2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy
	Miesięcznie	Rocznie	Miesięcznie	Rocznie	Miesięcznie	Rocznie	
3.1 Wynagrodzenia							
Przebiegłe miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw/GUS			2 637,72				
Pochodne od wynagrodzeń (18,69%)			492,99				
Liczba członków Rady			10				
3.2 Koszty wynagrodzenia	375 685,18	375 685,18	31 307,10	375 685,18			2 628 796,29
- jednostkowe	6 010 962,95	6 010 962,95	600 813,58	6 010 962,95			42 076 740,63
- całocielowe							
3.3 Obsługa organizacyjno-techniczna	120 000,00	120 000,00	10 000,00	120 000,00			840 000,00
- jednostkowe	1 920 000,00	1 920 000,00	180 000,00	1 920 000,00			13 440 000,00
- całocielowe	7 930 962,95	7 930 962,95	660 913,58	7 930 962,95			55 516 740,63
3.4 Analizy zewnętrzne (300 tys. zł.)	4 800 000,00	4 800 000,00					4 800 000,00
<b>RAZEM</b>	<b>795 685,18</b>	<b>795 685,18</b>	<b>41 307,10</b>	<b>495 685,18</b>	<b>41 307,10</b>	<b>495 685,18</b>	<b>3 769 796,29</b>
- jednostkowe	12 730 962,95	12 730 962,95	660 913,58	7 930 962,95			60 316 740,63
- całocielowe							

4. Ocena kondycji finansowej szpitali w sieci	2008		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy
	2008	Miesięcznie	Rocznie	Rocznie	
<b>4.1 Wynagrodzenia</b>					
Przebieżne miesięczne wynagrodzenie		3 000,00			
Pochodne od wynagrodzeń (18,69%)		560,70			
Liczba pracowników		2			
<b>4.2 Koszty wynagrodzenia</b>					
- jednostkowe		7 121,40	85 488,80		427 284,00
- całosciowe		113 942,40	1 367 308,80		8 836 544,00
<b>4.3 Wyposażenie stanowiska (8 tys.) / Razem</b>					192 000,00
<b>RAZEM</b>					
- jednostkowe	0,00	7 121,40	85 488,80		427 284,00
- całosciowe	0,00	113 942,40	1 367 308,80		8 836 544,00

5. Ocena jakościowa szpitali w sieci NFZ	2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy
	2009	Miesięcznie	Rocznie	Rocznie	
<b>5.1 Wynagrodzenia</b>					
Przebieżne miesięczne wynagrodzenie		5 200,00			
Pochodne od wynagrodzeń (18,69%)		971,88			
Liczba pracowników		21			
<b>5.2 Koszty wynagrodzenia</b>					
przy założeniu '30% oceny'	0,00	129 608,48	1 559 313,78		7 776 568,80
<b>5.3 Wyposażenie stanowiska (8 tys.) / Razem</b>					128 000,00
<b>RAZEM</b>					
- jednostkowe	0,00	129 608,48	1 559 313,78		7 776 568,80
- całosciowe	0,00	129 608,48	1 559 313,78		7 776 568,80

6. Likwidacja łózek	2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy
	2009	Miesięcznie	Rocznie	Rocznie	
<b>6.1 Koszty likwidacji łózek</b>					
Szacowana liczba łózek		123	1 480		7 400
Koszt likwidacji jednego łózka - odprawy pracownicze		200,00	2 400,00		12 000,00
<b>Razem</b>		1 480 000,00	17 760 000,00		88 800 000,00
<b>6.2 Szkolenia i kursy dla personelu medycznego</b>					
		1 843 333,33	19 240 000,00		96 200 000,00
<b>RAZEM</b>		1 843 333,33	19 240 000,00		96 200 000,00
<b>RAZEM</b>		1 843 333,33	19 240 000,00		185 000 000,00



## OSZACOWANIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z WDROŻENIEM USTAWY O SIECI SZPITALI W LATACH 2008 - 2014

## PROJEKT

1. nadzoru nad funkcjonowaniem sieci szpitali 0.132 kontrolą szpitali	2008		2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy	
	Miesięcznie		Rocznie		Miesięcznie			Rocznie
1.1 Wynagrodzenia								
Przebieżne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw/GUS		3 000,00						
Pochodne od wynagrodzeń (18,85%)		560,70						
Liczba dodatkowych etatów		20						
1.2 Koszty wynagrodzenia	0,00	0,00	71 214,00	854 568,00	4 272 840,00			
1.3 Wyposażenie stanowiska (6 tys.)/Razem								120 000,00
<b>RAZEM</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>71 214,00</b>	<b>854 568,00</b>	<b>4 272 840,00</b>			<b>120 000,00</b>

2. Krajowa Rada ds. Szpitali	2008		2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy	
	Miesięcznie		Rocznie		Miesięcznie			Rocznie
2.1 Wynagrodzenia								
Przebieżne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw/GUS		2 637,72						
Pochodne od wynagrodzeń (18,85%)		492,99						
Liczba członków Rady		11						
2.2 Koszty wynagrodzenia	413 253,70	413 253,70	34 437,81	413 253,70	2 892 775,92			
2.3 Obsługa organizacyjno-techniczna	284 000,00	284 000,00	22 000,00	284 000,00	1 848 000,00			
2.4 Analizy zewnętrzne (300 tys. zł.)	677 254	677 254	59 436	677 254	4 740 775,92			
<b>RAZEM</b>	<b>677 253,70</b>	<b>677 253,70</b>	<b>666 437,81</b>	<b>677 253,70</b>	<b>677 253,70</b>			<b>7 740 775,92</b>

3. Regionalna Rada ds. Szpitali	2008		2009		2010 - 2014		Poziom kosztów po 7 latach od wejścia w życie ustawy	
	Miesięcznie		Rocznie		Miesięcznie			Rocznie
3.1 Wynagrodzenia								
Przebieżne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw/GUS		2 637,72						
Pochodne od wynagrodzeń (18,85%)		492,99						
Liczba członków Rady		10						
3.2 Koszty wynagrodzenia	375 885,18	375 885,18	31 307,10	375 885,18	2 629 796,29			
- całociclowe	6 010 962,95	6 010 962,95	500 913,58	6 010 962,95	42 078 740,63			
3.3 Obsługa organizacyjno-techniczna	120 000,00	120 000,00	10 000,00	120 000,00	840 000,00			
- jednostkowe	1 920 000,00	1 920 000,00	180 000,00	1 920 000,00	13 440 000,00			
3.4 Analizy zewnętrzne (300 tys. zł.)	7 930 962,95	7 930 962,95	660 913,58	7 930 962,95	56 616 740,63			
<b>RAZEM</b>	<b>796 885,18</b>	<b>796 885,18</b>	<b>41 307,10</b>	<b>495 885,18</b>	<b>3 759 796,29</b>			<b>495 885,18</b>
- całociclowe	<b>12 730 962,95</b>	<b>12 730 962,95</b>	<b>660 913,58</b>	<b>7 930 962,95</b>	<b>60 316 740,63</b>			<b>60 316 740,63</b>

## UZASADNIENIE

Projektowana ustawa przewiduje utworzenie sieci szpitali. Utworzenie sieci szpitali stanowi priorytet działań Ministra Zdrowia. Jest to również jeden z priorytetów programowych Klubu Parlamentarnego „Prawo i Sprawiedliwość” w obszarze ochrony zdrowia.

Wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia krajów rozwiniętych i rozwijających się jest powszechnie obserwowana tendencja starzenia się społeczeństw i wynikająca z tego faktu konieczność zapewnienia kompleksowej opieki długoterminowej. Nie bez znaczenia dla funkcjonowania systemu pozostaje zmieniający się profil epidemiologiczny polskiego społeczeństwa, charakteryzujący się przede wszystkim wzrostem zachorowalności na choroby układu krążenia i nowotwory. Czynniki te wymuszają na decydentach polityki zdrowotnej konieczność kreowania i wprowadzania takich rozwiązań systemowych oraz dokonywania zmian w sektorze zdrowotnym, które przy danych możliwościach zasobowych tego sektora będą służyły poprawie bezpieczeństwa pacjentów, osiąganego zasadniczo w skutek działań ukierunkowanych na dostosowanie potencjału diagnostyczno-leczniczego do zmieniających się potrzeb społeczeństwa.

Analiza potrzeb zdrowotnych i ocena zasobów w opiece szpitalnej przeprowadzona na zlecenie Ministra Zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny, ujęta w dokumencie pn. „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności” (Warszawa, grudzień 2006), oraz stan permanentnego zadłużenia sektora publicznego potwierdzają konieczność, a zarazem pilność przeprowadzenia reorganizacji zasobów stacjonarnych polegającej na dostosowaniu infrastruktury i potencjału kadrowego adekwatnie do faktycznych potrzeb zdrowotnych, w perspektywie najbliższych lat osiągnięcia lepszego skoordynowania rozwoju zasobów stacjonarnych i działań inwestycyjnych w tym obszarze.

## Analiza sytuacji epidemiologiczno-demograficznej

Sytuacja demograficzna i tendencje jej zmian w najbliższych latach oraz dynamika sytuacji zdrowotnej determinują potrzeby zdrowotne ludności. Równocześnie rozwój technologii medycznych wprowadzający nowe możliwości leczenia i diagnozowania schorzeń modyfikuje strukturę tych potrzeb, implikuje przesunięcie się zapotrzebowania w kierunku szerszego wykorzystania możliwości chirurgii „jednego dnia” oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w miejsce hospitalizacji. Procesy te wymuszają konieczność z jednej strony restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego w kierunku zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych (krótkoterminowych) na niektórych oddziałach przy jednoczesnym zwiększaniu ich ilości na innych, z drugiej rozwój specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Prognoza GUS wskazuje, że po roku 2010 czeka nas dynamiczny wzrost udziału w populacji ludzi po 65 roku życia, będzie on znacząco większy w miastach niż na wsi. Proces starzenia się populacji widoczny jest w całej Unii Europejskiej, ale stosunkowo korzystna dotychczas sytuacja w Polsce (młodsza struktura wieku ludności) najprawdopodobniej skończy się w ciągu najbliższych 20 lat. Starzenie się ludności musi znaleźć swoje odbicie w zmianach struktury potrzeb zdrowotnych i konieczności adekwatnej do zachodzących procesów restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia.

Przeciętne dalsze trwanie życia jest jednym z najważniejszych syntetycznych wskaźników stanu zdrowia populacji. Obecnie w Polsce średnia długość życia mężczyzn wynosi 70,7 lat a kobiet 79,2 lat. Lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte nie przyczyniły się do poprawy ogólnego stanu zdrowia Polaków, podczas gdy 15 krajów UE systematycznie poprawiało swoją sytuację zdrowotną. Różnice w stanie zdrowia ogółem między Polską a Unią Europejską powoli zmniejszają się i jest to widoczne tak dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Postęp jest jednak zdecydowanie zbyt wolny i prognoza wieloletnia wskazuje, że jeżeli nie zajdą zasadnicze zmiany w istniejącej sytuacji w kraju, jeszcze w 2045 roku mężczyzna mieszkający w Polsce będzie żył średnio o 3,6 lat krócej niż przeciętny mieszkaniec Unii Europejskiej, a kobieta o 2,6 lat krócej.

Lepszym wskaźnikiem potrzeb zdrowotnych ludności jest rzeczywisty współczynnik umieralności, gdyż obejmuje on niedostatki zdrowia populacji wynikające także z mniej korzystnej struktury demograficznej (lub korzyści wynikające

ze struktury bardziej korzystnej). Zróżnicowanie wojewódzkich współczynników umieralności w 2004 r. zarówno rzeczywistych jak i standaryzowanych wskazuje, że największe potrzeby występujące w woj. łódzkim wynikają zarówno z obiektywnie złego stanu zdrowia jak i niekorzystnej, w porównaniu z innymi województwami, struktury wieku.

Struktura głównych przyczyn zgonów w Polsce i innych krajach UE (dawna 15-stka) jest podobna, jednak w Polsce w większym stopniu dominują, jako przyczyna umieralności, choroby układu krążenia odpowiedzialne za 46% zgonów. Widoczny jest również względny wzrost zagrożenia chorobami nowotworowymi odpowiadającymi za około ¼ zgonów Polaków, co stanowiło jeden z powodów przyjęcia przez Sejm, w drodze ustawy, Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Zasadnicze wnioski jakie uwypukla analiza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej:

1. Sytuacja demograficzna w Polsce obecnie i jej przewidywane zmiany w przyszłości wskazują na przesuwanie się zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w kierunku potrzeb osób starszych.
2. Przewiduje się zmniejszenie zapotrzebowania na świadczenia w specjalnościach ginekologiczno-położniczych i pediatrycznych, a zwiększenie w zakresie onkologii i kardiologii, geriatry, urologii oraz rehabilitacji.
3. Zróżnicowanie międzywojewódzkie mierników sytuacji zdrowotnej ma stosunkowo trwałe w czasie charakter, zwłaszcza jeżeli chodzi o województwa skrajne. Fakt ten powinien być brany pod uwagę przy różnicowaniu infrastruktury w celu zaspokojenia oczekiwanych potrzeb zdrowotnych.

#### Ocena zasobów opieki szpitalnej

Trudnym do rozwiązania problemem ochrony zdrowia w Polsce jest niewłaściwa struktura łóżek na poziomie stacjonarnej opieki zdrowotnej, nadmierna ilość łóżek krótkoterminowych w przypadku niektórych specjalności medycznych jednocześnie znacząco niewystarczająca ilość łóżek długoterminowych. Występują braki zasobowe w zakresie alternatywnych form opieki i leczenia, tj. oddziałów i szpitali dziennych, oddziałów i stacjonarnych jednostek opieki długoterminowej, oddziałów i zakładów opieki paliatywnej oraz zakładów opiekuńczo-

lecniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także długoterminowej opieki domowej. Poprawa sytuacji w tym zakresie wymaga podjęcia działań, które będą wskazywały właściwy kierunek rozwoju opieki szpitalnej na poziomie regionalnym, tj. funkcjonalne łączenie mniejszych, kilkudziesięciolóżkowych szpitali o znaczeniu lokalnym, w określonych przypadkach zmiana profilu ich działalności (rozwój infrastruktury w opiece długoterminowej).

Z problemem nadmiernej ilości łóżek o charakterze krótkoterminowym skorelowana jest niewłaściwa ich struktura. Występuje regionalna asymetria w dostępie do świadczeń specjalistycznych wynikająca z przerostu bazy łóżkowej w pewnych specjalnościach, przede wszystkim na oddziałach pediatrycznych, chorób zakaźnych, ginekologii, położnictwa, oraz niewystarczająco rozwiniętego zaplecza infrastrukturalnego w innych, np. kardiologii czy chorób wewnętrznych. Koniecznym jest zatem dokonanie reorganizacji zasobów specjalistycznych w sposób pozwalający na zapewnienie właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych, bazujący na rozpoznaniu lokalnych potrzeb zdrowotnych. Ilość łóżek nie jest jednakże jedynym miernikiem dostępności do świadczeń zdrowotnych, a tym bardziej nie wpływa, w sposób bezpośredni, na jakość wykonywanych świadczeń. Zapewnienie właściwego poziomu dostępności do opieki zdrowotnej wymaga przede wszystkim dostosowania zasobów diagnostyczno-terapeutycznych opieki szpitalnej do potrzeb zdrowotnych ludności wynikających z analizy sytuacji epidemiologicznej i procesów demograficznych. Realizacja tego założenia stanowi właściwy cel projektu ustawy o sieci szpitali. Sama likwidacja łóżek nie wpłynie istotnie na poprawę sytuacji, nie jest to istotą projektu. Ważnym jest natomiast przeprofilowanie obecnie istniejących jednostek w sposób pozwalający w największym stopniu zabezpieczyć obecne potrzeby zdrowotne lokalnych społeczności, w przyszłości natomiast sprostać wyzwaniom epidemiologicznym i demograficznym przez zapewnienie właściwego zaplecza kadrowego i dostępności do aparatury medycznej.

Należy zakładać, że popyt na opiekę długoterminową będzie w Polsce systematycznie wzrastał. Wynika to z procesu starzenia się społeczeństwa i podwyższania standardów opieki zdrowotnej. Zakres opieki oferowanej ludziom starszym stale się poszerza, stosownie do postępu naukowego i technicznego w medycynie, rozwoju i wdrażania nowych technologii medycznych, metod le-

czenia i diagnozowania, oraz rosnącego standardu życia. Właśnie zaspokojenie tego popytu wymagać będzie tworzenia dodatkowych jednostek opieki długoterminowej oraz rozwoju najtańszej i najbardziej efektywnej formy opieki długoterminowej – leczenia w warunkach domowych i ambulatoryjnych. Jednostki te mogą powstawać przez wykorzystanie (akwizycja) istniejących zasobów – zmianę profilu działalności niektórych zakładów opieki krótkoterminowej, bądź w wyniku rozwoju organicznego – tworzenie nowych podmiotów. Z tego względu oczekiwanym głównym efektem projektu ustawy o sieci szpitali jest przekształcanie szpitali a nie ich likwidacja.

#### Zadłużenie w sektorze ochrony zdrowia

Podstawowym wyróżnikiem aktualnej sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest bardzo wysoki poziom zadłużenia, który dynamicznie narastał aż do 2005 r., kiedy tempo wzrostu zostało wyraźnie zahamowane. Według stanu na koniec września 2005 roku zobowiązania wymagalne wynosiły 5,8 mld zł i wzrosły ponad dwukrotnie od 2001 r. Pod koniec czwartego kwartału 2006 roku wartość zobowiązań wymagalnych wyniosła 3,845 mld zł.

Przyjmując stan na dzień 31 grudnia 2006 r. struktura zobowiązań wymagalnych spoz kształtowała się następująco:

- zobowiązania publicznoprawnych – 41,8%,
- zobowiązania wobec dostawców leków i materiałów medycznych – 22,3%,
- zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych – 9,3%,
- zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej – 5,5%,
- zobowiązania wobec pracowników – 4,4 %.

W strukturze zobowiązań wymagalnych najwyższy udział miały zobowiązania publicznoprawne oraz wobec dostawców leków i materiałów medycznych. Zobowiązania wymagalne stanowią aktualnie 37,81% zobowiązań ogółem.

W ramach zobowiązań wymagalnych wobec pracowników zawarte są zobowiązania z tytułu obligatoryjnej podwyżki wynagrodzeń za rok 2001 i 2002, wynikającej z ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu wynagrodzeń

u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (tzw. „ustawy 203”), zgodnie z którą zakłady opieki zdrowotnej zostały zobligowane do wypłacenia w 2001 r. pracownikom podwyżki w wysokości nie mniejszej niż 203 zł wraz z pochodnymi, a w 2002 r. co najmniej o 110 zł miesięcznie.

Problem zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej i trudności w bieżącym zarządzaniu długiem nierozzerwalnie wiąże się z uaktywnieniem działalności wierzycieli i dochodzeniem ich roszczeń na drodze sądowej. Z danych dostępnych Ministerstwu wynika, że wartość wierzytelności spoz, które pozostały do przekazania organom egzekucyjnym znacząco wzrastała do pierwszego półrocza 2005 r. W IV kwartale 2005 r. kwota przekazanych wierzytelności organom egzekucyjnym wyniosła 104 mln zł i była niższa od kwoty przekazanej w III kw. 2005 r. o około 30 mln zł, tj. o 22,2 %. Spadek wartości wierzytelności przekazywanych organom egzekucyjnym jest związany z zawieszeniem postępowań egzekucyjnych w okresie od dnia wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego do dnia wydania decyzji o umorzeniu lub zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego. Zgodnie z ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zawieszeniu nie podlegają wszczęte postępowania egzekucyjne prowadzone w celu zaspokojenia indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw.

Analiza problemu zadłużenia wskazuje, że część szpitali niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zarówno na szczeblu regionalnym jak i ogólnokrajowym (ok. 50 jednostek, przyjmując jako kryterium wartość zadłużenia przewyższającą 30% rocznych przychodów jednostek) znajduje się w sytuacji finansowej, która uniemożliwia zastosowanie skutecznej restrukturyzacji finansowej. W przypadku tych szpitali niemożność osiągnięcia równowagi finansowej powoduje bardzo wysoki poziom zadłużenia. Z uwagi na zadania, które te szpitale realizują w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, prowadzenia badań naukowych oraz kształcenia kadry medycznej, ich funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia jest niezbędne.

Z powyższych względów koniecznym jest podjęcie długofalowych działań (przede wszystkim opracowania kompleksowego programu restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej), które są potrzebne dla uniknięcia ponownego pojawienia się problemu zadłużenia szpitali w przyszłości.

Problem zadłużenia szpitali nabiera dodatkowego znaczenia, kiedy dokonamy jego analizy z perspektywy jednostek samorządu terytorialnego. Skala zadłużenia ZOZ-ów nadzorowanych przez jednostki samorządu terytorialnego znacząco przekracza możliwości finansowe tych jednostek i łącznie z zadłużeniem pozostałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, szczególnie nadzorowanych przez akademie medyczne, stanowi poważny problem. Realizacja ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej umożliwiła jedynie okresową poprawę sytuacji finansowej szpitali, natomiast nie spowodowała trwałego rozwiązania problemu zadłużenia.

Problem rosnącego zadłużenia spozów przekłada się na wzrost skumulowanych zobowiązań jednostek samorządu terytorialnego, a tym samym również wzrost relacji tych zobowiązań do dochodów tych jednostek i w konsekwencji powoduje bądź grozi przekroczeniem 60% limitu zadłużenia. Utrzymujący się poziom zadłużenia grozi narastaniem jego wielkości z tytułu naliczanych odsetek, jednocześnie spłata skumulowanych zobowiązań wymagalnych przekracza możliwości finansowe jednostek samorządu terytorialnego i tworzy sytuacje niedopuszczalne przepisami prawa. Znaczącą część tych zobowiązań stanowią nie zobowiązania instytucji kultury, funduszy celowych i innych jednostek posiadających osobowość prawną nadzorowanych przez jednostki samorządu terytorialnego a zobowiązania spozów. W zobowiązaniach podmiotów nadzorowanych przez jednostki samorządu terytorialnego udział zobowiązań spoz pozostaje niezmienny w całym okresie 2003-2005 najwyższy, a w zobowiązaniach wymagalnych osiąga blisko 100%. Z tego względu problem rosnącego zadłużenia sektora publicznego ochrony zdrowia wykracza poza kompetencje Ministra Zdrowia, stanowi problem ogólnopolski, którego rozwiązanie wymaga zaangażowania ze strony Rządu i Parlamentu RP.



## Diagnoza istniejących problemów zadłużenia

Analiza problemu rosnącego zadłużenia sektora publicznego, w tym ocena struktury i źródeł zadłużenia, pozwala wnioskować o przyczynach utraty płynności finansowej przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Zasadnicze ograniczenie możliwości poprawy sytuacji ekonomicznej w sektorze stanowi poziom finansowania opieki zdrowotnej, który mierzony udziałem wydatków publicznych w PKB utrzymuje się na niezmiennym poziomie około 4%, w ostatnich latach wykazując tendencję malejącą, w przypadku kiedy średnia liczona dla państw UE wynosi 8,8% (całkowite wydatki na ochronę zdrowia w ujęciu realnym). Udział całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w PKB w Polsce w 2003 r. wg danych OECD wyniósł 6,5%. Średni udział wydatków publicznych w PKB wyliczony dla państw OECD w 2003 roku wyniósł 6,4%, dla Polski wskaźnik ten został oszacowany na poziomie 4,5% (Źródło: Health at Glance, OECD Indicators 2005). Stale rosnące koszty przy niezmiennym poziomie środków finansowych dostępnych w ramach systemu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego skutkują pogarszaniem się sytuacji finansowej zakładów i trudnościami w utrzymaniu bieżącej płynności. Zauważalny jest proces dekapitalizacji części infrastruktury szpitalnej. Dynamicznie rosnące koszty i zmniejszające się przychody skutkują pogarszaniem wyniku finansowego części zakładów, w przypadku pozostałych trudnością z wypracowaniem zysku i zachowaniem stabilnej kondycji finansowej.

Jednocześnie polityka płatnika – aktualnie przyjęta formuła kontraktowania, w szczególności stosowane zasady wyceny świadczeń zdrowotnych, nie jest na tyle skoordynowana by sprzyjać zmianie negatywnych tendencji, wręcz powoduje ich pogłębianie się. Znaczenie Narodowego Funduszu Zdrowia sprowadza się do pełnienia jedynie funkcji agencji refundacyjnej, a nie jednostki, która z racji zarządzania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia jako jedyny podmiot posiada narzędzia by skutecznie kształtować strategiczny rozwój systemu. Większość z kontraktowanych przez NFZ procedur medycznych wymaga ponownego oszacowania, wyceny stosownej do faktycznie ponoszonych przez zakłady kosztów. Problem ten stanowi obecnie przedmiot pracy Agencji Oceny Technologii Medycznych. Agencja pracuje nad opracowaniem

„koszyka świadczeń gwarantowanych”, w kolejnym etapie zostanie dokonana wycena świadczeń wskazanych do koszyka.

Nie istnieją żadne efektywne mechanizmy zarządzania popytem na leczenie szpitalne – lekarze rodzinni i specjaliści w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej nie mają motywacji, aby zapobiegać niepotrzebnym hospitalizacjom, co wynika z kapitałowej metody rozliczania świadczeń zdrowotnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Szpitale natomiast mają skłonność do przyjmowania pacjentów niż zarządzania ich leczeniem poza szpitalem.

Rozwiązania dotyczące nadzoru właścicielskiego i odpowiedzialności w szpitalach są nieprzejrzyste i mało funkcjonalne:

- dyrektorzy (kierownicy) nie mają faktycznej odpowiedzialności wobec podmiotów tworzących,
- podmioty tworzące publiczne zakłady przeważnie uchylają się od odpowiedzialności za zobowiązania szpitali,
- dopuszczono do niekontrolowanego wzrostu zadłużenia w sektorze publicznym.

Dotychczasowy brak koordynacji nad działaniami inwestycyjnymi w systemie ochrony zdrowia sprawił, że obecnie w wielu regionach mamy do czynienia z mało racjonalnym rozmieszczeniem zasobów i niedostosowaniem infrastruktury (w tym ilości i struktury łóżek krótkoterminowych) – niedoborami w jednych specjalnościach medycznych przy nadmiarach w innych, do faktycznych potrzeb zdrowotnych ludności. Fakt ten powoduje obawy o przygotowanie systemu do sprostania wyzwaniom wynikającym z procesów demograficznych i sytuacji epidemiologicznej.

#### Ograniczenia projektu

Podstawowym czynnikiem utrudniającym podjęcie działań porządkujących zasoby opieki stacjonarnej jest skomplikowana struktura własnościowa szpitali. Ilość i wielość podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej (szpitale), którymi są w szczególności:

- Minister Zdrowia,
- Minister Obrony Narodowej,

- Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- publiczne uczelnie medyczne lub publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- kościół lub związek wyznaniowy,
- fundacja,
- związek zawodowy,
- samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- inne krajowe albo zagraniczne osoby prawne lub osoby fizyczne

powoduje:

- rozproszenie odpowiedzialności za organizację i poziom dostępności do leczenia zamkniętego,
- nieskoordynowanie działań inwestycyjnych w regionach,

a zatem trudności w optymalizacji rozmieszczenia zasobów na tym poziomie opieki skutkujące brakami w jednych specjalnościach przy jednocześnie obserwowanym nadmiarze w innych.

W strukturze tej największy udział przypada jednostkom samorządu terytorialnego, do których należy większość szpitali, bo około 70% (wg stanu na dzień 31 grudnia 2005 r. – MZ-29).

Tabela: Szpitale według podmiotów tworzących

<b>SZPITALE PUBLICZNE</b>		<b>608</b>		<b>3</b>	<b>611</b>
<b><u>1. łóżka stacjonarne</u></b>			<b><u>2. tylko miejsca dzienne</u></b>		
Podmiot tworzący:			Podmiot tworzący:		
samorząd gminy (miasta)	66		samorząd gminy (miasta)	1	
samorząd powiatu	284		samorząd województwa	1	
samorząd województwa	200		inne	1	
inne	58				
<b>SZPITALE NIEPUBLICZNE</b>					<b>170</b>
<b>RAZEM</b>					<b>781</b>

*Źródło: CSIOZ (stan na dzień 31 grudnia 2005 r.)*

Tabela Liczba szpitali wg liczby łóżek i formy prawnej prowadzonej działalności (publiczne i niepubliczne)

Liczba łóżek	Publiczne		Niepubliczne	Liczba szpitali łącznie
	A	w tym samorządowe B		
< 50	26	25	90	116
50 - 150	176	165	32	208
151 - 250	131	122	13	144
251 - 500	185	167	4	189
> 500	90	71	0	90
Szpitale posiadające tylko miejsca dzienne	3	2	31	34
<b>Razem szpitale:</b>	<b>611</b>	<b>552</b>	<b>170*</b>	<b>781</b>

**Źródło:** CSIOZ (stan na dzień 31 grudnia 2005 r.)

**Metodologia:** Wszystkie szpitale liczone wg księgi rejestrowej, z wyjątkiem szpitali – Instytutów leżących na terenie innych województw niż jednostka macierzysta. Dotyczy to:

1. Filia Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce
2. Filie Instytutu Onkologii w Gliwicach i Krakowie

\* w tym przekształcone w spółki samorządowe

Fakt ten stanowił podstawową przesłankę przyjęcia funkcjonalnego podejścia do tworzenia sieci szpitali, a więc przekazania częściowej odpowiedzialności i kompetencji w tym zakresie na poziom regionalny – propozycja powołania Regionalnych Rad ds. Szpitali. W obecnych warunkach i przy możliwościach realizacji celów projektu na jakie pozwalają przepisy prawne, zaproponowana koncepcja utworzenia sieci szpitali, stanowi optymalne i najbardziej realne rozwiązanie.

Na podstawie analizy przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia i PZH można wyciągać ogólne wnioski o sprawności i wydajności polskiego systemu ochrony zdrowia, organizacji opieki zdrowotnej, jej struktury i podziału kompetencji. W porównaniu do sytuacji w innych krajach wyniki osiągnięte przez polski system ochrony zdrowia nie można uznać za zadowalające.

Jednymi z istotniejszych problemów sektora zdrowotnego są:

- niewłaściwa struktura łóżek w wielu specjalnościach medycznych,

- niewłaściwa struktura organizacyjna szpitali pod względem specjalistycznego poziomu opieki szpitalnej (oddziały/kliniki wysokospecjalistyczne utworzone w lokalnych szpitalach) oraz
- niewłaściwa, nierównomierna lokalizacja jednostek opieki szpitalnej,

w wyniku których następuje kumulowanie i nakładanie się negatywnych zjawisk. Wyrazem tego jest niskie i malejące wykorzystanie łóżek, zbyt długie średnie czasy hospitalizacji pacjentów, niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli i niezadowolenie społeczne, a faktycznie brak zapewnienia właściwego, adekwatnego do możliwości zasobowych systemu, poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Zastosowane rozwiązania prawne oraz dotychczas podejmowane próby kreowania zachowań rynkowych, a zwłaszcza strategie finansowania świadczeń zdrowotnych, nie wymusiły dostatecznie efektywnych mechanizmów dostosowawczych, samo reorganizacji i zmian w strukturze jednostek stacjonarnej opieki zdrowotnej dokonującej się w ścisłej zależności od zmieniających się potrzeb zdrowotnych, więc nie przyniosły również oczekiwanej poprawy dostępności do świadczeń. W obecnej sytuacji wyraźnie widoczne jest niedostosowanie struktury i zasobów szpitali (strony podażowej) do faktycznych potrzeb zdrowotnych (strony popytowej).

