

**Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (MZ 1081)**

I. Opis sytuacji problemowej

W związku z pandemią COVID-19, wielu świadczeniodawców odnotowuje spadek liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powoduje to problemy z zachowaniem stabilności finansowej. Świadczeniodawcy, pomimo trwającej epidemii COVID-19, są gotowi do przyjmowania pacjentów zgodnie z harmonogramem określonym w realizowanej umowie. Jednakże często pacjenci nie zgłaszają się na umówione wizyty. Dotychczas świadczeniodawcy mogli otrzymać co miesiąc 1/12 kwoty zobowiązania wynikającej umowy, ale pod warunkiem jej rozliczenia tj. zrealizowania świadczeń. W przeciwnym razie byli zobowiązani do jej zwrotu.

Zgodnie z projektowanym przepisem świadczeniodawcy, którzy spełnią określone w nim warunki, pomimo wykonania tylko części zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej, otrzymają kwotę należności z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy listopad i grudzień 2020 r., ustaloną jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń, bez konieczności jej rozliczenia do końca okresu rozliczeniowego. Warunkiem otrzymania należności za okresy sprawozdawcze listopad i grudzień 2020 r. w kwocie 1/12 kwoty zobowiązania określonej w realizowanej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bez obowiązku jej rozliczenia, są następujące warunki:

1) świadczeniodawca nie zgłaszał przerw w udzielaniu świadczeń z przyczyn innych niż określone w § 3a ust. 1 rozporządzenia, tj.:



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- wydania przez właściwy organ polecenia albo nałożenia obowiązku na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych zobowiązującego do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 lub
- wydania decyzji przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, lub
- objęcia osób wykonujących zawód medyczny u świadczeniodawcy kwarantanną z powodu narażenia na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, izolacją albo izolacją w warunkach domowych,
- wprowadzenia ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego albo stanem epidemii;

2) świadczeniodawca zapewniał gotowość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na warunkach zgodnie z realizowaną umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tzn. z miejscem, zakresem oraz harmonogramem;

3) wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie rozliczeniowym do końca okresu sprawozdawczego, poprzedzającego okres, którego dotyczy wniosek, jest nie niższa niż 65% i nie wyższa niż 100% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla tego okresu (tzn. okresu rozliczeniowego do końca okresu sprawozdawczego, poprzedzającego okres, którego dotyczy wniosek - od stycznia do października 2020 r.). Oznacza to, że zaliczkę będą mogli otrzymać świadczeniodawcy, którzy wykonali około 2/3 świadczeń opieki zdrowotnej, na wykonanie których została zawarta umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia. Taki wskaźnik będzie dotyczył tych świadczeniodawców, którzy pomimo stanu epidemii dołożyli wszelkich starań, aby zapewnić pacjentom dostęp do świadczeń. Przez cały okres trwania epidemii pacjenci wskazywali na przypadki ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych.

Nie były prowadzone pre-konsultacje dotyczące projektu rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia nie został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych, z uwagi na konieczność jego pilnego wejścia w życie, a także ze względu na szczególny charakter regulacji, jakim jest umożliwienie wypłaty pełnej kwoty zobowiązania wynikającej z umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej za miesiące listopad i grudzień 2020 r. pomimo niezrealizowania wszystkich zakontraktowanych świadczeń w okresie panującej obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej sytuacji epidemiologicznej co przyczyni się do (utrzymania płynności finansowej świadczeniodawców). Podjęto zatem decyzję o nieprzedłożeniu projektu do konsultacji, biorąc pod uwagę wyjątkowy charakter rozporządzenia i pilną potrzebę umożliwienia rozliczania i finansowania tych świadczeń.

