

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (MZ 898)

I. Opis sytuacji problemowej

Deklarowanym celem projektowanego rozporządzenia jest poprawa dostępu do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej (skrócenie czasu oczekiwania pacjentów) w przypadku wprowadzenia przez płatnika bezlimitowego finansowania świadczeń zawartych w projekcie.

Proponowana zmiana polega na dodaniu do wykazu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych, w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, poza ryczałtem systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w poradniach: endokrynologicznej, kardiologicznej, neurologicznej i ortopedycznej. Wiąże się ona z działaniami na rzecz poprawy dostępu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez skrócenie czasu oczekiwania świadczeniobiorców na wizytę w poradni specjalistycznej. Efekt ten powinien zostać osiągnięty dzięki planowanemu zniesieniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia limitów finansowania świadczeń w odniesieniu do ww. poradni, w przypadku których odnotowuje się szczególnie długi czas oczekiwania na wizytę.

W przypadku poradni działających w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w celu zapewnienia odpowiedniego zwiększenia finansowania, dostosowanego do faktycznie wykonywanej liczby porad specjalistycznych, niezbędne jest wyłączenie odpowiednich świadczeń z finansowania w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Jak wskazuje Projektodawca, rozliczanie w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia porad

specjalistycznych, wykonywanych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, uniemożliwia dostosowanie poziomu finansowania takich świadczeń do ich faktycznego wykonania przez świadczeniodawców, czyli wprowadzenie przez płatnika tzw. bezlimitowego finansowania.

W związku z powyższym, proponuje się uzupełnienie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (tj. finansowanych poza ryczałtem systemu zabezpieczenia) o świadczenia udzielane w poradniach specjalistycznych: endokrynologicznej, kardiologicznej, neurologicznej i ortopedycznej.

Ponadto Projektodawca deklaruje, że wejście w życie projektowanych rozwiązań nie będzie sprzeczne z zasadami demokratycznego państwa prawnego, mając na uwadze, iż proponowane zmiany nie niosą za sobą żadnych obciążeń dla obywateli ani dla podmiotów gospodarczych oraz że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji przedstawicieli organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Lepsze prawo w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),

3. Wywiadów bezpośrednich lub telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

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 poziom dostępności świadczeń specjalistów w dziedzinie endokrynologii, kardiologii, neurologii i ortopedii odpowiada potrzebom pacjentów (jest dostateczny)?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	7	
Nie mam zdania	2	

Czy Pani/Pana zdaniem przyczyną niskiego stopnia dostępności (długich terminów na wizyty) świadczeń w przychodniach endokrynologicznej, kardiologicznej, neurologicznej jest brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów z ww. specjalności?

2. i ortopedycznej

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	

Nie 3

Nie mam zdania 3

3. Czy Pani/Pana zdaniem przyczyną niskiego stopnia dostępności (długie terminów na wizyty) świadczeń w przychodniach endokrynologicznej, kardiologicznej, neurologicznej i ortopedycznej jest brak odpowiedniego poziomu finansowania przez NFZ tych specjalności?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	
Nie	1	
Nie mam zdania	2	

4. Czy Pani/Pana zdaniem ze względu na niską dostępność świadczeń specjalistycznych w zakresie endokrynologii, kardiologii, neurologii i ortopedii należy zwiększyć poziom finansowania przez NFZ ww. specjalności poprzez zniesienie limitów w ramach ryczałtowego systemu rozliczeń?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	1	
Nie mam zdania	4	

5. Czy Pani/Pana zdaniem zniesienie limitu finansowania świadczeń w zakresie endokrynologii, kardiologii, neurologii i ortopedii przyniesie, oczekiwane przez projektodawcę rozporządzenia, zwiększenie dostępności tych świadczeń dla pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	4	
Nie mam zdania	2	

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

III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Wydaje się, że co do kierunku projektowane rozporządzenie ministra zdrowia stanowi wyjście naprzeciw oczekiwaniom pacjentów. Do tej pory kolejki do endokrynologów w przychodniach mających kontrakt z NFZ były kilkumiesięczne a czasem i kilkuletnie. Np. w Szpitalu klinicznym w Łodzi pierwszy wolny termin dla pacjenta to wrzesień 2020 r. Tak podawał portal kolejkowy prowadzony przez NFZ.