Na zmianę sytuacji, patrząc z perspektywy jednostkowej, nie wpłynęły również dotychczas prowadzone działania na szczeblu władz państwowych na rzecz pobudzenia i rozwoju inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, które nie zlikwidowały, zgodnie z oczekiwaniami, istniejących dysproporcji między poszczególnymi szpitalami w zakresie struktury, stanu technicznego i wyposażenia w aparaturę medyczną.

Projekt ustawy o sieci szpitali stanowi propozycję rozwiązań, na skutek realizacji którego możliwa będzie koordynacja procesu rozwoju infrastruktury szpitalnej, struktury i ilości łóżek krótkoterminowych, w efekcie dostosowania zasobów opieki szpitalnej do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa. Dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-terapeutycznego do uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych pozwoli na zwiększenie

dostępności do świadczeń zdrowotnych, a w efekcie poprawę bezpieczeństwa pacjenta. Właściwie zaplanowana i zrealizowana koncepcja sieci szpitali wpłynie również na poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych systemu ochrony zdrowia i optymalizację wykorzystania jego zasobów.

Istotnym jest stymulowanie procesu łączenia mniejszych, kilkudziesięciolóżkowych szpitali o znaczeniu lokalnym, w określonych przypadkach zmiany profilu ich działalności. Oczekuje się, że w minimalnym stopniu realizacja projektu będzie wymagała likwidacji szpitali. Dąży się do racjonalnej konsolidacji i przekształcenia infrastruktury (m.in. rozwój opieki długoterminowej), która będzie sprzyjała poprawie efektywności zarządzania szpitalami, racjonalizacji kosztów związanych z ich funkcjonowaniem, a w rezultacie pozytywnie wpłynie na poprawę ich sytuacji ekonomicznej.

Korzyści z wdrożenia ustawy o sieci szpitali

1. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa:
  - 1.1. Zlikwidowanie dysproporcji w dostępie do świadczeń zdrowotnych.
  - 1.2. Dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-leczniczego do zmian epidemiologiczno-demograficznych.
2. Wzmocnienie funkcji planistycznych (skoordynowane planowanie rozmieszczenia infrastruktury w regionach) i nadzorczych:
  - 2.1. Wzmocnienie funkcji nadzorczych Ministra Zdrowia nad organizacją i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i jego znaczenia jako koordynatora polityki zdrowotnej – skoncentrowanie w ręku Ministra kompetencji decyzyjnych w sprawach związanych z tworzeniem i zarządzaniem siecią szpitali, jako podmiotu konstytucyjnie odpowiedzialnego za realizację polityki zdrowotnej państwa.

- 2.2. Przekazanie części kompetencji decyzyjnych w sprawach związanych z tworzeniem i zarządzaniem siecią szpitali na szczebel lokalny (Regionalne Rady ds. Szpitali).
- 2.3. Wzmocnienie kontroli podmiotów tworzących nad szpitalami – wprowadzenie systemu monitorującego kondycję finansową szpitali w sieci.
- 2.4. Zwiększenie skuteczności mechanizmów zarządzania i nadzoru właścicielskiego przez zdefiniowanie odpowiedzialności kierownika placówki i organu tworzącego za sprawne zarządzanie, tj. sytuację ekonomiczno-finansową szpitala.
- 2.5. Wprowadzenie poziomów referencyjnych oddziałów.
3. Stymulowanie procesów infrastrukturalnych:
  - 3.1. Stymulowanie konsolidacji infrastruktury szpitalnej i procesów/funkcji zarządzania (jednostki o znaczeniu lokalnym).
  - 3.2. Rozwój infrastruktury w opiece długoterminowej.
4. Usprawnienie mechanizmu kontraktowania świadczeń zdrowotnych:
  - 4.1. Dostosowanie mechanizmu finansowania świadczeń zdrowotnych do polityki inwestycyjnej i planów rozmieszczenia zasobów (regionalne plany opieki szpitalnej).
5. Usprawnienie systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia:
  - 5.1. Promowanie wprowadzania w szpitalach włączonych do sieci wewnętrznych systemów zarządzania jakością, a następnie systematycznego ich usprawniania („rating system”/wysokość kontraktowania świadczeń zdrowotnych).
  - 5.2. Wprowadzanie zewnętrznego modelu oceny jakości (CMJ).
  - 5.3. Zwiększenie znaczenia akredytacji (m.in. przez bodźce finansowe).
6. Stopniowe zmniejszanie zadłużenia w sektorze ochrony zdrowia:

- 6.1. Wprowadzenie narzędzi do monitorowania i oceny kondycji finansowej szpitali w sieci.
- 6.2. Uwzględnienie w polityce kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ wyników z oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej osiąganych przez szpitale w sieci.
- 6.3. Możliwość finansowania lub dofinansowania ze środków publicznych nakładów inwestycyjnych koniecznych do poniesienia przez szpital w sieci w związku z realizacją zadań wynikających z regionalnego planu opieki szpitalnej, w którym dany szpital został uwzględniony.

Ustawa reguluje następujące kwestie:

1. zasady tworzenia sieci szpitali,
2. zasady tworzenia regionalnych planów opieki szpitalnej,
3. szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci,
4. zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali,
5. nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

Zasady tworzenia sieci szpitali

Uwzględniając konstytucyjną zasadę równości wszystkich podmiotów, do sieci może być włączony każdy szpital, którego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek określonych dla poszczególnych województw.

Decyzję o włączeniu szpitala do sieci podejmuje Minister Zdrowia, na wniosek kierownika szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital albo podmiotu tworzącego szpital, składany za pośrednictwem Regionalnej Rady do Spraw Szpitali. Decyzja jest podejmowana po uzyskaniu opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali oraz opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali. W decyzji o włączeniu szpitala do sieci określany jest poziom referencyjny dla poszczególnych oddziałów.

W przypadku szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wniosek o włą-



czenie do sieci szpitala składany jest przez kierownika szpitala za zgodą podmiotu tworzącego (odpowiedniego ministra) lub przez odpowiedniego ministra bezpośrednio do Ministra Zdrowia. W stosunku do tych szpitali decyzję o włączeniu do sieci szpitali wydaje Minister Zdrowia odpowiednio w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Projekt ustawy wyróżnia trzy poziomy referencyjne: podstawowy, rozszerzony i wysokospecjalistyczny. Poziom referencyjny dla poszczególnych oddziałów ustalany będzie na podstawie informacji wynikających z wniosku o włączenie szpitala do sieci oraz załączników do wniosku. Regionalna Rada do Spraw Szpitali wyrażając opinię w przedmiocie włączenia szpitala do sieci przedstawiać będzie jednocześnie propozycję włączenia oddziałów do poszczególnych poziomów referencyjnych. W przypadku szpitali dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej bądź Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji określanie poziomu referencyjności oddziałów tych szpitali następuje na podstawie porozumienia odpowiedniego ministra z Ministrem Zdrowia. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się w decyzji o włączeniu szpitala do sieci szpitali.

Opinia sporządzana przez Krajową Radę do Spraw Szpitali w sprawie włączenia szpitala do sieci i kwalifikacji oddziałów do poziomów referencyjnych sporządzana jest na podstawie opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, na podstawie danych zawartych we wniosku oraz innych dokumentów i informacji udostępnionych przez kierownika szpitala lub podmiot tworzący ten szpital.

Zakładając, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2008 r., pierwsze wnioski o włączenie szpitala do sieci zgłoszone będą do dnia 31 maja 2008 r. Pierwsza sieć szpitali powstanie od dnia 1 stycznia 2010 r.

Minister Zdrowia może odmówić włączenia szpitala do sieci szpitali, jeżeli na podstawie przedłożonych dokumentów uzna, że działalność szpitala nie jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek szpitalnych. W przypadku szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Minister Zdrowia może odmówić włączenia takiego szpitala do sieci szpitali jedynie w porozumieniu z odpowiednim ministrem.

Projekt ustawy reguluje także zasady wyłączenia szpitala z sieci szpitali. Wyłączenia dokonuje Minister Zdrowia w formie decyzji z własnej inicjatywy, na wniosek Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, Krajowej Rady do Spraw Szpitali lub w porozumieniu odpowiednio z Ministrem Obrony Narodowej albo Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji – w przypadku szpitali utworzonych przez tych ministrów. Minister Zdrowia podejmuje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci, jeżeli stwierdzi, że działalność szpitala nie ma istotnego znaczenia dla zapewnienia optymalnej liczby łóżek, a także gdy:

- w wyniku oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej, szpital włączony do sieci uzyska mniej niż 15 punktów,
- w wyniku oceny jakościowej szpital włączony do sieci uzyska mniej niż 100 punktów,
- szpital włączony do sieci, podlegający kontroli, niewykona lub nienależycie wykona zalecenia pokontrolne a Regionalna Rada do Spraw Szpitali albo Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wyda negatywną opinię co do zasadności dalszego funkcjonowania szpitala w sieci.

Wyłączenie szpitala z sieci, niezależnie od podstawy wydania decyzji o wyłączeniu przez Ministra Zdrowia, nie wyklucza możliwości jego dalszego działania. Szpital ten może zostać przekształcony w zakład opieki długoterminowej i uzyskać środki z budżetu państwa na pokrycie kosztów szkoleń i przekwalifikowania kadry medycznej. Może też zmieniając odpowiednio strukturę organizacyjną połączyć się z innym szpitalem. Inną możliwością stanowi funkcjonowanie poza siecią przy niższym poziomie kontraktowania z NFZ. Za ostateczne rozwiązanie należy traktować likwidację takiego zakładu.

Na potrzeby utworzenia sieci szpitali Minister Zdrowia określi optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw w szczególności w następujących specjalnościach lekarskich: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, gastrologii, hematologii, kardiologii, nefrologii, dermatologii, neurologii, onkologii, gruźlicy i chorób płuc, reumatologii, rehabilitacji, chorób zakaźnych, pediatrii, ginekologii-położnictwa, chirurgii ogólnej, chirurgii dla dzieci, kardiochirurgii, neurochirurgii, urazowo-ortopedycznej, okulistyki, otolaryngologii, urologii

i psychiatrii. Zastosowane nazewnictwo jest konsekwencją nazewnictwa użytego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.).

Odrębnie uregulowana zostanie opieka psychiatryczna. Wyodrębnienie to wynika ze specyfiki tej dziedziny medycyny i konieczności zapewnienia systemowego podejścia do rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce. Właściwy rozwój opieki szpitalnej powinien polegać na tworzeniu sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby dużych szpitali psychiatrycznych przez przekształcenie ich łóżek w placówki wyspecjalizowane (m.in. rehabilitacyjne i opiekuńcze). Mimo trwającego procesu zmniejszania dużych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia wielu nowych oddziałów psychiatrycznych koncentracja łóżek w szpitalach psychiatrycznych nadal jest nadmierna i wynosi ponad 60%.

#### Zasady tworzenia regionalnych planów opieki szpitalnej

W celu określenia kierunków rozwoju opieki szpitalnej, wynikających ze zmian demograficznych i epidemiologicznych, mając na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki szpitalnej oraz zapewnienie należytej dostępności do świadczeń o odpowiedniej jakości tworzy się regionalne plany opieki szpitalnej. Plany opieki szpitalnej obejmują wszystkie szpitale włączone do sieci i zawierają:

- charakterystykę województwa,
- charakterystykę szpitali w województwie,
- charakterystykę szpitali objętych planem,
- planowaną liczbę łóżek w szpitalach objętych planem,
- harmonogram działań dostosowawczych szpitali oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem,
- szacunkowe koszty działań dostosowawczych.

Projekt planu jest sporządzany przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali na okres 5-letni. Projekt planu na kolejne lata sporządza się w terminie do 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym kończy się poprzedni plan.

W zakresie tworzenia projektu planu Regionalna Rada do Spraw Szpitali współpracuje z jednostkami samorządu terytorialnego, organami administracji rządowej, szpitalami oraz właściwymi oddziałami wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, które są obowiązane do bezpłatnego sporządzenia i dostarczenia na pisemne żądanie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali znajdujących się w ich posiadaniu informacji mających znaczenie lub niezbędnych dla przygotowania projektu planu lub jego zmiany. Projekt planu podlega opiniowaniu przez podmioty tworzące szpitale objęte projektem planu oraz Wojewódzką Komisję Dialogu Społecznego w zakresie zmian w strukturze zatrudnienia. Projekt planu uwzględnia włączone do sieci szpitali szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Projekt planu wymaga opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali. W przypadku negatywnej opinii, Krajowa Rada do Spraw Szpitali zwraca projekt planu do Regionalnej Rady do Spraw Szpitalnictwa wraz ze swoimi zaleceniami. Zalecenia te nie mogą powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że będą realizowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali są wiążące i Regionalna Rada do Spraw Szpitali jest obowiązana niezwłocznie dostosować plan albo jego zmianę do przekazanych zaleceń oraz przekazać go do Krajowej Rady do Spraw Szpitali w celu ponownego zaopiniowania. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu do Ministra Zdrowia. Po ewentualnej zmianie planu przez Ministra Zdrowia oraz zatwierdzeniu, projekt planu staje się planem a jego realizacja rozpoczyna się z początkiem roku następującego po roku, w którym kończy się poprzedni plan. Zmiany w planie mogą być dokonywane z inicjatywy Ministra Zdrowia, na wniosek Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, Krajowej Rady do Spraw Szpitali, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na wniosek Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w zakresie szpitali, dla których są podmiotami tworzącymi.

Pierwsze regionalne plany opieki szpitalnej powstają nie później niż w terminie do dnia 31 marca 2009 r. Plany te są sporządzane na okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.

Krajowa Rada do Spraw Szpitali i Regionalne Rady do Spraw Szpitali

Projekt ustawy reguluje zasady funkcjonowania Krajowej Rady do Spraw Szpitali i Regionalnych Rad do Spraw Szpitali.

Członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje Minister Zdrowia. W jej skład wchodzi przedstawiciele Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, przedstawiciele organizacji zrzeszających podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej, a także przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie projekt określa wymagania, które muszą spełniać członkowie Krajowej Rady do Spraw Szpitali. Przewodniczącym Krajowej Rady do Spraw Szpitali jest przedstawiciel Ministra Zdrowia. Kadencja Krajowej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.

Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Obsługę administracyjno-techniczną Rady do Spraw Szpitali zapewnia urząd obsługujący Ministra Zdrowia ze środków finansowych będących w dyspozycji Ministra.

Do zadań Krajowej Rady do Spraw Szpitali należy wyrażanie opinii w zakresie włączenia szpitala do sieci albo wyłączenia szpitala z sieci, wyrażanie opinii w zakresie kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych, wnioskowanie o wyłączenie szpitala z sieci szpitali, opiniowanie projektów regionalnych planów opieki szpitalnej i ich zmian oraz wnioskowanie o zmianę planu. Z zakresu opiniowania Rady wyłączone są kwestie związane z włączeniem albo wyłączeniem z sieci szpitali szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej lub Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, oraz wnioski o zmianę poziomu referencyjnego oddziałów tych szpitali.

Regionalna Rada do Spraw Szpitali działa przy wojewodzie. Członków tej Rady powołuje i odwołuje wojewoda. W jej skład wchodzi przedstawiciele Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, wojewody, marszałka, przedstawiciele organizacji zrzeszających podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej, a także przedstawiciel dyrektora

właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Projekt określa wymagania, które muszą spełniać członkowie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali.

Kadencja Regionalnej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat. Członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje wojewoda. Przewodniczącym Regionalnej Rady do Spraw Szpitali jest przedstawiciel wojewody.

Członkowi Rady w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Obsługę administracyjno-techniczną Regionalnej Rady do Spraw Szpitali zapewnia urząd wojewody. Wynagrodzenia członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali oraz obsługa administracyjno-techniczna są finansowane z budżetu państwa będących w dyspozycji wojewody.

Do zadań Regionalnej Rady do Spraw Szpitali należy w szczególności: wyrażanie opinii w zakresie włączenia szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali, przedłożenie propozycji w zakresie zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych, sporządzanie projektu regionalnego planu opieki szpitalnej i projektów zmian planu, wnioskowanie o wyłączenie szpitala z sieci szpitali, prowadzenie w sposób ciągły oceny szpitali w zakresie realizacji planu, wykonywanie innych zadań dotyczących tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali na wniosek wojewody. Z zakresu opiniowania Regionalnych Rad wyłączone są kwestie związane z włączeniem albo wyłączeniem z sieci szpitali szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej lub Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, oraz wnioski o zmianę poziomu referencyjnego oddziałów tych szpitali.

W posiedzeniach Krajowej Rady do Spraw Szpitali i Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, na zaproszenie przewodniczącego rady, mogą uczestniczyć eksperci, konsultanci krajowi i wojewódzcy, przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Udział ww. osób w posiedzeniach rady ma na celu przedstawienie stanowiska i opinii

merytorycznej dotyczącej konkretnej sprawy podniesionej przez radę, wyłącza prawo do głosowania.

Szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali

Szpital włączony do sieci szpitali będzie miał obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym pozostawania w stałej gotowości do podjęcia koniecznych działań w przypadku nagłych zdarzeń destabilizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych, epidemii lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców. Na realizację tych zadań szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje środki finansowe na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do szpitala włączonego do sieci, z uwzględnieniem przynależności oddziałów do poziomów referencyjnych, obejmuje:

- 1% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za posiadanie akredytacji,
- 1% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001:2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem,
- 0,5% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej,
- 0,5% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii jakościowej.

Powyższe przepisy będą miały zastosowanie w drugim roku po obwieszczeniu przez Ministra Zdrowia pierwszego wykazu szpitali włączonych do sieci.

Projektowana ustawa wprowadza regulacje zgodnie z którymi Minister Zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz inne organy będą mogły, z uwzględnieniem przepisów odrębnych, finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynika-

jących z planu. Uzupelnienie w tym zakresie stanowią przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazujące w art. 55 od jakich podmiotów samodzielny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe. Uwzględniając brzmienie przedmiotowych przepisów, zamiast likwidować zakład opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest samorząd powiatowy, może on uzyskać dotacje od samorządu gminnego. W tym przypadku innym organem, o którym mowa w art. 29 ust. 1 jest samorząd gminy.

Zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali

Szpital włączony do sieci szpitali podlega monitorowaniu i ocenie w zakresie sytuacji ekonomiczno-finansowej. Monitorowaniu podlegają dane finansowe sporządzone przez szpital w formach i w terminach przewidzianych w przepisach projektowanej ustawy oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonuje się w szczególności przy zastosowaniu analizy wskaźnikowej, opartej na wskaźnikach zyskowności, płynności, efektywności, zadłużenia. Dokonanie powyższej oceny kwalifikuje szpital do określonej kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, która ma znaczenie przy określeniu wysokości zobowiązania płatnika wobec świadczeniodawcy.

Monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonują wojewodowie. Z oceny dokonywanej przez wojewodę wyłączone są szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji. W stosunku do tych szpitali czynności z zakresu monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej wykonuje minister będący podmiotem tworzącym dla danego szpitala. Kierownik szpitala objętego monitorowaniem lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani zapewnić warunki do sprawnego prowadzenia monitorowania oraz udostępniać dokumenty i udzielać wszelkich informacji niezbędnych do dokonywania systematycznej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala.

Jeżeli przeprowadzenie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala wymaga dodatkowych danych i informacji wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji może zwrócić się o ich udostępnienie do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucji finansowych, które finansują działalność szpitala w formie kredytu lub



w innej postaci, które udzieliły szpitalowi poręczeń lub gwarancji oraz, które są organizatorami emisji papierów wartościowych szpitala, wierzycieli wierzytelności publicznoprawnych i cywilnoprawnych, instytucji odpowiedzialnych za realizację programów pomocowych, profilaktycznych, zdrowotnych i innych, w których bierze udział szpital.

Szpital włączony do sieci jest obowiązany do prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością. System ten jest wdrażany według modelu określonego przez kierownika szpitala. Jednocześnie szpital włączony do sieci szpitali jest objęty zewnętrznym systemem oceny jakości w zakresie wskaźników jakościowych dotyczących struktury szpitala, oceny leczenia, rezultatów hospitalizacji oraz badania opinii pacjentów.

Monitorowanie i ocenę jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach włączonych do sieci prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia. Działania w tym zakresie stanowią część zadań Funduszu związanych z prowadzeniem kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), rozliczaniem i monitorowaniem realizacji zawieranych ze szpitalami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Fundusz jest już obecnie w posiadaniu danych i informacji, gromadzonych podczas postępowań w sprawie zawarcia umowy i w trakcie realizacji kontraktu, niezbędnych do przyznania szpitalowi odpowiedniej kategorii jakościowej. Dotyczy to w szczególności danych odnośnie do potencjału diagnostyczno-terapeutycznego (tj. personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz struktury organizacyjnej i miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych). Dane te są następnie weryfikowane w procesie kontrolnym, zarówno na etapie zawierania, jak i realizacji umów. Monitorowanie jakości na potrzeby sieci szpitali przez NFZ zmniejszy kosztowność rozwiązania, minimalizuje obciążenia finansowe wdrożenia projektu sieci szpitali, tak po stronie budżetu państwa, jak i szpitali.

W celu przeprowadzenia monitorowania jakości szpital w terminie do końca marca każdego roku przesyła do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wypełnioną ankietę. Informacje wskazane w ankiecie stanowią

podstawę do oceny szpitala w celu przypisania go do jednej z kategorii jakościowych.

W celu weryfikacji danych zawartych w ankietach Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza każdego roku kontrolę w nie mniej niż 30% szpitali. W wyniku monitorowania szpital zaliczany jest do określonej kategorii jakościowej, która ma znaczenie przy określaniu kwoty zobowiązania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych wobec świadczeniodawcy.

Przynależność do kategorii ekonomiczno-finansowej oraz kategorii jakościowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

Zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali

Nadzór nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali na terenie kraju sprawuje Minister Zdrowia, do którego zadań należy w szczególności przeprowadzanie analizy i oceny potrzeb zdrowotnych na terenie kraju oraz czynników powodujących ich zmiany, zatwierdzenie projektu regionalnego planu opieki szpitalnej lub zmian planu, wydawanie decyzji o włączeniu szpitala do sieci i wyłączeniu szpitala z sieci szpitali, monitorowanie działań w zakresie stopnia dostosowania sieci szpitali poszczególnych województw do wymagań określonych w planie oraz wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.

Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru jest uprawniony do żądania od wojewody, organów jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów tworzących szpitale, szpitali oraz organów Narodowego Funduszu Zdrowia nieodpłatnego udzielania informacji dotyczących funkcjonowania szpitala wnioskującego o włączenie do sieci lub będącego w sieci.

Minister Zdrowia może w każdym czasie przeprowadzać kontrolę szpitala wnioskującego o włączenie do sieci szpitali lub będącego w sieci szpitali w zakresie spełniania wymagań stanowiących podstawę włączenia go do sieci szpitali, realizacji planu zgodnie z harmonogramem określonym w planie dla szpitala.

Minister Zdrowia w wyniku przeprowadzonej kontroli wskazuje, w formie pisemnej zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, które przekazuje kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, Krajowej Radzie do Spraw Szpitali, Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali, wojewodzie oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Kierownik kontrolowanego szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani do poinformowania Ministra Zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń oraz o podjętych działaniach i ich przebiegu lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń przez szpital wnioskujący o włączenie do sieci szpitali Minister Zdrowia wydaje decyzję o odmowie włączenia szpitala do sieci szpitali.

W przypadku szpitali włączonych do sieci szpitali niewykonanie lub nienależyte wykonanie zaleceń Ministra Zdrowia występuje do Regionalnej Rady do Spraw Szpitali o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali. W zakresie szpitali dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Minister Zdrowia zwraca się o opinię do odpowiedniego ministra. Negatywna opinia Regionalnej Rady do Spraw Szpitali albo Ministra Obrony Narodowej albo Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji uprawnia Ministra Zdrowia do wydania decyzji o wyłączeniu danego szpitala z sieci szpitali.

Uprawnienia nadzorcze i kontrolne przysługują również Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji wobec szpitali, dla których są oni podmiotami tworzącymi.

Źródła, zasady i wielkość finansowa działań związanych z wdrożeniem ustawy o sieci szpitali

Projekt przedmiotowej ustawy przewiduje również działania osłonowe dla pracowników szpitali, które wejdą do sieci szpitali. Regulacje te znajdują się w Dziale II ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) po art. 35a dodany został art. 35aa. Jeżeli w związku z realizacją planu przez szpital niespełniający wymagań określonych w przepisach dotyczących włączenia do sieci, niezbędne będzie podnoszenie kwalifikacji przez pracowników lub zmniejszenie liczby zatrudnionych pracowników,

kierownik szpitala może wystąpić do Ministra Zdrowia z wnioskiem o refundowanie całości lub części kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla tych osób, a także odpraw wypłacanych tym osobom. Wnioski składa się w terminie od dnia 1 maja do dnia 31 maja każdego roku . Środki finansowe na refundację tych działań określa corocznie ustawa budżetowa. Kierownik szpitala zawiera z pracownikiem szpitala umowę o refundację całości albo części kosztów kursów lub szkoleń. Regulacje te miałyby także zastosowanie do pracowników szpitala, w stosunku do którego wydano decyzję o odmowie włączenia do sieci, skutkiem czego ograniczono rodzaje i zakres udzielanych świadczeń lub podmiot tworzący szpital podjął decyzję o jego likwidacji.

W przypadku zmian w zatrudnieniu, związanych z realizacją przepisów ustawy o sieci szpitali zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844, z późn. zm.). Pierwotnie do projektu ustawy o sieci szpitali wprowadzony został przepis o zastosowaniu ww. ustawy. Jednakże powoływanie tych przepisów miałoby charakter informacyjny, ponieważ znajdują one swoje zastosowanie bez względu na fakt ich przywołania w projekcie ustawy o sieci szpitali. Ponadto przepis w zaproponowanym projekcie w pierwotnym kształcie (art. 45 projektu „W przypadku likwidacji stosuje się przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844, z późn. zm.), w szczególności dotyczące odpraw pieniężnych, jeżeli zachodzą przesłanki określone w art. 1 tej ustawy”) stwarzał ryzyko zawężenia stosowania ustawy o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, ograniczając je tylko do przypadków likwidacji szpitala, gdy tymczasem art. 1 tej ustawy stanowi, że jej przepisy stosuje się w razie konieczności rozwiązania przez pracodawcę zatrudniającego co najmniej 20 pracowników stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę, a także na mocy porozumienia stron, jeżeli w okresie nieprzekraczającym 30 dni zwolnienie obejmuje co najmniej:

- 1) 10 pracowników, gdy pracodawca zatrudnia mniej niż 100 pracowników,
- 2) 10% pracowników, gdy pracodawca zatrudnia co najmniej 100, jednakże mniej niż 300 pracowników,
- 3) 30 pracowników, gdy pracodawca zatrudnia co najmniej 300 lub więcej pracowników.

Dotyczy to zatem przypadków „grupowych zwolnień”. Powołane liczby odnoszące się do pracowników obejmują pracowników, z którymi w ramach grupowego zwolnienia następuje rozwiązanie stosunków pracy z inicjatywy pracodawcy na mocy porozumienia stron, jeżeli dotyczy to co najmniej 5 pracowników.

Projekt ustawy o sieci szpitali przewiduje również zmianę ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów, gdzie przewiduje się złagodzenie warunków umożliwiających uzyskanie kredytu na preferencyjnych warunkach oraz warunków częściowego umorzenia kredytów. Kredyt na preferencyjnych warunkach będą mogły uzyskać osoby, wykonujące wyżej wymienione zawody, jeżeli rozwiązano z nimi umowę o pracę oraz podjęli działalność prywatną po dniu 1 stycznia 2008 r., lub osoby z którymi rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożą oświadczenie o gotowości podjęcia działalności prywatnej oraz osoby, które są nadal zatrudnione w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożą oświadczenie o gotowości rozwiązania umowy o pracę oraz podjęcia działalności prywatnej. Do 20% umorzenia kredytu niezbędne jest m.in. prowadzenie przez okres 3 lat prywatnej działalności, tj. praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej/położniczej lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Inwestycje dostosowawcze do wymogów projektowanej ustawy mogą być dofinansowane przez podmioty tworzące. Regulacje w tym zakresie zawiera ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz projektowana ustawa o sieci szpitali. Obecnie zakłady opieki zdrowotnej prowadzone w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej mogą otrzymywać dotacje budżetowe na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz inne cele określone przepisami. Zgodnie z propozycją projektu ustawy o sieci szpitali Minister Zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz

inne organy będą mogły finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynikających z regionalnego planu opieki szpitalnej opracowanego dla województwa, w którym dany szpital jest zlokalizowany.

Istnieje również możliwość aplikowania o środki unijne w ramach funduszy strukturalnych. Szpitale mogą skorzystać ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, które w części przeznaczone są na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego i efektywności systemu ochrony zdrowia.

Program skupia się na dwóch działaniach:

Grupa operacyjna 13.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Celem działania jest zapewnienie nowoczesnego wyposażenia jednostek udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego. W ramach działania wsparcie uzyskują projekty infrastrukturalne, których realizacja pozwoli na zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, wyznaczonej standardami obowiązującymi w państwach Unii Europejskiej, w ramach ratownictwa przedszpitalnego w ok. 300 wyspecjalizowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych. Realizowane projekty będą przyczyniać się do zapewnienia każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia możliwości niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych służb ratunkowych, niezwłocznego przewiezienia i przyjęcia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej, udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie. Działania zmierzające do podniesienia poziomu bezpieczeństwa ludności w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia są wsparte od dnia 1 stycznia 2007 r. przez rozwiązania prawne (ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410)), które stworzą jednolite ramy funkcjonowania systemu. Priorytetowo traktowane będą projekty z zakresu urazów, kardiologii inwazyjnej oraz udarów. Dostępne fundusze będą przeznaczone na modernizację oraz wyposażenie infrastruktury jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w celu dostosowania do obowiązujących przepisów prawa, a także zapewnienia jednolitego wysokiego poziomu wykonywanych świadczeń.

Grupa operacyjna 13.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Działanie polega na doposażeniu oraz modernizacji zakładów opieki zdrowotnej o charakterze ponadregionalnym, co przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych i specjalistycznych. Niniejsze działanie jest nakierowane na: rozbudowę, przebudowę, remont i wyposażenie obiektów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. Ponadto w ramach działania wsparcie otrzymają projekty dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy ochrony zdrowia. Nakłady na inwestycje, rozumiane w sposób wszechstronny i kompleksowy, będą ponoszone zarówno na poszczególne obiekty infrastruktury, jak też w ich wyposażenie.

Całkowita kwota alokacji z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego dla Osi priorytetowej XIII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia 2007-2013 wynosi 349 990 000 euro, natomiast krajowy wkład publiczny z budżetu państwa wynosi 61 762 941,17 euro oraz wkład prywatny 8 822 941 euro:

- dla grupy operacyjnej 13.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego przeznaczonych zostanie 200 000 000 euro, krajowy wkład publiczny wraz z wkładem prywatnym wyniesie 44 120 000 euro,
- dla grupy operacyjnej 13.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym przeznaczonych zostanie 149 990 000 mln euro, krajowy wkład publiczny wyniesie 26 470 000 euro.