## II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem świadczeniodawcy odnotowują spadek liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z pandemią COVID-19?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	5
Nie	1
Nie mam zdania	4

2. Czy Pani/Pana zdaniem spadek liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej powo-

duże problemy z zachowaniem stabilności finansowej świadczeniodawców?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	1
Nie mam zdania	2

3. Czy Pani/Pana zdaniem spadek liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma związek z faktem, iż często pacjenci, w nowej dla nich sytuacji epidemii, nie zgłaszają się na umówione wizyty?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	5
Nie	2
Nie mam zdania	3

4. Czy Pani/Pana zdaniem fakt objęcia osób wykonujących zawód medyczny u świadczeniodawcy kwarantanną z powodu narażenia na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, izolacją albo izolacją w warunkach domowych może być wystarczającym warunkiem otrzymania przez świadczeniodawcę należności za wybrane okresy sprawozdawcze, jako zaliczkę, bez obowiązku ich rozliczenia w terminie?

Warianty odpowiedzi	Ilość
---------------------	-------

Tak	4
Nie	3
Nie mam zdania	3

5. Czy Pani/Pana zdaniem zasadne jest, że projekt rozporządzenia nie został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	1
Nie	8
Nie mam zdania	1

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

### III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Walka z rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-CoV-2 wymusiła zmiany w funkcjonowaniu szpitali, placówek podstawowej ochrony zdrowia i gabinetów specjalistycznych. Od momentu pojawienia się w Polsce pierwszego przypadku koronawirusa, szpitale i przychodnie podstawowej opieki starają się ograniczyć przyjmowanie pacjentów w placówkach, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się koronawirusa. Od 12.03.2020, czyli od momentu zawieszenia przez rząd działań placówek oświatowych, placówek kulturalnych i

ograniczeniu handlu, w przychodniach POZ działają porady przez telefon. To zalecenie Głównego Inspektora Sanitarnego.

Ze swej strony Centrala NFZ zaleciła ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo. Zalecenie dotyczy przede wszystkim planowanych pobytów w szpitalach w celu:

1. przeprowadzenia diagnostyki,
2. zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, w szczególności:
  - endoprotezoplastyki dużych stawów
  - dużych zabiegów korekcyjnych kręgosłupa
  - zabiegów naczyniowych na aorcie brzusznej i piersiowej
  - pomostowania naczyń wieńcowych
  - zabiegi wewnątrzczaszkowe
  - dużych zabiegów torakochirurgicznych
  - nefrektomii
  - histerektomii.

Ograniczenie nie powinno jednak dotyczyć planowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Telekonsultacje pozwalają pacjentowi skorzystać z porady lekarskiej, a jednocześnie nie narażać ani pacjentów ani lekarzy na bezpośredni kontakt. Pacjenci zwykle są zadowoleni z możliwości przeprowadzenia telekonsultacji ze specjalistą. Mimo trudnej sytuacji w kraju, mają zapewnioną ciągłość opieki medycznej. Chętnie korzystają z telekonsultacji, bo nie muszą iść do przychodni, do której trzeba dotrzeć i nie można wykluczyć spotkania z innymi pacjentami. Ograniczają ryzyko, nie będąc zmuszonym do rezygnacji z konsultacji.

Pacjent ma także prawo do skorzystania z osobistej wizyty u lekarza rodzinnego, jeśli jego stan zdrowia tego wymaga. To jednak lekarz podejmie ostateczną decyzję w tym zakresie. Stąd bardzo ważne jest, aby poinformować lekarza o wszystkich dolegliwościach. Lekarz na podstawie tych informacji podejmie decyzję, czy konieczna jest wizyta osobista w poradni czy wystarczy teleporada.

