RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH i OPINIOWANIA
projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej MZ 1775

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248), z chwilą skierowania ww. projektu rozporządzenia do konsultacji publicznych oraz opiniowania treść projektu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.
Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348 i z 2024 r. poz. 757) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.
W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.
Projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Uwagi zgłoszone do projektu, wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, zostały zawarte poniższym zestawieniu.

l.p.	Zgłaszający uwagę	Część projektu	Treść uwagi	Uzasadnienie uwag	Propozycja rozwiązań	Stanowisko MZ
1.	Osoba fizyczna	§ 1. Pkt 2	Zaproponowana w projekcie rozporządzenia zmiana dotycząca dodatkowego punktowania podczas postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży w obszarze III-Kompleksowość jest wysoce dyskredytująca wszystkie podmioty lecznicze działające lub chcące działać w tym zakresie, a które nie udzielają świadczeń szpitalnych jednocześnie pozbawiając możliwości równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. II. Każdy podmiot prowadzący ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży dla zapewnienia wysokich standardów opieki posiada umowę na zapewnienie hospitalizacji, w razie zaistnienia takiej potrzeby, dla swoich pacjentów, posiada umowy podwykonawstwa z zakresu diagnostyki obrazowej czy diagnostyki laboratoryjnej. III. Żaden pacjent ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży nie może korzystać ze świadczeń w Poradniach pediatrycznych czy neurologii dziecięcej, gdyż ZOL ma obligatoryjny obowiązek zatrudniania specjalistów z tych			**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253) wskazuje na cząstkowe etaty lekarzy o rożnych specjalizacjach w tym wymienia m.in. lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub pediatrii lub

			zakresów (lekarza neurologa dziecięcego i pediatry) w związku z powyższym dodatkowe punktowanie posiadania w lokalizacji Poradni pediatrycznej czy neurologii dziecięcej wydaje się bezzasadne i w żaden sposób nie wpływa na podwyższenie standardów realizowanych świadczeń w ZOL/ZPO dla dzieci.			rehabilitacji medycznej. Warunek określony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych nie precyzuje z jaką częstotliwością określony lekarz, wymieniony w katalogu lekarzy ma udzielać świadczeń. Wskazanie posiadania poradni w lokalizacji u danego świadczeniodawcy, zapewni szerszy i stały oraz ułatwiony dostęp do specjalistów funkcjonujących w ramach jednej struktury organizacyjnej. Ponadto lekarz neurolog dziecięcy nie został wymieniony jako obowiązkowy. W świetle powyższego warunek posiadania poradni pediatrycznej lub neurologii dziecięcej jest uzasadniony.
2.	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	§ 1. Pkt 2	**1. Zapisy projektu do odrzucenia** I. Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo leczniczy 1) <u>Kryterium Kompleksowość, kategoria oddziały/poradnie,</u> oceniany warunek: □ 1.1. Udokumentowane, ustalone zasady zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego □ 1.2. Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w pisany w rejestrze □ 1.3. Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny w ramach systemu podstawowego szpitalnego	1.Uzasadnienie odrzucenia zapisu dotyczące kryterium kompleksowości w obszarze postępowania Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo leczniczy oraz Zakład opiekuńczo leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie: Projekt rozporządzenia promuje jednostki szpitalne i stawia w gorszej pozycji samodzielne zakłady,	Proponujemy rewizję kryteriów oceny ofert w postępowaniach konkursowych, tak aby: □ odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby pacjentów opieki długoterminowej, □ nie premiowały wyłącznie dużych podmiotów szpitalnych, □ nie wykluczały z rynku doświadczonych placówek działających w oparciu o dotychczasowe standardy, □ zachowały spójność z obowiązującymi przepisami prawa.	**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością.

			zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze. □ 1.4. Poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze. □ 1.5. Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna wpisana w rejestrze. 2) Kryterium Kompleksowość, kategoria dostęp do badań, oceniany warunek: □ 2.1. Badania rentgenowskie w lokalizacji □ 2.2. Zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej medyczne laboratorium diagnostyczne w lokalizacji. II. <u>Zgłaszamy zastrzeżenia z uwagi na bezzasadność kryteriom zwiększenia liczby pokoi z sanitariatami</u> 3) Kryterium Jakość, kategoria Pozostałe warunki III. Przedmiot postępowania: Zakład opiekuńczo leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie <u>Kryterium Kompleksowość, kategoria oddziały/poradnie,</u> oceniany warunek: □ 1.1. Udokumentowane, ustalone zasady zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego □ 1.2. Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze □ 1.3. Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny lub oddział	które nie znajdują się w strukturze szpitali. Dodanie takich warunków przeczy zasadzie równości oraz jednakowemu traktowaniu podmiotów i bezwzględnie narusza zasadę równego traktowania oferentów (art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Z obowiązujących przepisów , m. z Rozporządzeni a Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480) wynika, że zakłady opieki długoterminowej powstały dla pacjentów po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji niewymagających leczenia szpitalnego!! więc preferowanie placówek , które mają w swojej strukturze oddziały szpitalne jest bezzasadne. Obecnie samodzielne zakłady w przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji kierują pacjenta do szpitala oraz na podstawie podpisanych umów zapewniają dostęp do w/w badań i diagnostyki. Kryteria konkursowe powinny uwzględniać	7. Przedmiot postępowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa: I Jakość Personel: **Dopuszczenie mgr pielęgniarstwa bez konieczności posiadania specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego.** Uzasadnienie- Od 2018roku w standardzie kształcenia pielęgniarek na studiach I stopnia jest moduł „pielęgniarstwo opieki długoterminowej”- wykład,	Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń. **Uwaga nieuwzględniona** Nie przewidujemy premiowania mgr pielęgniarstwa bez konieczności posiadania specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego, ponieważ w pierwszej kolejności ewentualne zmiany w tym zakresie powinny być dokonane na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253).

			chorób płuc w ramach systemu podstawowego szpitalnego □ zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze □ 1.4. Poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze. □ 1.5. Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna wpisana w rejestrze. 2) Kryterium Kompleksowość, kategoria dostęp do badań, oceniany warunek: 2.1. Badania rentgenowskie w lokalizacji 2.2. Zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej medyczne laboratorium diagnostyczne w lokalizacji. Pozostałe uwagi i podsumowanie Należy zauważyć, że rozwiązania, które wprowadza projekt jest tylko z nazwy tymczasowy, ponieważ kryterium dot. kompleksowości nadal będzie funkcjonować po wskazanym okresie , tj. po 1 stycznia 2028 r. Spowoduje to, że w przyszłych postępowaniach konkursowych placówki szpitalne – posiadające zarówno zaplecze infrastrukturalne, jak i uzyskane wcześniej doświadczenie – będą systemowo uprzywilejowane (otrzymają punkty za trwałość, dostępność oraz kompleksowość). Tymczasem podmioty niebędące częścią szpitali, niezależnie od jakości świadczonych usług, nie będą w stanie zdobyć punktów za tzw. kompleksowość, przez co ich oferta zostanie de facto zdyskwalifikowana. Zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia kryteria oceny, faworyzujące podmioty posiadające oddziały szpitalne oraz dostęp do poradni specjalistycznych i diagnostyki, budzą poważne wątpliwości co do ich celowości, spójności z deklarowanymi założeniami oraz skutków	specyfikę świadczeń i populację pacjentów zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Są to osoby: □ z ograniczoną zdolnością do samodzielnego funkcjonowania, □ niekwalifikujące się do leczenia szpitalnego ani do aktywnej rehabilitacji, □ wymagające długotrwałej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego. Dostęp do oddziałów szpitalnych czy poradni specjalistycznych nie powinien być kryterium różnicującym w ocenie ofert, ponieważ z natury rzeczy pacjenci ZPO są już poza fazą intensywnego leczenia specjalistycznego. Wprowadzenie takich wymogów w ocenie kompleksowości jest nieadekwatne do ich rzeczywistych potrzeb. W szczególności za niezasadne należy uznać przyznawanie punktów za: □ dostępność w strukturze podmiotu do oddziałów szpitalnych (wewnętrznych, chirurgicznych, neurologicznych, chorób płuc), □ posiadanie poradni specjalistycznych (np. chorób wewnętrznych, neurologicznej,	zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe, ponadto w modułach takich jak: podstawowa opieka zdrowotna, pielęgniarstwo paliatywne, geriatryczne, internistyczne są treści pokrywające się z programem kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie opieki długoterminowej. Każdy moduł zakończony jest egzaminem. W podstawowej opiece zdrowotnej od wielu lat pielęgniarka z tytułem mgr pielęgniarstwa nie musi posiadać dodatkowych kursów. 1.5. Co najmniej 50 % pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu. 17 pkt Nieuzasadniona zbyt duża dysproporcja punktowa. Ponadto wprowadzenie zapisu – dopuszcza się -udzielanie świadczeń w różnych podmiotach leczniczych do 2 etatów. (Wszystkie oddziały NFZ). 1.6. Co najmniej 25 % pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu. 11 pkt Nieuzasadniona zbyt duża dysproporcja punktowa. <u>Ponadto wprowadzenie zapisu – dopuszcza się -udzielanie</u>	Warunki kryterialne mają na celu podwyższenie standardu opieki względem warunków obowiązujących w ww. rozporządzeniu. **Uwaga częściowo uwzględniona.** Istotne znaczenie ma to, aby co najmniej 50% pielęgniarek udzielało świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu zapewniając przez to pacjentowi właściwą opiekę. Pacjent ma większe poczucie bezpieczeństwa i komfortu wynikające z zapewnienia stałej opieki przez te same osoby. **Uwaga nieuwzględniona** Kwestia ograniczeń w liczbie miejsc zatrudnienia personelu

			dla rynku świadczeniodawców opieki długoterminowej. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa, głównym celem proponowanych zmian jest zwiększenie dostępności świadczeń opieki długoterminowej, w szczególności poprzez tworzenie nowych miejsc opieki w związku z przekształcaniem części łóżek szpitalnych w ramach inwestycji finansowanych ze środków KPO. Kryteria oparte na posiadaniu struktur typowo szpitalnych (oddziałów, poradni specjalistycznych, zaplecza diagnostycznego) nie pozostają w bezpośrednim związku z jakością i dostępnością świadczeń opieki długoterminowej . Co więcej, mogą one prowadzić do dyskryminacji placówek, które od lat z powodzeniem realizują te świadczenia, a nie posiadają infrastruktury szpitalnej która w tym kontekście nie jest niezbędna do realizacji świadczeń zgodnych z profilem długoterminowym. Wprowadzenie kryteriów preferujących szpitale niesie ze sobą realne ryzyko, że wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej, które działają na rynku od wielu lat, zostaną pozbawione finansowania. Jest to rozwiązanie nie tylko niesprawiedliwe, ale także potencjalnie szkodliwe dla pacjentów gdyż może dojść do nagłego ograniczenia liczby dostępnych miejsc, mimo ich funkcjonowania i gotowości do dalszego świadczenia usług. Taka polityka nie sprzyja ani stabilności systemu, ani poprawie jakości opieki. Nie przedstawiono przekonujących argumentów, dlaczego posiadanie oddziału szpitalnego czy poradni miałoby stanowić o wyższej jakości czy dostępności opieki długoterminowe j.	chirurgicznej), - dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki obrazowej (RTG), - dostępność diagnostyki laboratoryjnej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, każda osoba ubezpieczona – niezależnie od miejsca przebywania (w domu, w ZPO czy w innym ośrodku) – ma prawo do świadczeń gwarantowanych, w tym również hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej, na podstawie skierowania. Wobec tego preferowanie placówek, które posiadają ww. zasoby w swojej strukturze, jest nieuzasadnione i niesprawiedliwe wobec pozostałych świadczeniodawców. Dodatkowo należy podkreślić, że świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych są objęte systemem kolejkowym, obowiązującym wszystkich świadczeniodawców, co jeszcze bardziej podważa zasadność przyznawania dodatkowych punktów w tym zakresie. Wprowadzanie kryteriów, które w praktyce mogą zostać spełnione wyłącznie przez podmioty będące częścią struktury szpitalnej, stawia istniejące,	świadczeń w różnych podmiotach leczniczych do 2 etatów. (Wszystkie oddziały NFZ).	wymaga szerszych analiz i konsultacji, przed podjęciem decyzji o uwzględnieniu jej w kolejnej nowelizacji rozporządzenia. Istotna jest również kwestia możliwości weryfikacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia zatrudnienia personelu.

			W praktyce, tego typu infrastruktura nie wpływa bezpośrednio na kluczowe aspekty opieki nad pacjentem przewlekle chorym jak: personel pielęgniarski i opiekuńczy, organizacja pracy zespołów terapeutycznych, dostępność do rehabilitacji czy indywidualne podejście do potrzeb pacjenta. Deklarowanym celem konkursu miało być umożliwienie wejścia na rynek nowym podmiotom w tym szpitalom powiatowym przekształcającym łóżka w ramach KPO. Przy obecnym kształcie kryteriów, każdy podmiot może przystąpić do konkursu, jednak szpitale mimo braku doświadczenia w zakresie opieki długoterminowej otrzymają sztucznie podwyższone noty, wyłącznie z racji posiadania infrastruktury niezwiązanej ze świadczeniami w ramach opieki długoterminowej. Jest to rażące naruszenie zasady równego traktowania oraz utrudnienie uczciwej konkurencji. Pomoc szpitalom nie powinna odbywać się kosztem dobrze funkcjonujących placówek Rozumiemy konieczność wsparcia szpitali powiatowych w tym w ramach strategii ich transformacji. Jednak ratowanie jednych podmiotów nie powinno odbywać się kosztem wykluczenia innych, które przez lata rozwijały kompetencje i infrastrukturę w obszarze opieki długoterminowej. Taki kierunek polityki grozi poważnym zachwianiem rynku, a także podważa zaufanie do systemu kontraktowania usług zdrowotnych.	wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej w niekorzystnej i niekonkurencyjnej pozycji. 3. Uzasadnienie odrzucenia proponowanej zmiany dot. kryterium jakość, kategoria pozostałe warunki w obszarze postępowania Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo leczniczy oraz Zakład opiekuńczo leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie Węzły sanitarne w pokojach jednoosobowych W praktyce pacjenci przebywający w ZPO i ZOL nie korzystają samodzielnie z łazienek są to zazwyczaj osoby leżące , często z ograniczoną mobilnością, wymagające pomocy personelu. <u>Obowiązek posiadania dużej liczby pokoi z węzłem sanitarnym może być nieproporcjonalny i niezasadny wobec rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów.</u> Pokoje 1 3 osobowe Premiowanie wyłącznie sal		**Uwaga nieuwzględniona** Sale jednoosobowe dają poczucie komfortu i intymności pacjenta, a także wspierają proces opiekuńczo-leczniczy. Sala jednoosobowa może pełnić tez funkcję izolatki. Podkreślić należy również, że zwiększenie liczby sal jednoosobowych ma

				1 3 osobowych jest oderwane od rzeczywistości istniejących placówek, które powstały wiele lat temu, zgodnie z ówczesnymi wymogami i możliwościami . Znaczna część ZPO funkcjonuje w obiektach o strukturze zbliżonej do szpitalnej z salami najczęściej 4 osobowymi. Modernizacja do nowego standardu wiązałaby się z kosztownym i przebudowami, często niemożliwymi technicznie do przeprowadzenia. Kryterium to może więc prowadzić do zmniejszenia szans w postępowaniu konkursowym nawet dobrze funkcjonujących, stabilnych placówek. W mojej ocenie jest to warunek, w który wpasują się nowe podmioty, w tym oddziały szpitalne, które w ramach KPO mogły dostosować pomieszczenia do współczesnych standardów. W kontekście udzielanych świadczeń często długoterminowej opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi lub z niepełnosprawnościami istotne jest zapewnienie nie tylko komfortu, ale również bezpieczeństwa i dostępu do opieki. W takich		ograniczony zakres i dotyczy przypadków, w których pacjent ze względów medycznych powinien przebywać samodzielnie. W stosunku do przeciętnej liczby osób objętych opieką długoterminową premiowana liczba pokoi jednoosobowych jest niewielka, ale daje gwarancję bezpieczeństwa np. w przypadku konieczności zapewnienia pacjentowi izolacji czy też np. prowadzenia obserwacji w sali jednoosobowej.

				przypadkach obecność personelu, możliwość szybkiej reakcji oraz odpowiednia organizacja przestrzeni mają większe znaczenie niż liczba osób w pokoju czy dostępność indywidualnej łazienki.		
3.	ZOL w Prabutach	§ 1. Pkt 2	1. **Zapisy projektu do odrzucenia** I. Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy 1) <u>Kryterium Kompleksowość, kategoria oddziały/poradnie</u>, oceniany warunek: 1.1. Udokumentowane, ustalone zasady zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego 1.2. Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze 1.3. Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze. 1.4. Poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze.	Uzasadnienie odrzucenia zapisu dotyczące kryterium kompleksowości w obszarze postępowania Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy lub Zakład Opiekuńczo-Leczniczy oraz Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie Naszym zdaniem Projekt rozporządzenia promuje jednostki szpitalne i stawia w gorszej pozycji samodzielne zakłady, które nie znajdują się w strukturze szpitali, a od wielu lat bardzo sumiennie i skutecznie realizuje zadania OPD. Wyznaczenie takich warunków przedstawionych w Projekcie przeczy zasadzie równości oraz jednakowemu traktowaniu podmiotów! i bezwzględnie narusza zasadę równego	Proponujemy rewizję kryteriów oceny ofert w postępowaniach konkursowych, tak aby: • odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby pacjentów opieki długoterminowej, zgodnie z definicją tej formy opieki, • nie premiowały wyłącznie dużych podmiotów szpitalnych, co nie jest uzasadnione. Próby ratowania i restrukturyzacji powtarzają się cyklicznie i najczęściej nie przynoszą wymiernego skutku, • nie wykluczały z rynku doświadczonych, bardzo dobrze funkcjonujących placówek działajacych w oparciu o dotychczasowe sprawdzone przez wiele lat standardy, które z powodzeniem realizują mimo licznych przeciwności, • zachowały spójność z obowiązującymi przepisami prawa i nie stanowiły	**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w