Ponadto na zadania inwestycyjne, w tym na projekty dotyczące zakupu aparatury medycznej oraz działań modernizacyjnych, publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą uzyskać wsparcie w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. Projektowane wydatki przedstawia poniższa tabela:

Lp.	Województwo	Całkowita kwota EFRR na RPO [euro]	Kwota z EFRR na infrastrukturę zdrowotną i opiekę nad dzieckiem w RPO [euro]	Udział %wydatków na infrastrukturę zdrowotną
1	dolnośląskie	1 213 144 879	48 123 461	3,9 %
2	kujawsko-pomorskie	951 003 820	38 154 273	4,0 %
3	lubelskie	1 155 845 549	45 656 228	3,9 %
4	lubuskie	439 173 096	13 297 715	3,0 %
5	łódzkie	863 852 363	27 556 891	3,2 %
6	małopolskie	1 147 745 855	41 701 666	3,5 %
7	mazowieckie	1 831 496 698	73 990 952	4,0 %
8	opolskie	427 144 813	12 814 344	3 %
9	podkarpackie	1 136 307 823	25 703 283	2,2%
10	podlaskie	636 207 883	17 500 788	2,7 %
11	pomorskie	885 065 762	34 340 522	3,8 %
12	śląskie	1 570 451 757	32 000 000	2,0 %
13	świętokrzyskie	725 807 266	52 431 000	7,4 %
14	warmińsko-mazurskie	1 036 542 041	35 096 261	3,3 %
15	wielkopolskie	1 130 264 000	52 620 000	4,6 %
16	zachodniopomorskie	835 437 299	29 310 000	3,5 %
	ŁĄCZNIE	15 985 490 904	580 297 384	3,6 %



## Ocena Skutków Regulacji (OSR)

### I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Zakłady opieki zdrowotnej, będące szpitalami, funkcjonujące w formie publicznych i niepublicznych jednostek. Wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą szpitale (samorządowe i kliniczne) funkcjonujące jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a także jednostki badawczo-rozwojowe realizujące zadania określone w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Projektowana regulacja oddziałuje na działalność podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministra Zdrowia, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Obrony Narodowej oraz Wojewodę.

### II. Konsultacje społeczne

Projekt był przedmiotem szerokich konsultacji społecznych. Projekt był przesłany do zaopiniowania m.in. wojewodom, samorządom zawodów medycznych, reprezentatywnym związkom zawodowym, przedstawicielom podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej, w tym związkom jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelniom medycznym. Projekt był również zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

Projekt został przekazany do konsultacji w szczególności następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Centrum Monitorowania Jakości

w Ochronie Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

W wyniku przeprowadzonych konsultacji wprowadzono delegację do rozporządzenia określającego sposób określenia optymalnej liczby łóżek szpitalnych, uwzględniono w wykazie specjalności lekarskich, dla których ustalana jest optymalna liczba łóżek szpitalnych, anestezyjologię i intensywną terapię oraz psychiatrię, doprecyzowano wymagania dla członków Regionalnych Rad do Spraw Szpitali oraz członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, przekazano kompetencję w zakresie monitorowania jakości świadczeń udzielonych przez szpitale w sieci wojewódzkim oddziałom Narodowego Funduszu Zdrowia, wprowadzone regulacje przewidujące zwrot środków uzyskanych za przynależność do kategorii ekonomiczno-finansowej i kategorii jakościowej w razie jej zmiany w trakcie roku oraz dokonano zmiany tytułów i wysokości dodatkowych środków finansowych pozyskiwanych od Narodowego Funduszu Zdrowia przez szpitale włączone do sieci. Wprowadzono także przepisy dotyczące działań osłonowych dla pracowników, jeżeli włączenie szpitala do sieci wymagało będzie zmian restrukturyzacyjnych związanych z podnoszeniem kwalifikacji przez pracowników oraz redukcją personelu.

Projekt ustawy był rozpatrywany na posiedzeniu Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego w dniu 11 kwietnia 2007 r. Na posiedzeniu tym wskazano, że reprezentacja podmiotów tworzących w składzie Regionalnych Rad do Spraw Szpitali i Krajowej Rady do Spraw Szpitali jest niewystarczająca; członkami Rad powinni być również przedstawiciele niepublicznych szpitali; należy także ujednoczyć formę wyrażania stanowiska przez Rady. Jednocześnie wskazano, że ustawa wprowadza dodatkowe ograniczenia biurokratyczne, utrudniające funkcjonowanie szpitali, w tym m.in. propozycja systemowego monitorowania jakości świadczeń jest niemożliwa do zrealizowania bez zwiększenia środków finansowych. Należy także doprecyzować przepisy dotyczące poziomu referencyjnego – czy kwalifikowanie do poziomów referencyjnych dotyczyć ma szpitala, czy poszczególnych oddziałów. Uwzględniając rolę związków zawodowych w funkcjonowaniu szpitala proponuje się, aby mogły się one wypowiadać w sprawie przystąpienia do sieci na etapie przygotowania przez kierownika jednostki wniosku o włączenie do sieci.

W wyniku prowadzonych uzgodnień ze stroną społeczną skład Rad uległ zasadniczym zmianom. W skład Rad wchodzi przedstawiciele wszystkich szczebli jednostek samorządu terytorialnego. Ujednolicono także formę wyrażania stanowisk przez Rady – zarówno Krajowa, jak i Regionalna Rada do Spraw Szpitali w zakresie swojej właściwości wydawać będzie opinię. Uwzględniono także uwagę dotyczącą opiniowania przez działającą w zakładzie zakładową organizację związkową wniosku o włączenie szpitala do sieci szpitali.

Z uwagi na fakt, że brak jest reprezentatywnej organizacji zrzeszającej wszystkie szpitale niepubliczne nie jest możliwa do uwzględnienia propozycja zwiększenia składu Rad o przedstawiciela niepublicznych szpitali. Odnosząc się do regulacji dotyczących poziomów referencyjnych, w art. 14 wyraźnie wskazano, że oddziały szpitala włączonego do sieci szpitali kwalifikuje się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

Na posiedzeniu plenarnym Komisji Rządu i Samorządu Terytorialnego w dniu 18 kwietnia 2007 r. idea tworzenia sieci szpitali uzyskała stanowisko pozytywne. Jednocześnie wskazano, że system tworzenia sieci szpitali oparty na Radach jest niewłaściwy.

Projekt ustawy, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414), został umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej. Nie zgłoszono zainteresowania w uczestnictwie w pracach nad projektem ustawy w trybie ustawy o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa.

### III. Analiza skutków regulacji

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

Szacowane koszty będą także znacznie zróżnicowane w zależności od etapu realizacji projektu utworzenia sieci szpitali. Wyższe prognozowane są w początkowym i końcowym okresie pierwszego etapu procesu, niższe w okresie przejściowym i w etapie drugim – po zakończeniu pierwszego, pięcioletniego okresu. Zakłada się, że poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie ulegnie zmianie, gdyż nadal będzie de-

terminowany wysokością składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz poziomem wynagrodzeń. Istniała będzie natomiast konieczność dokonania zmian w sposobie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (modyfikacja mechanizmu finansowania). Modyfikacja mechanizmu finansowania będzie następstwem wprowadzenia kategorii stabilności ekonomiczno-finansowych oraz kategorii jakościowych.

Szacuje się, że wprowadzenie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów stwarzających szpitalom możliwość uzyskania dodatkowych środków finansowych za posiadanie akredytacji lub certyfikatu jakości ISO 9001:2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem, jak również osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej i każdej kolejnej kategorii jakościowej, w pierwszym roku ich obowiązywania pozwoli szpitalom włączonym do sieci pozyskać dodatkowe fundusze w wysokości ok. 196 mln zł, co będzie stanowiło ok. 0,45% kwoty przeznaczanej przez NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Konieczność wydatkowania środków z budżetu państwa będzie wiązała się z:

- 1) sprawowaniem przez Ministra Zdrowia nadzoru nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrolą szpitali,
- 2) powołaniem i funkcjonowaniem Krajowej Rady ds. Szpitali przy Ministrze Zdrowia,
- 3) powołaniem i funkcjonowaniem Regionalnych Rad ds. Szpitali,
- 4) wdrożeniem systemu oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz oceny jakości,
- 5) programami osłonowymi,
- 6) likwidowaniem i przekształcaniem łóżek szpitalnych.

Ad. 1. Koszty związane ze sprawowaniem przez Ministra Zdrowia nadzoru nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrolą szpitali

Sprawowanie nadzoru Ministra Zdrowia nad funkcjonowaniem sieci szpitali, w szczególności przeprowadzanie kontroli szpitali wymaga przyznania Ministrowi dodatkowych 20 etatów oraz środków finansowych na pokrycie kosz-

tów wynagrodzenia w wysokości ok. 855 tys. zł. rocznie (20 x 3000 zł + pochodne od wynagrodzeń x 12 m-cy). Jednorazowe koszty wyposażenia stanowisk pracy wyniosą ok. 120 tys. zł (20 osób x 6000 zł).

Ad. 2. Koszty związane z powołaniem i działalnością Krajowej Rady ds. Szpitali  
Krajowa Rada do Spraw Szpitali składać się będzie z 11 osób.

Zakłada się, że członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2006 r., wynagrodzenie to wynosi 2 637,72 zł. Rocznie koszty związane z wynagrodzeniem członków rady szacuje się na ok. 413 tys. zł (2 637,72 zł x 12 m-cy x 11 osób + pochodne od wynagrodzeń). Obsługa organizacyjno-techniczna Rady, realizowana przez właściwą komórkę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia, szacowana jest na 22 tys. zł miesięcznie, rocznie – ok. 264 tys. zł.

Ponadto należy zabezpieczyć środki finansowe na konieczne analizy i opracowania zewnętrzne wykorzystywane przez Radę w związku z pełnioną przez nią funkcją ciała opiniodawczego Ministra. Aktualnie analizy o założonym stopniu trudności kosztują średnio ok. 300 tys. zł. Szacuje się, że na tę część działalności należy zarezerwować środki w wysokości ok. 3 mln zł. Środki te dotyczą jedynie okresu przed ustanowieniem sieci szpitali, ponoszone jednorazowo w celu dokonania analizy stanu faktycznego. W kolejnych okresach należy jedynie oczekiwać minimalnych kosztów związanych z aktualizacją wstępnie dokonanych wyników analiz.

Szacuje się, że w drugim roku obowiązywania ustawy o sieci szpitali koszty funkcjonowania Krajowej Rady ds. Szpitali nie przekroczą poziomu ok. 3,68 mln zł. Jednakże wielkość faktycznie poniesionych na ten cel wydatków będzie zależna od ilości i kosztów analiz eksperckich, które Rada zleci podmiotom zewnętrznym w związku z wykonywanymi zadaniami, a zatem

pośrednio również jakości projektów regionalnych planów opieki szpitalnej przedkładanych przez Regionalne Rady ds. Szpitali.

W pierwszym i kolejnych latach po drugim roku roczne koszty ponoszone na zapewnienie sprawnego funkcjonowania Rady szacowane są na ok. 677 tys. zł. Wynagrodzenia członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia ekspertów oraz obsługa finansowane będą ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Ad. 3. Koszty związane z powołaniem i funkcjonowaniem Regionalnych Rad ds. Szpitali

Regionalne Rady do Spraw Szpitali składać się będą z nie więcej niż 10 osób. Liczba ta będzie mniejsza w tych województwach, w których nie działają szpitale utworzone przez Ministra Obrony Narodowej bądź publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Zakłada się, że członkowi Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2006 r., wynagrodzenie to wynosi 2 637,72 zł. Rocznie koszty związane z wynagrodzeniem Rady szacuje się na ok. 376 tys. zł., (2 637,72 zł x 12 m-cy x 10 osób + pochodne od wynagrodzeń), w skali kraju to ok. 6,01 mln zł.

Koszty obsługi organizacyjno-technicznej Regionalnej Rady szacuje się na ok. 10 tys. zł miesięcznie, ok. 120 tys. zł. rocznie. W skali całego kraju koszty obsługi administracyjno-technicznej wynosić będą ok. 1,92 mln zł.

Podobnie jak w przypadku Krajowej Rady ds. Szpitali niezbędne będą środki na opracowania i ekspertyzy zewnętrzne, których wysokość w przypadku każdego z województw należy określić na ok. 300 tys. zł – w skali kraju – 4,8 mln zł. Środki te jednakże dotyczą okresu przejściowego, przed ob-

wieszczeniem wykazu szpitali włączonych do sieci. W kolejnych latach należy oczekiwać jedynie minimalnych kosztów związanych z koniecznością dokonania aktualizacji wstępnie przeprowadzonych analiz/ekspertyz.

Koszty działalności i funkcjonowania Regionalnej Rady ds. Szpitali (w pierwszym roku od wejścia w życie ustawy o sieci szpitali, w jednym województwie) wynosić będą:

- wynagrodzenie (10 osób): ok. 376 tys. zł,
- obsługa administracyjno-techniczna: 120 tys. zł,
- analizy i opracowania zewnętrzne: 300 tys. zł.

Razem: ok. 796 tys. zł.

W związku z powyższym szacuje się, iż w pierwszym roku od wejścia w życie ustawy o sieci szpitali na funkcjonowanie i działalność Regionalnych Rad do Spraw Szpitali będzie należało przeznaczyć ok. 12,7 mln zł. Jednakże wielkość faktycznie poniesionych na ten cel wydatków będzie zależna od ilości i kosztów analiz eksperckich zleconych przez regionalne rady oraz ilościowego składu rad w poszczególnych województwach.

W kolejnych latach roczne koszty ponoszone na funkcjonowanie i działalność Regionalnej Rady szacowane są na ok. 496 tys. zł, w skali kraju koszty te wyniosą ok. 7,93 mln zł. Wynagrodzenia członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia ekspertów oraz obsługa finansowane będą ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji wojewody.

Ad. 4. Koszty związane z wdrożeniem systemu oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej i systemu oceny jakości

Czynności z zakresu monitoringu i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali w sieci zostały wpisane w kompetencje wojewody. Przyjęto, że realizacja ww. zadania wymaga przyznania wojewodzie środków finansowych na pokrycie kosztów wynagrodzenia dla dwóch pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, w miesięcznej wysokości 3 tys. złotych brutto oraz poniesienie jednorazowego wydatku na organizację stanowisk pracy ok. 12 tys. zł (2 x 6000 zł). Roczny koszt dodatkowych etatów pracy wynosi ok. 85,4 tys. zł (2 osoby x 3000 zł + pochodne od wynagrodzeń x 12 m-cy), w przeliczeniu na 16 województw koszt ten wynosi ok. 1,37 mln zł. Na wy-

posażenie dodatkowych stanowisk pracy należy zarezerwować ok. 12 tys. zł (2 osoby x 6000 zł), w skali kraju będzie to kwota ok. 192 tys. zł.

Koszty związane z wdrożeniem systemu oceny jakości w szpitalach to przede wszystkim koszty dodatkowych etatów pracy gwarantujących realizację przez Narodowy Fundusz Zdrowia zadań określonych w ustawie. Oszacowano, że należy w NFZ dodatkowo zatrudnić 21 osób w pełnym wymiarze pracy.

Przy oszacowaniu dodatkowych potrzeb kadrowych niezbędnych do realizacji zadań w zakresie monitorowania i oceny jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale w sieci wzięto pod uwagę między innymi udział procentowy szpitali w danym województwie do ogółu szpitali. Szacowane koszty zatrudnienia w NFZ dodatkowych 21 osób wyniosą rocznie ok. 1,56 mln zł. Wyliczony wzrost kosztów zatrudnienia w związku z dodatkowymi zadaniami nałożonymi na NFZ obejmuje koszty wynagrodzeń dla pracowników, przy założeniu płacy brutto w wysokości 5 200 zł, oraz pochodnych od wynagrodzeń. Jednorazowe koszty wyposażenia dodatkowych stanowisk pracy wyniosą ok. 126 tys. zł (21 osób x 6000 zł).

#### Ad. 5. Koszty związane z programami osłonowymi

W związku z realizacją projektu Sieci Szpitali należy zaplanować dodatkowe środki finansowe na przeprowadzenie działań dostosowawczych (działania osłonowe i zmiany organizacyjno-strukturalne). Realizacja projektu będzie wymagała przeprofilowania części jednostek, a zatem również przekwalifikowania części personelu medycznego czy też zwolnień pracowników. Należy również przyjąć, że szpitale które nie wejdą do sieci szpitali zmienią rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jedynie niewielki procent szpitali będzie wymagał podjęcia działań likwidacyjnych.

Przewidziane w ustawie programy osłonowe finansowane będą ze środków budżetu państwa. Łączna kwota wydatków z budżetu państwa na realizację tych programów wynosić będzie ok. 375 mln zł. Środki te zostaną przeznaczone na szkolenia i kursy dla personelu medycznego, odprawy pracownice oraz dopłaty i umorzenia kredytów.



Na podstawie danych z Państwowego Zakładu Higieny uznać należy, że zlikwidowanych będzie około 7 400 łóżek w skali kraju. W sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku likwidacji łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 96,2 mln zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty  $7\,400$  (łóżka do likwidacji)  $\times$  2 (liczba pracowników przypadająca na jedno likwidowane łóżko)  $\times$  6 500 (szacunkowy koszt kursu).

Na podstawie danych z Państwowego Zakładu Higieny uznać należy, że przekształconych będzie około 7 200 łóżek w skali kraju. W sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku przekształcenia łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 93,6 mln zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty  $7\,200$  (łóżka do przekształcenia)  $\times$  2 (liczba pracowników na jedno przekształcane łóżko)  $\times$  6 500 (szacunkowy koszt kursu).

Uwzględniając specyfikę kształcenia lekarzy uznać należy, że propozycje działań osłonowych zawarte w ustawie w najmniejszym stopniu będą dotyczyły tej grupy zawodowej. Wydatki związane z programami osłonowymi rozpoczną się od początku 2010 roku, tj. od ogłoszenia pierwszej sieci i przyjęcia pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej, rozłożone będą na lata. Główny koszt przypadać będzie w okresie realizacji pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej, tj. do 2015 r.

W zakresie zmiany ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów, przyjmując, że z kredytu zechce skorzystać 3 000 osób, a kwota kredytu będzie wynosić 70 000 zł, dopłaty z budżetu państwa do odsetek od kredytu w ciągu pięcioletniego okresu kredytowania wynosić będą 53 812 500 zł, zaś kwota umorzenia wynosiłaby 42 000 000 zł. Na potrzeby wyliczeń przyjęto, że kwota kredytu wynosić będzie 70 000 zł, czyli w maksymalnej wysokości kredytu dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Wynika to z faktu, że największe zainteresowanie kredytami wykazują lekarze.

Ad. 6. Koszty związane z likwidacją i przekształceniem łóżek szpitalnych

Na podstawie przeprowadzonej analizy wynika, że do roku 2012 należy zlikwidować 7400 łóżek. Szacuje się, że koszt likwidacji jednego łóżka wyniesie ok. 12 tys. zł. Koszt obejmuje wydatki związane z wypłacaniem odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników. Całkowity koszt likwidacji łóżek oszacowano na 88,8 mln zł.

Jednocześnie oszacowano, że ok. 7200 łóżek zostanie przekształconych. Przy założeniu, że średni koszt przekształcenia łóżka szpitalnego wyniesie ok. 30 tys. zł, całkowity koszt przekształceń wyniesie 216 mln zł. Koszty przekształcenia obejmują wydatki na dostosowanie i modernizację pomieszczeń.

Szczegółowe koszty likwidacji i przekształcenia łóżek jakie będą musiały być poniesione przez budżet państwa, jak również budżety podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz szpitale będą znane po zaakceptowaniu przez Ministra Zdrowia regionalnych planów działań dostosowawczych. W chwili obecnej precyzyjne oszacowanie poziomu kosztów, które zostaną poniesione przez poszczególne jednostki sektora finansów publicznych, w szczególności jednostki samorządu terytorialnego, w związku z wdrożeniem przepisów projektowanej ustawy o sieci szpitali jest niemożliwe.

2. Wpływ regulacji na rynek pracy

Procesu restrukturyzacji szpitali nie można skutecznie przeprowadzić bez uwzględnienia zasobów kadrowych w ramach podejmowanych działań. Dlatego projekt zakłada, że dostosowanie zasobów medycznych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa dotyczyć będzie nie tylko bazy łóżkowej szpitali, ale również kadry medycznej zatrudnionej w restrukturyzowanych jednostkach. Należy zapewnić właściwą ilość personelu medycznego o odpowiednich kwalifikacjach na poszczególnych oddziałach i w ramach poszczególnych specjalności. Zmiany powinny przede wszystkim sprzyjać racjonalizacji zatrudnienia, przy czym zasadniczo związanej z przekwalifikowaniem bądź poszerzeniem aktualnych umiejętności i kwalifikacji zawodowych personelu medycznego. Incydentalnie zmiany te będą się wiązać z redukcją zatrudnienia personelu pionu administracyjnego, w części wynikającej z łączenia mniejszych jednostek.

Z tego względu działaniem uzupełniającym/komplementarnym do tworzenia sieci szpitali będzie opracowanie i wdrożenie programów osłonowych oraz programów edukacyjnych służących do przekwalifikowania się części kadry medycznej zakładów opieki zdrowotnej, których uruchomienie pozwoli lekarzom na uzupełnienie kwalifikacji w ramach aktualnie wykonywanej przez nich specjalizacji, w określonych przypadkach nabyciu nowych kwalifikacji (pielęgniarki i położne).

### 3. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność zewnętrzną gospodarki, pośrednio natomiast wpłynie na pobudzenie konkurencyjności wewnętrznej w obszarze ochrony zdrowia. Mechanizm finansowania świadczeń zdrowotnych wykorzystujący kategoryzację podmiotów pod względem ekonomicznym i jakościowym oraz uzależniający możliwość uzyskania przez szpitale dodatkowych środków finansowych w zależności od przypisanej danej jednostce kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej oraz kategorii jakościowych będzie stymulował działania na rzecz poprawy zarządzania szpitalami w sieci, jakości opieki zdrowotnej i wymuszał efektywność ich działania.

Wdrożenie niniejszej regulacji pozwoli na upowszechnienie działań projakościowych, w tym konkretnym przypadku będą to działania ukierunkowane na wdrażanie systemów zapewnienia jakości. Celem jest stymulowanie systematycznej poprawy poziomu jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w szpitalach, co w kolejności powinno się przełożyć na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego i stanu zdrowia społeczeństwa oraz zwiększenie zaufania i satysfakcji pacjentów.

### 4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Szpitale udzielają świadczeń zdrowotnych w większości ludności danego regionu. Jednakże są zakłady (a takimi są szpitale kliniczne i instytuty), których działalność ma charakter strategiczny, ponieważ udzielają świadczeń zdrowotnych ludności całego kraju. Dlatego też regulacja ta, której jednym z podstawowych celów jest dostosowanie zasobów opieki szpitalnej do potrzeb świadczeniobiorców danego regionu i całego kraju, ma istotne znaczenie dla

tych zakładów, a tym samym dla sytuacji danego regionu, a nawet dla bezpieczeństwa zdrowotnego ludności kraju. W konsekwencji przewidywane rozwiązania mają poprawić także sytuację finansową szpitali danego regionu.

#### 5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Regulacja będzie mieć wpływ na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności kraju. Cel ten zostanie osiągnięty w szczególności przez:

- dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-terapeutycznego do uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych, co umożliwi optymalne wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia,
- zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości, poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych systemu ochrony zdrowia,
- rozwój opieki długoterminowej.

#### IV. Skutki prawne regulacji

Skutkiem regulacji będzie utworzenie sieci szpitali, realizującej cele określone w ustawie.

#### V. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie jest objęta notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.



**URZĄD  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ STANU**

*Ewa Ośniecka - Tamecka*

Min.EOT/1503 /2007/DP/kma

Warszawa, 26.06.2007 r.

**Pani  
Jolanta Rusiniak  
Sekretarz Rady Ministrów**

**Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o sieci szpitali, wyrażona na podstawie art. 2, ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ewę Ośniecką - Tamecką, działającą z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej**

*Szanowna Pani Minister,*

W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo nr RM-10-96-07), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

**Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.**

*Z poważaniem,*

Do uprzejmej wiadomości:  
Pan Zbigniew Religa  
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1</sup>**

z dnia

**w sprawie optymalnej liczby łóżek**

Na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. U.....) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie dolnośląskim, która jest określona w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

**§ 2.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie kujawsko-pomorskim, która jest określona w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

**§ 3.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie lubelskim, która jest określona w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

**§ 4.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie lubuskim, która jest określona w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

**§ 5.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie łódzkim, która jest określona w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

**§ 6.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie małopolskim, która jest określona w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

**§ 7.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie mazowieckim, która jest określona w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

**§ 8.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie opolskim, która jest określona w załączniku nr 8 do rozporządzenia.

**§ 9.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie podkarpackim, która jest określona w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

**§ 10.** Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie podlaskim, która jest określona w załączniku nr 10 do rozporządzenia.

---

<sup>1</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

§ 11. Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie pomorskim, która jest określona w załączniku nr 11 do rozporządzenia.

§ 12. Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie śląskim, która jest określona w załączniku nr 12 do rozporządzenia.

§ 13. Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie świętokrzyskim, która jest określona w załączniku nr 13 do rozporządzenia.

§ 14. Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie warmińsko-mazurskim, która jest określona w załączniku nr 14 do rozporządzenia.

§ 15. Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie wielkopolskim, która jest określona w załączniku nr 15 do rozporządzenia.

§ 16. Ustala się optymalną liczbę łóżek w województwie zachodniopomorskim, która jest określona w załączniku nr 16 do rozporządzenia.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**

Załączniki  
do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia

ZAAŁĄCZNIK NR 1

Optymalna liczba łóżek w województwie dolnośląskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt (obl.80%).	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
choroby wewnętrzne	316.9	253.5	7.7	6.9	-	5.5	-	2230	1990	-	1570	-
gastrologia	32.8	39.4	0.4	0.4	-	0.5	-	130	130	-	150	-
hematologia	7.8	6.2	0.3	0.3	-	0.2	-	80	80	-	70	-
kardiologia	80.1	64.1	1.9	1.4	-	1.1	-	550	420	-	330	-
nefrologia	20.0	24.0	0.5	0.5	-	0.6	-	160	150	-	180	-
dermatologia	14.3	11.4	0.5	0.4	-	0.3	-	150	120	-	90	-
neurologia	62.0	49.6	1.7	1.7	1,8	1,4	1,5	510	500	530	390	420
onkologia	56.3	67.6	1.2	1.3	-	1.5	-	370	370	-	430	-
gruźlica i chorób płuc	96.8	116.1	3.6	3.3	-	3.9	-	1050	950	-	1110	-
reumatologia	17.5	21.0	0.9	0.7	-	0.8	-	260	200	-	240	-
rehabilitacja	55.5	66.6	4.0	4.2	-	5.1	-	1160	1220	-	1440	-
choroby zakaźne	24.4	23.8	0.7		0.6		0.6	220	-	180	-	170
pediatria	112.3	89.9	3.1		2.4		2.0	900	-	710	-	560
ginekologia i położnictwo	251.4	200.9	10.2	7.3	-	5.9	-	1530	1110	-	870	-
chirurgia ogólna	351.4	281.1	7.1	5.5	-	4.4	-	2070	1600	-	1260	-
chirurgia dziecięca	34.2	27.3	0.6	0.5	-	0.4	-	190	140	-	110	-
kardiochirurgia	6.9	5.5	0.3	0.2	-	0.2	-	90	60	-	50	-
neurochirurgia	8.5	6.8	0.3	0.3	-	0.2	-	90	90	-	70	-
urazowo-ortopedyczna	76.8	61.5	2.5	1.8	-	1.5	-	720	540	-	420	-
okulistyka	47.8	38.2	0.9	0.4	-	0.3	-	270	120	-	100	-
otolaryngologia	63.3	50.6	1.2	0.6	-	0.5	-	360	180	-	140	-
urologia	37.6	30.0	0.7	0.4	-	0.3	-	210	120	-	100	-
<b>Razem</b>	<b>1768.7</b>	<b>1531.0</b>	<b>45.9</b>	<b>37.7</b>	<b>40.1</b>	<b>34.5</b>	<b>36.7</b>	<b>13260</b>	<b>10050</b>	<b>890</b>	<b>9100</b>	<b>730</b>