Epidemia koronawirusa w Polsce sprawiła, że przychodnie napotkały na wiele problemów z utrzymaniem ciągłości świadczeń medycznych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia oraz zalecenia Głównego Inspektora Sanitarnego są jednoznaczne: ograniczyć lub zawiesić funkcjonowanie przychodni. Lekarze realizują wizyty osobiste pacjentów tylko w wyjątkowych przypadkach. Pacjenci pozostają w domach z obawy o swoje bezpieczeństwo. Pojawił się zatem poważny problem - jak w takiej sytuacji utrzymać płynność finansową przychodni? Z częściową pomocą przychodzą teleporady. Jednak teleporada lub recepta zamawiana przez pacjenta pocztą elektroniczną to nie jest pełna telekonsultacja, szczególnie kiedy prowadzenie telekonsultacji za pomocą zwykłej infolinii, z której na co dzień korzysta rejestracja, bardzo ogranicza ich liczbę. Pacjenci w wielu przychodniach oczekują na linii nawet przez kilka godzin, zanim uda im się uzyskać połączenie i poradę lekarską lub receptę, której potrzebują. Co więcej, przeciążone systemy zawodzą.

Niezbędna jest właściwa organizacja pracy tych poradni ambulatoryjnych, w szczególności zabiegowych, które nie są włączone do bezpośredniej opieki nad pacjentami zakażonymi COVID-19. Jednak w wielu przypadkach nieuniknione są ograniczenia liczby udzielanych świadczeń. Z kolei wyznaczenie racjonalnego z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemicznego zakresu działalności wywołać może poważne skutki finansowe dla poradni ambulatoryjnych.

Ponieważ szpitale nie realizowały w ostatnich miesiącach dużej części zakontraktowanych przez NFZ procedur medycznych, wygenerowały tzw. niedow wykonania. Istnieje ryzyko, że przez to podległe im szpitale będą miały obniżone finansowanie na 2021 rok. Z uwagi na

trwającą epidemię szpitale nie były w stanie wykonać zaplanowanego ryczału w zakresie świadczeń zdrowotnych w ostatnich miesiącach. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, niski poziom jego wykonania w tym roku będzie rzutował na jego wysokość w 2021 r., gdyż z reguły NFZ obniża ryczałt o wartość niedow wykonania.

Samorządy, jako właściciele niektórych kategorii szpitali oczekują, że szpitale miejskie i powiatowe otrzymają z NFZ kwoty ryczału za udzielone świadczenia zdrowotne w wymiarach i wysokościach pierwotnie zakontraktowanych dla roku 2020, ale z uwzględnieniem rzeczywiście udzielonych w tym roku świadczeń, a nie tych zakontraktowanych. Takie rozwiązanie, zdaniem samorządowców, przynajmniej w części umożliwi zwaloryzowanie wartości świadczeń zdrowotnych w 2020 r. i w latach następnych. To też powinno pokryć koszty, które ponoszą szpitale powiatowe i miejskie na profilaktykę COVID-19.

Przedstawiciele władz samorządowych wskazują ponad to, że niezależnie od bieżących problemów szpitali, na których barkach spoczywa główny ciężar zmagania z epidemią, trzeba pamiętać o konieczności urealnienia wysokości ryczałtów, które wciąż bazują na historycznych wynikach z 2015 r. Od tego czasu nastąpił ogromny wzrost wszelkich kosztów, w tym wydatków związanych z regulacjami rządowymi, takimi jak wyśrubowane limity liczby pielęgniarek czy ustawowe wzrosty płac.

Samorządowcy wskazują też, że szpitale nie mogą skorzystać z pomocy przewidzianej przez tarczę antykryzysową. Szpitale prowadzone w ramach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie mogą uzyskać dofinansowania z mocy prawa. Zaś te z nich, prowadzone w formie spółek kapitałowych są podmiotami o statusie dużych przedsiębiorstw. Takie szpitale z uwagi na ryczałtowy charakter rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia nie kwalifikują się do uzyskania stosownej pomocy. Wynika to z tego, że nie odnotowują spadku obrotów, który jest kryterium udzielenia pomocy w przypadku COVID-19.

Wszystkie wskazane powyżej uwarunkowania powinny zostać uwzględnione w procesie konsultacji oraz w dalszych pracach nad korektą przedmiotowego projektu rozporządzenia,



którego celem powinno być przede wszystkim utrzymanie płynności finansowej placówek ochrony zdrowia i dobrej dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