			1.5. Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna wpisana w rejestrze. 2) Kryterium Kompleksowość, kategoria dostęp do badań, oceniany warunek: □ 2.1. Badania rentgenowskie – w lokalizacji □ 2.2. Zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej – medyczne laboratorium diagnostyczne – w lokalizacji. 3) Zakwestionowanie kryterium Jakość, kategoria - Pozostałe warunki. (jednoosobowe pokoje) II. Przedmiot postępowania: Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie 1) Kryterium Kompleksowość, kategoria oddziały/poradnie, oceniany warunek: □ 1.1. Udokumentowane, ustalone zasady zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego □ 1.2. Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze □ 1.3. Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny lub	traktowania oferentów (art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Z obowiązujących przepisów, m.in. z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480) wynika, że zakłady opieki długoterminowej powstały dla pacjentów po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji, niewymagających leczenia szpitalnego!! więc preferowanie placówek, które mają w swojej strukturze oddziały szpitalne jest bezzasadne, a pacjenci mogą nadal korzystać z publicznej ochrony zdrowia na warunkach ogólnych. Obecnie samodzielne zakłady w przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji kierują pacjenta do szpitala oraz na podstawie podpisanych umów zapewniają dostęp do w/w badań i niezbędnej podstawowej diagnostyki. Kryteria konkursowe powinny uwzględniać specyfikę świadczeń i populację pacjentów zakładów opiekuńczo –	niepewności i pozorności działań, na które patrząc na zapotrzebowanie na tę formę opieki jest bardzo duże i nadal ma tendencję rosnącą ze względu na skuteczniejsze ratowanie życia, zmiany demograficzne i starzejące się społeczeństwo.	postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń.

			oddział chorób płuc w ramach systemu podstawowego szpitalnego □ zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze □ 1.4. Poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze. □ 1.5. Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna wpisana w rejestrze. 2) <u>Kryterium Kompleksowość, kategoria dostęp do badań,</u> oceniany warunek: □ 2.1. Badania rentgenowskie – w lokalizacji □ 2.2. Zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej – medyczne laboratorium diagnostyczne – w lokalizacji. 3) Zakwestionowanie kryterium Jakość, kategoria - Pozostałe warunki. Pozostałe uwagi i podsumowanie. Należy zauważyć, że rozwiązania, które wprowadza projekt jest tylko z nazwy tymczasowy, ponieważ kryterium dot. kompleksowości nadal będzie funkcjonować po wskazanym okresie, tj. po 1 stycznia 2028 r. Spowoduje to, że w przyszłych postępowaniach konkursowych placówki szpitalne – posiadające zarówno zaplecze infrastrukturalne, jak i uzyskane wcześniej doświadczenie – będą systemowo uprzywilejowane (otrzymają punkty za trwałość, dostępność oraz kompleksowość). Tymczasem podmioty niebędące częścią szpitali, niezależnie od jakości świadczonych usług, nie będą w stanie zdobyć punktów za tzw. kompleksowość,	leczniczych/ pielęgnacyjno-opiekuńczych. Są to osoby: □ z ograniczoną zdolnością do samodzielnego funkcjonowania, □ niekwalifikujące się do leczenia szpitalnego ani do aktywnej rehabilitacji, □ wymagające długotrwałej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego. Dostęp do oddziałów szpitalnych czy poradni specjalistycznych nie powinien być kryterium różnicującym w ocenie ofert, ponieważ z natury rzeczy pacjenci ZOL/ZPO są już poza fazą intensywnego leczenia specjalistycznego w razie pogorszenia stanu zdrowia maja prawo i są kierowani do stosownego oddziału jak wszyscy inni obywatele Polski. Wprowadzenie wymogów w ocenie kompleksowości jest nieadekwatne do ich rzeczywistych potrzeb, gdyż przeczy to też zasadzie równości dostępu, a niezbędne konsultacje specjalistyczne są realizowane w placówkach na bieżąco wg potrzeb. W szczególności za niezasadne należy uznać		

			przez co ich oferta zostanie de facto zdyskwalifikowana. Zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia kryteria oceny, faworyzujące podmioty posiadające oddziały szpitalne oraz dostęp do poradni specjalistycznych i diagnostyki, budzą poważne wątpliwości co do ich celowości, spójności z deklarowanymi założeniami oraz skutków dla rynku świadczeniodawców opieki długoterminowej. Jednocześnie zamiast poprawić dostępność będą ograniczały działalność do dużych ośrodków, gdzie bardziej dostępne są też inne formy opieki np. OPD domowa, świadczenia środowiskowe itp. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa, głównym celem proponowanych zmian jest zwiększenie dostępności świadczeń opieki długoterminowej, w szczególności poprzez tworzenie nowych miejsc opieki w związku z przekształcaniem części łóżek szpitalnych w ramach inwestycji finansowanych ze środków KPO. Kryteria oparte na posiadaniu struktur typowo szpitalnych (oddziałów, poradni specjalistycznych, zaplecza diagnostycznego) nie pozostają w bezpośrednim związku z jakością i dostępnością świadczeń opieki długoterminowej. Co więcej, mogą one prowadzić do dyskryminacji placówek, które od lat z powodzeniem realizują te świadczenia, a nie posiadają infrastruktury szpitalnej – która w tym kontekście nie jest niezbędna do realizacji świadczeń zgodnych z profilem długoterminowym. Wprowadzenie kryteriów preferujących szpitale niesie ze sobą realne ryzyko, że wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej, które działają na rynku od wielu lat, zostaną pozbawione finansowania. Jest to rozwiązanie nie tylko	przyznawanie punktów za: □ dostępność w strukturze podmiotu do oddziałów szpitalnych (wewnętrznych, chirurgicznych, neurologicznych, chorób płuc), □ posiadanie poradni specjalistycznych (np. chorób wewnętrznych, neurologicznej, chirurgicznej), □ dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki obrazowej (RTG), □ dostępność diagnostyki laboratoryjnej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, każda osoba ubezpieczona – niezależnie od miejsca przebywania (w domu, w ZOL/ZPO czy w innym ośrodku) – ma prawo do świadczeń gwarantowanych, w tym również hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej, na podstawie skierowania. Wobec tego preferowanie placówek, które posiadają ww. zasoby w swojej strukturze, jest nieuzasadnione i niesprawiedliwe wobec pozostałych świadczeniodawców. Dodatkowo należy		

			niesprawiedliwe, ale także potencjalnie szkodliwe dla pacjentów – gdyż może dojść do nagłego ograniczenia liczby dostępnych miejsc, mimo ich funkcjonowania i gotowości do dalszego świadczenia usług. Taka polityka nie sprzyja ani stabilności systemu, ani poprawie jakości opieki. Deklarowanym celem konkursu miało być umożliwienie wejścia na rynek nowym podmiotom – w tym szpitalom powiatowym przekształcającym łóżka w ramach KPO. Przy obecnym kształcie kryteriów, każdy podmiot może przystąpić do konkursu, jednak szpitale – mimo braku doświadczenia w zakresie opieki długoterminowej – otrzymają sztucznie podwyższone noty, wyłącznie z racji posiadania infrastruktury niezwiązanej ze świadczeniami w ramach opieki długoterminowej. Jest to rażące naruszenie zasady równego traktowania oraz utrudnienie uczciwej konkurencji. Pomoc wybranym szpitalom nie powinna odbywać się kosztem dobrze funkcjonujących placówek Rozumiemy konieczność wsparcia szpitali powiatowych – w tym w ramach strategii ich transformacji. Jednak ratowanie jednych podmiotów nie powinno odbywać się kosztem wykluczenia innych, które przez lata rozwijały kompetencje i infrastrukturę w obszarze opieki długoterminowej. Taki kierunek polityki grozi poważnym zachwianiem rynku, a także podważa zaufanie do systemu kontraktowania usług zdrowotnych.	podkreślić, że świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych są objęte systemem kolejkowym, obowiązującym wszystkich świadczeniodawców, co jeszcze bardziej podważa zasadność przyznawania dodatkowych punktów w tym zakresie. Wprowadzanie kryteriów, które w praktyce mogą zostać spełnione wyłącznie przez podmioty będące częścią struktury szpitalnej, stawia istniejące, wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej w niekorzystnej i niekonkurencyjnej pozycji. Taka sytuacja miała już miejsce w roku 2000 i niestety nie przyniosła oczekiwanych efektów. Uzasadnienie odrzucenia proponowanej zmiany dot. kryterium jakość, kategoria pozostałe warunki w obszarze postępowania Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy oraz Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie Węzły sanitarne w pokojach		

				jednoosobowych W praktyce pacjenci przebywający w ZPO i ZOL nie korzystają samodzielnie z łazienek – są to zazwyczaj osoby leżące, często z ograniczoną mobilnością, wymagające pomocy personelu. Obowiązek posiadania dużej liczby pokoi z węzłem sanitarnym może być nieproporcjonalny i niezasadny wobec rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Pokoje 1–3 osobowe Premiowanie wyłącznie sal 1–3 osobowych jest oderwane od rzeczywistości istniejących placówek, które powstały wiele lat temu, zgodnie z ówczesnymi wymogami i możliwościami. Znaczna część ZPO funkcjonuje w obiektach o strukturze zbliżonej do szpitalnej – z salami najczęściej 4-osobowymi. Modernizacja do nowego standardu wiązałaby się z kosztownymi przebudowami, często niemożliwymi technicznie do przeprowadzenia. Kryterium to może więc prowadzić do zmniejszenia szans w postępowaniu konkursowym nawet dobrze funkcjonujących, stabilnych placówek. W naszej ocenie jest to warunek, w który wpisują się nowe podmioty,		

				w tym oddziały szpitalne, które w ramach KPO mogły dostosować pomieszczenia do współczesnych standardów. W kontekście udzielanych świadczeń – często długoterminowej opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi lub z niepełnosprawnościami – istotne jest zapewnienie nie tylko komfortu, ale również bezpieczeństwa i dostępu do opieki. W takich przypadkach obecność personelu, możliwość szybkiej reakcji oraz odpowiednia organizacja przestrzeni mają większe znaczenie niż liczba osób w pokoju czy dostępność indywidualnej łazienki, a izolacja sprzyja nasilaniu zespołów psychoorganicznych.		
4.	Hospicjum Będkowo	§ 1. Pkt 2	Przedstawiony w obecnym kształcie projekt nie tylko nie uwzględnia uwag wskazanych we wcześniejszych konsultacjach, ale jeszcze bardziej faworyzuje podmioty szpitalne. W uzasadnieniu do projektu wskazano: „Kompleksowość wzmocniono przez dodanie nowych warunków oraz zwiększenie punktacji w części dotyczącej opieki długoterminowej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Równocześnie w projekcie przewidziano obniżenie punktacji za kryterium „Ciągłość" w zakresach świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych". Wg projektu kompleksowość to posiadanie	Zgodnie z § 5 Roz. MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej "świadczenia gwarantowane o których mowa w §4 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,	Wystarczy wymóg zapewnienia dostępności !!!! a formy zapewnienia mogą być różne i w żaden sposób nie ograniczają praw pacjenta oraz podmiotów udzielających świadczeń ze względu na formę prowadzonej działalności. Posiadanie poradni chorób wewnętrznych jest możliwe tylko w szpitalach jako poradnia przyszpitalna po zakończeniu hospitalizacji na oddziale wewnętrznym. Jest to	**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie

			w swoich zasobach oddziałów szpitalnych: wewnętrznego, chirurgii ogólnej, neurologii, i chorób płuc (zol wn) oraz poradni: Chorób wewnętrznych, chirurgii oraz neurologii, już nie w lokalizacji, a w rejestrze co jest pojęciem szerszym. Projekt przekazuje dwa warianty załącznika do rozporządzenia. Zasadnicze różnice w obu projektach dotyczą kryterium III. KOMPLEKSOWOŚĆ. 1. Odziały i poradnie; Projekt ten na wiele lat wpłynie na organizację opieki długoterminowej w Polsce, spowoduje jego nieodwracalne zmiany, które w proponowanym kształcie ograniczą dostępność dla pacjentów. Mając na uwadze sytuację demograficzną w Polsce, prognozy dotyczące starzenia się społeczeństwa, zmiany zaproponowane w projekcie rozporządzenia doprowadzą do ograniczenia dostępności świadczeń, które już obecnie są niewystarczające. Faworyzowanie podmiotów szpitalnych, poprawianie ich sytuacji finansowej poprzez nierówną konkurencję, jest niedopuszczalne. Projekt wprost wskazuje, że w okresie przejściowym czyli do końca roku 2027 nie pozwala na konkurowanie podmiotów, które świadczą usługi całodobowe inne niż szpitalne. Nie pozwala im na wejście do systemu. Kontrakty otrzymają tylko podmioty, które w swoich strukturach (wpisanych w rejestrze) mają wymienione wcześniej oddziały i poradnie. Brak jednoznacznych informacji w jaki sposób będą organizowane przyszłe konkursy o udzielanie świadczeń w zakresie świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Wariantów jest kilka: np. 1. Całkowicie nowe konkursy – przy wygaszeniu dotychczasowych umów	rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym” ZASADNICZE RÓŻNICE W PROPONOWANYCH ZAŁĄCZNIKACH – W OKRESIE DO 31.12.2027 BARDZO WYSOKIE WYMAGANIA DO SPEŁNIENIA – ograniczenie zasady równości. Faworyzowanie podmiotów szpitalnych – rozszerzenie kryteriów punktowanych preferujących szpitale w tzw. „sieci szpitali” przez dodanie zapisu w rejestrze (zapis uwzględnia planowane zmiany zapisane w ustawie o opiece szpitalnej podpisanej przez Prezydenta RP w VIII 2025 r., która pozwala na konsolidację szpital, w obecnym kształcie szpital po konsolidacji w każdym wariancie ma większe prawdopodobieństwo uzyskania punktów w proponowanych kryteriach). <u>Różne kryteria punktowane w obydwu załącznikach.</u> Dostępność poradni neurologicznej w zapisach jest bezzasadna z uwagi na to w Roz. MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych	kolejny dowód na nierówność w traktowaniu oferentów. **Proponujemy wycofanie załącznika nr 3 z projektu.**	kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń. **Wyjaśnienie.** W celu zapewnienia równych szans świadczeniodawcom uczestniczącym w postepowaniu o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i

			2. Konkursy uzupełniające dla wszystkich chętnych podmiotów na danym terenie 3. Przekształcanie oddziałów szpitalnych na łózka opieki długoterminowej, zgodnie z podpisaną ustawą o reformie szpitali. Każdy wariant ma swoje wady i zalety, każdy z nich wymaga innych decyzji i działań przez podmioty, które obecnie udzielają świadczeń. Reforma szpitalnictwa jest kamieniem milowym w Krajowym Planie Odbudowy (KPO), czyli od jej realizacji zależy wypłata pieniędzy z KPO. Oferta szpitali ma być dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych: spadającej liczby urodzeń i starzejącego się społeczeństwa. Efektywniej mają być wykorzystywane kadry medyczne, sprzęt i infrastruktura. Trudno oprzeć się wrażeniu, że zmiany przedstawione w projekcie wpisują się w szerszą narrację. Nierówna konkurencja i preferowanie w projekcie szpitali jest bardzo widoczna. Dodatkowo podmioty, które już świadczą usługi przez najbliższe lata, będą działały w sytuacji dużej niepewności. Projekt w obecnym kształcie może zastopować rozwój opieki długoterminowej udzielanej przez podmioty inne niż szpitalne, niepewność funkcjonowania i obawa w momencie utraty finansowania może spowodować zaniechania inwestycji oraz rozwój tych podmiotów. Brak stabilności w długofalowym finansowaniu w konsekwencji ogranicza konkurencyjność i prowadzi do obniżenia jakości. Może również doprowadzić do zmniejszenia liczby łóżek w opiece długoterminowej co było by efektem odwrotnym do zamierzonego. Sytuacja taka może skutkować również	z zakresu SOP, zapewnienie konsultacji lekarza neurologa są obowiązkowe. Dodatkowo podmioty, które w kryterium Jakość_Personel_Warunek. zapewniają dostęp do lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji, korzystają z tych usług, bez względu na kryterium. § 4 ust 3 W zakresie koniecznym do wykonywanych świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: 1) Badania diagnostyczne Punktowanie kryterium w postaci obecności łazienki biorąc pod uwagę ciężki stan pacjentów, który determinuje brak możliwości korzystania w pełnym zakresie z tego zasobu. Pacjenci w większości to pacjenci trwale unieruchomieni (Bartel-0, Glascow do 8). Koszty spełnienia tego kryterium przewyższają korzyści.	Wnioskujemy o zmianę tego kryterium do obecne funkcjonującego zapisu 4.1 Co najmniej 1 pokoje jednoosobowe z węzłem sanitarnym – 1 pkt. 4.2 Co najmniej 2 pokoje jednoosobowe z węzłem sanitarnym – 2 pkt.	opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w projekcie przewidziano, że w przypadku postępowań konkursowych wszczętych w okresie od dnia wejścia w życie rozporządzenia i niezakończonych przed dniem 1 stycznia 2028 r. będą obowiązywały warunki rankingujące oraz punktacja, określone w załączniku nr 2 i 3 do projektu rozporządzenia (dotyczy wyłącznie kryterium „Kompleksowość” oraz „Ciągłość”). W załączniku nr 1 do rozporządzenia określono natomiast rozwiązania docelowe. **Uwaga nieuwzględniona.** Sale jednoosobowe dają poczucie komfortu i intymności pacjenta, a także wspierają proces opiekuńczo-leczniczy. Sala jednoosobowa może pełnić tez funkcję izolatki. Podkreślić należy również, że zwiększenie liczby sal jednoosobowych ma ograniczony zakres i dotyczy przypadków, w których pacjent ze względów medycznych powinien przebywać samodzielnie. W stosunku do osób objętych opieką długoterminową premiowana liczba pokoi jednoosobowych jest niewielka,

			dyskryminacją świadczeniobiorców ze wzg. na miejsce zamieszkania. Podmioty szpitalne, faworyzowane w projekcie, udzielają świadczeń głównie w miastach powiatowych. Wykluczenie komunikacyjne osób starszych i przewlekle chorych ograniczy uczestnictwo rodziny pacjenta w procesie terapeutycznym, ze względu na odległości podmiotu od miejsca zamieszkania rodziny. Twórcy projektu zapomnieli chyba, że opieka stacjonarna w Polsce udzielana jest w ramach świadczeń szpitalnych (całodobowych) oraz całodobowych świadczeń stacjonarnych inne niż szpitalne. Faworyzowanie jednego sposobu udzielania świadczeń jest naruszeniem zasady równego traktowania oferentów (art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).		Rekomendujemy wycofanie załącznika IVa i powrót do zapisów pierwotnych w brzmieniu: W części IV „Ciągłość. Maksymalnie suma punktów: 22”.	ale daje gwarancję bezpieczeństwa np. w przypadku konieczności zapewnienia pacjentowi izolacji czy też np. prowadzenia obserwacji w sali
5.	Szpital w Łowiczu		Doprecyzowanie wykazu rodzajów poradni i technologii oraz określenie wag punktowych. * Uwzględnienie specyfiki małych ośrodków i wprowadzenie rozwiązań wyrównawczych. * Zachowanie spójności z obowiązującymi przepisami i dotychczasowymi załącznikami.			**Uwaga niezrozumiała, nieuwzględniona** Brak odniesienia do konkretnych zapisów.