## Optymalna liczba łóżek w województwie kujawsko-pomorskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl.80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	244.9	200.0	6.0	5.2	-	4.2	-	1240	1070	-	870	-
gastrologia	19.7	23.6	0.4	0.3	-	0.4	-	80	80	-	90	-
hematologia	25.4	30.5	0.5	0.4	-	0.5	-	110	90	-	110	-
kardiologia	122.4	146.9	2.0	1.9	-	2.3	-	410	390	-	470	-
nefrologia	9.7	11.1	0.3	0.2	-	0.3	-	60	50	-	60	-
dermatologia	9.0	7.2	0.6	0.4	-	0.3	-	130	90	-	80	-
neurologia	62,9	63,5	1,8	1,5	1,6	1,6	1,7	390	320	340	320	350
onkologia	48.9	58.6	1.0	1.0	-	1.2	-	220	220	-	260	-
gruźlica i chorób płuc	71.0	85.2	2.8	2.4	-	2.8	-	590	490	-	590	-
reumatologia	5.5	4.4	0.3	0.3	-	0.2	-	70	60	-	50	-
rehabilitacja	20.1	24.2	1.5	1.6	-	1.9	-	310	330	-	390	-
<b>choroby zakaźne</b>	55.4	51.4	1.6	-	1.4	-	1.3	330	-	290	-	270
pediatria	116.6	103.5	3.0	-	2.5	-	2.2	620	-	520	-	460
<b>ginekologia i położnictwo</b>	257.0	205.4	10.2	6.8	-	5.5	-	1090	730	-	590	-
chirurgia ogólna	250.0	226.3	5.8	4.7	-	4.2	-	1200	970	-	870	-
chirurgia dziecięca	39.3	31.4	0.9	0.6	-	0.4	-	200	120	-	100	-
kardiochirurgia	4.6	5.5	0.3	0.2	-	0.2	-	60	40	-	40	-
neurochirurgia	19.4	21.7	0.7	0.6	-	0.7	-	140	130	-	140	-
<b>urazowo-ortopedyczna</b>	62.1	72.9	1.8	1.5	-	1.8	-	390	320	-	370	-
okulistyka	33.9	32.3	0.9	0.5	-	0.5	-	190	100	-	100	-
otolaryngologia	51.5	54.5	1.1	0.8	-	0.8	-	220	170	-	170	-
urologiczna	50.5	46.5	0.9	0.7	-	0.6	-	190	150	-	130	-
<b>Razem</b>	<b>1579.1</b>	<b>1517.5</b>	<b>39.7</b>	<b>32.3</b>	<b>34.4</b>	<b>31.8</b>	<b>34.0</b>	<b>8210</b>	<b>5910</b>	<b>810</b>	<b>5850</b>	<b>6990</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie lubelskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt (obl.80%).	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
choroby wewnętrzne	354.0	415.9	8.9	9.0	-	10.6	-	1950	1970	-	2270	-
gastrologia	38.6	46.3	0.7	0.7	-	0.8	-	170	150	-	180	-
hematologia	23.0	27.6	0.4	0.5	-	0.5	-	80	100	-	120	-
kardiologia	114.0	136.8	1.9	2.1	-	2.5	-	410	450	-	530	-
nefrologia	29.9	35.9	0.5	0.6	-	0.7	-	110	130	-	150	-
dermatologia	16.0	19.2	0.6	0.5	-	0.6	-	130	110	-	130	-
neurologia	106,0	127,2	3,1	3,4	3,6	4,0	4,3	680	740	790	870	930
onkologia	31.9	38.0	0.9	0.9	-	1.1	-	200	200	-	240	-
gruźlica i chorób płuc	86.7	99.5	3.7	3.7	-	4.3	-	800	810	-	920	-
reumatologia	20.1	16.0	0.6	0.6	-	0.4	-	150	130	-	100	-
rehabilitacja	22.6	27.1	1.5	1.6	-	1.9	-	320	350	-	410	-
choroby zakaźne	55.3	61.9	1.6	-	1.4	-	1.6	360	-	310	-	350
pediatria	107.5	108.2	2.8	-	2.4	-	2.4	620	-	530	-	530
ginekologia i położnictwo	290.0	311.4	11.8	9.1	-	9.8	-	1330	1020	-	1080	-
chirurgia ogólna	275.4	285.4	6.7	5.9	-	6.1	-	1450	1280	-	1300	-
chirurgia dziecięca	22.2	26.6	0.6	0.5	-	0.6	-	130	110	-	130	-
kardiochirurgia	4.0	4.9	0.1	0.1	-	0.1	-	30	20	-	30	-
neurochirurgia	10.7	12.9	0.3	0.4	-	0.4	-	60	80	-	100	-
urazowo-ortopedyczna	66.1	72.3	2.2	2.0	-	2.1	-	480	430	-	460	-
okulistyka	55.2	55.0	0.9	0.6	-	0.6	-	200	140	-	130	-
otolaryngologia	62.7	65.3	1.3	1.1	-	1.1	-	290	240	-	240	-
urologia	61.9	74.3	1.1	1.0	-	1.2	-	240	220	-	260	-
<b>Razem</b>	<b>1844.5</b>	<b>2056.4</b>	<b>46.3</b>	<b>43.0</b>	<b>45.9</b>	<b>48.3</b>	<b>51.6</b>	<b>10080</b>	<b>8570</b>	<b>840</b>	<b>9520</b>	<b>880</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie lubuskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt (obl.80%).	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
choroby wewnętrzne	318.0	282.0	7.2	6.7	-	6.0	-	730	680	-	600	-
gastrologia	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	0	0	-	0	-
hematologia	10.9	8.8	0.3	0.3	-	0.2	-	30	30	-	30	-
kardiologia	96.8	116.1	1.3	1.3	-	1.6	-	130	140	-	170	-
nefrologia	8.5	10.2	0.3	0.3	-	0.3	-	30	30	-	40	-
dermatologia	7.0	6.9	0.4	0.3	-	0.3	-	40	40	-	40	-
neurologia	68,8	55,0	2,5	2,5	2,7	2,0	2,1	260	260	270	200	220
onkologia	24.8	20.1	0.7	0.8	-	0.6	-	80	80	-	70	-
gruźlica i chorób płuc	60.0	72.0	2.6	2.3	-	2.8	-	270	240	-	290	-
reumatologia	3.1	2.5	0.2	0.2	-	0.1	-	20	20	-	20	-
rehabilitacja	59.1	70.9	3.8	4.6	-	5.5	-	390	470	-	560	-
choroby zakaźne	17.9	19.7	0.6	-	0.5	-	0.6	70	-	60	-	60
pediatria	140.0	112.0	3.4	-	2.7	-	2.2	340	-	280	-	220
ginekologia i położnictwo	289.3	299.5	11.8	8.3	-	8.6	-	610	440	-	450	-
chirurgia ogólna	291.1	299.2	6.3	5.0	-	5.2	-	640	510	-	520	-
chirurgia dziecięca	36.9	39.9	0.6	0.4	-	0.4	-	70	40	-	50	-
kardiochirurgia	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	0	0	-	0	-
neurochirurgia	12.8	15.3	0.5	0.4	-	0.5	-	50	50	-	50	-
urazowo-ortopedyczna	67.3	80.7	1.9	1.7	-	2.1	-	200	180	-	210	-
okulistyka	38.0	45.5	0.9	0.6	-	0.7	-	100	60	-	70	-
otolaryngologia	34.2	29.9	0.9	0.6	-	0.6	-	90	70	-	60	-
urologia	40.8	48.9	0.9	0.8	-	0.9	-	90	80	-	100	-
<b>Razem</b>	<b>1612.5</b>	<b>1647.6</b>	<b>41.4</b>	<b>36.4</b>	<b>39.1</b>	<b>38.3</b>	<b>40.8</b>	<b>4170</b>	<b>3360</b>	<b>340</b>	<b>3570</b>	<b>280</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie łódzkim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt (obl.80%).	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
choroby wewnętrzne	281.4	249.4	7.7	7.3	-	6.5	-	1990	1890	-	1630	-
gastrologia	38.3	45.9	0.9	0.8	-	0.9	-	230	210	-	240	-
hematologia	14.5	17.0	0.3	0.4	-	0.4	-	90	100	-	110	-
kardiologia	167.7	201.3	3.2	2.9	-	3.5	-	830	760	-	890	-
nefrologia	33.4	40.1	0.7	0.7	-	0.9	-	190	190	-	220	-
dermatologia	16.2	13.6	0.7	0.6	-	0.5	-	200	170	-	140	-
neurologia	75,7	90,9	2,6	2,4	2,5	2,8	3,0	670	610	650	710	760
onkologia	103.1	123.7	1.2	1.3	-	1.5	-	320	330	-	390	-
gruźlica i chorób płuc	64.2	77.0	2.5	2.1	-	2.5	-	650	540	-	630	-
reumatologia	10.9	13.1	0.5	0.5	-	0.5	-	150	120	-	140	-
rehabilitacja	45.0	54.0	3.1	3.4	-	4.1	-	810	880	-	1020	-
choroby zakaźne	51.5	48.8	1.4	-	1.3	-	1.3	370	-	350	-	320
pediatria	83.5	66.8	2.7	-	2.3	-	1.9	700	-	610	-	480
ginekologia i położnictwo	274.4	246.8	10.9	8.5	-	7.6	-	1480	1150	-	1000	-
chirurgia ogólna	274.9	319.9	6.0	5.0	-	5.8	-	1550	1290	-	1460	-
chirurgia dziecięca	38.4	35.2	0.7	0.5	-	0.5	-	180	150	-	130	-
kardiochirurgia	9.8	11.3	0.3	0.3	-	0.3	-	100	80	-	90	-
neurochirurgia	25.8	31.0	0.8	0.8	-	0.9	-	200	210	-	240	-
urazowo-ortopedyczna	88.3	104.6	2.6	2.1	-	2.5	-	670	550	-	630	-
okulistyka	46.5	49.4	1.2	0.6	-	0.7	-	310	170	-	170	-
otolaryngologia	60.0	69.9	1.4	0.9	-	1.1	-	370	250	-	280	-
urologia	65.5	78.6	1.5	1.0	-	1.2	-	380	270	-	310	-
<b>Razem</b>	<b>1861.9</b>	<b>1979.7</b>	<b>48.0</b>	<b>41.7</b>	<b>44.3</b>	<b>44.2</b>	<b>47.3</b>	<b>12370</b>	<b>9850</b>	<b>960</b>	<b>10350</b>	<b>800</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie małopolskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt (obl.80%).	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	267.2	273.3	6.7	7.1	-	7.2	-	2190	2310	-	2380	-
gastrologia	7.6	9.1	0.2	0.2	-	0.2	-	60	60	-	70	-
hematologia	23.9	28.7	0.5	0.5	-	0.6	-	160	150	-	190	-
kardiologia	87.9	105.5	2.0	2.0	-	2.4	-	650	670	-	810	-
nefrologia	19.7	23.7	0.5	0.5	-	0.6	-	170	170	-	210	-
dermatologia	13.9	16.7	0.4	0.3	-	0.4	-	140	110	-	130	-
neurologia	64,4	77,0	2,0	2,0	2,2	2,4	2,6	660	670	710	810	860
onkologia	27.0	21.6	0.6	0.6	-	0.5	-	200	200	-	160	-
gruźlica i chorób płuc	63.1	70.2	2.5	2.2	-	2.5	-	810	730	-	820	-
reumatologia	8.2	9.8	0.3	0.3	-	0.4	-	100	110	-	130	-
rehabilitacja	34.2	41.0	2.4	2.6	-	3.2	-	780	860	-	1050	-
<b>choroby zakaźne</b>	45.3	48.1	1.5	-	1.3	-	1.4	480	-	440	-	470
pediatria	95.2	95.4	2.4	-	2.1	-	2.1	770	-	690	-	700
<b>ginekologia i położnictwo</b>	243.5	264.9	9.0	7.3	-	7.9	-	1520	1220	-	1340	-
chirurgia ogólna	227.6	272.7	5.2	4.7	-	5.6	-	1710	1530	-	1850	-
chirurgia dziecięca	33.2	39.8	0.5	0.4	-	0.5	-	170	150	-	180	-
kardiochirurgia	14.8	17.7	0.5	0.4	-	0.5	-	170	150	-	180	-
neurochirurgia	11.2	13.4	0.4	0.4	-	0.4	-	130	130	-	150	-
urazowo-ortopedyczna	93.9	112.6	2.8	2.4	-	2.8	-	930	770	-	940	-
okulistyka	39.8	47.7	0.8	0.5	-	0.7	-	270	180	-	220	-
otolaryngologia	40.0	45.8	0.7	0.7	-	0.8	-	240	230	-	270	-
urologia	44.6	53.5	1.0	0.7	-	0.9	-	330	240	-	290	-
<b>Razem</b>	<b>1503.7</b>	<b>1685.7</b>	<b>38.6</b>	<b>35.7</b>	<b>38.1</b>	<b>40.1</b>	<b>42.8</b>	<b>12600</b>	<b>10600</b>	<b>1130</b>	<b>12130</b>	<b>1170</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie mazowieckim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	278.1	309.4	7.1	7.3	-	8.1	-	3640	3740	-	4180	-
gastrologia	26.3	31.5	0.6	0.7	-	0.8	-	310	340	-	410	-
hematologia	20.1	24.1	0.3	0.4	-	0.5	-	180	220	-	270	-
kardiologia	127.3	152.8	2.7	2.7	-	3.2	-	1380	1380	-	1660	-
nefrologia	46.0	55.2	0.5	0.6	-	0.8	-	240	330	-	400	-
dermatologia	19.4	23.2	0.4	0.4	-	0.5	-	220	220	-	260	-
neurologia	64,3	77,2	2,3	2,3	2,5	2,8	3,0	1200	1210	1290	1460	1550
onkologia	39.8	31.8	0.8	0.8	-	0.6	-	430	410	-	330	-
gruźlica i chorób płuc	44.2	44.5	1.8	2.0	-	2.0	-	910	1050	-	1060	-
reumatologia	12.0	14.3	0.6	0.5	-	0.6	-	320	270	-	330	-
rehabilitacja	44.7	53.7	3.2	4.0	-	4.8	-	1660	2060	-	2480	-
<b>choroby zakaźne</b>	31.7	32.2	1.2	-	1.0	-	1.1	630	-	540	-	550
pediatria	96.3	115.5	2.5	-	2.3	-	2.8	1310	-	1190	-	1440
<b>ginekologia i położnictwo</b>	268.2	310.8	8.9	6.6	-	7.7	-	2390	1780	-	2070	-
chirurgia ogólna	298.4	358.1	6.6	5.7	-	6.8	-	3390	2910	-	3520	-
chirurgia dziecięca	37.4	40.5	0.8	0.6	-	0.6	-	420	290	-	320	-
kardiochirurgia	16.3	13.9	0.5	0.4	-	0.3	-	240	190	-	160	-
neurochirurgia	15.8	18.8	0.6	0.5	-	0.6	-	300	280	-	330	-
urazowo-ortopedyczna	88.4	99.5	3.1	2.9	-	3.2	-	1620	1480	-	1680	-
okulistyka	43.0	51.6	0.9	0.5	-	0.6	-	480	270	-	330	-
otolaryngologia	63.2	75.8	1.1	1.0	-	1.1	-	580	500	-	600	-
urologia	55.5	66.6	0.8	0.7	-	0.9	-	440	380	-	460	-
<b>Razem</b>	<b>1723.7</b>	<b>1985.9</b>	<b>42.7</b>	<b>40.0</b>	<b>42.7</b>	<b>45.9</b>	<b>49.0</b>	<b>21970</b>	<b>18960</b>	<b>1730</b>	<b>21890</b>	<b>1990</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie opolskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	348.7	294.1	7.2	7.2	-	6.0	-	760	750	-	610	-
gastrologia	19.7	23.7	0.4	0.5	-	0.6	-	40	60	-	70	-
hematologia	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	0	0	-	0	-
kardiologia	73.8	88.6	1.3	1.3	-	1.6	-	140	140	-	160	-
nefrologia	10.5	12.6	0.4	0.3	-	0.4	-	50	40	-	50	-
dermatologia	9.6	7.7	0.4	0.4	-	0.4	-	50	50	-	40	-
neurologia	80.4	96.4	2,4	2,5	2,7	3,1	3,3	250	270	290	310	330
onkologia	28.2	33.9	1.1	1.0	-	1.2	-	110	110	-	130	-
gruźlica i chorób płuc	61.1	57.7	2.3	2.2	-	2.0	-	240	230	-	210	-
reumatologia	9.5	7.6	0.4	0.4	-	0.3	-	50	40	-	30	-
rehabilitacja	56.6	67.9	3.3	4.0	-	4.8	-	350	420	-	480	-
<b>choroby zakaźne</b>	18.8	15.0	0.5	-	0.5	-	0.4	60	-	50	-	40
pediatria	112.8	90.3	3.0	-	2.8	-	2.3	320	-	300	-	230
<b>ginekologia i położnictwo</b>	234.3	218.0	8.8	6.9	-	6.4	-	480	380	-	340	-
chirurgia ogólna	246.1	258.2	5.7	5.1	-	5.3	-	610	540	-	540	-
chirurgia dziecięca	25.4	23.9	0.4	0.3	-	0.3	-	50	40	-	30	-
kardiochirurgia	4.7	5.6	0.3	0.2	-	0.2	-	30	20	-	20	-
neurochirurgia	12.0	14.4	0.4	0.4	-	0.4	-	40	40	-	50	-
urazowo-ortopedyczna	92.5	101.9	2.7	2.4	-	2.6	-	290	250	-	260	-
okulistyka	45.0	48.8	0.8	0.5	-	0.6	-	90	60	-	60	-
otolaryngologia	56.5	67.8	1.1	0.9	-	1.0	-	120	100	-	110	-
urologia	68.5	82.2	1.0	1.0	-	1.1	-	110	100	-	120	-
<b>Razem</b>	<b>1566.5</b>	<b>1558.6</b>	<b>39.1</b>	<b>36.4</b>	<b>38.7</b>	<b>36.7</b>	<b>39.1</b>	<b>4090</b>	<b>3470</b>	<b>350</b>	<b>3420</b>	<b>270</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie podkarpackim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	265.6	277.2	6.1	6.3	-	6.6	-	1280	1330	-	1390	-
gastrologia	9.5	11.4	0.2	0.3	-	0.3	-	60	60	-	70	-
hematologia	6.7	8.0	0.1	0.1	-	0.2	-	20	40	-	40	-
kardiologia	109.1	130.9	1.9	2.2	-	2.6	-	410	460	-	550	-
nefrologia	18.6	22.3	0.5	0.6	-	0.7	-	110	120	-	150	-
dermatologia	20.4	24.5	0.7	0.7	-	0.9	-	160	160	-	190	-
neurologia	89,1	106,9	2,4	2,6	2,8	3,2	3,4	510	560	600	670	710
onkologia	41.8	50.2	0.9	0.9	-	1.1	-	190	200	-	230	-
gruźlica i chorób płuc	44.1	52.9	1.9	1.9	-	2.3	-	410	410	-	490	-
reumatologia	23.4	22.9	0.8	0.9	-	0.8	-	170	190	-	180	-
rehabilitacja	34.6	41.5	2.0	2.4	-	2.9	-	430	510	-	610	-
<b>choroby zakaźne</b>	40.7	48.4	1.1	-	1.2	-	1.5	240	-	260	-	310
pediatria	148.9	178.6	3.5	-	3.2	-	3.9	740	-	680	-	820
<b>ginekologia i położnictwo</b>	286.0	295.9	10.8	8.1	-	8.4	-	1160	870	-	900	-
chirurgia ogólna	286.6	343.9	5.9	5.6	-	6.7	-	1240	1180	-	1420	-
chirurgia dziecięca	35.1	40.4	0.6	0.4	-	0.4	-	130	90	-	100	-
kardiochirurgia	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	0	0	-	0	-
neurochirurgia	5.6	4.5	0.2	0.2	-	0.2	-	50	50	-	40	-
urazowo-ortopedyczna	94.6	113.6	2.0	1.9	-	2.3	-	430	400	-	480	-
okulistyka	39.1	46.9	0.6	0.4	-	0.5	-	130	90	-	110	-
otolaryngologia	54.4	65.2	0.9	0.7	-	0.9	-	190	160	-	190	-
urologia	51.5	61.7	0.8	0.8	-	0.9	-	170	160	-	200	-
<b>Razem</b>	<b>1697.7</b>	<b>1938.9</b>	<b>39.0</b>	<b>37.5</b>	<b>39.9</b>	<b>42.8</b>	<b>45.6</b>	<b>8180</b>	<b>6980</b>	<b>940</b>	<b>7930</b>	<b>1130</b>



## Optymalna liczba łóżek w województwie podlaskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	288.8	346.5	8.2	7.4	-	8.9	-	990	890	-	1060	-
gastrologia	39.7	47.6	1.1	0.9	-	1.0	-	130	110	-	130	-
hematologia	10.9	12.6	0.2	0.2	-	0.3	-	30	30	-	40	-
kardiologia	71.6	85.9	1.5	1.5	-	1.8	-	190	190	-	220	-
nefrologia	21.2	25.4	0.7	0.6	-	0.7	-	80	80	-	90	-
dermatologia	12.9	12.3	0.4	0.5	-	0.5	-	60	60	-	60	-
neurologia	77,0	90,5	2,8	3,0	3,2	3,5	3,7	340	360	380	420	450
onkologia	67.6	81.1	1.4	1.3	-	1.6	-	180	170	-	190	-
gruźlica i chorób płuc	72.4	84.7	2.9	2.7	-	3.2	-	360	330	-	380	-
reumatologia	8.8	7.1	0.4	0.3	-	0.2	-	50	40	-	30	-
rehabilitacja	26.8	32.2	1.9	2.2	-	2.6	-	230	270	-	310	-
<b>choroby zakaźne</b>	91.1	96.1	2.6	-	2.8	-	2.9	320	-	340	-	350
pediatria	210.3	235.3	4.3	-	4.4	-	4.9	520	-	530	-	590
<b>ginekologia i położnictwo</b>	269.3	269.8	9.8	7.3	-	7.3	-	610	450	-	450	-
chirurgia ogólna	262.1	291.2	6.3	5.5	-	6.1	-	760	660	-	730	-
chirurgia dziecięca	38.1	35.8	0.7	0.5	-	0.5	-	90	70	-	70	-
kardiochirurgia	6.2	7.4	0.3	0.2	-	0.3	-	40	30	-	40	-
neurochirurgia	6.2	5.9	0.3	0.2	-	0.2	-	40	30	-	30	-
<b>urazowo-ortopedyczna</b>	113.1	135.8	2.7	2.5	-	3.0	-	330	310	-	360	-
okulistyka	43.4	40.4	0.9	0.7	-	0.6	-	110	80	-	80	-
otolaryngologia	67.9	81.5	1.1	0.8	-	0.9	-	140	100	-	110	-
urologia	53.3	64.0	1.0	0.8	-	1.0	-	120	100	-	120	-
<b>Razem</b>	<b>1843.7</b>	<b>2069.8</b>	<b>47.0</b>	<b>42.5</b>	<b>45.5</b>	<b>48.1</b>	<b>51.5</b>	<b>5650</b>	<b>4290</b>	<b>870</b>	<b>4830</b>	<b>940</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie pomorskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	280.3	286.5	6.4	5.8	-	5.9	-	1400	1280	-	1320	-
gastrologia	11.2	13.5	0.3	0.2	-	0.3	-	60	50	-	60	-
hematologia	5.8	4.7	0.3	0.3	-	0.3	-	70	80	-	60	-
kardiologia	115.6	138.7	1.9	1.6	-	1.9	-	430	360	-	430	-
nefrologia	12.3	10.3	0.2	0.2	-	0.2	-	50	60	-	50	-
dermatologia	11.6	9.3	0.4	0.3	-	0.2	-	80	70	-	60	-
neurologia	56,1	66,6	1,8	1,8	1,9	2,1	2,2	410	390	420	470	500
onkologia	43.9	52.7	1.1	1.1	-	1.3	-	250	240	-	280	-
gruźlica i chorób płuc	39.1	31.3	1.8	1.7	-	1.4	-	400	380	-	310	-
reumatologia	15.3	16.2	0.9	0.9	-	0.9	-	200	200	-	210	-
rehabilitacja	34.8	41.7	3.4	2.5	-	3.0	-	760	560	-	670	-
<b>choroby zakaźne</b>	31.3	25.0	1.2	-	1.1	-	0.8	270	-	240	-	190
pediatria	130.8	138.5	3.2	-	3.0	-	3.2	720	-	660	-	700
<b>ginekologia i położnictwo</b>	256.5	229.3	8.3	6.4	-	5.7	-	940	730	-	660	-
chirurgia ogólna	237.9	216.9	5.1	4.0	-	3.7	-	1130	890	-	820	-
chirurgia dziecięca	28.6	28.4	0.6	0.4	-	0.4	-	130	100	-	100	-
kardiochirurgia	8.1	6.4	0.2	0.2	-	0.2	-	50	60	-	50	-
neurochirurgia	13.0	15.6	0.4	0.3	-	0.4	-	100	70	-	90	-
urazowo-ortopedyczna	72.6	71.8	2.2	1.7	-	1.7	-	480	390	-	390	-
okulistyka	48.7	56.9	1.0	0.7	-	0.8	-	230	150	-	180	-
otolaryngologia	59.4	58.2	1.1	0.8	-	0.8	-	250	190	-	190	-
urologia	55.3	66.1	0.9	0.8	-	0.9	-	200	170	-	210	-
<b>Razem</b>	<b>1568.3</b>	<b>1585.4</b>	<b>39.2</b>	<b>33.0</b>	<b>35.2</b>	<b>33.6</b>	<b>35.7</b>	<b>8610</b>	<b>6420</b>	<b>900</b>	<b>6610</b>	<b>890</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie śląskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	351.0	413.4	9.8	9.8	-	11.5	-	4610	4590	-	5220	-
gastrologia	14.0	16.8	0.4	0.4	-	0.5	-	200	190	-	220	-
hematologia	14.6	17.5	0.3	0.3	-	0.4	-	150	160	-	190	-
kardiologia	105.8	127.0	2.1	2.1	-	2.5	-	1000	970	-	1120	-
nefrologia	28.8	34.6	0.8	0.8	-	0.9	-	380	360	-	420	-
dermatologia	18.7	17.5	1.2	0.7	-	0.7	-	570	340	-	310	-
neurologia	92,6	111,1	3,3	3,1	3,3	3,7	4,0	1540	1470	1560	1700	1810
onkologia	56.5	67.8	1.2	1.5	-	1.8	-	560	700	-	820	-
gruźlica i chorób płuc	50.9	61.1	2.8	2.6	-	3.1	-	1320	1200	-	1400	-
reumatologia	20.7	16.5	1.2	1.1	-	0.9	-	580	520	-	400	-
rehabilitacja	66.7	80.0	4.7	5.0	-	5.9	-	2210	2320	-	2700	-
<b>choroby zakaźne</b>	12.3	10.7	0.5	-	0.4	-	0.4	250	-	200	-	170
pediatria	83.8	84.8	2.7	-	2.3	-	2.3	1260	-	1070	-	1050
<b>ginekologia i położnictwo</b>	243.0	261.4	10.2	8.2	-	8.8	-	2480	2000	-	2080	-
chirurgia ogólna	225.6	270.7	6.3	5.6	-	6.8	-	2960	2640	-	3060	-
chirurgia dziecięca	38.2	41.1	0.7	0.6	-	0.6	-	320	270	-	280	-
kardiochirurgia	14.0	16.8	0.3	0.3	-	0.3	-	150	140	-	160	-
neurochirurgia	12.8	15.3	0.6	0.7	-	0.8	-	300	310	-	360	-
urazowo-ortopedyczna	124.0	148.8	4.1	3.5	-	4.3	-	1930	1660	-	1930	-
okulistyka	80.1	96.1	1.7	1.3	-	1.6	-	810	620	-	720	-
otolaryngologia	64.0	76.9	1.7	1.2	-	1.4	-	820	540	-	630	-
urologia	68.6	82.3	1.3	1.0	-	1.2	-	610	490	-	570	-
<b>Razem</b>	<b>1782.9</b>	<b>2063.6</b>	<b>53.3</b>	<b>48.3</b>	<b>51.6</b>	<b>56.0</b>	<b>59.7</b>	<b>24940</b>	<b>21430</b>	<b>1270</b>	<b>24220</b>	<b>1220</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie świętokrzyskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	323.5	318.3	8.0	8.0	-	7.9	-	1030	1040	-	1000	-
gastrologia	17.3	20.8	0.3	0.3	-	0.3	-	40	40	-	50	-
hematologia	20.0	24.0	0.4	0.5	-	0.5	-	60	60	-	70	-
kardiologia	127.6	153.1	2.5	3.1	-	3.7	-	330	400	-	470	-
nefrologia	21.7	25.4	0.5	0.4	-	0.4	-	60	50	-	60	-
dermatologia	14.1	16.9	0.4	0.4	-	0.5	-	60	60	-	70	-
neurologia	94,0	112,8	2,5	2,6	2,8	3,2	3,4	330	340	370	400	430
onkologia	42.7	51.3	1.1	1.3	-	1.5	-	150	170	-	200	-
gruźlica i chorób płuc	54.2	65.0	2.5	2.7	-	3.2	-	330	350	-	410	-
reumatologia	18.8	15.1	1.0	0.7	-	0.5	-	130	90	-	70	-
rehabilitacja	27.4	32.9	1.9	2.3	-	2.7	-	250	300	-	350	-
<b>choroby zakaźne</b>	58.1	46.5	1.6	-	1.5	-	1.2	210	-	200	-	160
pediatria	110.8	133.0	2.7	-	2.1	-	2.5	350	-	270	-	320
<b>ginekologia i położnictwo</b>	255.7	271.0	10.9	8.2	-	8.6	-	720	540	-	560	-
chirurgia ogólna	326.8	392.1	6.4	6.3	-	7.6	-	830	810	-	960	-
chirurgia dziecięca	24.8	26.2	0.6	0.3	-	0.3	-	80	40	-	50	-
kardiochirurgia	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	0	0	-	0	-
neurochirurgia	8.6	10.4	0.3	0.3	-	0.4	-	40	50	-	50	-
urazowo-ortopedyczna	107.4	122.8	2.7	2.3	-	2.6	-	360	300	-	340	-
okulistyka	35.3	42.3	0.7	0.5	-	0.6	-	100	70	-	80	-
otolaryngologia	67.8	81.3	1.3	1.0	-	1.2	-	170	130	-	150	-
urologia	92.2	110.6	1.3	1.4	-	1.6	-	170	180	-	210	-
<b>Razem</b>	<b>1820.3</b>	<b>2037.7</b>	<b>44.3</b>	<b>41.7</b>	<b>44.7</b>	<b>46.7</b>	<b>50.0</b>	<b>5690</b>	<b>4910</b>	<b>470</b>	<b>5420</b>	<b>480</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie warmińsko-mazurskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	351.4	367.2	7.4	7.2	-	7.5	-	1060	1030	-	1070	-
gastrologia	14.4	17.1	0.3	0.3	-	0.3	-	50	40	-	50	-
hematologia	7.0	5.6	0.1	0.1	-	0.1	-	20	20	-	20	-
kardiologia	54.8	65.8	0.9	0.9	-	1.1	-	130	130	-	160	-
nefrologia	11.8	13.0	0.3	0.3	-	0.3	-	50	50	-	50	-
dermatologia	12.2	9.7	0.4	0.3	-	0.3	-	60	50	-	40	-
neurologia	62,8	60,0	1,8	1,7	1,8	1,6	1,7	260	240	260	230	250
onkologia	48.1	57.7	0.7	0.8	-	0.9	-	100	110	-	130	-
gruźlica i chorób płuc	33.7	34.1	1.6	1.5	-	1.5	-	240	220	-	220	-
reumatologia	12.9	10.3	0.6	0.4	-	0.3	-	100	60	-	50	-
rehabilitacja	45.3	54.4	3.6	3.5	-	4.2	-	520	500	-	600	-
<b>choroby zakaźne</b>	27.9	26.9	0.7	-	0.8	-	0.8	100	-	120	-	120
pediatria	155.0	180.8	3.6	-	3.1	-	3.6	520	-	450	-	520
<b>ginekologia i położnictwo</b>	303.8	354.0	10.6	7.7	-	9.0	-	780	570	-	660	-
chirurgia ogólna	313.3	375.9	5.3	4.5	-	5.4	-	760	650	-	780	-
chirurgia dziecięca	56.1	67.3	0.8	0.6	-	0.7	-	120	90	-	110	-
kardiochirurgia	3.2	3.9	0.1	0.1	-	0.1	-	30	20	-	20	-
neurochirurgia	15.0	17.0	0.5	0.4	-	0.5	-	70	70	-	80	-
urazowo-ortopedyczna	117.4	140.8	2.5	2.1	-	2.5	-	360	310	-	370	-
okulistyka	34.6	41.6	0.7	0.4	-	0.5	-	100	60	-	70	-
otolaryngologia	52.1	62.5	0.8	0.6	-	0.8	-	110	100	-	110	-
urologia	52.2	62.6	0.6	0.5	-	0.6	-	90	80	-	90	-
<b>Razem</b>	<b>1785.2</b>	<b>2028.3</b>	<b>39.5</b>	<b>34.6</b>	<b>36.9</b>	<b>38.8</b>	<b>41.3</b>	<b>5630</b>	<b>4400</b>	<b>570</b>	<b>4910</b>	<b>640</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie wielkopolskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	328.5	325.4	6.8	6.4	-	6.4	-	2290	2170	-	2170	-
gastrologia	7.3	6.5	0.2	0.2	-	0.2	-	80	60	-	60	-
hematologia	4.6	5.5	0.2	0.1	-	0.2	-	60	50	-	60	-
kardiologia	75.4	90.5	1.3	1.2	-	1.5	-	440	420	-	510	-
nefrologia	15.9	19.1	0.4	0.4	-	0.5	-	150	140	-	170	-
dermatologia	12.4	10.2	0.6	0.4	-	0.4	-	200	150	-	120	-
neurologia	64,4	70,6	2,1	2,0	2,2	2,2	2,4	710	690	740	760	810
onkologia	89.7	107.6	1.4	1.4	-	1.7	-	490	470	-	570	-
gruźlica i chorób płuc	40.9	37.3	1.6	1.6	-	1.5	-	560	550	-	510	-
reumatologia	21.3	24.8	1.0	0.8	-	1.0	-	330	280	-	330	-
rehabilitacja	41.9	50.3	3.0	3.1	-	3.8	-	1020	1060	-	1280	-
<b>choroby zakaźne</b>	24.7	28.3	0.8	-	0.6	-	0.7	280	-	220	-	250
pediatria	116.0	112.7	3.2	-	2.7	-	2.7	1080	-	930	-	910
<b>ginekologia i położnictwo</b>	303.8	250.0	10.9	6.6	-	5.4	-	1900	1140	-	950	-
chirurgia ogólna	307.6	295.3	7.2	6.0	-	5.8	-	2440	2020	-	1960	-
chirurgia dziecięca	45.5	42.5	0.8	0.6	-	0.6	-	290	210	-	200	-
kardiochirurgia	6.2	5.0	0.3	0.2	-	0.2	-	100	80	-	60	-
neurochirurgia	9.8	11.7	0.4	0.3	-	0.4	-	130	120	-	140	-
urazowo-ortopedyczna	72.4	86.9	2.4	2.0	-	2.3	-	820	660	-	800	-
okulistyka	33.1	32.8	0.8	0.4	-	0.4	-	260	150	-	150	-
otolaryngologia	75.8	81.8	1.4	1.0	-	1.1	-	480	340	-	370	-
urologia	51.9	62.3	0.8	0.6	-	0.8	-	280	220	-	260	-
<b>Razem</b>	<b>1740.5</b>	<b>1746.0</b>	<b>42.3</b>	<b>35.3</b>	<b>37.7</b>	<b>36.3</b>	<b>38.7</b>	<b>14250</b>	<b>10820</b>	<b>1150</b>	<b>11240</b>	<b>1160</b>

## Optymalna liczba łóżek w województwie zachodniopomorskim

Specjalność lekarska	Współczynniki / 10 000							Liczby bezwzględne				
	Hospitalizacja		Łóżka szpitalne					Łóżka szpitalne				
	2005	2012 ekstrapol.	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)	2005	2005 opt. (obl. 80%)	2005 opt. (obl. 75%)	2012 szac. (obl. 80%)	2012 szac. (obl. 75%)
<b>choroby wewnętrzne</b>	296.9	268.8	7.2	6.2	-	5.6	-	1220	1050	-	940	-
gastrologia	30.9	37.1	0.6	0.6	-	0.7	-	110	100	-	120	-
hematologia	4.7	4.9	0.2	0.2	-	0.2	-	40	40	-	40	-
kardiologia	71.5	85.2	1.6	1.3	-	1.5	-	270	220	-	260	-
nefrologia	22.5	27.0	0.6	0.5	-	0.6	-	110	90	-	100	-
dermatologia	13.0	10.4	0.5	0.3	-	0.3	-	90	60	-	50	-
neurologia	28,5	26,0	1,0	0,9	1,0	0,8	0,9	180	160	170	150	160
onkologia	50.4	60.4	1.1	1.3	-	1.6	-	190	230	-	270	-
gruźlica i chorób płuc	47.5	38.0	1.9	1.6	-	1.3	-	330	280	-	230	-
reumatologia	14.7	15.4	0.6	0.6	-	0.6	-	120	100	-	110	-
rehabilitacja	41.1	49.3	2.5	2.8	-	3.4	-	440	480	-	570	-
<b>choroby zakaźne</b>	25.9	20.7	1.0	-	0.9	-	0.7	180	-	160	-	130
pediatria	149.4	136.3	3.9	-	3.1	-	2.8	670	-	530	-	480
<b>ginekologia i położnictwo</b>	278.9	301.1	10.9	7.2	-	7.8	-	960	630	-	680	-
chirurgia ogólna	331.0	397.2	6.6	4.9	-	5.9	-	1130	840	-	1000	-
chirurgia dziecięca	40.2	48.2	0.5	0.4	-	0.5	-	90	80	-	90	-
kardiochirurgia	13.8	16.6	0.2	0.2	-	0.2	-	40	40	-	40	-
neurochirurgia	19.0	22.8	0.5	0.4	-	0.5	-	90	80	-	90	-
urazowo-ortopedyczna	68.4	82.1	1.9	1.5	-	1.7	-	320	250	-	300	-
okulistyka	64.0	76.8	1.1	0.6	-	0.7	-	190	110	-	130	-
otolaryngologia	58.7	70.5	1.1	0.9	-	1.1	-	190	170	-	200	-
urologia	60.4	72.5	0.9	0.6	-	0.7	-	160	110	-	130	-
<b>Razem</b>	<b>1731.5</b>	<b>1867.3</b>	<b>42.0</b>	<b>34.0</b>	<b>36.3</b>	<b>36.0</b>	<b>38.4</b>	<b>7120</b>	<b>5120</b>	<b>690</b>	<b>5500</b>	<b>610</b>

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację delegacji zawartej w art. 5 ust. 4 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. U...). Projekt rozporządzenia określa optymalną liczbę łóżek szpitalnych dla poszczególnych województw w szczególności w następujących specjalnościach lekarskich:

- 1) anestezyjologii i intensywnej terapii;
- 2) chorób wewnętrznych;
- 3) gastrologii;
- 4) hematologii;
- 5) kardiologii;
- 6) nefrologii;
- 7) dermatologii;
- 8) neurologii;
- 9) onkologii;
- 10) gruźlicy i chorób płuc;
- 11) reumatologii;
- 12) rehabilitacji;
- 13) chorób zakaźnych;
- 14) pediatrii;
- 15) ginekologii i położnictwa;
- 16) chirurgii ogólnej;
- 17) chirurgii dla dzieci;
- 18) kardiochirurgii;
- 19) neurochirurgii;
- 20) urazowo-ortopedycznej;
- 21) okulistyki;
- 22) otolaryngologii;
- 23) urologii;

Zgodnie z art. 5 ust 5 optymalna liczba łóżek dla specjalności psychiatria zostanie uregulowana odrębnym rozporządzeniem.

W proponowanym podejściu sieć szpitali zostanie określona głównie w oparciu o wskaźniki infrastrukturalne. Przyjęto, że optymalny wskaźnik łóżek będzie stanowił podstawową wytyczną



tworzenia sieci szpitali. Wskaźnik ten, przy uwzględnieniu różnic w statusie zdrowotnym populacji w poszczególnych regionach, wyraża liczbę łóżek określonej specjalności na 10 tys. ludności/mieszkańców poszczególnych województw, jednakże bez odnoszenia się do konkretnej lokalizacji szpitali. Formuła wyznaczenia wskaźnika została opracowana w sposób pozwalający na oszacowanie liczby łóżek dla danej populacji, która będzie zaspakajała jej potrzeby zdrowotne i zapewniała bezpieczeństwo przy optymalnym wykorzystaniu bazy łóżkowej. Wyznaczone wskaźniki łóżek na 10 tys. mieszkańców poszczególnych województw będą punktem wyjścia do opracowania projektów *regionalnych planów opieki szpitalnej* na szczeblu regionalnym przez Regionalne Rady ds. Szpitali. Zakłada się stopniowe, w ciągu kilku lat, dochodzenie do wartości optymalnych zgodnie z ustalonym harmonogramem wdrażania projektu.

Oszacowanie optymalnych wskaźników łóżek powierzono Państwowemu Zakładowi Higieny. Wynikiem prac instytutu jest dokument pn. *'Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności'*. Opracowanie oprócz wyliczenia wskaźników wyjaśnia metodologię i założenia stanowiące podstawę do dokonania oszacowania zapotrzebowania na łóżka krótkoterminowe. Zastosowano podział na województwa i specjalności medyczne.

Metodologia wyznaczania liczby łóżek przedstawia się następująco. Wykorzystano dane dotyczące hospitalizacji ludności Polski pochodzące z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z lat 2000-2005. Dotyczyły one liczby łóżek szpitalnych, liczby hospitalizowanych, długości pobytu w szpitalu i wykorzystania łóżek szpitalnych wg województw i oddziałów szpitalnych. Podstawą tych danych są informacje ze szpitali przekazywane corocznie na formularzu sprawozdawczym Mz-29. Ponadto analizowano dane z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzonego przez Państwowy Zakład Higieny z lat 2003 i 2004.

Szacowanie optymalnej liczby łóżek w roku 2005 na wymienionych powyżej oddziałach szpitalnych przeprowadzono biorąc pod uwagę dane dotyczące długości pobytu i liczby hospitalizowanych na oddziale z roku 2005 przyjmując wykorzystanie łóżek na poziomie 75% i 80%. Do wyliczeń wykorzystano formułę omówioną na początku. Tak wyliczone optymalne liczby łóżek zestawiono z rzeczywistymi danymi z roku 2005.

Określenie oczekiwanej liczby hospitalizacji w roku 2012 na poszczególnych oddziałach szpitalnych przeprowadzono ekstrapolując trendy prostoliniowe hospitalizacji z lat 2000-2005.

Dla tych oddziałów, w których prognoza przekraczała o 20% wartość z roku 2005 przyjmowano poziom hospitalizacji z roku 2005 pomniejszony lub powiększony o 20%, zgodnie z kierunkiem obserwowanych zmian.

Przy wyliczaniu wskaźników optymalnych łóżek przyjęto następujący sposób agregacji oddziałów szpitalnych:

<b>Specjalność lekarska</b>	<b>Oddziały w grupie</b>
<b>Anestezjologia i intensywne terapia</b>	
<b>Chorób wewnętrznych</b>	Oddział chorób wewnętrznych
	Oddział geriatryczny
	Oddział chorób metabolicznych
	Oddział chorób metabolicznych dla dzieci
<b>Gastrologia</b>	Oddział gastroenterologiczny
	Oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	Oddział gastrologiczny
	Oddział gastrologiczny dla dzieci
	Oddział hepatologiczny
	Oddział hepatologiczny dla dzieci
<b>Hematologia</b>	Oddział hematologiczny
	Oddział hematologiczny dla dzieci
	Oddział nowotworów krwi
	Oddział nowotworów krwi dla dzieci
<b>Kardiologia</b>	Oddział kardiologiczny
	Oddział kardiologiczny dla dzieci
<b>Nefrologia</b>	Oddział nefrologiczny
	Oddział nefrologiczny dla dzieci
<b>Dermatologia</b>	Oddział dermatologiczny
	Oddział dermatologiczny dla dzieci
<b>Neurologia</b>	Oddział neurologiczny
	Oddział neurologiczny dla dzieci
<b>Onkologia</b>	Oddział onkologiczny
	Oddział onkologiczny dla dzieci
	Oddział chemioterapii
	Oddział chemioterapii dla dzieci
	Oddział radioterapii
	Oddział medycyny nuklearnej
	Oddział onkologii ginekologicznej
<b>Gruźlicy i chorób płuc</b>	Oddział gruźlicy i chorób płuc
	Oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	Oddział pulmonologii
	Oddział pulmonologii dla dzieci
	Oddział gruźlicy
	Oddział gruźlicy dla dzieci
<b>Reumatologia</b>	Oddział reumatologiczny
	Oddział reumatologiczny dla dzieci
<b>Rehabilitacja</b>	Oddział rehabilitacyjny
	Oddział rehabilitacyjny dla dzieci

	Oddział rehabilitacji narządu ruchu
	Oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	Oddział rehabilitacji neurologicznej
	Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	Oddział rehabilitacji kardiologicznej
<b>Chorób zakaźnych</b>	Oddział chorób zakaźnych
	Oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	Oddział AIDS
	Oddział WZW
	Oddział WZW dla dzieci
	Oddział chorób tropikalnych
	Oddział obserwacyjno-zakaźny
	Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
<b>Pediatrya</b>	Oddział pediatryczny
	Oddział chorób wewnętrznych dla dzieci
	Oddział niemowlęcy
	Oddział patologii noworodka
	Oddział neonatologiczny
<b>Ginekologia i położnictwo</b>	Oddział ginekologiczno-położniczy
	Oddział ginekologiczny
	Oddział patologii ciąży
	Oddział położniczy
	Oddział położniczy rooming – in
<b>Chirurgia ogólna</b>	Oddział chirurgiczny ogólny
	Oddział chirurgiczny noworodka
	Oddział chirurgii przewodu pokarmowego
	Oddział chirurgii endokrynologicznej
	Oddział chirurgii klatki piersiowej
	Oddział chirurgii naczyniowej
	Oddział angiologiczny
	Oddział chirurgii onkologicznej
	Oddział oparzeń
	Oddział oparzeń (dziecięcy)
<b>Chirurgia dla dzieci</b>	Oddział chirurgiczny dla dzieci
	Oddział chirurgii klatki piersiowej dla dzieci
	Oddział chirurgii onkologicznej dla dzieci
<b>Kardiochirurgia</b>	Oddział kardiochirurgiczny
	Oddział kardiochirurgiczny dla dzieci
	Oddział wszczepiania rozruszników
<b>Neurochirurgia</b>	Oddział neurochirurgiczny
	Oddział neurochirurgiczny dla dzieci
<b>Chirurgia urazowo - ortopedycznej</b>	Oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej
	Oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dz
	Oddział chirurgii ręki
<b>Okulistyczna</b>	Oddział okulistyczny
	Oddział okulistyczny dla dzieci
<b>Otolaryngologiczna</b>	Oddział otolaryngologiczny
	Oddział otolaryngologiczny dla dzieci
<b>Urologiczna</b>	Oddział urologiczny

W wyniku konsultacji projektu ustawy o sieci szpitali rozszerzony został katalog specjalności lekarskich wyszczególnionych w ramach art. 5 ust 2 o anesteziologię i intensywną terapię. W związku z tempem prac legislacyjnych oszacowanie wskaźników dla ww. specjalności zostanie dokonane w terminie późniejszym. Zasadnym jest poddanie weryfikacji i uzupełnieniu przedmiotowych danych po akceptacji projektu ustawy.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414)*, będzie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

## Ocena skutków regulacji

### I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Niniejsza regulacja będzie oddziaływała na szpitale włączone do sieci.

### II Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych. Projekt będzie przesłany do zaopiniowania m.in. wojewodom, samorządom zawodów medycznych, reprezentatywnym związkom zawodowym, przedstawicielom podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej, w tym związkom jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelniom medycznym. Będzie również zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

Projekt zostanie przekazany do konsultacji w szczególności następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

### III. Analiza skutków regulacji

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

W związku z realizacją *projektu Sieci Szpitali* należy zaplanować dodatkowe środki finansowe na przeprowadzenie działań dostosowawczych (działania osłonowe i zmiany organizacyjno-strukturalne). Realizacja projektu będzie wymagała przeprofilowania części jednostek, a zatem również przekwalifikowania części personelu medycznego czy też zwolnień pracowników. Należy również przyjąć, że szpitale które nie wejdą do sieci szpitali zmienią rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jedynie niewielki procent szpitali będzie wymagał podjęcia działań likwidacyjnych.

Koszty związane z działaniami osłonowymi:

Przewidziane w ustawie programy osłonowe finansowane będą ze środków budżetu państwa. Łączna kwota wydatków z budżetu państwa na realizację tych programów wynosić będzie ok. 375 mln. zł. Środki te zostaną przeznaczone na szkolenia i kursy dla personelu medycznego, odprawy pracownicze oraz dopłaty i umorzenia kredytów.

Na podstawie danych z Państwowego Zakładu Higieny uznać należy, iż zlikwidowanych będzie około 7 400 łóżek w skali kraju. W sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku likwidacji łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 96,2 mln. zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty  $7\,400$  (łóżka do likwidacji)  $\times 2$  (liczba pracowników przypadająca na jedno likwidowane łóżko)  $\times 6\,500$  (szacunkowy koszt kursu).

Na podstawie danych z Państwowego Zakładu Higieny uznać należy, iż przekształconych będzie około 7 200 łóżek w skali kraju. W sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku przekształcenia łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 93,6 mln. zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty  $7\,200$  (łóżka do przekształcenia)  $\times 2$  (liczba pracowników na jedno przekształcane łóżko)  $\times 6\,500$  (szacunkowy koszt kursu).

Uwzględniając specyfikę kształcenia lekarzy uznać należy, iż propozycje działań osłonowych zawarte w ustawie w najmniejszym stopniu będą dotyczyły tej grupy zawodowej. Wydatki związane z programami osłonowymi rozpoczną się od początku 2010 roku, tj. od ogłoszenia pierwszej sieci i przyjęcia pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej i rozłożone będą na lata. Główny koszt przypadać będzie w okresie realizacji pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej, tj. do 2015 r.

W zakresie zmiany ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów, przyjmując że z kredytu zechce skorzystać 3 000 osób, a kwota kredytu będzie wynosić 70 000 zł, dopłaty z budżetu państwa do odsetek od kredytu w ciągu pięcioletniego okresu kredytowania wynosić będą 53 812 500 zł, zaś kwota umorzenia wynosiłaby 42 000 000 zł. Dla potrzeb wyliczeń przyjęto, iż kwota kredytu wynosić będzie 70 000 zł, czyli w maksymalnej wysokości kredytu dla lekarzy i lekarzy dentyków. Wynika to z faktu, iż największe zainteresowanie kredytami wykazują lekarze.

Koszty związane z likwidacją i przekształceniem łóżek szpitalnych:

Na podstawie przeprowadzonej analizy wynika, iż do roku 2012 należy zlikwidować 7400 łóżek. Szacuje się, że koszt likwidacji jednego łóżka wyniesie ok. 12 tys. zł. Koszt obejmuje wydatki związane z wypłacaniem odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników. Całkowity koszt likwidacji łóżek oszacowano na 88,8 mln. zł.

Jednocześnie oszacowano, iż ok. 7200 łóżek zostanie przekształconych. Przy założeniu, iż średni koszt przekształcenia łóżka szpitalnego wyniesie ok. 30 tys. zł. całkowity koszt przekształceń wyniesie 216 mln zł. Koszty przekształcenia obejmują wydatki na dostosowanie i modernizację pomieszczeń.

Szczegółowe koszty jakie będą musiały być poniesione przez budżet państwa, jak również budżety podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz szpitale będą znane po zaakceptowaniu przez Ministra Zdrowia regionalnych planów działań dostosowawczych.

## **2. Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Procesu restrukturyzacji szpitali nie można skutecznie przeprowadzić bez uwzględnienia zasobów kadrowych w ramach podejmowanych działań. Dlatego projekt zakłada, iż dostosowanie zasobów medycznych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa dotyczyć będzie nie tylko bazy łóżkowej szpitali, ale również kadry medycznej zatrudnionej w restrukturyzowanych jednostkach. Należy zapewnić właściwą ilość personelu medycznego o odpowiednich kwalifikacjach na poszczególnych oddziałach i w ramach poszczególnych specjalności. Zmiany powinny przede wszystkim sprzyjać racjonalizacji zatrudnienia, przy czym zasadniczo związanej z przekwalifikowaniem bądź poszerzeniem aktualnych umiejętności i kwalifikacji zawodowych personelu medycznego. Incydentalnie zmiany te będą się wiązać z redukcją zatrudnienia personelu pionu administracyjnego, w części wynikającą z łączenia mniejszych jednostek.

Z tego względu działaniem uzupełniającym/komplementarnym do tworzenia sieci szpitali będzie opracowanie i wdrożenie programów osłonowych oraz programów edukacyjnych służących do przekwalifikowania się części kadry medycznej zakładów opieki zdrowotnej, których uruchomienie pozwoli lekarzom na uzupełnienie kwalifikacji w ramach aktualnie wykonywanej przez nich specjalizacji, w określonych przypadkach nabyciu nowych kwalifikacji (pielęgniarki i położne).

**3. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.**

Regulacja nie ma bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.

**4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.**

Regulacja nie ma bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

**5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.**

Regulacja nie ma bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia ludności



**Rozporządzenie  
Ministra Zdrowia <sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie wzoru wniosku o włączenie szpitala do sieci szpitali**

Na podstawie art. 8 ust. 5 ustawy z dnia ..... o sieci szpitali (Dz. U. z .....)  
zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Wzór wniosku o włączenie szpitala dla sieci szpitali określa załącznik do rozporządzenia.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**

---

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

Załącznik  
do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia

WZÓR

<b>Nazwa Szpitala</b>	
<b>WNIOSEK O WŁĄCZENIE SZPITALA DO SIECI SZPITALI</b>	
<b>Adresat</b> MINISTERSTWO ZDROWIA DEPARTAMENT .....	
<b>Miejsce składania wniosku</b> REGIONALNA RADA DS. SZPITALI PRZY WOJEWODZIE .....	
<b>Wnioskodawca*</b> <input type="checkbox"/> Kierownik zakładu opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Podmiot, który utworzył zakład	
<b>Dane osoby uprawnionej do kontaktu</b>	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu/faksu	
Adres poczty elektronicznej	
<b>Dane osoby/osób uprawnionych do podpisania wniosku</b>	
Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Numer telefonu/faksu	
Adres poczty elektronicznej	

\* właściwe zaznaczyć

**INFORMCJA O ZGODZIE PODMIOTU TWORZĄCEGO** (w przypadku, gdy wniosek składa kierownik szpitala)

--

Data złożenia wniosku*	
Nr wniosku w ewidencji.....*	

\* rubryki wypełniane przez właściwą Regionalną Radę do spraw Szpitali

Wnioskodawca wypełnia pola oznaczone szarym kolorem

**I. DANE SZPITALA** (na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym składany jest wniosek)

I.1. Forma prawna prowadzonej działalności ( właściwe zaznaczyć )	
I.1.1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej <b>utworzony przez:</b>	
<input type="checkbox"/> ministra lub centralny organ administracji rządowej (podać nazwę)	
<input type="checkbox"/> publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych (podać nazwę)	
<input type="checkbox"/> publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych (podać nazwę)	
<input type="checkbox"/> jednostkę samorządu terytorialnego (podać szczebel jednostki oraz nazwę)	
<input type="checkbox"/> Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	
I.1.2 Jednostka lub zakład budżetowy <input type="checkbox"/> jednostka budżetowa <input type="checkbox"/> zakład budżetowy	
I.1.3. Spółka prawa handlowego <input type="checkbox"/> z udziałem jednostki samorządu teryt. <input type="checkbox"/> bez udziału jednostki samorządu teryt.	/wymienić właściwą jst oraz procentową wielkość udziałów lub akcji/
I.1.4. Inna forma ( <b>podać</b> )	
<b>Utworzony przez</b>	
I.2. Dane adresowe Szpitala	
Pełna nazwa	
Numer w Księdze Rejestrowej	
Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym	
Numer identyfikacyjny REGON	
Adres	
Numer telefonu/faksu	
Adres poczty elektronicznej	
Adres strony internetowej	

## II. CHARAKTERYSTYKA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

II.1. Zakres prowadzonej działalności		Data rozpoczęcia działalności		
<input type="checkbox"/> stacjonarna opieka szpitalna <b>Oddział intensywnej terapii</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
<input type="checkbox"/> opieka długoterminowa				
<input type="checkbox"/> opieka psychiatryczna				
<input type="checkbox"/> podstawowa opieka zdrowotna				
<input type="checkbox"/> specjalistyczna opieka zdrowotna				
<input type="checkbox"/> inna (podać )				
II.2. Baza łóżkowa				
Liczba łóżek ogółem		w tym	Opieka szpitalna ( bez łóżek dziennych )	
			w tym w wybranych specjalnościach <sup>2)</sup>	
			Opieka długoterminowa	
			Opieka psychiatryczna	
II.3. Udział w wojewódzkim planie działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego				
<input type="checkbox"/> SOR				
<input type="checkbox"/> jednostki organizacyjne szpitala, wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych w ratownictwie medycznym (podać )				
II.4. Posiadane certyfikaty	Zakres	Data uzyskania		
<input type="checkbox"/> akredytacji				
<input type="checkbox"/> jakości ISO 9001:2000				
<input type="checkbox"/> inne (podać)				

2) łącznie w specjalnościach wymienionych w przepisach wydanych na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ..... w sprawie optymalnej liczby łóżek ( DU.....)*

<b>II.5. Wybrane wielkości ekonomiczne ( stan na 31.12.....)</b>				
Przychody ogółem za .....rok ( tys. zł.)		w tym	Z umów z NFZ w rodzaju <i>leczenie szpitalne</i>	
Zobowiązania ogółem ( tys. zł.)		w tym	Zobowiązania wymagalne	
Wskaźnik płynności bieżącej			Wskaźnik płynności szybkiej	
Zobowiązania finansowe ( tys. zł.)		w tym	Kredyty komercyjne	
			Obligacje	
			Inne instrumenty dłużne	
<b>II.6. Wielkość i struktura zatrudnienia</b>				
Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych ogółem		W tym	w zawodach medycznych	
Lekarze		W tym	I stopień specjalizacji wg starego systemu	
			II stopień specjalizacji wg starego systemu	
			Stopień specjalizacji wg nowego systemu	
Pielęgniarki i położne		W tym	Pielęgniarki	
			w tym mgr pielęgniarstwa	
			Położne	
Stopnie naukowe pracowników medycznych	Doktor nauk med.			
	Doktor habilitowany			
	Profesor			

## UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 8 ust. 5 ustawy z dnia ..... o sieci szpitali (Dz. U. z .....).

Załącznik do rozporządzenia określa wzór wniosku o włączenie szpitala do sieci. Wniosek określa niezbędne informacje, jakie powinien zawierać wniosek szpitala, ubiegającego się o wpis o włączenie szpitala do sieci. Dzięki określeniu wzoru wniosku o włączenie szpitala do sieci, Krajowa Rada do spraw Szpitali otrzyma standaryzowane i porównywalne dane od wnioskodawców, umożliwiające podjęcie obiektywnej decyzji.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414)*, będzie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

## **Ocena Skutków Regulacji**

### **I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja**

Rozporządzenie będzie oddziaływało na szpitale i podmioty tworzące te szpitale, w zakresie ubiegania się o włączenie do sieci szpitali.

### **II. Konsultacje społeczne**

Projekt będzie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Projekt zostanie także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

### **III. Analiza skutków regulacji**

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

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych.

#### **2. Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

#### **3. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki.

#### **4. Wpływ na sytuację i rozwój regionalny.**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

#### **5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.**

Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1</sup>**

z dnia

**w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych regionalnym planem opieki szpitalnej.**

Na podstawie art. 19 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. ...U...Nr ... poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres danych objętych regionalnym planem opieki szpitalnej, zwanym dalej „planem”.

§ 2. W części planu obejmującej charakterystykę województwa należy przedstawić charakterystykę populacji województwa pod kątem parametrów mających wpływ na powstawanie potrzeb zdrowotnych ludności, w tym w szczególności:

- 1) wskazanie liczby ludności województwa, w podziale na płeć oraz grupy wiekowe;
- 2) wskazanie liczby ludności w poszczególnych jednostkach samorządu terytorialnego województwa;
- 3) wskazanie gęstości zaludnienia w poszczególnych jednostkach samorządu terytorialnego województwa;
- 4) dane dotyczące najczęściej występujących schorzeń;
- 5) opis szczególnych problemów społecznych.

§ 3. 1. W części planu obejmującej charakterystykę szpitali w województwie uwzględnia się szpitale wielospecjalistyczne, szpitale jednospecjalistyczne, stacjonarne zasoby opieki zdrowotnej, w tym zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej, szpitale psychiatryczne i odwykowe.

2. Charakterystyka szpitali w województwie składa się z części opisowej i tabelarycznej.

---

<sup>1</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).



3. Część opisowa zawiera w szczególności:

- 1) ocenę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej;
- 2) opis sytuacji ekonomicznej szpitali, o których mowa w ust. 1;
- 3) opis stanu technicznego budynków, pomieszczeń i wyposażenia szpitali, o których mowa w ust. 1;
- 4) informację o wyposażeniu w aparaturę i sprzęt medyczny szpitali, o których mowa w ust. 1;
- 5) wykaz prowadzonych na terenie województwa inwestycji w zakresie ochrony zdrowia z podaniem ich przeznaczenia.

4. W części tabelarycznej przedstawia się:

- 1) liczbę szpitali, o których mowa w ust. 1, wraz z liczbą łóżek oraz wskaźnikiem łóżek na 10 000 mieszkańców w skali województwa;
- 2) liczbę szpitali, o których mowa w ust. 1, wraz ze wskazaniem podmiotu tworzącego szpital, liczbę hospitalizacji, wskaźnik wykorzystania łóżek oraz liczbą personelu medycznego.

§ 4. 1. W części planu obejmującej charakterystykę szpitali objętych planem przedstawia się w sposób szczegółowy zasoby osobowe oraz infrastrukturalne szpitali wraz z opisem sytuacji ekonomicznej szpitali oraz informacjami na temat efektywności wykorzystania łóżek.

2. Charakterystyka szpitali objętych planem składa się z części opisowej i tabelarycznej.

3. W części opisowej przedstawia się:

- 1) opis sytuacji ekonomicznej szpitali, o których mowa w ust. 1;
- 2) opis stanu technicznego budynków, pomieszczeń i wyposażenia szpitali, o których mowa w ust. 1.

4. W części tabelarycznej przedstawia się:

- 1) liczbę szpitali, wraz ze wskazaniem podmiotu tworzącego szpital, oraz liczbę łóżek, liczbę hospitalizacji, wskaźnik wykorzystania łóżek oraz liczbę personelu medycznego;
- 2) wykaz oddziałów wraz z liczbą łóżek oraz wskaźniki ich wykorzystania;
- 3) wykaz aparatury i sprzętu medycznego.

§ 5. W części planu obejmującej planowaną liczbę łóżek w szpitalach objętych planem przedstawia się:

- 1) ogólną liczbę łóżek w szpitalach włączonych do sieci szpitali na koniec okresu objętego planem;
- 2) liczbę łóżek w szpitalach włączonych do sieci szpitali z wyszczególnieniem łóżek w poszczególnych specjalnościach lekarskich, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz ... U... Nr ... poz....);
- 3) liczbę łóżek z wyszczególnieniem łóżek w poszczególnych specjalnościach lekarskich, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali, w poszczególnych szpitalach objętych harmonogramem działań dostosowawczych na koniec okresu objętego planem.

§ 6. W części planu obejmującej harmonogram działań dostosowawczych szpitali oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem przedstawia się w szczególności:

- 1) wykaz szpitali objętych harmonogramem działań dostosowawczych;
- 2) charakterystykę podejmowanych przez szpitale działań dostosowawczych;
- 3) harmonogram działań dostosowawczych;
- 4) harmonogram dostosowywania liczby łóżek do liczby wskazanej w planie;
- 5) określenie czynników ryzyka w realizacji planów;
- 6) prognozę zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej na koniec okresu objętego planem..

§ 7. W części planu obejmującej szacunkowe koszty działań dostosowawczych przedstawia się koszty osobowe i inwestycyjne działań dostosowawczych oraz planowane źródła ich finansowania.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie delegacji zawartej w art. 19 ustawy z dnia..... o sieci szpitali.

Projekt określa szczegółowy zakres danych objętych regionalnym planem opieki szpitalnej, którego projekt dla poszczególnych województw sporządzają Regionalne Rady do Spraw Szpitali.