			* Wprowadzenie okresu dostosowawczego, mechanizmu monitorowania i oceny skutków.			
6.	Konfederacja Lewiatan	§ 1. Pkt 2	1. Uwagi ogólne Analizując treść nowej wersji Projektu oraz zamierzony tryb natychmiastowego wdrożenia projektowanych zmian (o czym świadczy brak „vacatio legis”) można odnieść wrażenie (podobnie jak w przypadku pierwszej wersji projektu z kwietnia br.), że zmiana kryteriów wyboru ofert dokonywana jest wyłącznie w następstwie zakończenia się naboru do projektu finansowanego ze środków Krajowego Programu Odbudowy (dalej: „KPO”) pt. Wsparcie w zakresie rozwoju opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizacje infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym - inwestycja D4.1.1 (wcześniej D1.2.1, dalej: „Program D4.1.1”). Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu oraz publikacja listy wnioskodawców, którzy uzyskają finansowanie inwestycji związanych m.in. z utworzeniem i modernizacją zakładów opieki długoterminowej, nastąpiły 28 lutego 2025 r. Należy podkreślić, że wnioskodawcami w tym konkursie mogły być wyłącznie podmioty szpitalne zakwalifikowane do I lub II poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Krytyczne uwagi Konfederacji Lewiatan dotyczące poprzedniej wersji Projektu (pismo z dnia 25 kwietnia 2025r., sygn. KL/171/55/KO/2025) niestety nie zostały uwzględnione, pomimo że były zbieżne z		W związku z powyższym wnioskujemy o rezygnację z całości projektowanych zmian w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”. Ponadto zwracamy się z prośbą o powołanie zespołu ekspertów reprezentujących różnych interesariuszy i środowiska, który przeprowadzi rzetelną analizę zasadności ewentualnych zmian kryteriów oraz uwzględnienie zróżnicowanej sytuacji i potencjału organizacyjnego świadczeniodawców, aby zapewnić sprawiedliwe i transparentne warunki udziału w postępowaniach konkursowych. Zwracamy również uwagę na potrzebę podjęcia działań mających na celu zapewnienie NFZ niezbędnych dodatkowych środków, które przy obecnych kryteriach oceny ofert pozwolą na zawarcie większej liczby umów (także z beneficjentami środków z KPO), a w konsekwencji – prawidłową realizację założeń kamienia milowego KPO jakim była poprawa	**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które

			negatywnymi stanowiskami wyrażonymi przez prawie wszystkie zainteresowane środowiska. Obecnie projektowane zmiany kryteriów wyboru ofert można podzielić na trzy grupy obejmujące: a) kryteria dla świadczeń z zakresu radioterapii (nie zgłaszamy uwag); b) kryteria dla oceny ofert laboratoriów realizujących etap diagnostyczny „Programu profilaktyki raka szyjki macicy" (nie zgłaszamy uwag), c) nowa wersja kryteriów dla świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w tym: i. znaczące (w tym nawet o połowę) obniżenie wagi dotychczasowych kryteriów dotyczących: • doświadczenia w realizacji świadczeń opieki długoterminowej (ciągłość); • ilości specjalistycznego personelu medycznego; • ciężkości stanu pacjentów objętych dotychczasową opieką (w tym żywienia parenteralnego lub dojelitowego); ii. wprowadzenie nowych, bardzo wysoko punktowanych kryteriów, dedykowanych wyłącznie szpitalom, które z oczywistych powodów posiadają w swojej strukturze wskazane w nowych kryteriach oddziały szpitalne, poradnie ambulatoryjne i pracownie diagnostyczne (laboratoria, RTG). Ponadto zaskakujący jest również fakt premiowania oddziałów szpitalnych, ale wyłącznie wtedy, gdy działają one w ramach		dostępności do świadczeń opieki długoterminowej.	dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń.

			systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), który nie jest jedyną formą finansowania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w Polsce, co potwierdza naszą opinię o niezasadnej uznaniowości projektowanych kryteriów. Mając na uwadze powyższe zasadnym wydaje się twierdzenie, że Projekt ma na celu wprowadzenie rewolucyjnych zmian w modelu opieki długoterminowej w Polsce – poprzez faworyzowanie podmiotów szpitalnych i sukcesywne, a wręcz natychmiastowe, wyeliminowanie z systemu ochrony zdrowia pozostałych podmiotów, które obecnie świadczą taką opiekę poprzez pozbawienie ich szans na zawarcie kolejnych umów w wyniku uzyskania niskiej oceny składanych ofert. Oceniając pragmatycznie planowaną liczbę konkursów na świadczenia opieki długoterminowej należy uznać, że w sytuacji dramatycznego niedoboru środków finansowych pozostających w dyspozycji NFZ oraz przy zastosowaniu projektowanych kryteriów oceny ofert (szczególnie w wersji do stycznia 2028 r., tj. rażąco faworyzujących podmioty szpitalne), nieuchronnym skutkiem przyjęcia Projektu w obecnej wersji będzie wyeliminowanie wielu obecnych świadczeniodawców lub zawarcie przez nich umów na znacznie niższe limity finansowe (efekt rankingów konkursowych), niepozwalające zapewnić kontynuacji dotychczas sprawowanej nad pacjentami opieki i podważające racjonalność ich dalszej działalności. W konsekwencji istnieje więc poważne ryzyko likwidacji obecnych świadczeniodawców, co paradoksalnie doprowadzi do ograniczenia dostępności opieki długoterminowej, wbrew intencjom Programu D4.1.1.			

			Ponadto projektowane zmiany kryteriów budzą zastrzeżenia dotyczące naruszenia zasady równości podmiotów. Nowe brzmienie załącznika nr 6 do Projektu w sposób faktyczny premiuje wyłącznie podmioty posiadające rozbudowaną strukturę organizacyjną, tj. oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, laboratoria oraz wyspecjalizowany sprzęt, które co do zasady nie mają zastosowania przy udzielaniu świadczeń opieki długoterminowej i są finansowane w niezależny sposób, w oparciu o odrębnie zawierane umowy. Premiowanie posiadania takich zasobów „w rejestrze" lub „w lokalizacji" może być uznane za ukrytą formę finansowania infrastruktury bez związku z ilością i jakością udzielanych świadczeń. Dodatkowo premiowanie wyłącznie podmiotów posiadających umowę PSZ („sieci szpitali") jest przejawem nierównego traktowania podmiotów. Jednocześnie Projekt deprecjonuje długofalowe doświadczenia świadczeniodawców, którzy przez wiele lat z powodzeniem realizowali świadczenia w jednym zakresie (np. ZOL, pielęgniarska opieka domowa), jednak nie posiadają rozbudowanej bazy organizacyjnej ani aktualnie zakontraktowanych innych zakresów. Ponadto niezrozumiały jest cel tymczasowego oraz znacznego obniżenia punktacji (na trzy lata, do stycznia 2028 r.) z tytułu ciągłości udzielania świadczeń poprzez zmniejszenie maksymalnego wyniku oceny ofert z 22 do 11 punktów. Po upływie tego okresu maksymalna punktacja z tytułu ciągłości miałaby ponownie wzrosnąć do 15 punktów, co i tak będzie stanowiło istotne obniżenie w stosunku do obecnych 22 punktów. Zmiany te, w połączeniu z nieuzasadnioną merytorycznie i			

			wysoką dodatkową punktacją za posiadanie w lokalizacji oddziałów szpitalnych, poradni, laboratorium analitycznego oraz pracowni RTG (których i tak wysoka dodatkowa punktacja zostanie dwukrotnie zwiększona w okresie najbliższych dwóch lat), będą katastrofalne w skutkach dla obecnych świadczeniodawców specjalizujących się w opiece długoterminowej. W naszej ocenie tak znacząca zmiana kryteriów może prowadzić do faworyzowania nowych podmiotów, niemających doświadczenia w realizacji świadczeń opieki długoterminowej, ale posiadających rozbudowaną strukturę, często nieuzasadnioną z medycznego punktu widzenia. W konsekwencji doprowadzi to do dyskryminacji dotychczasowych świadczeniodawców, działających nieprzerwanie przez wiele lat w wąskim zakresie, i będzie prowadzić do nierównego traktowania podmiotów o porównywalnych kompetencjach klinicznych, ale różnej strukturze organizacyjnej. Ponadto w następnych latach podmioty te będą miały możliwość korzystania z dodatkowych punktów za ciągłość, więc punktacja z tego tytułu ponownie wzrośnie. W konsekwencji, projektowane zmiany, mimo deklarowanej intencji poprawy jakości i kompleksowości opieki, mogą w rzeczywistości doprowadzić do monopolizacji rynku przez duże jednostki (np. szpitale) i wykluczenia mniejszych oraz długo działających świadczeniodawców z rynku świadczeń publicznych, co bezpośrednio przełoży się na dostępność opieki w wielu lokalizacjach. Ryzyko likwidacji dotychczasowych świadczeniodawców należy ponadto połączyć z niepewnym efektem			

			finansowanych obecnie z KPO inwestycji realizowanych przez szpitale (w przeważającej części powiatowe), których kondycja finansowa i chroniczna tendencja do zadłużania się wzbudzają uzasadnione wątpliwości z perspektywy możliwości kontynuowania realizacji świadczeń opieki długoterminowej po wyczerpaniu środków z KPO.			
			2. Uwagi szczegółowe A. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – kryterium: „ciągłość” Uwagi: Projektowana treść jest nieprecyzyjna i może prowadzić do licznych rozbieżności interpretacyjnych, w tym stwarzać ryzyko uznaniowego interpretowania przez poszczególne komisje konkursowe.		Proponowane rozwiązanie: Proponujemy pozostawienie obecnego brzmienia lub jego modyfikację w taki sposób, aby uniknąć rozbieżności interpretacyjnych w zakresie: „(…) i przyjętym w ciągu 3 dni po zakończeniu hospitalizacji”, co wydaje się być błędne w kontekście kolejek na przyjęcie do opieki domowej.	**Uwaga uwzględniona.** Zmodyfikowano przepis przez wskazanie, że dotyczy to ponownego przyjęcia pacjenta do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej po zakończonej hospitalizacji .
			B. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Pozostałe uwagi dotyczą projektowanych zmian w przedmiocie postępowania dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych, ale mają także zastosowanie do zakładów opiekuńczo-leczniczych dla świadczeniodawców wentylowanych mechanicznie oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla świadczeniodawców wentylowanych mechanicznie. a) Kryterium: „kompleksowość”, kategoria: „oddziały/poradnie” Oceniany warunek: •		Proponowane rozwiązanie: Proponujemy pozostawienie obecnego brzmienia i rezygnację z projektowanych zmian. Wystarczający jest obecny zapis ocenianego warunku, tj. zapewnienie dostępności do niezbędnej hospitalizacji, a formy tego zapewnienia mogą być różne i w żaden sposób nie ograniczają praw pacjenta. Zapewnienie dostępności do ww. badań jest obecnie realizowane w bazie własnej lub na podstawie zawartych umów. Wnioskujemy o	**Uwaga nieuwzględniona** Wyjaśnienie jw. do Lp.6 (kolumna 7)

			oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze; • oddział chirurgii ogólnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze; • oddział neurologiczny w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze; • oddział chorób płuc w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze; • poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze; • poradnia chirurgii ogólnej, wpisana w rejestrze; • poradnia neurologiczna, wpisana w rejestrze. Uwagi: Projekt w obecnym brzmieniu, a w szczególności mającym obowiązywać do stycznia 2028 r., promuje jednostki szpitalne i stawia w gorszej pozycji samodzielne zakłady opiekuńczo-lecznicze, które nie znajdują się w strukturze szpitali. Projektowane warunki, w dwóch wariantach mających obowiązywać w kolejnych okresach, naruszają zasadę równego traktowania oferentów. Zakłady opieki długoterminowej udzielają świadczeń pacjentom, którzy zakończyli proces leczenia oraz rehabilitacji i nie wymagają leczenia szpitalnego, więc preferowanie		rezygnację ze wszystkich nowych kryteriów w tej kategorii („dostęp do badań”). Wnioskujemy o utrzymanie obecnej punktacji i rezygnację z projektowanych zmian.	

			placówek, które mają w swojej strukturze oddziały szpitalne jest bezzasadne. Należy podkreślić, że z tytułu posiadania tych wszystkich komórek i zasobów w rejestrze oferent może liczyć na wysoką punktację dodatkową, która spowoduje przesunięcie go na szczyt rankingu. Spodziewać należy się zatem sytuacji, w której, w wyniku nowych kryteriów, na danym obszarze kontraktowania wybór będzie następował wyłącznie pomiędzy szpitalami, które dotychczas nie realizowały takich świadczeń, ale są beneficjentami programu finasowania inwestycji ze środków KPO. Co więcej, od stycznia 2028 r., z nieznanych powodów, znaczenie tych kryteriów spadnie o połowę. Ponadto podkreślamy, że zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, pacjentem opieki długoterminowej jest osoba, która: • jest przewlekle chora; • ma ograniczoną samodzielność; • nie wymaga leczenia szpitalnego; • wymaga codziennej opieki medycznej i pielęgnacyjnej; • spełnia kryteria określone w skali Barthel. b) Kryterium: „kompleksowość”, kategoria: „dostęp do badań” Oceniany warunek: • badania rentgenowskie – w lokalizacji; • zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej – medyczne laboratorium diagnostyczne – w lokalizacji.			