Zgodnie z brzmieniem projektu rozporządzenia w regionalnym planie opieki szpitalnej wskazuje się charakterystykę województwa, charakterystykę szpitali na terenie województwa a także charakterystykę szpitali objętych regionalnym planem opieki szpitalnej wraz z planowaną liczbą łóżek w tych szpitalach. Regionalny plan opieki szpitalnej zawiera także harmonogram działań dostosowawczych oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem działań dostosowawczych. Jednocześnie w planie wskazuje się szacunkowe koszty podejmowanych działań wraz ze wskazaniem źródeł pokrycia tych kosztów.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

## Ocena Skutków Regulacji

### I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Szpitala a także pracownicy zatrudnieni w szpitalach.

### II. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych. Projekt będzie przesłany do zaopiniowania m.in. wojewodom, samorządom zawodów medycznych, reprezentatywnym związkom zawodowym, związkom pracodawców ochrony zdrowia, przedstawicielom podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej, w tym związkom jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelniom medycznym. Ponadto projekt będzie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stosowania prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414).

### III. Analiza skutków regulacji

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

Brak wpływu

#### 2. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Działania dostosowawcze mogą przyczynić się do zmian w strukturze organizacyjnej szpitala a tym samym wpłyną na strukturę zatrudnienia w szpitalu.

#### 3. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.

Zrealizowanie harmonogramu określonego w planie przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności szpitala objętego planem w stosunku do szpitali funkcjonujących poza siecią.

#### 4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Brak wpływu

#### 5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Zrealizowanie harmonogramu określonego w planie przyczyni się do polepszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1</sup>**

z dnia

**w sprawie regulaminu Krajowej Rady do Spraw Szpitali**

Na podstawie art. 23 ust. 5 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. ...U...Nr ... poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa regulamin Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w tym:

- 1) strukturę organizacyjną;
  - 2) formy działania i sposób zwoływania posiedzeń;
  - 3) tryb pracy i podejmowania uchwał
- stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

Minister Zdrowia

---

<sup>1</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

## **REGULAMIN KRAJOWEJ RADY DO SPRAW SZPITALI**

**§ 1.** 1. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, zwana dalej „Radą”, składa się z 11 członków, w tym Przewodniczącego oraz Zastępcy Przewodniczącego.

2. Zastępcę Przewodniczącego wybierają członkowie Rady w głosowaniu jawnym, zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Rady.

3. Przewodniczący wyznacza sekretarza Rady spośród członków Rady.

**§ 2.** 1. Przewodniczący Rady:

- 1) zwołuje posiedzenia Rady i im przewodniczy;
- 2) organizuje pracę Rady;
- 3) dba o poprawność protokołowania przebiegu posiedzeń Rady
- 4) zapewnia załatwianie innych niż wskazane w pkt 1 – 3 spraw organizacyjnych związanych z działalnością Rady.

2. Zastępca Przewodniczącego Rady wykonuje zadania Przewodniczącego Rady, w przypadku jego nieobecności, oraz inne zadania powierzone przez Przewodniczącego Rady.

**§ 3.** Do zadań członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali należy:

- 1) uczestniczenie w posiedzeniach i pracach Rady;
- 2) głosowanie podczas posiedzeń;
- 3) wnioskowanie w sprawach dotyczących nadesłanych wniosków i załączników o włączenie szpitala do sieci szpitali;
- 4) składanie do szpitali wniosków o dodatkowe wyjaśnienia;

- 5) wyrażanie na posiedzeniach Rady opinii w kwestiach należących do zadań Rady;
- 6) wnioskowanie do Przewodniczącego Rady w sprawie zaproszenia na posiedzenie Rady osób, o których mowa w art. 22 ust. 12 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. ... U. ... Nr ... poz.....).

**§ 4.** 1. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów członków obecnych na posiedzeniu. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Rady, a w razie jego nieobecności – Zastępcy Przewodniczącego.

2. Uchwały podpisują wszyscy członkowie Rady obecni na posiedzeniu.

3. Rada może podjąć uchwałę poza posiedzeniem. Uchwała jest podjęta, jeśli w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania żaden z członków Rady nie zgłosi sprzeciwu lub treści uchwały (tryb obiegowy).

4. Z posiedzeń Rady sekretarz Rady, a w razie jego nieobecności - członek Rady wyznaczony przez Przewodniczącego, sporządza protokół.

5. Członek Rady ma prawo zgłosić zdanie odrębne do uchwały, które podlega zaprotokołowaniu.

**§ 5.** 1. Rada może powoływać stałe oraz doraźne zespoły problemowe, zwane dalej "zespołami problemowymi".

2. Uchwała o powołaniu zespołu problemowego określa zadania zespołu oraz jego skład osobowy.

**§ 6.** 1. W skład zespołów problemowych wchodzi, w równej liczbie, będący członkami Rady, przedstawiciele organów administracji rządowej, podmiotów reprezentujących podmioty tworzące szpitale i Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Posiedzeniu zespołu problemowego przewodniczy jego przewodniczący, którym jest członek Rady wybrany przez członków zespołu problemowego.

3. Zespół problemowy zajmuje stanowisko zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków zespołu problemowego.

**§ 7.** 1. Posiedzenie zespołu problemowego zwołuje jego przewodniczący z własnej inicjatywy lub na wniosek członka zespołu.

2. Posiedzenie zespołu problemowego może zostać zwołane na wniosek Przewodniczącego lub Zastępcy Przewodniczącego Rady w przypadku konieczności pilnego zajęcia stanowiska przez zespół problemowy.

3. Przewodniczący zespołu problemowego, po uzgodnieniu z członkami zespołu, może wystąpić z wnioskiem do Rady o powołanie eksperta lub zlecenie przeprowadzenia ekspertyzy.

**§ 8. 1.** Z posiedzeń zespołów problemowych sporządza się protokół.

2. Protokół posiedzenia zespołu problemowego podpisują przewodniczący oraz protokolant.



## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację delegacji zawartej w art. 23 ust. 5 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali.

W realizacji powierzonych Ministrowi zadań będzie wspierany merytorycznie przez Krajową Radę ds. Szpitalni. Rada będzie ciałem opiniodawczo - doradczym Ministra Zdrowia w sprawach związanych z tworzeniem sieci szpitali. Do zadań Krajowej Rady do Spraw Szpitali należy:

- 1) wyrażanie opinii w zakresie włączania szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 2) wyrażanie opinii w zakresie kwalifikacji oddziałów szpitala włączanego do sieci do poziomów referencyjnych, o których mowa w art. 7 ust. 2;
- 3) wnioskowanie w przedmiocie wyłączenia szpitala z sieci;
- 4) opiniowanie projektów planów oraz zmian projektów planów, przedstawionych przez Regionalne Rady do Spraw Szpitali z uwzględnieniem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych;
- 5) wnioskowanie o zmianę planów;

Rada składa się z 11 członków, w tym Przewodniczącego oraz Zastępcy.

Krajowa Rada do spraw Szpitali wykonuje swoje zadania zgodnie z regulaminem, który stanowi załącznik do rozporządzenia. Regulamin, zgodnie z upoważnieniem ustawowym, określa strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń, a także tryb pracy i podejmowania uchwał przez Radę.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414)*, będzie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

## Ocena skutków regulacji

### **I. Podmioty, na które oddziałuje projektowane rozporządzenie**

Krajowa Rada do Spraw Szpitali.

### **II. Zakres konsultacji społecznych**

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych. Projekt będzie przesłany do zaopiniowania m.in. wojewodom, samorządom zawodów medycznych, reprezentatywnym związkom zawodowym, związkom pracodawców ochrony zdrowia, przedstawicielom podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej, w tym związkom jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelniom medycznym. Ponadto projekt będzie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stosowania prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414).

### **III. Analiza skutków regulacji**

#### **1) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżet jednostek samorządu terytorialnego:**

Krajowa Rada do Spraw Szpitali składać się będzie z 11 osób.

Zakłada się, że członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2006 r., wynagrodzenie to wynosi 2 637,72 zł. Rocznie koszty związane z wynagrodzeniem członków rady szacuje się na ok. 413 tys. zł (2637,72 zł x 12 m-cy x 11 osób + pochodne od wynagrodzeń). Obsługa organizacyjno-techniczna Rady, realizowana przez właściwą komórkę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia, szacowana jest na 22 tys. zł miesięcznie, rocznie – ok. 264 tys. zł.

Ponadto należy zabezpieczyć środki finansowe na konieczne analizy i opracowania zewnętrzne wykorzystywane przez Radę w związku z pełnioną przez nią funkcją ciała opiniodawczego Ministra. Aktualnie analizy o założonym stopniu trudności kosztują średnio ok. 300 tys. zł. Szacuje się, że na tę część działalności należy zarezerwować środki w wysokości ok. 3 mln zł. Środki te dotyczą jedynie okresu przed ustanowieniem sieci szpitali, ponoszone jednorazowo w celu dokonania analizy stanu faktycznego. W kolejnych okresach należy jedynie oczekiwać minimalnych kosztów związanych z aktualizacją wstępnie dokonanych wyników analiz.

Szacuje, iż w drugim roku obowiązywania *ustawy o sieci szpitali* koszty funkcjonowania Krajowej Rady ds. Szpitali wyniosą ok. 3,68 mln zł. Jednakże wielkość faktycznie poniesionych na ten cel wydatków będzie zależna od ilości i kosztów analiz eksperckich, które Rada może zlecić podmiotom zewnętrznym w związku z wykonywanymi zadaniami, a zatem jakości projektów planów opieki szpitalnej przedkładanych przez Regionalne Rady ds. Szpitali.

W pierwszym i kolejnych latach po drugim roku roczne koszty ponoszone na zapewnienie sprawnego funkcjonowanie Rady szacowane są na ok. 677 tys. zł. Wynagrodzenia członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia ekspertów oraz obsługa finansowane będą ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

## **2) Wpływ regulacji na rynek pracy**

Brak wpływu

## **3) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Brak wpływu

## **4) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Brak wpływu

## **5) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Brak wpływu

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1</sup>**

z dnia

**w sprawie regulaminu Regionalnej Rady do Spraw Szpitali**

Na podstawie art. 26 ust. 5 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. U.....)  
zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa regulamin Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, w tym:

- 1) strukturę organizacyjną,
- 2) tryb pracy i podejmowania uchwał,
- 3) formy działania i sposób zwoływania posiedzeń

- stanowiący załącznik do rozporządzenia.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2008 r.

Minister Zdrowia

---

<sup>1</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

## **REGULAMIN REGIONALNEJ RADY DO SPRAW SZPITALI**

§ 1. 1. Regionalna Rada do Spraw Szpitali, zwana dalej „Radą” składa się maksymalnie z 10 członków, w tym Przewodniczącego oraz Zastępcy.

2. Zastępcę Przewodniczącego wybierają członkowie Rady w głosowaniu jawnym, zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Rady.

3. Przewodniczący wyznacza sekretarza Rady spośród członków Rady.

§ 2. 1. Przewodniczący Rady:

- 1) zwołuje posiedzenia Rady i im przewodniczy;
- 2) organizuje pracę Rady;
- 3) dba o poprawność protokołowania przebiegu posiedzeń Rady
- 4) zapewnia załatwianie innych niż wskazane w pkt 1 – 3 spraw organizacyjnych związanych z działalnością Rady.

2. Zastępca Przewodniczącego Rady wykonuje zadania Przewodniczącego Rady, w przypadku jego nieobecności, oraz inne zadania powierzone przez Przewodniczącego Rady.

§ 3. Do zadań członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali należy:

- 1) uczestniczenie w posiedzeniach i pracach Rady;
- 2) głosowanie podczas posiedzeń;
- 3) wnioskowanie w sprawach dotyczących nadesłanych wniosków i załączników o włączenie szpitala do sieci szpitali;
- 4) składanie do szpitali wniosków o dodatkowe wyjaśnienia;
- 5) wyrażanie na posiedzeniach Rady opinii w kwestiach należących do zadań Rady;

- 6) wnioskowanie do Przewodniczącego Rady w sprawie zaproszenia na posiedzenie Rady osób, o których mowa w art. 22 ust. 12 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. ... U. ... Nr ... poz....).

§ 4. 1. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów członków obecnych na posiedzeniu. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Rady, a w razie jego nieobecności – Zastępcy Przewodniczącego.

2. Uchwały podpisują wszyscy członkowie Rady obecni na posiedzeniu.

3. Rada może podjąć uchwałę poza posiedzeniem. Uchwała jest podjęta, jeśli w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania żaden z członków Rady nie zgłosi sprzeciwu lub treści uchwały (tryb obiegowy).

4. Z posiedzeń Rady sekretarz Rady, a w razie jego nieobecności - członek Rady wyznaczony przez Przewodniczącego, sporządza protokół.

5. Członek Rady ma prawo zgłosić zdanie odrębne do uchwały, które podlega zaprotokołowaniu.

§ 5. 1. Rada może powoływać stałe oraz doraźne zespoły problemowe, zwane dalej "zespołami problemowymi".

2. Uchwała o powołaniu zespołu problemowego określa zadania zespołu oraz jego skład osobowy.

§ 6. 1. W skład zespołów problemowych wchodzi, w równej liczbie, będący członkami Rady, przedstawiciele organów administracji rządowej, podmiotów reprezentujących podmioty tworzące szpitale i Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Posiedzeniu zespołu problemowego przewodniczy jego przewodniczący, którym jest członek Rady wybrany przez członków zespołu problemowego.

3. Zespół problemowy zajmuje stanowisko zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków zespołu problemowego.

§ 7. 1. Posiedzenie zespołu problemowego zwołuje jego przewodniczący z własnej inicjatywy lub na wniosek członka zespołu.

2. Posiedzenie zespołu problemowego może zostać zwołane na wniosek Przewodniczącego lub Zastępcy Przewodniczącego Rady w przypadku konieczności pilnego zajęcia stanowiska przez zespół problemowy.

3. Przewodniczący zespołu problemowego, po uzgodnieniu z członkami zespołu, może wystąpić z wnioskiem do Rady o powołanie eksperta lub zlecenie przeprowadzenia ekspertyzy.

**§ 8.** 1. Z posiedzeń zespołów problemowych sporządza się protokół.

2. Protokół posiedzenia zespołu problemowego podpisują przewodniczący oraz protokolant.

3. Posiedzenie zespołu problemowego może zostać zwołane na wspólny wniosek przewodniczącego lub zastępcy przewodniczącego Rady w przypadku konieczności pilnego zajęcia stanowiska.

4. Przewodniczący zespołu problemowego, po uzgodnieniu z członkami zespołu, może wystąpić z wnioskiem do Rady o powołanie eksperta lub zlecenie przeprowadzenia ekspertyzy.

**§ 9.** Zespół problemowy zajmuje stanowisko zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków zespołu problemowego.

**§ 10.** Rada oraz zespoły problemowe mogą zapraszać do udziału w posiedzeniach, z głosem doradczym, osoby spoza swego grona.

**§ 11.** 1. Z posiedzeń zespołów problemowych sporządza się protokół.

2. Protokół posiedzenia zespołu problemowego podpisują przewodniczący oraz protokolant.

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację delegacji zawartej w art. 26 ust. 5 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali

Rada składa się maksymalnie z 10 członków w zależności, czy w województwie działa szpital utworzony przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub rektora uczelni medycznej, którzy delegują swoich przedstawicieli do Rady, w tym Przewodniczącego oraz Zastępcy.

Regionalna Rada do spraw Szpitali wykonuje swoje zadania zgodnie z regulaminem, który stanowi załącznik do rozporządzenia. Regulamin ten, zgodnie z upoważnieniem ustawowym, określa jej strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń, a także tryb pracy i podejmowania uchwał.

Rady te są podmiotami odpowiedzialnymi za regionalny rozwój sieci. Regionalne Rady działają pod przewodnictwem właściwego wojewody (przedstawiciela wojewody) na tożsamych zasadach co Rada przy Ministrze, z ograniczeniem do skali województwa.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414)*, będzie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.



## Ocena skutków regulacji

### I. Podmioty, na które oddziałuje projektowane rozporządzenie

Regionalne Rady do Spraw Szpitali.

### II. Zakres konsultacji społecznych

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych. Projekt będzie przesłany do zaopiniowania m.in. wojewodom, samorządom zawodów medycznych, reprezentatywnym związkom zawodowym, związkom pracodawców ochrony zdrowia, przedstawicielom podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej, w tym związkom jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelniom medycznym. Ponadto projekt będzie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stosowania prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414).

### III. Analiza skutków regulacji

#### 1) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżet jednostek samorządu terytorialnego:

Regionalne Rady do Spraw Szpitali składać się będą z nie więcej niż 10 osób. Jednakże liczba ta będzie różna w zależności od województwa, mniejsza w tych regionach w których nie działają szpitale utworzone przez Ministra Obrony Narodowej bądź publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Zakłada się, że członkowi Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2006 r., wynagrodzenie to wynosi 2 637,72 zł. Rocznie koszty związane z

wynagrodzeniem Rady szacuje się na ok. 376 tys. zł., (2637,72 zł x 12 m-cy x 10 osób + pochodne od wynagrodzeń), w skali kraju to ok. 6,01 mln zł..

Koszty obsługi organizacyjno-technicznej Regionalnej Rady szacuje się na ok. 10 tys. zł miesięcznie, ok. 120 tys. zł. rocznie. W skali całego kraju koszty obsługi administracyjno-technicznej wynosić będą ok. 1,92 mln. zł.

Podobnie jak w przypadku Krajowej Rady ds. Szpitali niezbędne będą środki na opracowania i ekspertyzy zewnętrzne, których wysokość w przypadku każdego z województw należy określić na ok. 300 tys. zł – w skali kraju - 4,8 mln zł. Środki te jednakże dotyczą okresu przejściowego, przed obwieszczeniem wykazu szpitali włączonych do sieci. W kolejnych latach należy oczekiwać jedynie minimalnych kosztów związanych z koniecznością dokonania aktualizacji wstępnie przeprowadzonych analiz/ekspertyz.

Koszty działalności i funkcjonowania Regionalnej Rady ds. Szpitali (w pierwszym roku od wejścia w życie *ustawy o sieci szpitali*, w jednym województwie) wynosić będą:

- wynagrodzenie (10 osób): ok. 376 tys. zł
- obsługa administracyjno-techniczna: 120 tys. zł
- analizy i opracowani zewnętrzne: 300 tys. zł

Razem: ok. 796 tys. zł.

W związku z powyższym szacuje się, iż w pierwszym roku od wejścia w życie *ustawy o sieci szpitali* na funkcjonowanie i działalność Regionalnych Rad do Spraw Szpitali będzie należało przeznaczyć ok. 12,7 mln zł. Jednakże wielkość faktycznie poniesionych na ten cel wydatków będzie zależna od ilości i kosztów analiz eksperckich zleconych przez regionalne rady oraz ilościowego składu rad w poszczególnych województwach.

W kolejnych latach roczne koszty ponoszone na funkcjonowanie i działalność Regionalnej Rady szacowane są na ok. 496 tys. zł., w skali kraju ok. 7,93 mln zł. Wynagrodzenia członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia ekspertów oraz obsługa finansowane będą ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji wojewody.

## **2) Wpływ regulacji na rynek pracy**

Brak wpływu.

## **3) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Brak wpływu.

**4) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Brak wpływu.

**5) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Brak wpływu.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1</sup>**

z dnia

**w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali**

Na podstawie art. 33 ustawy z dnia .....r. o sieci szpitali (Dz. ...U ...Nr....., poz.....) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy sposób monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali oraz dokumentowania wyników tych działań;
- 2) szczegółowy podział wskaźników, o których mowa w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia .....r. o sieci szpitali (Dz. U Nr....., poz....) oraz sposoby ich interpretacji.

**§ 2. 1.** W celu przeprowadzenia monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali przekazuje wojewodzie albo Ministrowi Obrony Narodowej, albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych:

- 1) sprawozdanie finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za poprzedni rok obrotowy;
- 2) sprawozdania z działalności szpitala za poprzedni rok obrotowy;
- 3) arkusz analizy wskaźnikowej;

2. Wskaźniki finansowe i sposoby ich interpretacji określa załącznik do rozporządzenia.

**§ 3.** Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonywana jest na podstawie analizy następujących wskaźników:

- 1) zyskowności, w tym:
  - a) wskaźnika zyskowności netto,

---

<sup>1</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

- b) wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej,
  - c) wskaźnika produktywności aktywów;
- 2) płynności, w tym:
- a) wskaźnika bieżącej płynności,
  - b) wskaźnika szybkiej płynności;
- 3) efektywności, w tym:
- a) wskaźnika rotacji należności,
  - b) wskaźnika rotacji zobowiązań,
  - c) wskaźnika rotacji zapasów;
- 4) zadłużenia, w tym:
- a) wskaźnika ogólnego zadłużenia,
  - b) wskaźnika wypłacalności,
  - c) wskaźnika obsługi długu,
  - d) wskaźnika finansowania majątku trwałego.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**

**WSKAŹNIKI FINANSOWE I SPOSOBY ICH INTERPRETACJI**

**1. ZYSKOWNOŚĆ:**

**a) Wskaźnik zyskowności netto**

*Formuła:*

Wynik netto x 100%

---

Przychody ogółem

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,0%	0
od 0,0% do 3,0%	3
Powyżej 3,0% do 5,0%	4
powyżej 5,0%	5

**b) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej**

*Formuła:*

Wynik z działalności operacyjnej x 100%

---

( Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi + pozostałe przychody operacyjne )

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,0%	0
Od 0,0% do- 4,0%	3
Powyżej 4,0% do 6,0%	4
powyżej 6,0%	5

**c) wskaźnik produktywności aktywów**

*Formuła:*

Wynik z działalności operacyjnej x 100%

---

Aktywa razem

<b>PRZEDZIAŁY WARTOŚCI</b>	<b>OCENA</b>
poniżej 0,0%	0
powyżej 0,0% do 3,0%	3
powyżej 3,0% do 6,0%	5
powyżej 6,0%	4

## **2. PLYNNOŚĆ:**

### **a) wskaźnik bieżącej płynności**

*Formuła:*

Aktywa obrotowe

---

Zobowiązania krótkoterminowe

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
poniżej 0,60	0
powyżej 0,60 do 1,20	8
powyżej 1,20 do 1,70	12
powyżej 1,70	10

### **b) wskaźnik szybkiej płynności**

*Formuła:*

Aktywa obrotowe - zapasy

---

Zobowiązania krótkoterminowe

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
poniżej 0,50	0
Powyżej 0,50 do 0,90	8
powyżej 0,90 do 1,30	13
powyżej 1,30	10



### 3. EFEKTYWNOŚĆ:

a) wskaźnik rotacji należności

*Formuła:*

Przeciętny stan należności krótkoterminowych x liczba dni w okresie ( 365 )

---

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
Poniżej 45 dni	3
od 45 dni do 60 dni	2
od 61 dni do 90 dni	1
Powyżej 90 dni	0

b) wskaźnik rotacji zobowiązań

*Formuła:*

Przeciętny stan zobowiązań z tyt. dostaw i usług x liczba dni w okresie ( 365 )

---

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
poniżej 30 dni	5
od 31 dni do 60 dni	8
od 61 dni do 90 dni	4
od 91 dni do 120 dni	2
Powyżej 121 dni	0

c) wskaźnik rotacji zapasów

*Formuła:*

Przeciętny stan zapasów x liczba dni w okresie ( 365 )

---

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
poniżej 15 dni	4
od 15 dni do 30 dni	3
od 31 dni do 60 dni	2
od 61 dni do 120 dni	1
121 dni i więcej	0

#### 4. ZADŁUŻENIE:

a) wskaźnik ogólnego zadłużenia

*Formuła:*

( Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania + rozliczenia międzyokresowe + fundusze specjalne ) x 100%

---

Suma bilansowa

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
poniżej 30%	10
od 30% do 60%	8
powyżej 60% do 80%	3
powyżej 80%	0

b) wskaźnik wypłacalności

*Formuła:*

(Zobowiąz. długoterm. + Zobowiąz. krótkoterm. + Fund. specjalne + Rozlicz. międzyokresowe)

---

Kapitał własny

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
od 0,01 do 0,50	10
od 0,51 do 1,00	8
od 1,01 do 2,00	6
od 2,01 do 4,00	4
powyżej 4,00, także 0,00 oraz poniżej 0,00	0

c) wskaźnik obsługi długu

*Formuła:*

Wynik netto + amortyzacja + odsetki

---

Suma rat kapitałowych danego roku + odsetki

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
Poniżej 0,80	0
Od 0,80 do 1,00	6
od 1,01 do 1,20	12
od 1,21 do 1,50	15
powyżej 1,50	12

d). wskaźnik finansowania majątku trwałego

*Formuła:*

Zobowiązania długoterminowe + kapitały własne

---

Wartość aktywów trwałych

PRZEDZIAŁY WARTOŚCI	OCENA
Poniżej 0,75	0
od 0,75 do 1,00	8
powyżej 1,00	10

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację delegacji zawartej w art. 33 ustawy z dnia .... 2007 r. o sieci szpitali.

Projekt rozporządzenia określa:

- 1) szczegółowy sposób monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz dokumentowania wyników tych działań;
- 2) szczegółowy podział wskaźników, o których mowa w art. 31 ust. 4 ustawy o sieci szpitali i sposoby ich interpretacji.

Monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonują wojewodowie. Z oceny dokonywanej przez wojewodę wyłączone są szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji. W stosunku do tych szpitali czynności z zakresu monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej wykonuje minister będący podmiotem tworzącym dla danego szpitala.

W celu monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpital przesyła właściwemu podmiotowi sprawozdanie finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za poprzedni rok obrotowy, sprawozdanie z działalności szpitala za poprzedni rok obrotowy oraz arkusz analizy wskaźnikowej, w której szpital przedstawia analizę wskaźnikową.

Monitorowanie kondycji finansowej szpitali bazuje na analizie danych finansowych sprawozdawanych przez szpitale. Dane te, przy wykorzystaniu narzędzi analizy wskaźnikowej, pozwalają na dokonanie obiektywnej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali.

Ocena ta oraz prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali w sieci dokonywana jest na podstawie analizy następujących grup wskaźników:

1. zyskowności, w tym:
  - a) wskaźnika zyskowności netto,
  - b) wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej,
  - c) wskaźnika produktywności aktywów.
2. płynności, w tym:
  - a) wskaźnika bieżącej płynności,
  - b) wskaźnika szybkiej płynności.

3. efektywności, w tym:
  - a) wskaźnika rotacji należności,
  - b) wskaźnika rotacji zobowiązań,
  - c) wskaźnika rotacji zapasów.
4. zadłużenia, w tym:
  - a) wskaźnika ogólnego zadłużenia,
  - b) wskaźnika wypłacalności,
  - c) wskaźnika obsługi długu,
  - d) wskaźnika finansowania majątku trwałego.

Do celów oceny przyjęto cztery podstawowe obszary analizy: zyskowność, płynność, efektywność oraz zadłużenie.

Wskaźniki zyskowności służą do oceny efektywności działania szpitala:

- a) poziom wskaźnika zyskowności świadczy o efektywności działalności szpitala. Ze względu na znaczne uzależnienie rentowności od specyfiki branży, należy go porównywać z wielkościami uzyskiwanymi przez inne podmioty w działające w sektorze ochrony zdrowia. W przypadku branży szpitalnictwo wskaźnik ten wskazuje na właściwy stosunek przychodów w stosunku do kosztów, gdyż głównym celem działalności szpitali jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia lub prowadzenie badań naukowych i realizacja zadań dydaktycznych z tego zakresu;
- b) poziom wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej świadczy o efektywności działania szpitala biorąc pod uwagę jego działalność podstawową i pozostałą. Poziom tego wskaźnika powinien być rozpatrywany w stosunku do wartości osiąganych przez inne szpitale. Z uwagi na charakter działalności szpitali, nie zakłada się jego maksymalizacji;
- c) wskaźnik produktywności aktywów (ROI) informuje o zdolności aktywów do generowania zysku operacyjnego, istotny dla podmiotów finansujących dany szpital, gdyż informuje o efektywności gospodarowania powierzonymi środkami oraz o zdolności szpitala do opłacenia odsetek od wykorzystywanego kapitału obcego.

Wskaźniki płynności mierzą zdolność szpitala do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań:

- a) wskaźnik bieżącej płynności informuje o możliwości spłaty zobowiązań bieżących, w przypadku gdy stałyby się natychmiast wymagalne, np. poprzez upłynnienie majątku

obrotowego, bez konieczności upłynniania części aktywów trwałych. Optymalna wartość wskaźnika kształtuje się w granicach 1,20–1,70. Wysoka wartość wskaźnika oznacza nadpłynność, czyli nieefektywne gospodarowanie posiadanymi środkami: nadmierne zapasy, powstanie należności przeterminowanych lub niewykorzystane środki finansowe gromadzone na rachunkach bankowych. Niska wartość wskaźnika płynności wskazuje na brak zdolności do regulowania bieżących zobowiązań;

b) wskaźnik szybkiej płynności umożliwia ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań. W bardzo precyzyjny sposób odzwierciedla zmiany płynności, gdyż w przeciwieństwie do wskaźnika płynności bieżącej, wyłącza z aktywów obrotowych najmniej płynne aktywa jakimi są zapasy. Z punktu widzenia oceny działania szpitala jest jednym z najważniejszych wskaźników. Optymalna wartość wskaźnika powinna kształtować się w przedziale 1,0–1,2. Wartość wskaźnika niższa niż 0,9 informuje o zagrożeniu zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań.

Wskaźniki efektywności informują w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu wykonania świadczeń:

a) prawidłowa ocena wskaźnika rotacji należności wymaga zawsze dodatkowej analizy struktury należności, w tym ich podmiotowego charakteru. Wskaźnik rotacji należności należy porównywać z wartościami uzyskiwanymi przez inne szpitale. W przypadku szpitali, odbiorcą ich usług jest w przeważającej części ludność, natomiast płatnikiem – przede wszystkim NFZ. Wskaźnik ten ocenia oprócz sytuacji płynnościowej jakość współpracy z NFZ. Utrzymujący się przez dłuższy okres wysoki poziom tego wskaźnika zagraża bezpieczeństwu finansowemu szpitala. Sytuacja taka powinna być wyraźnym sygnałem dla płatnika dla przyspieszenia cyklu rozliczeń ze szpitalem;

b) wskaźnik rotacji zobowiązań to jeden z podstawowych wskaźników oceny sytuacji finansowej szpitali. Dla utrzymania prawidłowych relacji z kontrahentami, wielkość wskaźnika powinna kształtować się na poziomie terminów płatności charakterystycznych dla sektora ochrony zdrowia. Utrzymująca się przez dłuższy okres wartość wskaźnika powyżej 60 dni wskazuje na problemy z regulowaniem zobowiązań, co może zapowiadać konieczność naliczania przez kontrahentów odsetek ustawowych, a w następnej kolejności skierowanie spraw na drogę

postępowania sądowego. Jako graniczną przyjmuje się wartość 90 dni. Za modelową relację uznaje się, gdy wskaźnik rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług równy jest wskaźnikowi rotacji należności. Przy analizie tego wskaźnika należy wziąć pod uwagę strukturę czasową i podmiotową zobowiązań;

c) im niższa wartość wskaźnika rotacji zapasów, tym szybsza rotacja zapasów. Pozytywnie powinna być oceniana tendencja zmniejszania długości cyklu obrotu zapasów, gdyż świadczy to o sprawnej gospodarce zapasami. W przypadku szpitali, przy analizie wskaźnika należy wziąć pod uwagę również czynniki o charakterze administracyjnym mogące powodować niezamierzony wzrost zapasów.