			Uwagi: Dostęp do ww. badań jest z założenia sprzeczny z charakterem placówek opieki długoterminowej – pacjent jest tam kierowany po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji. Potrzeba wykonania tego typu badań u pacjentów w opiece długoterminowej jest sporadyczna i nie wymaga natychmiastowych działań realizowanych w lokalizacji świadczeniodawcy. Co więcej, od stycznia 2028 r., znaczenie tych kryteriów spadnie o połowę. c) kryterium: „ciągłość” Uwagi: Uważamy, że nie ma uzasadnienia dla obniżania punktacji w zakresie wartości „ciągłość” z 22 do maksymalnie 15 punktów, a tym bardziej dla ustalenia 2-letniego okresu (do stycznia 2028r.) z jeszcze niższą punktacją. Doświadczenie w realizacji świadczeń powinno być odpowiednio promowane, a projektowane zmiany są nieuzasadnioną próbą doraźnego manipulowania kryteriami na rzecz beneficjentów dofinansowania z KPO. 3. Podsumowanie Kryteria zawarte w Projekcie w nieuzasadniony sposób faworyzują szpitale ubiegające się o kontrakty na świadczenia opieki długoterminowej, co zapewne ma być wzmocnieniem ich dominującej pozycji i preferencyjnego traktowania (świadczą o tym m.in. kryteria udziału w naborze do Programu D4.1.1). Szpitale uzyskają znaczną przewagę w ocenie punktowej z uwagi na posiadaną infrastrukturę oraz sprzęt (niemające			

			bezpośredniego związku z udzielaniem świadczeń opieki długoterminowej), a oferty obecnych świadczeniodawców zostaną znacznie niżej ocenione z uwagi na drastyczne zmniejszenie wagi dotychczasowych kryteriów. Narusza to zasadę równego traktowania oferentów. Ponadto wprowadzenie odrębnych, tymczasowych kryteriów obowiązujących do stycznia 2028 r., stanowi niebezpieczny i szkodliwy precedens.			
7.	ZOL dla dzieci Rudołtowice	§ 1. Pkt 2	Polski Związek Niewidomych Centrum Edukacyjno- Leczniczo- Rehabilitacyjne dla Dzieci i Młodzieży w Rudołtowicach w ślad za wcześniejsza korespondencja w ww. sprawie zwraca się z prośbą o ponowną analizę zapisów opublikowanych projektów w zakresie wymagań jakie stawiane są w zakresie opieki długoterminowej placówkom już istniejącym prowadzonym przez organizacje pozarządowe tj.: 1. Opieka długoterminowa (zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy/ zakład opiekuńczo-leczniczy) dla dzieci i młodzieży zdecydowanie rożni się od opieki długoterminowej dla dorosłych. chociażby w zakresie wymaganego do realizacji świadczeń personelu czy tez spełnienia obowiązku zapewnienia edukacji w odniesieniu do dzieci do 18 roku życia, 2. Zakłady Opiekuńczo- Lecznicze tez profilowane np. może być zakład o profilu psychiatrycznym lub specjalizujący się w dzieciach lezących z uszkodzeniem narządu ruchu. Tak więc tym samym nakładanie na wszystkie Zakłady Opiekuńczo- Lecznicze takich samych wymogów jest w naszej opinii bezzasadne. 3. W zakresie spełnienia wymagań KOMPLEKSOWOSCI świadczonych usług przez ZOL-e, który polega na			**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które

			posiadaniu oddziałów szpitalnych, przychodni specjalistycznych, własnego laboratorium oraz wymienionego w projekcie rozporządzenia sprzętu diagnostycznego w lokalizacji nie przystaje do rzeczywistości, ponieważ: • z usług oddziału chirurgicznego nasza placówka korzystała w ubiegłym roku 3-krotnie (2 -razy założenie PEG-a, 1-raz złamanie kończyny), w kwestii zapewnienia realizacji badan laboratoryjnych zawarliśmy odpowiednią umowę z laboratorium diagnostycznym tym samym nie potrzebujemy własnego laboratorium w lokalizacji, • ze sprzętu diagnostycznego wykonującego badania RTG, TK, RM w ubiegłym roku skorzystaliśmy tylko 8 razy, tym samym tez nie wydaje się zasadne zakupienie, serwisowanie i posiadanie kosztownego sprzętu we własnym zakresie, • w zakresie wymogu posiadania np. przychodni pediatrycznej, neurologicznej w lokalizacji- z naszej perspektywy nie jest to konieczne w związku z tym, ze mamy lekarza pediatry i neurologa zatrudnionego u siebie w placówce. • w zakresie przychodni specjalistycznej np. psychiatrycznej- nie jesteśmy ZOL-em o profilu psychiatrycznym, ale na potrzeby naszych podopiecznych mamy umowę podpisana z przygodnią psychiatryczna, z której każde dziecko korzysta dwukrotnie w przeciągu roku czyli 56 razy. • wymóg posiadania psychologa o specjalności psychiatrycznej nie jest zasadny w ZOL bez specjalności psychiatrycznej, w przypadku dzieci lezących z głębokimi niepełnosprawnościami. Nasze Centrum zatrudnia psychologa o specjalności: psycholog kliniczny ze specjalności pedagogiczną. Taki specjalista			dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń. Warunki kryterialne mają na celu podwyższenie standardu opieki względem warunków obowiązujących w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych i wybór najlepszych spośród złożonych ofert świadczeniodawców funkcjonującym na danym rynku usług zdrowotnych. Ich spełnienie nie jest warunkiem obowiązkowym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253) wskazuje na cząstkowe etaty lekarzy o rożnych specjalizacjach w tym wymienia m.in. lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub pediatrii lub rehabilitacji medycznej. Warunek określony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych nie precyzuje z jaką częstotliwością określony lekarz, wymieniony w katalogu lekarzy ma udzielać świadczeń. Wskazanie posiadania poradni w lokalizacji

			jest nam bardziej potrzebny z uwagi na naukę dzieci w wieku szkolnym alternatywnych form komunikacji. Nie ma na rynku pracy dostępnych psychologów klinicznych, którzy ukończyli uczelnie zamieszczone na Państwa liście. Ponadto wskazujecie Państwo uczelnie, które honorujecie, co ogranicza zakres psychologów klinicznych. Nie jest zrozumiale, dlaczego absolwenci jednych uczelni są przez Państwa uznawani a absolwenci innych uczelni nie przez Państwa honorowani. Prosimy 0 modyfikacje proponowanych zmian tego rozporządzenia jak i również rozważenie możliwości dodania „lub psycholog" w przedmiocie postpowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci 1 młodzieży lub zakład opiekuńczo-leczniczego dla dzieci i młodzieży" w zakresie dotyczącym punktu I w kryterium jakości i kategorii personel w pozycji 1.7 „Specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny równoważnik co najmniej 1/2 etatu na 35 łóżek". Zwracam Państwa uwagę na fakt, iż umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w całym naszym województwie śląskim w zakresie SWIADCZENIA W ZAKLADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUNCZYM DLA DZIECI I MLODZIEZY/OPIEKUNCZO-LECZNICZYM DLA DZIECI I MLODZIEZY realizuje, łącznie z nami, tylko czterech świadczeniodawców i nie są to szpitale, tylko organizacje pozarządowe. Analiza realizacji umów w ww. zakresie w skali całego kraju pokazuje także przewagę			u danego świadczeniodawcy, zapewni szerszy i stały oraz ułatwiony dostęp do specjalistów funkcjonujących w ramach jednej struktury organizacyjnej. Ponadto lekarz neurolog dziecięcy nie został wymieniony jako obowiązkowy. W świetle powyższego warunek posiadania poradni pediatrycznej lub neurologii dziecięcej jest uzasadniony

			placówek organizacji pozarządowych, a nie szpitali. Żadna organizacja pozarządowa nie spełni kryterium Kompleksowości, tym samym zmusicie nas Państwo do likwidacji istniejących placówek. Dzieci, które mają rodzinę przekażemy pod opiekę rodzicom a co w takim razie z dziećmi, które nie mają rodziców lub rodzice zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej, dziećmi umieszczonymi w ZOL-ach postanowieniem Sądu, komu mamy je przekazać? Reasumując, czy placówki takie jak nasze realizujące świadczenia dla dzieci powinny obowiązywać takie same kryteria jak placówki szpitalne, które w swoich zasobach w lokalizacji posiadają oddziały, poradnie, pracownie diagnostyki obrazowej czy tez własne laboratoria?			
8.	Ogólnopolski Związek Świadczenioda wców Wentylacji Mechanicznej	§ 1. Pkt 2	W naszej opinii projektowane zmiany rozporządzenia są motywowane głównie decyzjami politycznymi dotyczącymi skierowania środków z KPO na inwestycje w opiece długoterminowej wyłącznie do szpitali powiatowych w ośmiu wybranych województwach. Co prawda wentylacja mechaniczna poza szpitalna jest zdominowana przez świadczenia realizowane w warunkach domowych, tym nie mniej pacjenci oraz ich bliscy, którzy z różnych przyczyn nie mogą przebywać pod respiratorami w warunkach domowych powinni mieć zabezpieczoną specjalistyczną opiekę w odpowiednio przygotowanych do tego zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL-ach). W naszej opinii zmiany zaproponowane w tym projekcie rozporządzenia mogą			**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych

			spowodować utratę kontraktów przez dotychczasowych świadczeniodawców na rzecz nowo powstających ZOL-i tworzonych przez szpitale ze środków KPO. Takie podejście niesie za sobą ogromne ryzyko inwestycyjne dla kogokolwiek, kto będzie chciał w przyszłości zainwestować w ten sektor ochrony zdrowia. <u>Możliwość poszerzenia bazy łóżek znajdujących się w ZOL-ach i dedykowanych pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej powinno korelować ze zwiększeniem planów rzeczowo – finansowych przez poszczególne oddziały NFZ.</u> Ponieważ nie mamy żadnych sygnałów ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia o zwiększeniu planów rzeczowo – finansowych w przyszłych okresach, jasne jest, że przy tak zmodyfikowanych kryteriach, w projektowanym rozporządzeniu nowe kontrakty będą otrzymywały placówki, które na dzień dzisiejszy nie istnieją, nie mają doświadczonej i wysoko wykwalifikowanej kadry w tej dziedzinie i co za tym idzie nie gwarantują utrzymania jakości jaką dają aktualnie realizujący kontrakty z NFZ świadczeniodawcy zajmujący się opieką nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach stacjonarnych (ZOL-e). W tym miejscu pragniemy również zauważyć, że zwiększenia planów rzeczowo – finansowych domagają się również świadczeniodawcy wentylacji mechanicznej domowej, ponieważ już dzisiaj 3000 pacjentów przebywających pod opieką naszych członków nie jest objęta kontraktem i jest rozliczana raz do roku na odrębnych warunkach. Dla przykładu za świadczenia zrealizowane poza kontraktami w 2024 r.			rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń.

			świadczeniodawcy otrzymali jedynie 70 % wartości udzielonych świadczeń. Jeżeli nie będzie zwiększonych planów rzeczowo – finansowych NFZ, w wyniku których nowe placówki dostałyby odrębne, nowe kontrakty uważamy podpisanie rozporządzenia w takim kształcie za nieodpowiedzialne. W związku z powyższym, wnioskujemy o zmianę kryteriów oceny ofert w konkursie – tak, aby w sposób rzeczywisty promowały jakość, dostępność i gotowość do świadczenia opieki długoterminowej. Wprowadzenie kryteriów sztucznie preferujących szpitale niesie ze sobą ryzyko, że placówki opieki długoterminowej, które działają na rynku od wielu lat, zostaną pozbawione finansowania. Jest to rozwiązanie niesprawiedliwe, ale także szkodliwe dla pacjentów. Kryteria oparte na posiadaniu struktur typowo szpitalnych (oddziałów, poradni specjalistycznych, zaplecza diagnostycznego) nie pozostają w bezpośrednim związku z jakością i dostępnością świadczeń opieki długoterminowej, która z zasady powinna mieć miejsce poza szpitalem, najlepiej w domu.			
9.	Stowarzyszenie "Jednym Tchem"	§ 1. Pkt 2	1. Premiowanie posiadania oddziału chorób płuc jest zasadne, ale nie uwzględnia świadczeń realizowanych w warunkach domowych, w tym wentylacji mechanicznej – co zmniejsza koszty oraz zapobiega „zaleganiu" pacjentów w szpitalach wobec braku odpowiedniej ilości miejsc w ZOL – ach dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Większość pacjentów wentylowanych mechanicznie przebywa w domach, a ich opieka wymaga wysokospecjalistycznego wsparcia zespołu specjalistów i koordynacji. Według aktualnych danych liczba pacjentów		Dodanie warunku premiującego współpracę z zespołami wentylacji domowej oraz realizację świadczeń zgodnie z modelem opracowanym przez AOTMiT.	**Uwaga poza zakresem regulacji** Decyzje w sprawie kierunków zmian dotyczących warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej pozostają w gestii Ministra Zdrowia i zostaną podjęte po analizie zaproponowanych rozwiązań.

			kwalifikowanych do wentylacji domowej przekroczyła 12 tys., z czego ponad 3 tys. pozostaje poza kontraktami NFZ (2025 r.). Pacjenci wentylowani mechanicznie w warunkach domowych stanowią odrębny zakres domowej opieki. Dodanie warunku premiującego współpracę z zespołami wentylacji domowej oraz realizację świadczeń zgodnie z modelem opracowanym przez AOTMiT. długoterminowej, obok pielęgniarskiej opieki długoterminowej; w 2023 r. NFZ odnotował 19,16 mln osobodni w opiece długoterminowej w warunkach domowych, co obrazuje skalę i znaczenie tej formy opieki.			
			2. Usunięcie warunku premiującego przyjęcia bezpośrednio po hospitalizacji może pogorszyć płynność przejścia pacjenta do opieki domowej. Dla pacjentów wentylowanych mechanicznie szybkie przejęcie opieki po wypisie ze szpitala jest kluczowe dla bezpieczeństwa. Natomiast brak takiej opieki może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia lub nawet zgonem. Okres bezpośrednio po hospitalizacji, związanej z pogorszeniem stanu zdrowia, jest najtrudniejszy i najbardziej niebezpieczny dla pacjentów, bo jeszcze nie posiadają odpowiedniej wiedzy i doświadczenia w nowej dla siebie sytuacji.		Przywrócenie warunku lub dodanie nowego, uwzględniającego koordynację z zespołami szpitalnymi i zapewnienie ciągłości opieki domowej.	**Uwaga nieuwzględniona** Od czasu wejścia w życie systemu kolejkowania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i w opiece domowej, kryterium dotyczące przyjęcia bezpośrednio po hospitalizacji nie znajduje uzasadnienia. Decydujące znaczenie ma stan pacjenta.

			3.Projekt nie zawiera odniesień do świadczeń pielęgniarskich dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, mimo że są one kluczowe dla tej grupy. Brak takich zapisów może prowadzić do marginalizacji tej formy opieki. Szacuje się, że w 2025 r. populacja chorych objętych domową wentylacją mechaniczną w Polsce przekracza 14 tys. osób i nadal rośnie, co potwierdzają bieżące doniesienia branżowe oraz komunikaty organizacji pacjentów i świadczeniodawców. Struktura tej grupy jest zdominowana przez chorych wentylowanych nieinwazyjnie (ok. 70–80%), co wynika z profilu wskazań (m.in. POChP, otyłość-hipowentylacja, choroby nerwowo-mięśniowe) oraz trendów organizacyjnych w opiece długoterminowej. W tych warunkach włączenie świadczeń pielęgniarskich jako odrębnego, punktowanego kryterium oceny ofert (obok ceny i parametrów sprzętu) jest warunkiem zapobieżenia marginalizacji opieki nad pacjentami kilku- i wielochorobowymi wymagającymi respiratoterapii. Pielęgniarki zapewniają ciągłość i bezpieczeństwo terapii	1) Dlaczego to konieczne? • Złożoność kliniczna: multimorbidność + niewydolność oddechowa oznaczają częste zaostrzenia, polifarmakoterapię, ryzyko zakażeń, odleżyn i niedożywienia. To wymaga stałego, kompetentnego nadzoru pielęgniarskiego, nie tylko epizodycznych świadczeń lekarskich. • Ciągłość i koordynacja: pielęgniarki są kluczowym łącznikiem między pacjentem, rodziną, lekarzem, fizjoterapeutą, OIT/oddziałem i POZ. Kryteria oceny ofert bez komponentu pielęgniarskiego premiują modele „sprzętowe”, a nie opiekuńczo-kliniczne. • Bezpieczeństwo: tracheostomia, NIV/IV, żywienie dojelitowe,	Dodanie kryteriów jakościowych i dostępności dla świadczeniodawców realizujących pielęgniarską opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.	**Uwaga nieuwzględniona** Uwaga poza zakresem nowelizacji, Ponadto nie zostały wskazane konkretne propozycje rozwiązań. W ramach Przedmiotu postepowania: Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie są udzielane świadczenia pielęgniarskie. W kryterium Jakość premiowane są pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w odpowiednich dziedzinach medycyny.

			(tracheostomia/NIV, higiena dróg oddechowych, profilaktyka odleżyn i zakażeń, edukacja i wsparcie opiekunów, telemonitoring i wczesne interwencje), co bezpośrednio przekłada się na mniejszą liczbę zaostrzeń i hospitalizacji a co za tym idzie redukcję kosztów systemowych. Uwzględnienie jakości i dostępności tych świadczeń w kryteriach przetargowych premiuje modele opieki zorientowane na wynik kliniczny i bezpieczeństwo chorego, a nie wyłącznie na dostawę sprzętu, tym samym chroniąc najbardziej wrażliwą grupę pacjentów przed wykluczeniem jakościowym. Uwzględnienie pielęgniarskich świadczeń dla pacjentów kilku- i wielochorobowych wymagających respiratoterapii (w tym inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej) w kryteriach oceny ofert zapobiegnie marginalizacji tej opieki i poprawi wyniki zdrowotne oraz bezpieczeństwo pacjentów.	profilaktyka aspiracji i odleżyn – to obszary o wysokim ryzyku powikłań, gdzie jakość pielęgniarska bezpośrednio przekłada się na hospitalizacje i śmiertelność. • Równość dostępu: wpisanie wymogów pielęgniarskich w kryteria zapobiega „wycinaniu” tych świadczeń przez oferentów konkurujących wyłącznie ceną. 2) Zakres kluczowych świadczeń pielęgniarskich (co oceniać) • Ocena stanu pacjenta I plan opieki (w tym skale ryzyka, np. odleżyny, niedożywienie, delirium). • Prowadzenie i aseptyka tracheostomii (toaleta, wymiana opatrunków, zmiana kaniuli wg zleceń/standardów). • Higiena dróg oddechowych: toaleta drzewa oskrzelowego, ssanie, nebulizacje, drenaż ułożeniowy we współpracy z fizjoterapeutą. • Nadzór nad NIV/IV: dopasowanie interfejsu, kontrola przecieków, tolerancja, alarmy, parametry i dokumentacja. • Profilaktyka zakażeń (ręce, obwody, filtry, procedury dekontaminacji sprzętu). • Opieka nad ranami/odleżynami,		

				profilaktyka powikłań unieruchomienia. • Edukacja pacjenta i opiekunów. • Zarządzanie lekami i tlenoterapią; monitorowanie działań niepożądanych. • Teleopieka i wczesna interwencja przy alarmach/objawach. • Koordynacja przejść opieki (wypis ze szpitala → dom, opieka wytchnieniowa, hospicjum). 3) Propozycja kryteriów oceny ofert (z przykładowymi wagami) 1. Dostępność pielęgniarska 24/7 (czas reakcji, dyżury interwencyjne) – 20% 2. Kwalifikacje zespołu (specjalizacja, kurs wentylacji/tracheostomii, staż) – 15% 3. Standardy i procedury (SOP, checklisty, ścieżki kliniczne, zgody, RODO) – 10% 4. Wskaźniki jakości i bezpieczeństwa deklarowane i raportowane kwartalnie – 15% 5. Koordynacja opieki (case manager, komunikacja z lekarzem/rehabilitantem) – 10% 6. Edukacja i wsparcie opiekunów (program + materiały + ocena kompetencji) – 10% 7. Teleopieka i monitoring (zdalne konsultacje, obsługa		

				alarmów, rejestry) – 8% 8. Normy czasu i obsady (godziny na pacjenta/miesiąc, zastępstwa) – 5% 9. Ciągłość opieki przy wypisach/zaostrzeniach (czas wdrożenia, checklisty transferu) – 4% 10. Doświadczenie z grupą HMV/NIV (liczba pacjentów, studia przypadków) – 3% Wagi można skalibrować lokalnie, ale łączna suma = 100% i co najmniej 50% punktów powinna dotyczyć treści stricte pielęgniarskiej. 4) Mierzalne wskaźniki (KPI) do włączenia do SIWZ/umowy • Rehospitalizacje 30-dniowe z przyczyn oddechowych: < X%/kwartał. Def.: liczba rehospitalizacji/ogół pacjentów w programie × 100%. • Zakażenia w miejscu tracheostomii: < Y na 100 pacjentomiesięcy. • Czas reakcji na alarm krytyczny (średnia/mediana): ≤ Z minut. • Kompletność dokumentacji pielęgniarskiej (audyt): > 95%. • Zgodność z planem edukacji (odsetek pacjentów/opiekunów z		

				potwierdzoną kompetencją): > 90%. • Odsetek odleżyn nowych/stadium progresji: < ustalony próg. • Satysfakcja pacjentów/opiekunów (NPS/CSAT kwartalnie): > ustalony próg. • Utrzymanie ciągłości sprzętu i materiałów (brak przerw >24h): > 99%. 5) Dowody wymagane w ofercie (jak weryfikować) • Imienne wykazy pielęgniarek z kopiami kwalifikacji, harmonogramami i zakresem ról. • SOP/procedury: tracheostomia, NIV/IV, higiena, odleżyny, leki, alarmy, teleopieka. • Wzory kart świadczeń pielęgniarskich, list kontrolnych i planów opieki. • Raport przykładowych KPI z ostatnich 6–12 miesięcy (zanonimizowane). • Opis procesu przyjęcia pacjenta (≤48–72 h od's zgłoszenia) i trybu interwencji 24/7. • Plan szkolenia i superwizji (onboarding, oceny kompetencji, symulacje). 6) Mechanizmy kontraktowe (egzekwowanie jakości) • Premie/obniżki za realizację/przekroczenie lub niewykonanie KPI. • Audyt kliniczny		

				(zapowiedziany i niezapowiedziany) min. 2×/rok. • Raportowanie kwartalne KPI + zdarzenia niepożądane + działania korygujące. • Klauzule ciągłości: zapewnienie zastępstw i planów awaryjnych (blackout, awarie). 7) Ryzyka braku takich kryteriów • Zaniżanie ceny kosztem obsady i kwalifikacji → wzrost powikłań i kosztów systemowych (SOR, hospitalizacje). • Fikcyjna teleopieka i „puste” świadczenia edukacyjne bez efektu. • Nierówności terytorialne i wykluczenie pacjentów o największych potrzebach. 8) Spodziewane efekty włączenia pielęgniarstwa do oceny ofert • Mniej zaostrzeń i hospitalizacji, lepsza kontrola objawów, większe bezpieczeństwo domowe. • Wyższa satysfakcja pacjenta i opiekuna, mniejsze obciążenie rodzin. • Stabilniejsze koszty dzięki prewencji i wczesnym interwencjom. • Profesjonalizacja rynku usług respiratoterapii – konkurencja jakością, nie tylko ceną.		

				Konkluzja: Wpisanie konkretnych, mierzalnych i weryfikowalnych świadczeń pielęgniarskich do kryteriów oceny ofert przesuwa punkt ciężkości z samego „dostarczenia sprzętu/usługi” na wynik kliniczny i bezpieczeństwo pacjenta złożonego. To praktyczny i sprawiedliwy sposób, by zapobiec marginalizacji opieki nad jedną z najbardziej wrażliwych grup chorych.		
			4. Projekt przewiduje okres przejściowy do 2028 r., ale nie uwzględnia potrzeby pilnego wdrożenia modelu wentylacji domowej, który został opracowany i uzgodniony ponad 2 lata temu. Brak implementacji tego modelu w kryteriach oceny ofert jest niezrozumiały.	AOTMiT oraz środowiska kliniczne i pacjenckie opracowały w 2023 r. analityczne założenia nowego modelu domowej wentylacji mechanicznej. W 2021 r. Agencja wydała raport taryfikacyjny i aneks dla zespołów długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (WT.5403.24.2021). W odpowiedzi na interpelację (VI 2025) MZ wskazało, że prace nad wdrożeniem modelu trwają. Odwołanie do tych dokumentów w okresie przejściowym wzmacnia zasadność włączenia modelu jako standardu.	Włączenie modelu wentylacji domowej jako obowiązującego standardu w okresie przejściowym, z premiowaniem świadczeniodawców, którzy go wdrażają.	**Uwaga poza zakresem regulacji** Decyzje w sprawie kierunków zmian dotyczących warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej pozostają w gestii Ministra Zdrowia i zostaną podjęte po analizie zaproponowanych rozwiązań.
			5. Premiowanie współpracy z AOTMiT nie		Doprecyzowanie, że	

			uwzględnia danych przekazywanych w zakresie wentylacji mechanicznej. Dane te są kluczowe dla oceny efektywności i bezpieczeństwa świadczeń w warunkach domowych.		współpraca z AOTMiT obejmuje również przekazywanie danych dotyczących wentylacji domowej i jej efektów klinicznych.	**Uwaga nieuwzględniona** Współpraca z AOTMiT obejmuje przekazywanie danych z wszystkich zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również dane przekazywane w zakresie wentylacji mechanicznej.
			6. Rozporządzenie jest motywowane decyzjami politycznymi dotyczącymi skierowania środków z KPO na inwestycje w opiece długoterminowej. Zmiany mogą skutkować utratą kontraktów przez dotychczasowych świadczeniodawców na rzecz nowo powstających ZOL-i które nie mają doświadczenia ani kadry w opiece nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie. <u>Brak korelacji między zwiększeniem liczby łóżek a planami rzeczowo-finansowymi NFZ</u> rodzi ryzyko obniżenia jakości świadczeń. Stowarzyszenie postuluje wprowadzenia systemu monitorowania jakości w nowo powstających ZOL-ach opiekujących się pacjentami wentylowanymi mechanicznie.		Wprowadzenie mechanizmu przejściowego chroniącego dotychczasowych świadczeniodawców przed utratą kontraktów. Uwzględnienie doświadczenia kadry jako kryterium oceny ofert. Skorelowanie rozwoju infrastruktury ZOL z realnym zwiększeniem finansowania przez NFZ. Proponowane wskaźniki: 30- i 90-dniowa rehospitalizacja; częstość zakażeń dróg oddechowych i zaostrzeń POChP; zdarzenia niepożądane (odłączenia/awarie sprzętu); czas reakcji na alarm; odsetek pacjentów objętych telemonitoringiem; satysfakcja pacjentów/opiekunów. Zalecić coroczne audyty oraz publikację wyników w BIP/OW NFZ.	**Uwaga niezasadna** Celem projektowanych zmian jest umożliwienie włączenia do systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obok obecnie funkcjonujących świadczeniodawców, nowych podmiotów, zapewniających bardziej kompleksową opieką. Projekt przewiduje premiowanie ofert podmiotów, które zabezpieczą opiekę kompleksową dla osób wymagających czynności opiekuńczo - leczniczych na poziomie opieki długoterminowej, ambulatoryjnym i szpitalnym.

10	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	§ 1. Pkt 1	1. **Zasadność wprowadzenia nowej technologii i rozszerzenia grupy świadczeniodawców.** Włączenie teleradioterapii stereotaktycznej żyroskopowej (TSZ) do systemu świadczeń gwarantowanej opieki zdrowotnej można rozpatrzyć pozytywnie, z uwagi na potrzebę zwiększenia dostępności do wysokospecjalistycznych form terapii onkologicznej, w szczególności u pacjentów z trudno dostępnymi lokalizacjami zmian chorobowych, jak np. guzy mózgu i przerzuty do mózgu. Natomiast rozszerzenie świadczeniodawców o podmioty dysponujące technologią TSZ może pozytywnie wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi oraz zwiększyć dostępność do innowacyjnych form leczenia w ramach systemu publicznego. 2. **Ograniczenia i potrzeba doprecyzowania wskazań zastosowania TSZ.** Zgodnie z przedstawionymi danymi, interwencja powinna być stosowana wyłącznie w ściśle określonej grupie pacjentów. Obecnie wskazania obejmują zarówno schorzenia onkologiczne jak i nieonkologiczne. 3**. Dowody naukowe a praktyka kliniczna.** Aktualnie brak jest jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających przewagę technologii ZAP-X oraz pokrewnej OMSCMR nad innymi dostępnymi metodami teleradioterapii, natomiast praktyka kliniczna potwierdza ich przydatność. Pacjenci z tymi wskazaniami uzyskają dostęp do nowoczesnej i bezpiecznej metody leczenia w szpitalach specjalistycznych o profilu onkologicznym		Należałoby jednak poddać nowe podmioty stałemu nadzorowi i kontroli uwzględniając: - monitorowanie efektów leczenia oraz prowadzenie rejestru świadczeń realizowanych z użyciem tej technologii; - wprowadzenie precyzyjnych kryteriów kwalifikacji pacjentów; - prawidłowe rozliczanie środków publicznych (być może z zastosowaniem warunkowego finansowania); - odpowiednie dane kliniczne i kosztowe; - uwzględnienie opinii środowiska naukowego i klinicznego. Pożądanym byłoby zatem doprecyzowanie kryteriów kwalifikacji do leczenia przy użyciu TSZ, co pozwoli uniknąć nieuzasadnionego rozszerzania wskazań oraz zapewni racjonalne i efektywne wykorzystanie zasobów finansowych i systemowych.	**Uwaga nieuwzględniona** Uwagi dotyczą de facto warunków określonych w tzw. rozporządzaniu koszykowym wydawanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które powinny obejmować wszystkie podmioty realizujące teleradioterapię stereotaktyczną żyroskopową (TSZ). Regulacje, których dotyczyły ww. uwagi zostały przeniesione do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postepowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1836), aktualnie są już w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1553).

			lub neurochirurgicznym. Natomiast, w tym aspekcie, należałoby zgromadzić więcej danych klinicznych.			
11	Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym	§ 1. Pkt 2	W naszej opinii proponowane zmiany budzą poważne wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistymi potrzebami pacjentów oraz organizacyjnymi uwarunkowaniami świadczeń opieki długoterminowej. Koalicja stanowczo sprzeciwia się faworyzowaniu przekształcanych aktualnie oddziałów szpitali powiatowych w zakłady opieki długoterminowej, które otrzymają na ten cel środki z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) i tym samym stawianiu w gorszej pozycji istniejących już, z wypracowaną jakością i kadrą samodzielnych zakładów, niejednokrotnie z ponad 20-letnim doświadczeniem, które nie znajdują się w strukturze szpitali. Procedowany w takiej formie projekt może spowodować brak możliwości zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń opieki długoterminowej przez obecnie funkcjonujące zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) oraz podmioty realizujące świadczenia z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej (PODD). Tym samym z rynku mogą zniknąć zakłady o wieloletnim doświadczeniu i ugruntowanej opinii, a kontrakty otrzymają nowopowstałe placówki, bez doświadczenia na tym trudnym rynku, z kadrą, o której nic nie wiemy. Budynek można zbudować lub przekształcić, sprzęt dokupić, lecz organizacja to przede wszystkim ludzie. W naszej ocenie, choć Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu projektu deklaruje zwiększenie kompleksowości świadczeń, w	Projektowane zmiany mogą skutkować utratą kontraktów przez dotychczasowych świadczeniodawców na rzecz nowo powstających ZOL-i, które nie mają doświadczenia ani zabezpieczonej kadry. Brak korelacji między zwiększeniem liczby łóżek a zapewnieniem dodatkowego finansowania nowopowstałych placówek rodzi poważne ryzyko obniżenia jakości świadczeń i odejścia części kadry z sektora opieki długoterminowej pogłębiając istniejące kolejki. Obniżenie punktacji za kryterium „Ciągłość” z 22 do 15 punktów dla świadczeń stacjonarnych może osłabić motywację do utrzymywania długoterminowej opieki nad pacjentami. Pozostawienie wyższej punktacji dla podmiotów z udokumentowaną historią świadczeń powyżej 5 lat pozwoli im zachować szanse na utrzymanie kontraktów, wobec jednoczesnego premiowania kompleksowości dla nowych oferentów.	1.Proponujemy wprowadzenie mechanizmu przejściowego chroniącego dotychczasowych świadczeniodawców opieki długoterminowej przed utratą kontraktów. Proponujemy, aby w ocenie ofert większy nacisk położyć na kryterium „ciągłości” oraz uwzględnić doświadczenie kadry, zatrudnionej w obecnie funkcjonujących zakładach opieki długoterminowej jako jedno z kryteriów oceny. 2. Proponujemy pozostawienie dotychczasowej punktacji - 22 punkty - za kryterium „Ciągłość” dla podmiotów z udokumentowaną historią realizacji świadczeń w zakresie opieki długoterminowej powyżej 5 lat.	**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko

			praktyce nie uwzględnia zasadniczych różnic między długotrwałym leczeniem, a opieką długoterminową. Projekt w wielu miejscach traktuje opiekę długoterminową jako przedłużenie leczenia szpitalnego, kładąc nadmierny nacisk na dostęp do oddziałów specjalistycznych, poradni ambulatoryjnych, badań diagnostycznych oraz zaplecza infrastrukturalnego charakterystycznego dla szpitali. Tymczasem zasadniczym elementem opieki długoterminowej jest zapewnienie osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, poprawę jakości życia, a nie intensywności leczenia czy diagnostyki. Jeszcze raz podkreślamy, że premiowanie w kryteriach oceny dostępu do zasobów infrastruktury szpitalnej może prowadzić do usunięcia z rynku obecnie istniejących placówek, które koncentrują się na rzeczywistych potrzebach osób wymagających opieki długoterminowej. Tego typu „eksperyment" w opiece długoterminowej spowoduje przede wszystkim rewolucję kadrową, gdzie obecnie zatrudniony personel pielęgniarski i opiekuńczy w jakieś części na trwałe odejdzie z opieki długoterminowej. Nie ma żadnej gwarancji, że osoby, które obecnie pracują w tym sektorze zechcą podjąć pracę w nowopowstałych na bazie szpitali powiatowych ZOL-ach. W naszej opinii duża część obecnej kadry, biorąc pod uwagę jej wiek, zdecyduje się na przejście na emeryturę, pogłębiając istniejące już kolejki. Przypominamy, że dzisiaj w kolejkach do opieki długoterminowej stacjonarnej i domowej oczekuje ponad 20 tysięcy pacjentów. Warunki do włączenia nowych podmiotów do realizacji tych świadczeń, powinny być skorelowane z zapewnieniem	Po „okresie przejściowym", a więc po 1 stycznia 2028 roku, w przyszłych postępowaniach konkursowych, sugerujemy rozważyć podział kompetencji pomiędzy ZOL-e i ZPO. Placówki szpitalne posiadające w swojej strukturze ZOL-e oraz zaplecze infrastrukturalne, jak i uzyskane wcześniej doświadczenie - będą uprzywilejowane wobec świadczeniodawców funkcjonujących poza strukturą szpitala, gdyż otrzymają wówczas punkty za ciągłość, dostępność oraz kompleksowość. Placówki pozaszpitalne zarejestrowane jako ZOL-e miałyby czas na ewentualne przekształcenie się w ZPO. Liczba punktów jest za duża w porównaniu do liczby punktów przyznanych za pielęgniarki, fizjoterapeutów i opiekunów medycznych, stanowiących fundament opieki długoterminowej. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze prowadząc opiekę długoterminową opierają się w głównej mierze na pracy	3. Proponujemy zmniejszenie liczby punktów z 5 do 2 dla pozycji 1.1 lub 1.2 oraz 1.3 lub 1.4. w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy	punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń.