Wskaźniki zadłużenia pozwalają wnioskować na temat zadłużenia szpitala, jego struktury oraz o zdolności szpitala do obsługi tego zadłużenia:

a) zbyt wysoka wartość wskaźnika ogólnego zadłużenia podważa wiarygodność szpitala, natomiast zbyt niska może świadczyć o braku umiejętności w wykorzystaniu zewnętrznych źródeł finansowania jednostki dla zwiększenia efektywności jej działania. Wartość wskaźnika na poziomie 0,7 jest jeszcze akceptowalna przez instytucje finansowe, niemniej dla prawidłowej interpretacji wskaźnika, konieczna jest znajomość struktury zadłużenia oraz innych wielkości, w tym wskaźnika płynności;

b) wartość wskaźnika wypłacalności powyżej 4,00 wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez szpital zobowiązań. Jednocześnie bardzo niska wartość wskaźnika może oznaczać brak efektywnego wykorzystania finansowania zewnętrznego;

c) optymalny poziom wskaźnika obsługi długu to 1,3. Malejąca w czasie wartość wskaźnika obsługi długu może oznaczać: nieefektywne zarządzanie, niską zyskowność, zbyt duże przedsięwzięcia inwestycyjne lub rozwojowe. Jeżeli niska wartość wskaźnika obsługi długu utrzymuje się przez dłuższy czas, może to oznaczać podwyższone ryzyko związane z obsługą zadłużenia;

d) wskaźnik finansowania majątku trwałego jest istotny z punktu widzenia oceny funkcjonowania szpitali. Najbardziej pożądana wartość wskaźnika to 1,00. Taka wielkość gwarantuje stabilność finansowania niepiętnych aktywów. Sytuacja, w której aktywa trwałe są finansowane zobowiązaniami krótkoterminowymi (wartość wskaźnika mniejsza od 1,00), jest bardzo



niekorzystna. Jeśli bowiem roszczenia wierzycieli wiarygodności krótkoterminowych, przyjmą postać zajęć komorniczych, w zdecydowany sposób utrudni to funkcjonowanie szpitali, a w skrajnych przypadkach wręcz uniemożliwi wykonywanie świadczeń zdrowotnych, gdyż szpitale zostaną pozbawione aktywów trwałych (urządzeń, aparatury), niezbędnych do ich realizacji.

Ocena punktowa dokonana na podstawie arkusza analizy wskaźnikowej determinuje przypisanie szpitala do jednej z kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej. Wzór arkusza analizy wskaźnikowej, sposób wyliczania wskaźników finansowych i zasady ich punktacji określa załącznik do rozporządzenia.

Przypisanie szpitala do określonej kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej ma znaczenie przy określeniu wysokości zobowiązania płatnika wobec świadczeniodawcy. Zaproponowana w niniejszym projekcie forma monitoringu sytuacji ekonomicznej szpitali w sieci została opracowana w oparciu o teorię i zasady analizy wskaźnikowej, jednakże dostosowana do warunków i specyfiki sektora ochrony zdrowia. Wybrane wskaźniki pozwalają w przejrzysty i pełny sposób zobrazować, a następnie ocenić kondycję finansową jednostek w sieci. Rozróżnienie czterech grup wskaźników finansowych pozwoli na skuteczne diagnozowanie przyczyn niestabilności finansowej szpitali, w przypadku gdy takie problemy wystąpią. Analiza wskaźnikowa pozwala zidentyfikować mocne i słabe strony funkcjonowania szpitali włączonych do sieci, a także dostarcza informacji o zagrożeniach i szansach w ich działalności.

Syntetyczny obraz kondycji finansowej, jaki daje analiza wskaźnikowa, umożliwi podmiotom tworzącym te szpitale szybkie reagowanie w przypadku zagrożenia utratą płynności, zadłużania się szpitala bądź innych zjawisk niepożądanych wynikających z nieumiejętnego gospodarowania środkami finansowymi i zarządzania szpitalem.

Na podstawie przeprowadzonego monitoringu sporządza się raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala. W raporcie zawiera się ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejny rok obrotowy, a także określa kategorię stabilności ekonomiczno-finansowej, do której zakwalifikowano szpital.

W ten sposób wystandardyzowane wyniki oceny ekonomiczno-finansowej szpitali dają także możliwość analizy porównawczej funkcjonowania szpitala na tle innych, wysuwania

wniosków na temat sprawności bieżącego zarządzania jednostką, a następnie na tej podstawie stworzenia skutecznego systemu monitorującego i oceniającego (*'benchmarking'*).

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414)*, będzie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

## Ocena skutków regulacji

### **I. Podmioty, na które oddziałuje projektowane rozporządzenie**

Projektowana regulacja będzie oddziaływała na szpitale włączone do sieci szpitali oraz na wojewodów, Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

### **II. Konsultacje społeczne**

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych. Projekt będzie przesłany do zaopiniowania m.in. wojewodom, samorządom zawodów medycznych, reprezentatywnym związkom zawodowym, związkom pracodawców ochrony zdrowia, przedstawicielom podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej, w tym związkom jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelniom medycznym.

### **III. Analiza skutków regulacji**

#### **1. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżet jednostek samorządu terytorialnego:**

Zaproponowana w niniejszym projekcie forma monitorowania i oceny sytuacji ekonomicznej szpitali w sieci polega na wykorzystaniu zasad i narzędzi analizy wskaźnikowej do oceny danych finansowych sprawozdawanych przez szpitale. Propozycja ta nie wpłynie na wzrost ogólnych kosztów związanych z funkcjonowaniem szpitala.

Przyjęto, iż czynności z zakresu monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali w sieci wymagają przyznania środków finansowych w skali kraju w wysokości ok. 192 tys. zł. Roczny koszt dodatkowych etatów pracy wynosi ok. 85,4 tys. zł. (2 osoby x 3000 zł. + pochodne od wynagrodzeń x 12 m-cy), w przeliczeniu na 16 województw koszt ten wynosi ok. 1,37 mln. zł. Na wyposażenie dodatkowych stanowisk pracy należy zarezerwować ok. 12 tys. zł. (2 osoby x 6000 zł), co w skali kraju stanowić będzie powyższą kwotę, tj. ok. 192 tys. zł.

#### **2. Wpływ regulacji na rynek pracy:**

Brak wpływu.

#### **3. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz sytuację i rozwój regionalny:**

Brak wpływu.

#### **4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Brak wpływu.

#### **5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Brak wpływu.

**Rozporządzenie  
Ministra Zdrowia<sup>1)</sup>**  
z dnia

**w sprawie wzorów ankiety dla szpitali w sieci szpitali oraz arkusza oceny szpitala**

Na podstawie art. 39 ust. 7 ustawy z dnia ..... r. o sieci szpitali (Dz. U...  
Nr ...poz. ...) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Wzór ankiety dla szpitali włączonych do sieci szpitali określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

**§ 2.** Wzór arkusza oceny szpitala określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 01.01.2008 r.

**MINISTER ZDROWIA**

---

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924)

Załączniki  
do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia

Załącznik nr 1

**Wzór**

**ANKIETA  
dla SZPITALI WŁĄCZONYCH DO SIECI SZPITALI**

<b>I. Dane adresowe szpitala</b>	
<b>Nazwa szpitala:</b>	
<b>Adres szpitala:</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy dyrektora szpitala</b>	
<b>Telefon kontaktowy szpitala:</b>	
<b>E-mail szpitala:</b>	

	<b>Obszar</b>	<b>Odpowiedź</b>
<b>II.</b>	<b>CIĄGŁOŚĆ OPIEKI (CO)</b>	
<b>CO1</b>	<b>Procedury przyjmowania pacjentów</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym, w przypadkach nagłych i zdarzeń masowych	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym i w przypadkach nagłych	
	<b>c.</b> W szpitalu wdrożono procedurę przyjmowania pacjentów w trybie planowym.	

**Prosimy o uzupełnienie kwestionariusza w odniesieniu do Państwa szpitala**  
(proszę znakiem x zaznaczyć właściwą odpowiedź)

<b>C02</b>	<b>Procedury postępowania w sytuacjach szczególnych</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedurę postępowania dla wszystkich wyszczególnionych sytuacji	
	<b>b.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur postępowania w sytuacjach szczególnych	
	<b>c.</b> W szpitalu nie opracowano programu współpracy ze służbami ratowniczymi	
<b>C03</b>	<b>Kryteria odmowy przyjęcia pacjenta</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta	
	<b>b.</b> W szpitalu nie określono kryteriów odmowy przyjęcia pacjenta	
<b>C04</b>	<b>Procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami i na zewnątrz szpitala</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami i na zewnątrz szpitala	
	<b>b.</b> W szpitalu nie funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami i na zewnątrz szpitala	
<b>C05</b>	<b>Karta informacyjna</b>	
	<b>a.</b> 80 - 100% dokumentacji medycznych zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu	
	<b>b.</b> 50 - 79% dokumentacji medycznych zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu	
	<b>c.</b> Poniżej 50% dokumentacji medycznych zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu	
<b>III.</b>	<b>PRAWA PACJENTA (PP)</b>	
<b>PP1</b>	<b>Informacja o przysługujących pacjentowi mu prawach i obowiązkach</b>	
	<b>a.</b> Informacja o prawach pacjenta jest łatwo dostępna zarówno dla pacjentów chodzących jak i obłożnie chorych	
	<b>b.</b> Informacja o prawach pacjenta nie jest łatwo dostępna	

<b>PP2</b>	<b>Informacje stanie zdrowia</b>	
	a. Większość lub prawie wszyscy pacjenci lub osoby wskazane przez pacjentów uzyskują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia	
	b. Większość lub prawie wszyscy pacjenci lub osoby wskazane przez pacjentów nie uzyskują zrozumiałych informacji o stanie zdrowia	
<b>PP3</b>	<b>Wgląd w dokumentację medyczną</b>	
	a. Pacjenci zazwyczaj wiedzą o możliwości wglądu we własną dokumentację medyczną	
	b. Pacjenci nie mają wiedzy o możliwości wglądu we własną dokumentację medyczną	
<b>PP4</b>	<b>Zgoda na wykonywane procedury i zabiegi</b>	
	a. 80-100% przeglądanych dokumentacji medycznych zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury i zabiegi	
	b. 50-79% przeglądanych dokumentacji medycznych zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury i zabiegi	
	c. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji medycznych zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury i zabiegi	
<b>PP5</b>	<b>Sprawowanie opieki nad chorym</b>	
	a. Krewni lub osoby wskazane mogą zawsze uczestniczyć w opiece nad pacjentem	
	b. Krewni lub osoby wskazane nie mogą uczestniczyć w opiece nad pacjentem	
<b>PP6</b>	<b>Procedura powiadamiania rodziny lub wskazanej przez pacjenta osoby w wypadku nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia</b>	
	a. Procedura jest opracowana i stosowana rutynowo	
	b. Procedura jest opracowana ale stosowana sporadycznie	
	c. Brak jest procedury lub nie jest stosowana	
<b>PP7</b>	<b>Możliwość identyfikowania pracowników szpitala</b>	
	a. Identyfikacja pracowników szpitala jest zawsze możliwa	
	b. Identyfikacja pracowników szpitala jest zazwyczaj możliwa	
	c. Identyfikacja pracowników szpitala nie jest możliwa	

<b>PP8</b>	<b>Opieka nad pacjentem</b>	
	a. Opieka nad pacjentem jest zawsze sprawowana z zachowaniem zasad prywatności	
	b. Opieka nad pacjentem jest zazwyczaj sprawowana z zachowaniem zasad prywatności	
	c. Opieka nad pacjentem nie jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności	
<b>PP9</b>	<b>Możliwość odwiedzin</b>	
	a. Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin	
	b. Pacjenci nie mają zapewnionej możliwości odwiedzin	
<b>PP10</b>	<b>Korzystanie z telefonu</b>	
	a. Pacjent ma zawsze możliwość korzystania z telefonu	
	b. Pacjent ma ograniczoną możliwość korzystania z telefonu	
	c. Pacjent nie ma możliwości korzystania z telefonu	
<b>PP11</b>	<b>Dostęp do opieki duszpasterskiej</b>	
	a. Pacjenci mają zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej	
	b. Pacjenci mają ograniczony dostęp do opieki duszpasterskiej	
	c. Pacjenci nie mają dostępu do opieki duszpasterskiej	
<b>IV.</b>	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)</b>	
<b>OP1</b>	<b>Ocena wstępna pacjenta</b>	
	a. 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę wstępną przeprowadzoną bezpośrednio po przyjęciu do szpitala	
	b. Poniżej 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę wstępną przeprowadzoną bezpośrednio po przyjęciu do szpitala	
<b>OP2</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera dane identyfikacyjne pacjenta</b>	
	a. 100% przeglądanych dokumentacji zawiera dane identyfikacyjne pacjenta	
	b. Poniżej 100% przeglądanych dokumentacji zawiera dane identyfikacyjne pacjenta	



<b>OP3</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera wyniki badania podmiotowego</b>	
	a. 80 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania podmiotowego	
	b. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania podmiotowego	
	c. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania podmiotowego	
<b>OP4</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera przedmiotowego</b>	
	a. 80 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania przedmiotowego	
	b. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania przedmiotowego	
	c. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania przedmiotowego	
<b>OP5</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera rozpoznanie</b>	
	a. 70 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera rozpoznanie	
	b. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera rozpoznanie	
	c. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera rozpoznanie	
<b>OP6</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera codzienną ocenę lekarską</b>	
	a. 70-100% historii chorób pacjenta zawiera codzienne oceny lekarskie	
	b. 50 – 79% historii chorób zawiera codzienne oceny lekarskie	
	c. Poniżej 50% historii chorób zawiera codzienne oceny lekarskie	
<b>OP7</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera codzienną ocenę pielęgniarską</b>	
	a. 70-100% dokumentacji medycznych zawiera oceny pielęgniarskie	
	b. 50-79% dokumentacji medycznych zawiera oceny pielęgniarskie	
	c. Poniżej 50% dokumentacji medycznych zawiera oceny pielęgniarskie	

<b>OP8</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera epikryzę ustaloną w czasie wypisu</b>	
	a. 70 - 100% przeglądanej dokumentacji zawiera epikryzę	
	b. 50 - 79% przeglądanej dokumentacji zawiera epikryzę	
	c. Poniżej 50% przeglądanej dokumentacji zawiera epikryzę	
<b>OP9</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera zalecenia końcowe</b>	
	a. 70 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta	
	b. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta	
	c. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta	
<b>OP10</b>	<b>Określenie, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w nagłych stanach zagrożenia życia</b>	
	a. Szpital określił, które leki, sprzęt i materiały oraz gdzie są dostępne w nagłych stanach zagrożenia życia	
	b. Szpital nie określił, które leki, sprzęt i materiały oraz gdzie są dostępne w nagłych stanach zagrożenia życia	
<b>OP11</b>	<b>Dostępność sprzętu używanego w stanach zagrożenia</b>	
	a. Sprzęt używany w nagłych stanach zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki	
	b. Sprzęt używany w nagłych stanach zagrożenia życia nie jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki	
<b>OP12</b>	<b>Warunki higienicznego przechowywania żywności pacjentów</b>	
	a. W szpitalu zapewnia się warunki higienicznego przechowywania żywności pacjentów	
	b. W szpitalu nie zapewnia się warunków higienicznego przechowywania żywności pacjentów	

<b>V.</b>	<b>KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)</b>	
<b>KZ1</b>	<b>Procedury redukowania ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów i pracowników, dotyczące w szczególności:</b>	
<b>KZ1.1</b>	<b>mycie i dezynfekcja rąk</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dezynfekcji rąk i są one okresowo weryfikowane	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dezynfekcji rąk	
	<b>c.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur mycia i dezynfekcji rąk	
<b>KZ1.2</b>	<b>sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych w ograniczonym zakresie	
	<b>c.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych	
<b>KZ1.3</b>	<b>dekontaminacja sprzętu użytkowego</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedury dekontaminacji sprzętu użytkowego	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono procedury dekontaminacji sprzętu użytkowego w ograniczonym zakresie	
	<b>c.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur dekontaminacji sprzętu użytkowego	
<b>KZ1.4</b>	<b>dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedury dotyczące mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono procedury dotyczące mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu w ograniczonym zakresie	
	<b>c.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur dotyczących mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu	

<b>KZ1.5</b>	<b>izolacja i postępowanie z chorym o podwyższonym ryzyku zakażenia</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono procedury dotyczące izolacji chorych zakaźnych i postępowania z chorymi o podwyższonym ryzyku zakażenia	
	<b>b.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur dotyczących izolacji chorych zakaźnych i postępowania z chorymi o podwyższonym ryzyku zakażenia	
<b>KZ2</b>	<b>Program monitorowania zakażeń szpitalnych</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń szpitalnych obejmujący wszystkie elementy wymienione w standardzie	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń szpitalnych obejmujących część elementów wymienionych w standardzie	
	<b>c.</b> W szpitalu nie wdrożono programu monitorowania zakażeń szpitalnych	
<b>KZ3</b>	<b>Wyniki monitorowania zakażeń</b>	
	<b>a.</b> Kierownictwo i pracownicy szpitala regularnie (raz na kwartał) otrzymują wyniki monitorowania zakażeń	
	<b>b.</b> Kierownictwo i pracownicy szpitala rzadziej niż raz na kwartał otrzymują wyniki monitorowania zakażeń	
	<b>c.</b> Kierownictwo i pracownicy szpitala nie otrzymują regularnie wyników monitorowania zakażeń	
<b>VI.</b>	<b>ZABIEG I ZNIECZULENIE (ZA)</b>	
<b>ZA1</b>	<b>Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa</b>	
	<b>a.</b> 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę stanu pacjenta przed znieczuleniem	
	<b>b.</b> Poniżej 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę stanu pacjenta przed znieczuleniem	
<b>ZA2</b>	<b>Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegu</b>	
	<b>a.</b> Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegu jest systematycznie sprawdzany zgodnie z przyjętym planem przeglądów	
	<b>b.</b> Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegu nie jest systematycznie sprawdzany	

<b>ZA3</b>	<b>Parametry fizjologiczne pacjenta</b>	
	<b>a.</b> 100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w czasie trwania zabiegu	
	<b>b.</b> Poniżej 100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w czasie trwania zabiegu	
<b>ZA4</b>	<b>Ocena stanu pacjenta po zabiegu</b>	
	<b>a.</b> 90-100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu	
	<b>b.</b> 70-89% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu	
	<b>c.</b> Poniżej 70% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu	
<b>ZA5</b>	<b>Raport z przebiegu operacji zawiera:</b>	
<b>ZA5.1</b>	<b>nazwiska zespołu operującego</b>	
	<b>a.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki	
	<b>b.</b> W 50 - 89% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki	
	<b>c.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki	
<b>ZA5.2</b>	<b>nazwiska osób wykonujących znieczulenie</b>	
	<b>a.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwiska osób wykonujących znieczulenie	
	<b>b.</b> W 50 - 89% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwiska osób wykonujących znieczulenie	
	<b>c.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwiska osób wykonujących znieczulenie	
<b>ZA5.3</b>	<b>opis wykonanego zabiegu</b>	
	<b>a.</b> W 90-100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera opis wykonanego zabiegu	
	<b>b.</b> W mniej niż 90% przeglądanych dokumentacji raport zawiera opis wykonanego zabiegu	

<b>ZA5.4</b>	<b>informacje o pobranym materiale</b>	
	<b>a.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera informacje o pobranym materiale	
	<b>b.</b> W 50 - 79% przeglądanych dokumentacji raport zawiera informacje o pobranym materiale	
	<b>c.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera informacje o pobranym materiale	
<b>ZA5.5</b>	<b>rozpoznanie pooperacyjne</b>	
	<b>a.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne	
	<b>b.</b> W 50 - 79% przeglądanych dokumentacji raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne	
	<b>c.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne	
<b>VII.</b>	<b>FARMAKOTERAPIA (FA)</b>	
<b>FA1</b>	<b>Funkcja receptariusza dla celów rutynowej opieki</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu funkcjonuje receptariusz	
	<b>b.</b> W szpitalu nie funkcjonuje receptariusz	
<b>FA2</b>	<b>Zlecenia leków</b>	
	<b>a.</b> 70 – 100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń	
	<b>b.</b> 50 - 79% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń	
	<b>c.</b> Poniżej 50% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń	
<b>FA3</b>	<b>Zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym	
	<b>b.</b> W szpitalu nie wdrożono zasad pozyskiwania leków w trybie nagłym	

<b>FA4</b>	<b>Procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami</b>	
	a. W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami	
	b. W szpitalu wdrożono procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami w ograniczonym zakresie	
	c. W szpitalu nie wdrożono procedur postępowania z niewykorzystanymi lekami	
<b>FA5</b>	<b>Procedura nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach</b>	
	a. W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach	
	b. W szpitalu nie wdrożono procedur nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach	
<b>VIII.</b>	<b>LABORATORIUM (LA)</b>	
<b>LA1</b>	<b>Lista badań wykonywanych w laboratorium</b>	
	a. W szpitalu ustalono listę badań wykonywanych w laboratorium	
	b. W szpitalu nie ustalono listy badań wykonywanych w laboratorium	
<b>LA2</b>	<b>Systematyczna wewnętrzna kontrola jakości</b>	
	a. W laboratorium prowadzona jest systematyczna wewnętrzna kontrola jakości	
	b. W laboratorium nie jest prowadzona systematyczna wewnętrzna kontrola jakości	
<b>LA3</b>	<b>Zewnętrzny program kontroli jakości</b>	
	a. Laboratorium uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości	
	b. Laboratorium nie uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości	
<b>LA4</b>	<b>Procedura działań naprawczych w sytuacjach przekroczenia zakresu dopuszczalnego błędu</b>	
	a. W laboratorium opracowano procedurę działań naprawczych w sytuacjach przekroczenia limitu błędów	
	b. W laboratorium nie opracowano procedury działań naprawczych w sytuacjach przekroczenia limitu błędów	

<b>LA5</b>	<b>Aparatura używana do badań laboratoryjnych</b>	
	<b>a.</b> Aparatura używana do badań laboratoryjnych jest sprawdzana i konserwowana w sposób planowy	
	<b>b.</b> Aparatura używana do badań laboratoryjnych nie jest sprawdzana i konserwowana w sposób planowy	
<b>IX.</b>	<b>DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (DO)</b>	
<b>DO1</b>	<b>Podstawowe Testy Kontroli Jakości</b>	
	<b>a.</b> Szpital dysponuje dokumentacją potwierdzającą regularne wykonywanie testów kontroli jakości	
	<b>b.</b> Szpital posiada opracowany schemat wykonywania podstawowych testów kontroli jakości	
	<b>c.</b> Szpital nie posiada opracowanego schematu i nie wykonuje podstawowych testów kontroli jakości	
<b>DO2</b>	<b>Podstawowe Testy Kontroli Jakości są wykonywane przez przeszkolonych pracowników</b>	
	<b>a.</b> Osoby wykonujące testy uczestniczyły w szkoleniu w ciągu ostatnich 5 lat	
	<b>b.</b> Większość osób wykonujących testy uczestniczyła w szkoleniu w ciągu ostatnich 5 lat	
	<b>c.</b> Osoby wykonujące testy nie uczestniczyły w szkoleniu w ciągu ostatnich 5 lat	
<b>DO3</b>	<b>Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną</b>	
	<b>a.</b> Pacjenci zawsze mają zapewnioną ochronę podczas badania	
	<b>b.</b> Pacjenci zazwyczaj mają zapewnioną ochronę podczas badania	
	<b>c.</b> Pacjenci nie mają zapewnionej ochrony podczas badania	
<b>DO4</b>	<b>Pracownicy szpitala mają zapewnioną ochronę radiologiczną</b>	
	<b>a.</b> Pracownicy i ewentualne osoby trzecie zawsze mają zapewnioną ochronę podczas badania	
	<b>b.</b> Pracownicy i ewentualne osoby trzecie nie mają zapewnionej ochrony podczas badania	



<b>X.</b>	<b>POPRAWA JAKOŚCI (PJ)</b>	
<b>PJ1</b>	<b>Program działań dla poprawy jakości</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu zatwierdzono program działań dla poprawy jakości	
	<b>b.</b> W szpitalu nie zatwierdzono programu działań dla poprawy jakości	
<b>PJ2</b>	<b>Zespół poprawy jakości</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu funkcjonuje zespół poprawy jakości	
	<b>b.</b> W szpitalu nie funkcjonuje zespół poprawy jakości	
<b>PJ3</b>	<b>Wdrażanie istotnych wytycznych praktyki klinicznej</b>	
	<b>a.</b> Wszyscy kierownicy wdrażają istotne wytyczne praktyki klinicznej	
	<b>b.</b> Większość kierowników wdraża istotne wytyczne praktyki klinicznej	
	<b>c.</b> Kierownicy nie wdrażają istotnych wytycznych praktyki klinicznej	
<b>PJ4</b>	<b>Ocena przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu dokonuje się regularnej oceny przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów	
	<b>b.</b> W szpitalu nie dokonuje się regularnej oceny przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów	
<b>PJ5</b>	<b>Oceny przyczyn zgonów pacjentów</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu dokonuje się regularnej oceny przyczyn zgonów pacjentów nie będących w stanach terminalnych	
	<b>b.</b> W szpitalu nie dokonuje się regularnej oceny przyczyn zgonów pacjentów nie będących w stanach terminalnych	
<b>PJ6</b>	<b>Oceny reoperacji</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu dokonuje się regularnej oceny reoperacji	
	<b>b.</b> W szpitalu nie dokonuje się regularnej oceny reoperacji	

<b>PJ7</b>	<b>Ocena opinii pacjentów</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu prowadzona jest regularna ocena opinii pacjentów a wnioski z analizy są wdrożone	
	<b>b.</b> W szpitalu prowadzona jest regularna ocena opinii pacjentów ale wnioski nie są wdrożone	
	<b>c.</b> W szpitalu nie prowadzi się regularnej oceny opinii pacjentów	
<b>PJ8</b>	<b>Dane na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu gromadzone i analizowane są dane na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu	
	<b>b.</b> Dane na temat zdarzeń niepożądanych są gromadzone	
	<b>c.</b> Szpital nie zbiera danych na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu	
<b>XI.</b>	<b>ZARZĄDZANIE OGÓLNE (ZO)</b>	
<b>ZO1</b>	<b>Każdy dział ma wyznaczoną przez dyrekcję osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację i zarządzanie</b>	
	<b>a.</b> Wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za ich organizację i zarządzanie	
	<b>b.</b> Nie wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za ich organizację i zarządzanie	
<b>ZO2</b>	<b>Schemat organizacyjny</b>	
	<b>a.</b> Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny i jest on łatwo dostępny	
	<b>b.</b> Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny	
	<b>c.</b> Szpital nie posiada aktualnego schematu organizacyjnego	
<b>ZO3</b>	<b>Plan strategiczny</b>	
	<b>a.</b> Szpital posiada plan strategiczny	
	<b>b.</b> Szpital nie posiada planu strategicznego	

<b>Z04</b>	<b>Kierownicy działów medycznych określają zakres usług świadczonych w poszczególnych działach</b>	
	<b>a.</b> Wszystkie działy medyczne mają określony ogólnodostępny zakres świadczonych usług	
	<b>b.</b> Większość działów medycznych ma określony ogólnodostępny zakres świadczonych usług	
	<b>c.</b> Nie określono ogólnodostępnego zakresu usług świadczonych w poszczególnych działach	
<b>Z05</b>	<b>Kierownicy działów określają aktualne i pożądane potrzeby personalne, lokalowe i sprzętowe</b>	
	<b>a.</b> Wszystkie działy mają określone aktualne i pożądane potrzeby personalne, lokalowe i sprzętowe	
	<b>b.</b> Większość działów ma określone aktualne i pożądane potrzeby personalne, lokalowe i sprzętowe	
	<b>c.</b> Nie określono aktualnych i pożądanych potrzeb personalnych, lokalowych i sprzętowych dla poszczególnych działów	
<b>XII.</b>	<b>ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI (ZZ)</b>	
<b>ZZ1</b>	<b>Pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy</b>	
	<b>a.</b> Kierownictwo określiło opisy stanowisk pracy uwzględniające wszystkie wymienione elementy	
	<b>b.</b> Kierownictwo określiło opisy stanowisk pracy uwzględniające częściowo wymienione elementy	
	<b>c.</b> Kierownictwo nie określiło opisów stanowisk pracy	
<b>ZZ2</b>	<b>Osoby udzielające świadczeń pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, a szpital posiada na to dowód</b>	
	<b>a.</b> Wszystkie osoby posiadają prawo wykonywania zawodu	
	<b>b.</b> Nie wszystkie osoby posiadają prawo wykonywania zawodu	

<b>ZZ3</b>	<b>Plan szkoleń pracowników</b>	
	a. Dyrekcja szpitala opracowała szpitalny plan szkoleń	
	b. Większość kierowników działów opracowało i wdrożyło pisemne plany szkoleń dla pracowników	
	c. Szpital nie posiada planu szkoleń pracowników	
<b>ZZ4</b>	<b>Zakres obowiązków pracownika</b>	
	a. Wszyscy pracownicy mają ustalony aktualny zakres obowiązków	
	b. Nie wszyscy pracownicy mają ustalony aktualny zakres obowiązków	
<b>XIII.</b>	<b>ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ (ZI)</b>	
<b>ZI1</b>	<b>Zabezpieczenie wersji papierowej dokumentacji medycznej</b>	
	a. Opracowano zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej i są one znane pracownikom	
	b. Zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej nie są w pełni znane	
	c. Nie opracowano zasad zabezpieczenia dokumentacji medycznej	
<b>ZI2</b>	<b>Przechowywanie archiwalnej dokumentacji medycznej</b>	
	a. Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny	
	b. Przechowywanie dokumentacji medycznej nie w pełni spełnia warunki bezpieczeństwa	
<b>ZI3</b>	<b>Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej</b>	
	a. W szpitalu są tworzone kopie bezpieczeństwa a sieć wewnętrzna szpitala nie ma komunikacji z siecią zewnętrzną	
	b. W szpitalu nie są tworzone kopie bezpieczeństwa ale sieć wewnętrzna szpitala nie ma komunikacji z siecią zewnętrzną	
	c. W szpitalu nie stosuje się zabezpieczeń wersji elektronicznej dokumentacji medycznej	

<b>ZI4</b>	<b>Ocena zawartości, kompletności oraz autoryzacja dokumentacji medycznej</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzację dokumentacji medycznej i wyciągane są z niej wnioski.	
	<b>b.</b> W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzację dokumentacji medycznej w ograniczonym zakresie	
	<b>c.</b> W szpitalu nie wdrożono mechanizmów zapewniających regularną ocenę zawartości, kompletności oraz ocenę dokumentacji medycznej	
<b>XIV.</b>	<b>ZARZĄDZANIE ŚRODOWISKIEM OPIEKI (ŚO)</b>	
<b>ŚO1</b>	<b>Istniejące uchybienia budowlane</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i ustalenia są aktualizowane	
	<b>b.</b> W szpitalu nie określono istniejących uchybień budowlanych	
<b>ŚO2</b>	<b>Dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych</b>	
	<b>a.</b> Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych	
	<b>b.</b> Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych w ograniczonym zakresie	
	<b>c.</b> Infrastruktura szpitala nie jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych	
<b>ŚO3</b>	<b>Sygnalizacja przyzywowa</b>	
	<b>a.</b> Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana we wszystkich obszarach pobytu pacjentów	
	<b>b.</b> Sygnalizacja przyzywowa nie jest zainstalowana we wszystkich obszarach pobytu pacjentów	
<b>ŚO4</b>	<b>Wymogi przeciwpożarowe</b>	
	<b>a.</b> Szpital spełniania wymogi przeciwpożarowe	
	<b>b.</b> Szpital realizuje zalecenia Straży Pożarnej dotyczące spełniania wymogów przeciwpożarowych	
	<b>c.</b> Obserwuje się rażące niespełnienie wymogów przeciwpożarowych	

<b>Ś05</b>	<b>System zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną</b>	
	a. Szpital posiada system zasilania awaryjnego w energię elektryczną	
	b. Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w energię elektryczną	
<b>Ś06</b>	<b>System zabezpieczenia awaryjnego w wodę</b>	
	a. Szpital posiada system zasilania awaryjnego w wodę	
	b. Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w wodę	
<b>Ś07</b>	<b>System zabezpieczenia awaryjnego w gazy medyczne</b>	
	a. Szpital posiada system zasilania awaryjnego w gazy medyczne	
	b. Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w gazy medyczne	
<b>Ś08</b>	<b>Systemy zabezpieczenia awaryjnego</b>	
	a. Systemy awaryjnego zasilania są regularnie sprawdzane	
	b. Systemy awaryjnego zasilania nie są regularnie sprawdzane	
<b>Ś09</b>	<b>Segregowane odpadów</b>	
	a. W szpitalu wszystkie odpady są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami	
	b. W szpitalu większość odpadów jest segregowana zgodnie z przyjętymi zasadami	
	c. W szpitalu odpady nie są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami	
<b>Ś010</b>	<b>Normy zagęszczenia łóżek</b>	
	a. W szpitalu przestrzegane są normy zagęszczenia łóżek	
	b. W większości oddziałów przestrzegane są normy zagęszczenia łóżek	
	c. W szpitalu nie są przestrzegane normy zagęszczenia łóżek	

<b>Ś011</b>	<b>Pomieszczenia szpitala</b>	
	<b>a.</b> Wszystkie pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane	
	<b>b.</b> Większość pomieszczeń szpitala jest czysta, prawidłowo ogrzana i wentylowana	
	<b>c.</b> Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane	
<b>Ś012</b>	<b>System orientacji przestrzennej</b>	
	<b>a.</b> W szpitalu funkcjonuje system orientacji przestrzennej	
	<b>b.</b> W szpitalu nie funkcjonuje system orientacji przestrzennej	
<b>Ś013</b>	<b>Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć</b>	
	<b>a.</b> Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć jest dogodny i dobrze oznakowany	
	<b>b.</b> Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć nie jest wygodny lub dobrze oznakowany	

<b>Uwagi:</b>

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***

Data wypełnienia

Imię i nazwisko osoby wypełniającej ankietę

Podpis osoby wypełniającej ankietę.