			dodatkowego finansowania, a nie polegać na „przenoszeniu" opieki z jednych zakładów do drugich. Bez zwiększenia środków na świadczenia opiekuńcze, przy tak sformułowanych kryteriach wyboru ofert, kontrakt otrzymają placówki, które nie mają doświadczenia albo w ogóle jeszcze nie istnieją. Szpitale powiatowe nie dysponują odpowiednim zapleczem, często oferują bardzo niską jakość opieki i w naszej opinii nie powinny być sztucznie faworyzowane przez państwo, podobnie jak miało to miejsce w warunkach konkursu KPO dla opieki długoterminowej i oddziałów geriatrycznych, gdzie z niezrozumiałych przyczyn faworyzowano 8 województw. Korzystając z faktu zainicjowania szerszej debaty w tej sprawie - zwraca się do nas o interwencje wiele osób i placówek medycznych - w naszej opinii warto również rozważyć powrót do wyraźnego rozdziału funkcji Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL) i Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZPO). Być może należy rozważyć powrót do genezy powstania tych placówek opiekuńczych, gdzie ZOL pełnił rolę przedłużenia leczenia szpitalnego, zapewniając świadczenia medyczne dla pacjentów wymagających stałego nadzoru lekarskiego (maksymalnie przez 6 miesięcy), natomiast ZPO skupiał się na opiece pielęgnacyjno-opiekuńczej nad osobami niesamodzielnymi, niewymagającymi już intensywnego leczenia. Obecna sytuacja w systemie kontraktowania świadczeń od wielu lat prowadzi do niejednoznaczności w kwalifikacji pacjentów, utrudnia właściwe dostosowanie kadry i infrastruktury oraz skutkuje nieefektywnym wykorzystaniem	pielęgniarki, fizjoterapeuty i opiekuna medycznego. Lekarz zatrudniany przez zakład opieki długoterminowej powinien mieć doświadczenie zawodowe i kwalifikacje mające zastosowanie w opiece długoterminowej, a to podobnie jak wymiar zatrudnienia powinien oceniać dyrektor zakładu, który ponosi pełną odpowiedzialność za funkcjonowanie zakładu i jakość sprawowanej w nim opieki. Ponadto dostępność lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, neurologii lub geriatrii jest coraz mniejsza. Tę lukę powinny wypełniać w opiece długoterminowej specjalistki pielęgniarstwa wspierane przez opiekunów medycznych. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze prowadząc opiekę długoterminową powinny opierać się na doświadczonych pielęgniarkach, ale przy realnej ocenie potrzeb i dostępu kadr. Opieka długoterminowa w placówkach stacjonarnych powinna bardziej opierać się na pracy opiekunów medycznych,	4. Proponujemy zmniejszenie kryterium czasu pracy wszystkich pielęgniarek z proponowanych 30% do 10% w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy.	

			zasobów. Odnosząc się do przedstawionego projektu Rozporządzenia wnosimy o zmianę kryteriów oceny ofert w postępowaniach konkursowych, tak aby nie faworyzowały wyłącznie podmiotów szpitalnych, nie eliminowały placówek z wieloletnim doświadczeniem oraz uwzględniały rzeczywiste potrzeby pacjentów i ich bliskich. Negatywne konsekwencje proponowanych zmian odczują głównie pacjenci, którzy mogą zostać pozbawieni dostępu do oferowanej latami i wielokrotnie weryfikowanej jakości opieki. W naszej opinii, wprowadzenie nowych regulacji niesie za sobą poważne ryzyko zakłócenia funkcjonowania, już obecnie przeciążonego, systemu świadczeń opieki długoterminowej. Mając na względzie znaczenie i utrwaloną pozycję podmiotów działających w tym sektorze, apelujemy o ponowne i rzetelne rozpatrzenie proponowanych zmian lub odstąpienie od ich dalszego procedowania na rzecz dalszej, pogłębionej analizy aktualnej sytuacji i wypracowania, w szerszym gronie ekspertów i interesariuszy, nowych rozwiązań.	współpracujących z personelem pielęgniarskim. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze prowadząc opiekę długoterminową opierają się w głównej mierze na pracy pielęgniarki, fizjoterapeuty i opiekunów medycznych. Tym niemniej należy urealnić faktyczne potrzeby fizjoterapii i nie porównywać jej do intensywnej rehabilitacji. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze prowadząc opiekę długoterminową opierają się w głównej mierze na pracy opiekunów medycznych wspierających w zadaniach pielęgniarki i fizjoterapeutów. Projekt rozporządzenia premiuje placówki z dostępem do infrastruktury szpitalnej i poradni specjalistycznych. Faworyzowanie podmiotów szpitalnych, których zadaniem są możliwie krótkie w czasie interwencje medyczne będzie prowadziło do marginalizacji wyspecjalizowanych i działających od wielu lat na	5.Proponujemy zwiększenie liczby punktów z 3 do 5 przy zachowaniu równoważnika 2 etatów na 30 łóżek w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy w podpunkcie 1.8 6. Proponujemy zwiększenie liczby punktów z 2 do 10 przy wprowadzeniu równoważnika co najmniej 2 etatów na 10 łóżek w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy w podpunkcie 1.14	**Uwaga nieuwzględniona** Łączna liczba punktów wynosi maksymalnie 100. Każda zmiana w jednym kryterium wymaga odpowiedniego dostosowania punktów w pozostałych kryteriach. Oznacza to, że zwiększenie punktów w jednej kategorii powoduje konieczność obniżenia ich w innej, co jednocześnie wpływa na wartość i wagę ocenianego kryterium. **Uwaga nieuwzględniona** Łączna liczba punktów wynosi maksymalnie 100. Każda zmiana w jednym kryterium wymaga odpowiedniego dostosowania punktów w pozostałych kryteriach. Oznacza to, że zwiększenie punktów w jednej kategorii powoduje konieczność obniżenia ich w innej, co jednocześnie wpływa na wartość i wagę ocenianego kryterium. Świadczeniodawca może zapewnić 2 etaty, ponieważ obecne kryteria przewidują równoważnik co najmniej 1 etat na 10 łóżek. Do decyzji świadczeniodawcy pozostaje kwestia organizacji opieki i wyboru personelu.

				rynku placówek opieki długoterminowej. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze prowadząc opiekę długoterminową opierają się w głównej mierze na pracy pielęgniarki, fizjoterapeuty i opiekuna medycznego. Mając na uwadze większą rolę personelu lekarskiego i pielęgniarskiego przy opiece długoterminowej dedykowanej pacjentom wentylowanym mechanicznie uważamy za zasadne zwiększenie liczby punktów za zatrudnienie wykwalifikowanego personelu, do którego należy opiekun medyczny. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady opiekuńczo-lecznicze prowadząc opiekę długoterminową opierają się w głównej mierze na pracy pielęgniarki, fizjoterapeuty i opiekunów medycznych wspierających w zadaniach pielęgniarki i fizjoterapeutów. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze prowadząc opiekę długoterminową opierają się w głównej mierze na pracy	7. Proponujemy ograniczenie znaczenia infrastruktury szpitalnej w ocenie ofert oraz większy nacisk na jakość opieki pielęgnacyjnej i środowiskowej w kryterium Kompleksowość 8. Proponujemy zwiększenie liczby punktów z 2 do 10 w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie w pkt 1.6 9. Proponujemy zwiększenie liczby punktów z 3 do 10 w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci i młodzieży lub zakład	**Uwaga nieuwzględniona** Infrastruktura szpitalna jest niezbędna w zakresie zapewnienia kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Wskazane rozwiązanie jest odpowiedzią na aktualne potrzeby opieki zdrowotnej. **Uwaga nieuwzględniona** Łączna liczba punktów wynosi maksymalnie 100. Każda zmiana w jednym kryterium wymaga odpowiedniego dostosowania punktów w pozostałych kryteriach. Oznacza to, że zwiększenie punktów w jednej kategorii powoduje konieczność obniżenia ich w innej, co jednocześnie wpływa na wartość i wagę ocenianego kryterium. **Uwaga nieuwzględniona** Łączna liczba punktów wynosi maksymalnie 100. Każda zmiana w jednym kryterium wymaga odpowiedniego

				pielęgniarki, fizjoterapeuty i opiekuna medycznego. Mając na uwadze większą rolę personelu lekarskiego i pielęgniarskiego przy opiece długoterminowej dedykowanej pacjentom wentylowanym mechanicznie uważamy za zasadne zwiększenie liczby punktów za zatrudnienie wykwalifikowanego personelu do którego należy opiekun medyczny. W chwili obecnej program studiów pierwszego stopnia na kierunku „Pielęgniarstwo" obejmuje moduł „pielęgniarstwo opieki długoterminowej", który zawiera zarówno wykłady, jak i zajęcia praktyczne oraz praktyki zawodowe. Ponadto, treści związane z opieką długoterminową są częścią zagadnień w innych modułach (podstawowa opieka zdrowotna, pielęgniarstwo paliatywne, geriatryczne czy internistyczne), a każdy z modułów kończy się egzaminem. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki posiadające tytuł magistra nie są zobowiązane do ukończenia dodatkowych kursów.	opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży w pkt 1.6 10. Proponujemy zwiększenie liczby punktów z 3 do 10 w kryterium Jakość w Przedmiot postępowania: Zakład opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie pkt 1.6 11. Proponujemy umożliwienie wykonywania świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przez magistrów pielęgniarstwa bez obowiązku ukończenia specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego.	dostosowania punktów w pozostałych kryteriach. Oznacza to, że zwiększenie punktów w jednej kategorii powoduje konieczność obniżenia ich w innej, co jednocześnie wpływa na wartość i wagę ocenianego kryterium. **Uwaga nieuwzględniona** Łączna liczba punktów wynosi maksymalnie 100. Każda zmiana w jednym kryterium wymaga odpowiedniego dostosowania punktów w pozostałych kryteriach. Oznacza to, że zwiększenie punktów w jednej kategorii powoduje konieczność obniżenia ich w innej, co jednocześnie wpływa na wartość i wagę ocenianego kryterium. **Uwaga nieuwzględniona** Nie przewidujemy premiowania mgr pielęgniarstwa bez konieczności posiadania specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego, ponieważ w pierwszej kolejności ewentualne zmiany w tym zakresie powinny być dokonane na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń

						gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253). Warunki kryterialne mają na celu podwyższenie standardu opieki względem warunków obowiązujących w ww. rozporządzeniu.
12	Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy	§ 1. Pkt 3	Negatywnie opiniujemy poniższe punkty z powodu braku merytorycznego uzasadnienia dla przyznawania wskazanej liczby punktów w postępowaniu w sprawie zawarcia umów z uwzględnieniem szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w oparciu o wskazane w kolumnie 4. tabeli „Oceniane warunki", z powodu braku wystarczającej gwarancji zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa dla uczestniczek Programu lub ograniczenia dostępu do niego. Odnośnie Kryterium Jakość w kategorii Personel w pkt: 1.1, 1.2, 1.5 – niewskazanie wymaganych umiejętności specjalnych w zakresie oceny cytologii na podłożu płynnym dla grup podwyższonego ryzyka (cHPV/HPV HR dodatnich – dodatnich w zakresie kancerogennych typów HPV) nie zapewnia oczekiwanej jakości oceny cytologicznej; 1.3, 1.4, 1.6 – wskazane liczby koniecznych do wykonania badań w kierunku cHPV ograniczają dostęp do nowych pracowni molekularnych z potencjalnie najnowocześniejszymi rozwiązaniami diagnostycznymi; 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12 o certyfikacja umiejętności kolposkopowych oraz w zakresie cytopatologii ginekologicznej na podłożu płynnym jest			**Uwaga nieuwzględniona** Kryteria w zakresie kategorii Personel ppkt 1.1., 1.2. i 1.5. premiują wybrany personel z określoną specjalizacją albo z określonym doświadczeniem w wykonywaniu badań cytologicznych. Doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych uwzględnia zarówno cytologię konwencjonalną jak i cytologię na podłożu płynnym (LBC). Wskazana w ppk 1.3., 1.4. i 1.6. liczba wykonanych badań nie ogranicza dostępu do pracowni molekularnych, a jedynie wskazuje na liczbę badań, która stanowi o doświadczeniu personelu w wykonywaniu i ocenie tych badań. Warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu są to warunki dodatkowo oceniane, które mają charakter fakultatywny. Ich niespełnienie nie powoduje odrzucenia ofert w toku postępowania konkursowego. Kryteria

			kluczowym parametrem bezpieczeństwa uczestniczek Programu; niewskazanie precyzyjnych kryteriów, które muszą spełniać jednostki certyfikujące, brak udziału w ustalaniu powyższego kierunkowych towarzystw naukowych (w tym m.in. PTKiPSM oraz PTDL) może prowadzić do praktyk monopolistycznych z powodu potencjalnego braku transparentności podstaw zlecania certyfikacji przez „ministra właściwego do spraw zdrowia” o dodatkowo odwołanie do NSO, flagowego projektu poprzedniego Prezydenta RP oraz poprzednich gospodarzy Ministerstwa Zdrowia, do którego nie włączono m.in. PTKiPSM czy PTMR, nie powinno stanowić jedynego odniesienia dla „ministra właściwego do spraw zdrowia” o niewskazanie wymaganych umiejętności specjalnych w zakresie oceny cytologii na podłożu płynnym dla grup podwyższonego ryzyka (cHPV/HPV HR dodatnich – dodatnich w zakresie kancerogennych typów HPV) nie zapewnia oczekiwanej jakości oceny cytologicznej, a wskazane oczekiwane liczby wykonanych ocen badań, bez odwołania do preparatyki na podłożu płynnym, nie wartościują ich w żaden sposób o w przypadku wskazanej liczby ocen LBC dla diagnostów laboratoryjnych jest ona znacząco zawyżona dla polskich realiów, a tym samym ograniczająca dostęp do Programu. W kategorii badania w pkt: 2.1 o			decydują o wyborze najlepszych ofert pod względem m.in. jakości, która rozumiana jest jako doświadczenie personelu w wykonywaniu określonych badań, w tym przypadku testów molekularnych HPV HR z genotypowaniem oraz ocenie tych badań. W odniesieniu do ppkt 1.8. – 1.12. należy wskazać, że Minister Zdrowia nadzoruje działalność Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie i w ramach sprawowanego nadzoru zlecił prowadzenie certyfikacji przez wskazany Instytut. Jednocześnie aktualnie nie występuje podział certyfikatów na te dotyczące cytologii konwencjonalnej oraz cytologii na podłożu płynnym (LBC), ewentualne zmiany zostaną rozważone przy kolejnej nowelizacji. Ponadto wskazana liczba wykonanych przez diagnostów laboratoryjnych badań - jest to liczba wymagana, określona na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916, z późn. zm.), w projekcie określono jedynie to, że wskazany personel będzie premiowany za posiadanie

			niewskazanie wymaganych umiejętności specjalnych w zakresie oceny cytologii na podłożu płynnym dla grup podwyższonego ryzyka (cHPV/HPV HR dodatnich – dodatnich w zakresie kancerogennych typów HPV) nie zapewnia oczekiwanej jakości oceny cytologicznej, a wskazane oczekiwane liczby wykonanych ocen badań bez odwołania do preparatyki na podłożu płynnym nie wartościują ich w żaden sposób o w przypadku wskazanej liczby ocen LBC dla diagnostów laboratoryjnych jest ona znacząco zawyżona dla polskich realiów, a tym samym ograniczająca dostęp do Programu, a w przypadku patomorfologów zaniżona; 2.2 - wskazane liczby koniecznych do wykonania badań w kierunku cHPV ograniczają dostęp do nowych pracowni molekularnych z potencjalnie najnowocześniejszymi rozwiązaniami diagnostycznymi; 2.3 – wskazana „długość oczekiwania na wynik badań stanowiących przedmiot umowy – do 7 dni" w przypadku oceny cytologicznej (obejmującej preparatykę laboratoryjną oraz ocenę przez uprawnioną osobę, w tym ewentualne konsultacje preparatów niejednoznacznych/granicznych/z różnych powodów trudnych diagnostycznie) może prowadzić do obniżenia jakości jej oceny, a wskazany czas wykonania badania nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego dla celu Programu, a tym samym bezpieczeństwa uczestniczek; termin 21-dniowy jest w tym zakresie absolutnie bezpieczny i pozwala dopełnić wymaganych dla LBC kryteriów oceny i kontroli jakości. Odnośnie kryterium kompleksowość w			certyfikatów. W odniesieniu do uwag do kategorii 2 „Badania" należy wskazać, że przy kolejnej nowelizacji zostanie rozważona propozycja uwzględnienia doświadczenia w wykonywaniu badań cytologicznych LBC. W kwestii warunku kryterialnego: „Długość oczekiwania na wynik badań stanowiących przedmiot umowy – do 7 dni" – w ocenie ekspertów jest to optymalny czas na uzyskanie wyników badań pozwalających na otrzymanie możliwie szybkiej diagnozy. W stosunku do uwag zgłoszonych do kryterium „Kompleksowość" należy wskazać, że możliwość realizacji świadczeń w ramach wszystkich etapów programu w jednym miejscu daje poczucie pełnej i kompleksowej opieki. Warunkiem dostępu do programu profilaktyki raka szyjki macicy jest zapewnienie w lokalizacji lub w dostępie pracowni molekularnej oraz pracowni cytologicznej. <u>Regulacje, których dotyczyły ww. uwagi zostały przeniesione do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postepowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1836),</u>

			kategorii kompleksowość w pkt: 1.1 – realizacja wszystkich 3 etapów Programu w jednej lokalizacji nie powinna stanowić kryterium wyboru ofert – nie poprawia bezpieczeństwa jego uczestniczek, zwiększa natomiast bias (stronniczość) w przypadku popełnionych potencjalnych błędów; w dobie łączności online realizacja spotkań zespołów interdyscyplinarnych (MDT meeting), koniecznych do reewalucji niezgodności skriningowych, nie wymaga lokalizacji w jednym miejscu; 1.2, 1.3 – wspólna lokalizacja pracowni molekularnej oraz pracowni cytologicznej nie powinna stanowić wartości punktowej, ale wymóg przystąpienia do Programu.			aktualnie są już w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1553).
13	NFZ	§ 1. Pkt 2		Dookreślenie przepisu w celu wykluczenia poradni zarejestrowanych ale nie udzielających świadczeń lub prowadzących działalność poza umową z NFZ. Zgodnie z interpretacją przekazaną pismem DLU.704.891.2023.KS z 7 listopada 2023 która stanowi że „zarówno kryteria dostępności jak i ciągłości (o ile przepis szczególny nie określa w sposób zindywidualizowany zasad oceny danego warunku) powinny być oceniane w odniesieniu do obszaru kontraktowania określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.” Pozostawienie wyłącznie zapisów dotyczących skali	1.W kryterium Kompleksowości we wszystkich zakresach przy poradniach dopisać „realizująca świadczenia w ramach umowy zawartej z NFZ”. 2.W Kryterium Dostępności i Ciągłości we wszystkich zakresach zawrzeć w treści informację, że kryteria odnoszą się do obszaru kontraktowania określonego w ogłoszeniu o postępowaniu. 3.W Kryterium Dostępności we wszystkich zakresach	**Uwaga uwzględniona** **Uwaga częściowo uwzględniona** Uwaga w zakresie kryterium Dostępność zostanie uwzględniona przy kolejnej nowelizacji rozporządzenia kryterialnego. Rzeczoną uwagę należy rozpatrzyć również w innych rodzajach i zakresach świadczeń. **Uwaga uwzględniona**

				Barthel otrzymywanej w trakcie opieki SPO danego świadczeniodawcy (na bazie raportów statystycznych przekazywanych do OW NFZ). Ocena odbywa się co miesiąc . Ocena skali Barthel ze skierowania wymaga analizy i weryfikacji dla pozyskiwanej w toku konkursu ofert dokumentacji medycznej od oferentów (skierowań), co wiąże się z dużym nakładem pracy po stronie Komisji Konkursowych przy jednocześnie małym wpływie na wynik końcowy spełniania kryterium lub nie. Z uwagi na specyfikę zakresu świadczeń wentylacji mechanicznej rozważać można przesunięcie wyższego premiowania kompleksowości opieki w zakresie chorób płuc.	usunięcie słów „na skierowaniu” we wszystkich punktach (skala Barthel) 4. W przedmiocie postępowania: „Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie” kryterium „Kompleksowość” kategoria „ oddziały/poradnie” warunek 1.2 „Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze” zamienić na „Oferent zapewnia oddział	**Uwaga uwzględniona**

					chorób płuc w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze”, natomiast w warunku 1.3 „(…) lub oddział chorób płuc” zamienić na „(…) lub oddział chorób wewnętrznych”.	
14	NRPiP	§ 1. Pkt 2	Nowe brzmienie załącznika nr 6 do rozporządzenia — w szczególności kryteria dotyczące oceny wniosków w zakresie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej — **nadal premiują wyłącznie podmioty posiadające w swoich komórkach oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, laboratoria i diagnostykę obrazową.** W tym projekcie najbardziej kontrowersyjny zapis dotyczący kompleksowości premiuje w sposób bezzasadny placówki posiadające w swojej strukturze oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, z tego powodu żadna istniejąca poza strukturą szpitala placówka opieki długoterminowej nie będzie miała szans na zdobycie punktów rankingujących. Standardów opieki oraz jakości w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych nie podnosi się posiadaniem w swojej strukturze oddziałów szpitalnych, a wspomnianą kompleksowość można uzyskać koordynowaniem tych świadczeń i umowami z podwykonawcami w zakresie dostępności do poradni specjalistycznych i diagnostyki. Zapis narusza konstytucyjną zasadę równości, a już na pewno nie gwarantuje jednakowego traktowania podmiotów w obrębie tego zakresu świadczeń. Opieka długoterminowa to działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe			**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w

			świadczenia zdrowotne - z podkreśleniem - inne niż szpitalne, dlatego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje stanowisko, iż kryterium kompleksowość nie powinna być punktowana w aspekcie posiadania w lokalizacji oddziałów szpitalnych i analogicznie poradni specjalistycznych, czy części diagnostycznej, w sytuacji kiedy do postępowania konkursowego zgłaszają się podmioty z rodzaju działalności stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (dla których jest ten produkt dedykowany). Należy podkreślić, iż zupełnie pominięto wieloletnie doświadczenie świadczeniodawców, którzy od kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat funkcjonują na rynku świadczeń medycznych, rozwijają swoje podmioty współpracując z podwykonawcami. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określone kryteria w projekcie: - faworyzują nowe podmioty, które nie mają dotychczasowego doświadczenia w realizacji świadczeń z zakresu objętego rozporządzeniem, ale spełniają warunki organizacyjne określone w nowym rozporządzeniu, a które w naszej ocenie nie mają uzasadnienia w praktyce, dyskryminują dotychczasowych świadczeniodawców, działających nieprzerwanie na rynku świadczeń medycznych przez wiele lat, - prowadzą do nierównego traktowania podmiotów składających oferty na ten sam zakres świadczeń. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, powyższe kryteria określone w rozporządzeniu doprowadzą do monopolizacji rynku przez szpitale,			postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń.

			wykluczając jednocześnie doświadczonych świadczeniodawców z rynku świadczeń publicznych, zmniejszając dostępność do opieki w wielu lokalizacjach.			
					1.W przedmiocie postępowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa proponuję zmianę brzmienia pkt 1.4 poprzez dopisanie po wyrazie „lub" wyrażenia „w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne", w związku z czym pkt 1.4 przyjmie następujące nowe brzmienie: „1.4. Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach szpitalnych lub w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne, co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. "	**Uwaga uwzględniona**
					2.W Przedmiocie postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy proponuję dodanie kolejnego wiersza w kolumnie 4 przed pkt 1.5 z liczbą punktów wynoszących — 16,	**Uwaga częściowo uwzględniona.** W pozostałym zakresie uwaga jest niezasadna. W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dorosłych nie

					zawartych w kolumnie 5, o treści: „Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub 2) pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4) pielęgniarstwa internistycznego, lub 5) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 6) pielęgniarstwa środowiskowego, lub 7) pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 8) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 9) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 10) pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub 11) pielęgniarstwa chirurgicznego, lub 12) pielęgniarstwa psychiatrycznego — co najmniej 15 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.”	jest zasadne premiowanie pielęgniarek z ukończoną specjalizacją lub kursem w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
					3.W załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia we wszystkich częściach proponuję wykreślić warunek posiadania jednoosobowego pokoju z węzłem sanitarnym	**Uwaga nieuwzględnion**a Sale jednoosobowe dają poczucie komfortu i intymności pacjenta, a także wspierają

					w liczbie dwóch lub trzech. W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych należy zrezygnować z przedstawionej propozycji. W opinii naszych konsultantów pacjenci niechętnie chcą być umieszczani w pokojach jednoosobowych. W nich są odizolowani od świata zewnętrznego. Pacjenci w skali Barthel poniżej 40 punktów, w tym z dysfunkcjami narządu ruchu z zaawansowaną demencją umieszczeni w pokojach z pełnym węzłem sanitarnym wymagają dodatkowo wzmożonego nadzoru personelu. Nawet w stosunkowo krótkim czasie mogą zrobić sobie krzywdę. Oblanie się wodą z odkręconego kranu, pośliźnięcie na rozlanej wodzie, urazy o urządzenia łazienkowe, moczenie ubrań w muszli sedesowej, aż do picia z niej wody. Sytuacje, które niestety mogą się zdarzyć mimo najlepszej opieki personelu. 4. we wszystkich częściach proponuję usunięcie w całości punktów dotyczących badań rentgenowskich oraz zapewnienie laboratorium diagnostycznego oraz uwzględnienie poniżej zaproponowanych zmian w brzmieniu:	proces opiekuńczo-leczniczy. Sala jednoosobowa może pełnić tez funkcję izolatki. Podkreślić należy również, że zwiększenie liczby sal jednoosobowych ma ograniczony zakres i dotyczy przypadków, w których pacjent ze względów medycznych powinien przebywać samodzielnie. W stosunku do osób objętych opieką długoterminową premiowana liczba pokoi jednoosobowych jest niewielka, ale daje gwarancję bezpieczeństwa np. w przypadku konieczności zapewnienia pacjentowi izolacji czy też np. prowadzenia obserwacji w sali.

					„2.1 Oferent zapewnia badania rentgenowskie w lokalizacji albo posiada umowę z pracownią diagnostyczną, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.” „2.2 Oferent zapewnia całodobową medyczną diagnostykę laboratoryjną w lokalizacji albo posiada umowę z medycznym laboratorium diagnostycznym, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.” Do zakładów opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych kierowani są pacjenci z rozpoznaną jednostką chorobową na podstawie rozpoznania postawionego między innymi w oparciu o wyniki diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz ustalonym planie leczenia. Wyżej wymienione zakłady podpisują umowy z diagnostyką laboratoryjną na wykonanie określonych badań laboratoryjnych i obrazowych w sytuacji dodatkowej potrzeby zdrowotnej pacjenta. W związku z tym nie jest	

					zasadna dostępność do pełnej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej w ww. podmiotach.	
15	Krajowy Związek Podmiotów Leczniczych Rzeszów	§ 1. Pkt 2	1.W tabeli nr 2 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej — wspólna Il Jakość pozostałe warunki. Maksymalna ilość punktów 5. pkt, 2 — świadczeniodawca prowadzi historię choroby u wersji elektronicznej: wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku — ten zapis budzi nasz sprzeciw, 2.KZPL sprzeciwia się przyznawaniu dodatkowych punktów dla lekarzy w trakcie specjalizacji w poszczególnych załącznikach. Zostali uwzględnieni lekarze z I gł. specjalizacji. 3.Z naszej strony nie ma zgody na to, aby szpitale miały możliwość uzyskania punktów w związku z zatrudnianiem lekarzy specjalistów w swoich zasobach, oraz zapewnienia konsultacji specjalistycznych w związku z posiadaniem poradni w strukturze , również dodatkowych punktów — brak uzasadnienia merytorycznego. Wnosimy o wybór, albo jednego albo drugiego kryterium, nie promowanie dwóch tych samych kryteriów dla podmiotów leczniczych mających w swojej strukturze oddziały szpitalne i poradnie specjalistyczne. 4. Otrzymana propozycja rozporządzenia w dalszym ciągu zakłada po 2027 r _ w kryterium kompleksowości obecność oddziałów szpitalnych- wewnętrzny,			**Uwaga niezasadna** W celu zapewnienia równego traktowania świadczeniodawców projekt przewiduje otrzymanie dodatkowych punktów za prowadzenie historii choroby albo historii zdrowia i choroby w zależności od warunków realizacji świadczeń (stacjonarne, domowe) **Uwaga niezasadna** Dopuszczamy możliwość uzyskania punktów za posiadanie lekarza specjalistę albo za posiadanie lekarza w trakcie specjalizacji. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wymienia jako warunek obowiązkowy lekarza bez żadnej specjalizacji i wskazuje na obowiązek zapewnienia dostępu do konsultacji specjalistycznych w wybranych dziedzinach medycyny. Wskazana propozycja premiująca lekarzy w trakcie specjalizacji daje możliwość większej elastyczności przy obecnych brakach kadrowych wśród lekarzy.

			chirurgii ogólnej, lub neurologiczny oraz poradni z tego samego obszaru specjalności co budzi nasz stanowczy sprzeciw. Stanowczo sprzeciwiamy się permanentnej możliwości przekształcania oddziałów szpitalnych w ZOL/ZPO i tym samym eliminacje na rynku dotychczasowych świadczeniodawców ZOL/ZPO, którzy funkcjonują niezależnie od struktur szpitala. Są podmiotami niepublicznymi , istniejącymi na rynku świadczeń w przedmiotowym zakresie 25 lat. mają umowy obecnie z NFZ a wcześniej z Regionalnymi Kasami Chorych. Podmioty te stworzyły rynek świadczeń opieki długoterminowej stacjonarnej. 5. Obniżenie punktacji za ciągłość w tabeli nr 2 dla postępowań wszczętych w okresie od dnia wejścia niniejszego rozporządzenia w życie i nie zakończonych przed dniem I stycznia 2028 r., gdzie dotychczas wynosiła ona 22 pkt. maksymalnie do 11 pkt. maksymalnie dla dotychczasowych oferentów budzi nasz kolejny sprzeciw. 6. Kolejny sprzeciw to — dodatkowe punkty za zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki — medyczne laboratorium diagnostyczne w lokalizacji. 7. Kolejny nasz sprzeciw — badania rentgenowskie w lokalizacji. Reasumując KZPL wnosi uwzględnienie naszych propozycji we wskazanym rozporządzeniu mając na względzie dobro pacjentów, równe Traktowanie podmiotów leczniczych tak publicznych jak niepublicznych realizujących wskazane Świadczenia w przedmiotowym ukresie.			**Uwaga nieuwzględniona** Pacjent ze względu na swój stan zdrowia może się kwalifikować albo do opieki ambulatoryjnej albo do opieki szpitalnej, dlatego posiadanie w strukturze podmiotu zarówno poradni jak i oddziału powinno być dodatkowo punktowane. Niezależnie od tego należy premiować posiadanie lekarzy, którzy będą udzielać świadczeń w ramach opieki długoterminowej. **Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest

						umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń.
16	Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie	§ 1. Pkt 2	Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podtrzymuje swoje negatywne Stanowisko do zmian dotyczących wprowadzenia nowych kryteriów punktowych w części dotyczącej placówek stacjonarnych (ZOL, ZPO), możliwych do spełnienia wyłącznie przez szpitale. Dodanie takich warunków przeczy zasadzie równości oraz jednakowemu traktowaniu podmiotów i bezwzględnie narusza zasadę równego traktowania oferentów (art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Z obowiązujących przepisów, m.in. z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480) wynika, że zakłady opieki długoterminowej realizują świadczenia	**Uzasadnienie odrzucenia zapisu dotyczące kryterium kompleksowości** w obszarze postępowania Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy oraz Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie Projekt rozporządzenia promuje jednostki szpitalne i stawia w gorszej pozycji samodzielne zakłady, które	Proponujemy rewizję kryteriów oceny ofert w postępowaniach konkursowych, tak aby: • odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby pacjentów opieki długoterminowej, • nie premiowały wyłącznie podmiotów szpitalnych, • nie wykluczały z rynku doświadczonych placówek działających w oparciu o dotychczasowe standardy, • zachowały spójność z obowiązującymi przepisami prawa.	**Uwaga nieuwzględniona** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością.

			zdrowotne na rzecz pacjentów po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji, niewymagających leczenia szpitalnego. Dlatego też preferowanie placówek, które mają w swojej strukturze oddziały szpitalne, poradnie, działy diagnostyczne jest bezzasadne i skutkuje zmianą na poziomie fundamentalnym czy definicyjnym opieki długoterminowej. Sektor OPD nie jest sekcją sektora szpitalnego, tylko odrębną dziedziną świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Rozporządzenie kryterialne nie powinno wprowadzać całkowitego chaosu, czyli łączyć dwóch odrębnych części systemu opieki zdrowotnej. Po raz kolejny podnosimy konieczność wprowadzenia wskaźników kadrowych dotyczących personelu pielęgniarskiego w części dotyczącej Jakości w zakładach ZOL/ZPO. Pominięcie tej kwestii w zakładach w których odbiorcą świadczeń jest pacjent niesamodzielny, starszy, z zaburzeniami procesów poznawczych stanowi kluczowy element zagrożenia bezpieczeństwa i powinien być przedmiotem regulacji zarówno w rozporządzeniu kryterialnym, jak i koszykowym. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie szczególną uwagę pragnie zwrócić na zapisy odnoszące się do świadczeń udzielanych w warunkach domowych. Opieka długoterminowa realizowana w domu pacjenta stanowi podstawową i najczęściej wybieraną formę organizacji opieki, pozwalającą na utrzymanie chorego w znanym mu środowisku, co znacząco wpływa na jego komfort psychiczny oraz skuteczność procesu terapeutycznego. W naszej ocenie niektóre zapisy projektu rozporządzenia mogą prowadzić do	nie znajdują się w strukturze szpitali. Obecnie samodzielne zakłady w przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji kierują pacjenta do szpitala oraz na podstawie podpisanych umów zapewniają dostęp do w/w badań i diagnostyki. Kryteria konkursowe powinny uwzględniać specyfikę świadczeń i populację pacjentów zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Są to osoby: • z ograniczoną zdolnością do samodzielnego funkcjonowania, • niekwalifikujące się do leczenia szpitalnego ani do aktywnej rehabilitacji, • wymagające długotrwałej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego. Dostęp do oddziałów szpitalnych czy poradni specjalistycznych nie powinien być kryterium różnicującym w ocenie ofert, ponieważ z natury rzeczy pacjenci ZPO są już poza fazą intensywnego leczenia specjalistycznego. Wprowadzenie takich wymogów w ocenie kompleksowości jest	W odniesieniu do długoterminowej opieki domowej podtrzymujemy stanowisko odnośnie poparcia dla wprowadzonych zmian w części wspólnej zapisów odnośnie wprowadzenia punktacji za prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz podniesienia punktacji za współpracę za AOTMiT. Specyfika świadczeń domowych wymusza konieczność korzystania z nowych technologii do dokumentowania procesu terapeutycznego oraz komunikacji w zespole. Zmiany te wiążą się z ogromnymi nakładami finansowymi i organizacyjnymi świadczeniodawców. Jak dotychczas resort nie zapewnił żadnych programów wsparcia w tym obszarze, dlatego inicjatywy prorozwojowe świadczeniodawców powinny być szczególnie docenione przez płatnika. W Przedmiot postępowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa I. Jakość pkt 1.4 „Pielęgniarki z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach szpitalnych – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających	Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń. **Uwaga niezasadna** To kryterium zostało doprecyzowane zgodnie z propozycją zgłoszoną przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Proponowane brzmienie warunku uwzględnia doświadczenie pielęgniarek w pielęgnacji chorych zarówno w