## Wzór

## ARKUSZ OCENY SZPITALA

II. Dane adresowe szpitala	
<b>Nazwa szpitala:</b>	
<b>Adres i telefon kontaktowy szpitala:</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy dyrektora szpitala</b>	

	Obszar	Punktacja
<b>II.</b>	<b>CIĄGŁOŚĆ OPIEKI (CO)</b>	
<b>CO1</b>	<b>W szpitalu opracowano i wdrożono procedury przyjmowania pacjentów</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym, w przypadkach nagłych i zdarzeń masowych	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym i w przypadkach nagłych	3
	<b>f.</b> W szpitalu wdrożono procedurę przyjmowania pacjentów w trybie planowym.	1
<b>CO2</b>	<b>Opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono procedurę postępowania dla wszystkich wyszczególnionych sytuacji	5



	e. W szpital nie wdrożono procedur postępowania w sytuacjach szczególnych	3
	f. W szpitali nie opracowano programu współpracy ze służbami ratowniczymi	1
<b>CO3</b>	<b>W szpitalu określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta</b>	
	c. W szpitalu określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta	5
	d. W szpital nie określono kryteriów odmowy przyjęcia pacjenta	1
<b>CO4</b>	<b>W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami i na zewnątrz szpitala</b>	
	c. W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami i na zewnątrz szpitala	5
	d. W szpitalu nie funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami i na zewnątrz szpitala	1
<b>CO5</b>	<b>Wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną</b>	
	d. 80 - 100% dokumentacji medycznych zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu	5
	e. 50 - 79% dokumentacji medycznych zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu	3
	f. Poniżej 50% dokumentacji medycznych zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu	1
<b>III.</b>	<b>PRAWA PACJENTA (PP)</b>	
<b>PP1</b>	<b>Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach</b>	
	c. Informacja o prawach pacjenta jest łatwo dostępna zarówno dla pacjentów chodzących jak i obłożnie chorych	5
	d. Informacja o prawach pacjenta nie jest łatwo dostępna	1
<b>PP2</b>	<b>Pacjent otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia</b>	
	c. Większość lub prawie wszyscy pacjenci lub osoby wskazane przez pacjentów uzyskują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia	5
	d. Większość lub prawie wszyscy pacjenci lub osoby wskazane przez pacjentów nie uzyskują zrozumiałych informacji o stanie zdrowia	1
<b>PP3</b>	<b>Pacjenci mają prawo wglądu we własną dokumentację medyczną</b>	
	c. Pacjenci zazwyczaj wiedzą o możliwości wglądu we własną dokumentację	5

	medyczną	
	d. Pacjenci nie mają wiedzy o możliwości wglądu we własną dokumentację medyczną	1
<b>PP4</b>	<b>Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury i zabiegi</b>	
	d. 80-100% przeglądanych dokumentacji medycznych zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury i zabiegi	5
	e. 50-79% przeglądanych dokumentacji medycznych zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury i zabiegi	3
	f. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji medycznych zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury i zabiegi	1
<b>PP5</b>	<b>Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w sprawowaniu opieki nad chorym</b>	
	c. Krewni lub osoby wskazane mogą zawsze uczestniczyć w opiece nad pacjentem	5
	d. Krewni lub osoby wskazane nie mogą uczestniczyć w opiece nad pacjentem	1
<b>PP6</b>	<b>Opracowano i wdrożono procedurę powiadamiania rodziny lub wskazanej przez pacjenta osoby w wypadku nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia</b>	
	d. Procedura jest opracowana i stosowana rutynowo	5
	e. Procedura jest opracowana ale stosowana sporadycznie	3
	f. Brak jest procedury lub nie jest stosowana	1
<b>PP7</b>	<b>Pacjent i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania pracowników szpitala</b>	
	d. Identyfikacja pracowników szpitala jest zawsze możliwa	5
	e. Identyfikacja pracowników szpitala jest zazwyczaj możliwa	3
	f. Identyfikacja pracowników szpitala nie jest możliwa	1
<b>PP8</b>	<b>Opieka nad pacjentem jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności</b>	
	d. Opieka nad pacjentem jest zawsze sprawowana z zachowaniem zasad prywatności	5
	e. Opieka nad pacjentem jest zazwyczaj sprawowana z zachowaniem zasad	3

	prywatności	
	f. Opieka nad pacjentem nie jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności	1
<b>PP9</b>	<b>Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin</b>	
	c. Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin	5
	d. Pacjenci nie mają zapewnionej możliwości odwiedzin	1
<b>PP10</b>	<b>Pacjent ma możliwość korzystania z telefonu</b>	
	d. Pacjent ma zawsze możliwość korzystania z telefonu	5
	e. Pacjent ma ograniczoną możliwość korzystania z telefonu	3
	f. Pacjent nie ma możliwości korzystania z telefonu	1
<b>PP11</b>	<b>Pacjent ma zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej</b>	
	d. Pacjenci mają zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej	5
	e. Pacjenci mają ograniczony dostęp do opieki duszpasterskiej	3
	f. Pacjenci nie mają dostępu do opieki duszpasterskiej	1
<b>IV.</b>	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)</b>	
<b>OP1</b>	<b>Ocena wstępna pacjenta jest przeprowadzana bezpośrednio po przyjęciu do szpitala</b>	
	c. 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę wstępną przeprowadzoną bezpośrednio po przyjęciu do szpitala	5
	d. Poniżej 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę wstępną przeprowadzoną bezpośrednio po przyjęciu do szpitala	1
<b>OP2</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera dane identyfikacyjne pacjenta</b>	
	c. 100% przeglądanych dokumentacji zawiera dane identyfikacyjne pacjenta	5
	d. Poniżej 100% przeglądanych dokumentacji zawiera dane identyfikacyjne pacjenta	1
<b>OP3</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera wyniki badania podmiotowego</b>	
	d. 80 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania podmiotowego	5

	e. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania podmiotowego	3
	f. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania podmiotowego	1
<b>OP4</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera przedmiotowego</b>	
	d. 80 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania przedmiotowego	5
	e. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania przedmiotowego	3
	f. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera wyniki badania przedmiotowego	1
<b>OP5</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera rozpoznanie</b>	
	d. 70 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera rozpoznanie	5
	e. 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera rozpoznanie	3
	f. Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera rozpoznanie	1
<b>OP6</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera codzienną ocenę lekarską</b>	
	d. 70-100% historii chorób pacjenta zawiera codzienne oceny lekarskie	5
	e. 50 - 79% historii chorób zawiera codzienne oceny lekarskie	3
	f. Poniżej 50% historii chorób zawiera codzienne oceny lekarskie	1
<b>OP7</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera codzienną ocenę pielęgniarską</b>	
	d. 70-100% dokumentacji medycznych zawiera oceny pielęgniarskie	5
	e. 50-79% dokumentacji medycznych zawiera oceny pielęgniarskie	3
	f. Poniżej 50% dokumentacji medycznych zawiera oceny pielęgniarskie	1
<b>OP8</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera epikryzę ustaloną w czasie wypisu</b>	
	d. 70 - 100% przeglądanej dokumentacji zawiera epikryzę	5
	e. 50 - 79% przeglądanej dokumentacji zawiera epikryzę	3
	f. Poniżej 50% przeglądanej dokumentacji zawiera epikryzę	1
<b>OP9</b>	<b>Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera zalecenia końcowe</b>	

	<b>d.</b> 70 - 100% przeglądanych dokumentacji zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta	5
	<b>e.</b> 50 - 79% przeglądanych dokumentacji zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta	3
	<b>f.</b> Poniżej 50% przeglądanych dokumentacji zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta	1
<b>OP10</b>	<b>Szpital określił, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w nagłych stanach zagrożenia życia</b>	
	<b>c.</b> Szpital określił, które leki, sprzęt i materiały oraz gdzie są dostępne w nagłych stanach zagrożenia życia	5
	<b>d.</b> Szpital nie określił, które leki, sprzęt i materiały oraz gdzie są dostępne w nagłych stanach zagrożenia życia	1
<b>OP11</b>	<b>Sprzęt używany w stanach zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej</b>	
	<b>c.</b> Sprzęt używany w nagłych stanach zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki	5
	<b>d.</b> Sprzęt używany w nagłych stanach zagrożenia życia nie jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki	1
<b>OP12</b>	<b>W szpitalu zapewnia się warunki higienicznego przechowywania żywności pacjentów</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu zapewnia się warunki higienicznego przechowywania żywności pacjentów	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie zapewnia się warunków higienicznego przechowywania żywności pacjentów	1
<b>V.</b>	<b>KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)</b>	
<b>KZ1</b>	<b>W szpitalu opracowano i wdrożono skoordynowane procedury redukcji ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów i pracowników, dotyczące w szczególności:</b>	
<b>KZ1.1</b>	<b>mycia i dezynfekcji rąk</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dezynfekcji rąk i są one okresowo weryfikowane	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dezynfekcji rąk	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur mycia i dezynfekcji rąk	1

<b>KZ1.2</b>	<b>sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono procedury mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych w ograniczonym zakresie	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych	1
<b>KZ1.3</b>	<b>dekontaminacji sprzętu użytkowego</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono procedury dekontaminacji sprzętu użytkowego	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono procedury dekontaminacji sprzętu użytkowego w ograniczonym zakresie	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur dekontaminacji sprzętu użytkowego	1
<b>KZ1.4</b>	<b>dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono procedury dotyczące mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono procedury dotyczące mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu w ograniczonym zakresie	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur dotyczących mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu	1
<b>KZ1.5</b>	<b>izolacji i postępowania z chorym o podwyższonym ryzyku zakażenia</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu wdrożono procedury dotyczące izolacji chorych zakaźnych i postępowania z chorymi o podwyższonym ryzyku zakażenia	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur dotyczących izolacji chorych zakaźnych i postępowania z chorymi o podwyższonym ryzyku zakażenia	1
<b>KZ2</b>	<b>W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń szpitalnych</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń szpitalnych obejmujący wszystkie elementy wymienione w standardzie	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń szpitalnych obejmujących część elementów wymienionych w standardzie	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie wdrożono programu monitorowania zakażeń szpitalnych	1
<b>KZ3</b>	<b>Kierownictwo i pracownicy szpitala regularnie otrzymują wyniki monitorowania zakażeń</b>	

	<b>d.</b> Kierownictwo i pracownicy szpitala regularnie (raz na kwartał) otrzymują wyniki monitorowania zakażeń	5
	<b>e.</b> Kierownictwo i pracownicy szpitala rzadziej niż raz na kwartał otrzymują wyniki monitorowania zakażeń	3
	<b>f.</b> Kierownictwo i pracownicy szpitala nie otrzymują regularnie wyników monitorowania zakażeń	1
<b>VI.</b>	<b>ZABIEG I ZNIECZULENIE (ZA)</b>	
<b>ZA1</b>	<b>Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa</b>	
	<b>c.</b> 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę stanu pacjenta przed znieczuleniem	5
	<b>d.</b> Poniżej 100% dokumentacji medycznych zawiera ocenę stanu pacjenta przed znieczuleniem	1
<b>ZA2</b>	<b>Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegu jest systematycznie sprawdzany</b>	
	<b>c.</b> Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegu jest systematycznie sprawdzany zgodnie z przyjętym planem przeglądów	5
	<b>d.</b> Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegu nie jest systematycznie sprawdzany	1
<b>ZA3</b>	<b>Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie trwania zabiegu</b>	
	<b>c.</b> 100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w czasie trwania zabiegu	5
	<b>d.</b> Poniżej 100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w czasie trwania zabiegu	1
<b>ZA4</b>	<b>Anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu</b>	
	<b>d.</b> 90-100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu	5
	<b>e.</b> 70-89% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu	3
	<b>f.</b> Poniżej 70% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu	1
<b>ZA5</b>	<b>Raport z przebiegu operacji zawiera:</b>	

<b>ZA5.1</b>	<b>nazwiska zespołu operującego</b>	
	<b>d.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki	5
	<b>e.</b> W 50 - 89% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki	3
	<b>f.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki	1
<b>ZA5.2</b>	<b>nazwiska osób wykonujących znieczulenie</b>	
	<b>d.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwiska osób wykonujących znieczulenie	5
	<b>e.</b> W 50 - 89% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwiska osób wykonujących znieczulenie	3
	<b>f.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera nazwiska osób wykonujących znieczulenie	1
<b>ZA5.3</b>	<b>opis wykonanego zabiegu</b>	
	<b>c.</b> W 90-100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera opis wykonanego zabiegu	5
	<b>d.</b> W mniej niż 90% przeglądanych dokumentacji raport zawiera opis wykonanego zabiegu	1
<b>ZA5.4</b>	<b>informacje o pobranym materiale</b>	
	<b>d.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera informacje o pobranym materiale	5
	<b>e.</b> W 50 - 79% przeglądanych dokumentacji raport zawiera informacje o pobranym materiale	3
	<b>f.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera informacje o pobranym materiale	1
<b>ZA5.5</b>	<b>rozpoznanie pooperacyjne</b>	
	<b>d.</b> W 70 - 100% przeglądanych dokumentacji raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne	5
	<b>e.</b> W 50 - 79% przeglądanych dokumentacji raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne	3
	<b>f.</b> W mniej niż 50% przeglądanych dokumentacji raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne	1



<b>VII.</b>	<b>FARMAKOTERAPIA (FA)</b>	
<b>FA1</b>	<b>W szpitalu funkcjonuje receptariusz dla celów rutynowej opieki</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu funkcjonuje receptariusz	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie funkcjonuje receptariusz	1
<b>FA2</b>	<b>Zlecenia leków są udokumentowane</b>	
	<b>d.</b> 70 – 100% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń	5
	<b>e.</b> 50 - 79% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń	3
	<b>f.</b> Poniżej 50% dokumentacji medycznych zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń	1
<b>FA3</b>	<b>W szpitalu określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie wdrożono zasad pozyskiwania leków w trybie nagłym	1
<b>FA4</b>	<b>W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami	5
	<b>e.</b> W szpitalu wdrożono procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami w ograniczonym zakresie	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur postępowania z niewykorzystanymi lekami	1
<b>FA5</b>	<b>W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie wdrożono procedur nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach	1
<b>VIII.</b>	<b>LABORATORIUM (LA)</b>	
<b>LA1</b>	<b>W szpitalu ustalono listę badań wykonywanych w laboratorium</b>	

	c. W szpitalu ustalono listę badań wykonywanych w laboratorium	5
	d. W szpitalu nie ustalono listy badań wykonywanych w laboratorium	1
<b>LA2</b>	<b>W laboratorium prowadzona jest systematyczna wewnętrzna kontrola jakości</b>	
	c. W laboratorium prowadzona jest systematyczna wewnętrzna kontrola jakości	5
	d. W laboratorium nie jest prowadzona systematyczna wewnętrzna kontrola jakości	1
<b>LA3</b>	<b>Laboratorium uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości</b>	
	c. Laboratorium uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości	5
	d. Laboratorium nie uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości	1
<b>LA4</b>	<b>W laboratorium opracowano procedurę działań naprawczych w sytuacjach przekroczenia zakresu dopuszczalnego błędu</b>	
	c. W laboratorium opracowano procedurę działań naprawczych w sytuacjach przekroczenia limitu błędów	5
	d. W laboratorium nie opracowano procedury działań naprawczych w sytuacjach przekroczenia limitu błędów	1
<b>LA5</b>	<b>Aparatura używana do badań laboratoryjnych jest sprawdzana i konserwowana w sposób planowy</b>	
	c. Aparatura używana do badań laboratoryjnych jest sprawdzana i konserwowana w sposób planowy	5
	d. Aparatura używana do badań laboratoryjnych nie jest sprawdzana i konserwowana w sposób planowy	1
<b>IX.</b>	<b>DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (DO)</b>	
<b>DO1</b>	<b>W szpitalu regularnie są wykonywane Podstawowe Testy Kontroli Jakości</b>	
	d. Szpital dysponuje dokumentacją potwierdzającą regularne wykonywanie testów kontroli jakości	5
	e. Szpital posiada opracowany schemat wykonywania podstawowych testów kontroli jakości	3
	f. Szpital nie posiada opracowanego schematu i nie wykonuje podstawowych testów kontroli jakości	1

<b>DO2</b>	<b>Podstawowe Testy Kontroli Jakości są wykonywane przez przeszkolonych pracowników</b>	
	<b>d.</b> Osoby wykonujące testy uczestniczyły w szkoleniu w ciągu ostatnich 5 lat	5
	<b>e.</b> Większość osób wykonujących testy uczestniczyła w szkoleniu w ciągu ostatnich 5 lat	3
	<b>f.</b> Osoby wykonujące testy nie uczestniczyły w szkoleniu w ciągu ostatnich 5 lat	1
<b>DO3</b>	<b>Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną</b>	
	<b>d.</b> Pacjenci zawsze mają zapewnioną ochronę podczas badania	5
	<b>e.</b> Pacjenci zazwyczaj mają zapewnioną ochronę podczas badania	3
	<b>f.</b> Pacjenci nie mają zapewnionej ochrony podczas badania	1
<b>DO4</b>	<b>Pracownicy szpitala mają zapewnioną ochronę radiologiczną</b>	
	<b>c.</b> Pracownicy i ewentualne osoby trzecie zawsze mają zapewnioną ochronę podczas badania	5
	<b>d.</b> Pracownicy i ewentualne osoby trzecie nie mają zapewnionej ochrony podczas badania	1
<b>X.</b>	<b>POPRAWA JAKOŚCI (PJ)</b>	
<b>PJ1</b>	<b>W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu zatwierdzono program działań dla poprawy jakości	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie zatwierdzono programu działań dla poprawy jakości	1
<b>PJ2</b>	<b>W szpitalu funkcjonuje zespół poprawy jakości</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu funkcjonuje zespół poprawy jakości	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie funkcjonuje zespół poprawy jakości	1
<b>PJ3</b>	<b>Kierownicy działów medycznych wdrażają istotne wytyczne praktyki klinicznej</b>	
	<b>d.</b> Wszyscy kierownicy wdrażają istotne wytyczne praktyki klinicznej	5
	<b>e.</b> Większość kierowników wdraża istotne wytyczne praktyki klinicznej	3
	<b>f.</b> Kierownicy nie wdrażają istotnych wytycznych praktyki klinicznej	1

<b>PJ4</b>	<b>W szpitalu dokonuje się regularnej oceny przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu dokonuje się regularnej oceny przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie dokonuje się regularnej oceny przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów	1
<b>PJ5</b>	<b>W szpitalu dokonuje się regularnej oceny przyczyn zgonów pacjentów</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu dokonuje się regularnej oceny przyczyn zgonów pacjentów nie będących w stanach terminalnych	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie dokonuje się regularnej oceny przyczyn zgonów pacjentów nie będących w stanach terminalnych	1
<b>PJ6</b>	<b>W szpitalu dokonuje się regularnej oceny reperacji</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu dokonuje się regularnej oceny reperacji	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie dokonuje się regularnej oceny reperacji	1
<b>PJ7</b>	<b>W szpitalu prowadzona jest regularna ocena opinii pacjentów</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu prowadzona jest regularna ocena opinii pacjentów a wnioski z analizy są wdrożone	5
	<b>e.</b> W szpitalu prowadzona jest regularna ocena opinii pacjentów ale wnioski nie są wdrożone	3
	<b>f.</b> W szpitalu nie prowadzi się regularnej oceny opinii pacjentów	1
<b>PJ8</b>	<b>Szpital zbiera i analizuje dane na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta</b>	
	<b>d.</b> W szpitalu gromadzone i analizowane są dane na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu	5
	<b>e.</b> Dane na temat zdarzeń niepożądanych są gromadzone	3
	<b>f.</b> Szpital nie zbiera danych na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu	1
<b>XI.</b>	<b>ZARZĄDZANIE OGÓLNE (ZO)</b>	
<b>ZO1</b>	<b>Każdy dział ma wyznaczoną przez dyrekcję osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację i zarządzanie</b>	
	<b>c.</b> Wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za ich organizację i zarządzanie	5

	d. Nie wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za ich organizację i zarządzanie	1
<b>Z02</b>	<b>Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny</b>	
	d. Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny i jest on łatwo dostępny	5
	e. Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny	3
	f. Szpital nie posiada aktualnego schematu organizacyjnego	1
<b>Z03</b>	<b>Szpital posiada plan strategiczny</b>	
	c. Szpital posiada plan strategiczny	5
	d. Szpital nie posiada planu strategicznego	1
<b>Z04</b>	<b>Kierownicy działów medycznych określają zakres usług świadczonych w poszczególnych działach</b>	
	d. Wszystkie działy medyczne mają określony ogólnodostępny zakres świadczonych usług	5
	e. Większość działów medycznych ma określony ogólnodostępny zakres świadczonych usług	3
	f. Nie określono ogólnodostępnego zakresu usług świadczonych w poszczególnych działach	1
<b>Z05</b>	<b>Kierownicy działów określają aktualne i pożądane potrzeby personalne, lokalowe i sprzętowe</b>	
	d. Wszystkie działy mają określone aktualne i pożądane potrzeby personalne, lokalowe i sprzętowe	5
	e. Większość działów ma określone aktualne i pożądane potrzeby personalne, lokalowe i sprzętowe	3
	f. Nie określono aktualnych i pożądanych potrzeb personalnych, lokalowych i sprzętowych dla poszczególnych działów	1
<b>XII.</b>	<b>ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI (ZZ)</b>	
<b>ZZ1</b>	<b>Kierownictwo określiło pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy</b>	
	d. Kierownictwo określiło opisy stanowisk pracy uwzględniające wszystkie wymienione elementy	5
	e. Kierownictwo określiło opisy stanowisk pracy uwzględniające częściowo wymienione elementy	3

	f. Kierownictwo nie określiło opisów stanowisk pracy	1
<b>ZZ2</b>	<b>Wszystkie osoby udzielające świadczeń pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, a szpital posiada na to dowód</b>	
	c. Wszystkie osoby posiadają prawo wykonywania zawodu	5
	d. Nie wszystkie osoby posiadają prawo wykonywania zawodu	1
<b>ZZ3</b>	<b>Szpital posiada plan szkoleń pracowników</b>	
	d. Dyrekcja szpitala opracowała szpitalny plan szkoleń	5
	e. Większość kierowników działów opracowało i wdrożyło pisemne plany szkoleń dla pracowników	3
	f. Szpital nie posiada planu szkoleń pracowników	1
<b>ZZ4</b>	<b>Pracownik ma ustalony zakres obowiązków</b>	
	c. Wszyscy pracownicy mają ustalony aktualny zakres obowiązków	5
	d. Nie wszyscy pracownicy mają ustalony aktualny zakres obowiązków	1
<b>XIII.</b>	<b>ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ (ZI)</b>	
<b>ZI1</b>	<b>Wersja papierowa dokumentacji medycznej jest zabezpieczona</b>	
	d. Opracowano zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej i są one znane pracownikom	5
	e. Zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej nie są w pełni znane	3
	f. Nie opracowano zasad zabezpieczenia dokumentacji medycznej	1
<b>ZI2</b>	<b>Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w bezpieczny sposób</b>	
	c. Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny	5
	d. Przechowywanie dokumentacji medycznej nie w pełni spełnia warunki bezpieczeństwa	1
<b>ZI3</b>	<b>Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej jest zabezpieczona</b>	
	d. W szpitalu są tworzone kopie bezpieczeństwa a sieć wewnętrzna szpitala nie ma komunikacji z siecią zewnętrzną	5
	e. W szpitalu nie są tworzone kopie bezpieczeństwa ale sieć wewnętrzna szpitala nie ma komunikacji z siecią zewnętrzną	3

	f. W szpitalu nie stosuje się zabezpieczeń wersji elektronicznej dokumentacji medycznej	1
<b>ZI4</b>	<b>W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzację dokumentacji medycznej</b>	
	d. W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzację dokumentacji medycznej i wyciągane są z niej wnioski.	5
	e. W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzację dokumentacji medycznej w ograniczonym zakresie	3
	f. W szpitalu nie wdrożono mechanizmów zapewniających regularną ocenę zawartości, kompletności oraz ocenę dokumentacji medycznej	1
<b>XIV.</b>	<b>ZARZĄDZANIE ŚRODOWISKIEM OPIEKI (ŚO)</b>	
<b>ŚO1</b>	<b>W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane</b>	
	c. W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i ustalenia są aktualizowane	5
	d. W szpitalu nie określono istniejących uchybień budowlanych	1
<b>ŚO2</b>	<b>Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych</b>	
	d. Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych	5
	e. Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych w ograniczonym zakresie	3
	f. Infrastruktura szpitala nie jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych	1
<b>ŚO3</b>	<b>Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana we wszystkich obszarach pobytu pacjentów</b>	
	c. Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana we wszystkich obszarach pobytu pacjentów	5
	d. Sygnalizacja przyzywowa nie jest zainstalowana we wszystkich obszarach pobytu pacjentów	1
<b>ŚO4</b>	<b>Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe</b>	
	d. Szpital spełniania wymogi przeciwpożarowe	5

	e. Szpital realizuje zalecenia Straży Pożarnej dotyczące spełniania wymogów przeciwpożarowych	3
	f. Obserwuje się rażące niespełnienie wymogów przeciwpożarowych	1
<b>Ś05</b>	<b>Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną</b>	
	c. Szpital posiada system zasilania awaryjnego w energię elektryczną	5
	d. Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w energię elektryczną	1
<b>Ś06</b>	<b>Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego w wodę</b>	
	c. Szpital posiada system zasilania awaryjnego w wodę	5
	d. Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w wodę	1
<b>Ś07</b>	<b>Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego w gazy medyczne</b>	
	c. Szpital posiada system zasilania awaryjnego w gazy medyczne	5
	d. Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w gazy medyczne	1
<b>Ś08</b>	<b>Systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane</b>	
	c. Systemy awaryjnego zasilania są regularnie sprawdzane	5
	d. Systemy awaryjnego zasilania nie są regularnie sprawdzane	1
<b>Ś09</b>	<b>W szpitalu wszystkie odpady są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami</b>	
	d. W szpitalu wszystkie odpady są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami	5
	e. W szpitalu większość odpadów jest segregowana zgodnie z przyjętymi zasadami	3
	f. W szpitalu odpady nie są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami	1
<b>Ś010</b>	<b>W szpitalu przestrzegane są normy zagęszczenia łóżek</b>	
	d. W szpitalu przestrzegane są normy zagęszczenia łóżek	5
	e. W większości oddziałów przestrzegane są normy zagęszczenia łóżek	3
	f. W szpitalu nie są przestrzegane normy zagęszczenia łóżek	1
<b>Ś011</b>	<b>Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane</b>	



	<b>d.</b> Wszystkie pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane	5
	<b>e.</b> Większość pomieszczeń szpitala jest czysta, prawidłowo ogrzana i wentylowana	3
	<b>f.</b> Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane	1
<b>ŚO12</b>	<b>W szpitalu funkcjonuje system orientacji przestrzennej</b>	
	<b>c.</b> W szpitalu funkcjonuje system orientacji przestrzennej	5
	<b>d.</b> W szpitalu nie funkcjonuje system orientacji przestrzennej	1
<b>ŚO13</b>	<b>Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane</b>	
	<b>c.</b> Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć jest dogodne i dobrze oznakowane	5
	<b>d.</b> Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć nie jest dogodne lub dobrze oznakowane	1

## UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 39 ust. 7 ustawy z dnia ..... o sieci szpitali (Dz. U. z .....).

Załącznik nr 1 do rozporządzenia określa wzór ankiety (dla szpitali włączonych do sieci). Dzięki określeniu ww. wzoru, Krajowa Rada do spraw Szpitali otrzyma standaryzowane i porównywalne dane od wnioskodawców, umożliwiające podjęcie obiektywnej decyzji.

Załącznik nr 2 określa wzór arkusza oceny szpitala. Szczegółowe, dotyczące wszystkich aspektów działania, kryteria oceny szpitala, występującego o włączenie do sieci umożliwią obiektywną i kompleksową ocenę każdej placówki.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414)*, będzie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

## **Ocena Skutków Regulacji**

### **I. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja**

Rozporządzenie będzie oddziaływało na zakłady opieki zdrowotnej funkcjonujące w sieci szpitali.

### **II. Konsultacje społeczne**

Projekt będzie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Projekt będzie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

### **III. Analiza skutków regulacji**

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

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych.

#### **2. Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

#### **3. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

#### **4. Wpływ na sytuację i rozwój regionalny.**

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów.

#### **5. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia ludności.

07/06si