			niejednoznacznych interpretacji i utrudniać prawidłowe przygotowanie ofert w postępowaniach konkursowych. Kluczowe jest, aby kryteria dotyczące jakości, dostępności i ciągłości świadczeń w środowisku domowym były możliwie precyzyjne, oparte na obiektywnie weryfikowalnych dokumentach (np. świadectwach pracy), a jednocześnie nie nakładały na świadczeniodawców obowiązków administracyjnych, które w praktyce nie przekładają się na poprawę opiekowania się pacjentem. Poniżej przedstawiamy najistotniejsze propozycje zmian. 1. Zapisy projektu do odrzucenia I. Przedmiot postępowania: Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo leczniczy 1) Kryterium Kompleksowość, kategoria oddziały/poradnie, oceniany warunek: • 1.1. Udokumentowane, ustalone zasady zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego • 1.2. Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze • 1.3. Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny w ramach	nieadekwatne do ich rzeczywistych potrzeb. W szczególności za niezasadne należy uznać przyznawanie punktów za: • dostępność w strukturze podmiotu do oddziałów szpitalnych (wewnętrznych, chirurgicznych, neurologicznych, chorób płuc), • posiadanie poradni specjalistycznych (np. chorób wewnętrznych, neurologicznej, chirurgicznej), • dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki obrazowej (RTG), • dostępność diagnostyki laboratoryjnej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, każda osoba ubezpieczona – niezależnie od miejsca przebywania (w domu, w ZPO czy w innym ośrodku) – ma prawo do świadczeń gwarantowanych, w tym również hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej, na podstawie skierowania. Wobec tego preferowanie placówek, które posiadają ww. zasoby w swojej strukturze, jest nieuzasadnione i niesprawiedliwe wobec	świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej” proponujemy zamienić na : „Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem na stanowisku pielęgniarki w szpitalu – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej”. Zapis powinien jednoznacznie odwoływać się do dokumentów kadrowych (np. świadectwo pracy), aby uniknąć dowolnej interpretacji przez komisję konkursową i konieczności pozyskiwania dodatkowych zaświadczeń. III. Ciągłość 1.1 „Udzielanie świadczeń wszystkim świadczeniobiorcom objętym pielęgniarską opieką długoterminową domową w okresach między hospitalizacjami i przyjętym w ciągu 3 dni po zakończeniu hospitalizacji, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki” proponujemy zamienić na : „Udzielanie świadczeń wszystkim świadczeniobiorcom objętym	szpitalu jak i w warunkach stacjonarnych, całodobowych innych niż szpitalne. **Uwaga uwzględniona**

			systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze. • 1.4. Poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze. • 1.5. Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna wpisana w rejestrze. 2) Kryterium Kompleksowość, kategoria dostęp do badań, oceniany warunek: • 2.1. Badania rentgenowskie – w lokalizacji • 2.2. Zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej – medyczne laboratorium diagnostyczne – w lokalizacji. II. Przedmiot postępowania: Zakład opiekuńczo-leczniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie 1) Kryterium Kompleksowość, kategoria oddziały/poradnie, oceniany warunek: • 1.1. Udokumentowane, ustalone zasady zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego • 1.2. Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze •	pozostałych świadczeniodawców. Dodatkowo należy podkreślić, że świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych są objęte systemem kolejkowym, obowiązującym wszystkich świadczeniodawców, co jeszcze bardziej podważa zasadność przyznawania dodatkowych punktów w tym zakresie. Wprowadzanie kryteriów, które w praktyce mogą zostać spełnione wyłącznie przez podmioty będące częścią struktury szpitalnej, stawia istniejące, wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej w niekorzystnej i niekonkurencyjnej pozycji. Zbyt wysokie wymagania infrastrukturalne mogą prowadzić do wykluczenia mniejszych podmiotów, które mimo posiadania wieloletniego doświadczenia i wysokiej jakości opieki nie spełniają kryteriów infrastruktury i zakresu działalności. Proponujemy rozważenie zmian w kierunku bardziej elastycznych zapisów, które premiowałyby jakość opieki i doświadczenie kadry, a nie wyłącznie rozwiązania architektoniczne.	pielęgniarską opieką długoterminową domową w okresach między hospitalizacjami <u>i przyjętych ponownie do opieki w ciągu do 3 dni po zakończeniu hospitalizacji,</u> w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące, w którym ogłoszono postępowanie” Doprecyzowanie zapisów z uwzględnieniem ich czytelności i poprawności językowej. Usuniecie zapisu, który nie odnosi się do tej kategorii – jeżeli pacjent umiera, to nie jest pomiędzy hospitalizacjami.	

			1.3. Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny lub oddział chorób płuc w ramach systemu podstawowego szpitalnego • zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze • 1.4. Poradnia chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze. • 1.5. Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna wpisana w rejestrze. 2) Kryterium Kompleksowość, kategoria dostęp do badań, oceniany warunek: III. 2.1. Badania rentgenowskie – w lokalizacji IV. 2.2. Zapewnienie całodobowej medycznej diagnostyki laboratoryjnej – medyczne laboratorium diagnostyczne – w lokalizacji. Wprowadzone zapisy dotyczące dodatkowego punktowania za posiadanie kadry medycznej spełniającej wymogi rozporządzenia kryterialnego (ponad standardowe), czyli lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów, logopedów, a także opiekunów określone wskaźnikami na łóżko lub wymiaru etatu prowadzi do niebezpiecznej sytuacji, w której przepisy (czyli rozporządzenie koszykowe oraz kryterialne) regulują różne grupy personelu medycznego, lecz nie odnoszą się do ilości personelu pielęgniarskiego. Oznacza to, że obowiązujące i wprowadzane przepisy nie gwarantują pacjentowi dostępu do najbardziej kluczowego świadczenia w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i ZOL, czyli świadczenia pielęgniarskiego. Pominięcie tej kwestii przez ustawodawcę			

			należy uznać jako działanie przeciwko interesowi osób niesamodzielnych, starszych, którzy są pacjentami ZOL'i oraz ZPO. Rozwiązaniem problemu powinny być działania na dwóch płaszczyznach: • działania bezzwłoczne – wprowadzenie wskaźników kadrowych dla pielęgniarek do przedmiotowego rozporządzenia, jako dodatkowo ocenianych • działanie długofalowe – wprowadzenie zmian w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych obejmujących doprecyzowanie norm zatrudnienia pielęgniarek w ZOL i ZPO. Podkreślenia wymaga, że ZOL i ZPO są jednymi z nielicznych form świadczeń stacjonarnych, których nie obowiązują normy zatrudnienia pielęgniarek. Sytuacja ta nie pozwala na prowadzenie nadzoru dla konsultantów wojewódzkich i krajowych i tworzy płaszczyznę do nadużyć organizacyjnych. 3. Pozostałe uwagi i podsumowanie Należy zauważyć, że rozwiązania, które wprowadza projekt jest tylko z nazwy tymczasowy, ponieważ kryterium dot. kompleksowości nadal będzie funkcjonować po wskazanym okresie, tj. po 1 stycznia 2028 r. Spowoduje to, że w przyszłych postępowaniach konkursowych placówki szpitalne – posiadające zarówno zaplecze infrastrukturalne, jak i uzyskane wcześniej doświadczenie – będą systemowo uprzywilejowane (otrzymają punkty za trwałość, dostępność oraz kompleksowość). Tymczasem podmioty niebędące częścią szpitali, niezależnie od jakości świadczonych usług, nie będą w stanie			

			zdobyć punktów za tzw. kompleksowość, przez co ich oferta zostanie de facto zdyskwalifikowana. Zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia kryteria oceny, faworyzujące podmioty posiadające oddziały szpitalne oraz dostęp do poradni specjalistycznych i diagnostyki, budzą poważne wątpliwości co do ich celowości, spójności z deklarowanymi założeniami oraz skutków dla rynku świadczeniodawców opieki długoterminowej. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa, głównym celem proponowanych zmian jest zwiększenie dostępności świadczeń opieki długoterminowej, w szczególności poprzez tworzenie nowych miejsc opieki w związku z przekształcaniem części łóżek szpitalnych w ramach inwestycji finansowanych ze środków KPO. Kryteria oparte na posiadaniu struktur typowo szpitalnych (oddziałów, poradni specjalistycznych, zaplecza diagnostycznego) nie pozostają w bezpośrednim związku z jakością i dostępnością świadczeń opieki długoterminowej. Co więcej, mogą one prowadzić do dyskryminacji placówek, które od lat z powodzeniem realizują te świadczenia, a nie posiadają infrastruktury szpitalnej – która w tym kontekście nie jest niezbędna do realizacji świadczeń zgodnych z profilem długoterminowym. Wprowadzenie kryteriów preferujących szpitale niesie ze sobą realne ryzyko, że wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej, które działają na rynku od wielu lat, zostaną pozbawione finansowania. Jest to rozwiązanie nie tylko niesprawiedliwe, ale także potencjalnie szkodliwe dla pacjentów – gdyż może dojść do nagłego ograniczenia liczby dostępnych miejsc, mimo ich funkcjonowania i			

			gotowości do dalszego świadczenia usług. Taka polityka nie sprzyja ani stabilności systemu, ani poprawie jakości opieki. Nie przedstawiono przekonujących argumentów, dlaczego posiadanie oddziału szpitalnego czy poradni miałoby stanowić o wyższej jakości czy dostępności opieki długoterminowej. W praktyce, tego typu infrastruktura nie wpływa bezpośrednio na kluczowe aspekty opieki nad pacjentem przewlekle chorym – jak: personel pielęgniarski i opiekuńczy, organizacja pracy zespołów terapeutycznych, dostępność do rehabilitacji czy indywidualne podejście do potrzeb pacjenta. Deklarowanym celem konkursu miało być umożliwienie wejścia na rynek nowym podmiotom – w tym szpitalom powiatowym przekształcającym łóżka w ramach KPO. Przy obecnym kształcie kryteriów, każdy podmiot może przystąpić do konkursu, jednak szpitale – mimo braku doświadczenia w zakresie opieki długoterminowej – otrzymają sztucznie podwyższone noty, wyłącznie z racji posiadania infrastruktury niezwiązanej ze świadczeniami w ramach opieki długoterminowej. Jest to rażące naruszenie zasady równego traktowania oraz utrudnienie uczciwej konkurencji. Pomoc szpitalom nie powinna odbywać się kosztem dobrze funkcjonujących placówek. Rozumiemy konieczność wsparcia szpitali powiatowych – w tym w ramach strategii ich transformacji. Jednak ratowanie jednych podmiotów nie powinno odbywać się kosztem wykluczenia innych, które przez lata rozwijały kompetencje i infrastrukturę w obszarze opieki długoterminowej. Taki kierunek polityki grozi poważnym zachwianiem rynku, a także podważa zaufanie do systemu kontraktowania usług zdrowotnych.			

17	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	§ 1. Pkt 2	Przedłożony projekt w dalszym ciągu dyskryminuje stacjonarne zakłady opieki długoterminowe i zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZPO / ZOL), które tworzono ponad 25 lat temu na bazie restrukturyzowanych Zakładów Opieki Zdrowotnej. Przypominam, że zakłady te tworzone były przede wszystkim z inicjatywy pielęgniarek, które w okresie restrukturyzacji zagrożone były utratą pracy, a w tych działaniach wspierane były przez nasz Związek i inne organizacje pielęgniarskie. Te zakłady były podwalinami opieki długoterminowej w Polsce. Przez ponad 25 lat zakłady opieki długoterminowej były rozwijane, zarządzane i głownie prowadzone przez środowisko pielęgniarskie, a Ministerstwo Zdrowia, w przedstawionym projekcie rozporządzenia, wyklucza dotychczasowych liderów opieki długoterminowej z dalszego rozwoju tego sektora ochrony zdrowia w Polsce. Dodać należy, że zakłady te zawsze bilansowały się w swojej działalności i nigdy w przestrzeni publicznej nie mówiono o zadłużeniach tych podmiotów. Związek zwraca uwagę, że wprowadzenie nowych kryteriów punktowych w części dotyczącej placówek stacjonarnych (ZOL / ZPO), możliwe jest do spełnienia wyłącznie przez szpitale. <u>Dodanie takich warunków przeczy zasadzie równości oraz jednakowemu traktowaniu podmiotów i bezwzględnie narusza zasadę równego traktowania oferentów</u> (art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). <u>Za niezasadne należy uznać przyznawanie punktów za:</u> <u>• dostępność w strukturze podmiotu do</u>	Po raz kolejny podnosimy konieczność wprowadzenia wskaźników kadrowych dotyczących personelu pielęgniarskiego w części dotyczącej Jakości w zakładach ZOL/ZPO. Pominięcie tej kwestii w zakładach, w których odbiorcą świadczeń jest pacjent niesamodzielny, starszy, z zaburzeniami procesów poznawczych, stanowi kluczowy element zagrożenia bezpieczeństwa zarówno samego pacjenta, jak i personelu medycznego. Alarmujemy, że ZOL i ZPO są jednymi z form świadczeń stacjonarnych, w których nie obowiązują normy zatrudnienia pielęgniarek. Sytuacja tworzy ogromną płaszczyznę do patologii organizacyjnych, w tym planowania i realizacji dyżurów jednoosobowych. W związku z poszerzaniem kompetencji pielęgniarek oraz atakami agresji pacjentów i ich rodzin na personel nie można nie można dopuszczać do sytuacji, kiedy na dyżurze zostaje jedna pielęgniarka. Ponadto, zgodnie z art. 6 i 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:	Proponujemy wprowadzenie następującego zapisu gwarantującego zapewnienie choćby minimalnego bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego: Pielęgniarka – równoważnik co najmniej 3 etaty na 10 łóżek (co najmniej 2 pielęgniarki na zmianie).	**Uwaga nieuwzględniona.** Istotne znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem i posiadanie w strukturze organizacyjnej określonych komórek organizacyjnych np. poradni, oddziału oraz medycznego laboratorium diagnostycznego w przypadku zapewnienia konieczności wykonania określonych badań. W obecnej sytuacji starzejącego się społeczeństwa kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Celem proponowanych rozwiązań jest umożliwienie udziału w postępowaniu konkursowym podmiotom, które zapewnią kompleksową opiekę, co nie jest równoznaczne z naruszeniem zasady równego traktowania podmiotów, o której mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. W celu wyrównania szans podmiotów biorących udział w postępowaniu wprowadzony jest okres przejściowy do 31.12.2027 r., który wzmacnia znacząco kryterium Kompleksowość, które dotychczas było nisko punktowane. Docelowo

			oddziałów szpitalnych (wewnętrznych, chirurgicznych, neurologicznych, chorób płuc); • posiadanie poradni specjalistycznych (np. chorób wewnętrznych, neurologicznej, chirurgicznej); • dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki obrazowej (RTG); • dostępność diagnostyki laboratoryjnej. Wprowadzanie kryteriów, które w praktyce mogą zostać spełnione wyłącznie przez podmioty będące częścią struktury szpitalnej, stawia istniejące już od wielu lat, wyspecjalizowane placówki opieki długoterminowej w niekorzystnej i niekonkurencyjnej pozycji. Zbyt wysokie wymagania infrastrukturalne mogą prowadzić do wykluczenia mniejszych podmiotów, które mimo posiadania wieloletniego doświadczenia i wysokiej jakości opieki nie spełniają kryteriów infrastruktury i zakresu działalności. Proponujemy rozważenie zmian w kierunku zapisów, które premiowałyby jakość opieki i doświadczenie kadry, a nie wyłącznie rozwiązania architektoniczne. W ocenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia przepisów skutkować będzie zmianą na poziomie fundamentalnym czy definicyjnym opieki długoterminowej. Przypominamy, że sektor opieki długoterminowej nie jest sekcją sektora szpitalnego, tylko odrębną dziedziną świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Rozporządzenie nie powinno wprowadzać całkowitego chaosu, czyli łączyć dwóch odrębnych części systemu opieki zdrowotnej. Wnosimy o uwzględnienie uwag Ogólnopolskiego Związku Zawodowego	• Każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. • Pacjent ma prawo żądać, aby udzielająca mu świadczeń zdrowotnych pielęgniarka (położna), zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). • Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. • W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem. Wszystkie te podstawowe prawa pacjenta nie są realizowane w sytuacji jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich i położniczych! Odpowiedzialność za przestrzeganie właściwych warunków udzielania świadczeń medycznych i kodeksu pracy spoczywa na kierownikach/dyrektorach podmiotów leczniczych oraz kadrze zarządzającej.		punktacja ma równoważyć kryterium Ciągłości i Kompleksowości udzielanych świadczeń. Zmiany dotyczące norm zatrudnienia powinny zostać wprowadzone na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253). Ewentualne zmiany w rozporządzeniu kryterialnym zostaną rozważone po uregulowaniu tej kwestii na poziomie warunków wymaganych określonych w ww. rozporządzeniu.

			Pielęgniarek i Położnych w procesie legislacyjnym.			