Źródła problemu należy szukać w reformie systemu ochrony zdrowia związanej z wprowadzeniem „sieci szpitali“. Dotychczasowy system, w którym wymienione w rozporządzeniu świadczenia były objęte ryczałtowym finansowaniem nie spełniał tych oczekiwań. Idea przyświecająca rządowi przy wprowadzaniu sieci szpitali była taka, że placówki medyczne dostają w ramach ryczałtu stałe, określone na pewien okres

wynagrodzenie i mają się w tej kwocie zmieścić z realizacją usług medycznych. Przesuwają też między oddziałami pieniądze według potrzeb. Zaś ilość i wartość tych usług, które wykonały ponad ryczałt, Fundusz będzie brał pod uwagę przy ustalaniu kwoty ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy. Na inne zakresy usług NFZ zaś nadal prowadzi konkursy i podpisuje umowy z placówkami, wypłacając im dedykowane na konkretne świadczenia.

Optymistyczne założenia rządu rozminęły się jednak z rzeczywistością, gdyż ryczałt drga w górę, ale w bardzo niewielkim stopniu. Tak na 2019 r. ryczałt w skali globalnej wzrósł łącznie dla 590 placówek z 22,5 mld do 23,3 mld zł. Każda więc placówka medyczna mogła uzyskać na ten rok średnio 1 mln zł więcej. Porównując to jednak do kilkumilionowych kwot, jakie w sądach szpitale dochodziły od NFZ jako zapłatę za nadwykonania, zwiększone ryczałty wydają się kroplą w morzu potrzeb. Wiele szpitali działających w sieci nauczyło się sztucznie ograniczać świadczenia – tj. gdy kończy się na jakieś świadczenie limit - kończą ich wykonywania do czasu, aż zacznie się kolejny okres rozliczeniowy. W ten sposób ograniczana jest np. liczba planowych operacji ponieważ wiadomo, że wykonania świadczeń ratujących życie szpitale nie ograniczą, bo oznaczałoby to odmówienie pomocy w sytuacji zagrożenia życia.

Z kontroli NIK wynika, że reforma ta nie poprawiła ani sytuacji chorych, ani finansów większości badanych szpitali. Najwyższa Izba Kontroli sprawdziła jak system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej funkcjonował od początku swojego istnienia, a także jak wyglądała sytuacja w placówkach tuż przed jego uruchomieniem. Zdaniem Izby, tworząc sieć nie brano pod uwagę ani społecznych potrzeb, ani możliwości diagnostycznych i terapeutycznych konkretnego szpitala.

Nie uwzględniono jego znaczenia w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego w regionie – nie kierowano się sytuacją demograficzną i epidemiologiczną na obszarze funkcjonowania placówki, ani stopniem dostosowania jej infrastruktury do obowiązujących przepisów. Nie miała też znaczenia jakość, liczba i wartość udzielanych przez szpital świadczeń, czy stopień

wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach, a to m.in. przekładało się na nieuzasadnione i nadmierne koszty.

Wraz z utworzeniem sieci szpitali, istotnie zmienił się sposób finansowania tych placówek – teraz jest oparty przede wszystkim na ryczałcie wypłacanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Placówki zakwalifikowane do sieci mają zagwarantowane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na kolejne cztery lata, a wysokość ryczałtu jest uzależniona m.in. od rodzaju i liczby świadczeń udzielonych przez konkretną placówkę w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wysokość ryczałtu jest korygowana dla tych szpitali, które zrealizowały świadczenia poniżej 98% jego wartości – wtedy jest on zmniejszany, może być zwiększony gdy ta wartość przekroczy 100%. NFZ nie płaci jednak za świadczenia ponadlimitowe, nie gwarantują one także podwyższenia ryczałtu w przyszłości.

Żeby szpital, który zrealizował świadczenia powyżej ryczałtu mógł dostać więcej pieniędzy z NFZ, inny z tego samego województwa musiałby ich wykonać mniej. Ryczałt może się natomiast zmienić po zastosowaniu współczynnika korygującego związanego z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wzrośnie jeśli szpital zdobędzie np. certyfikat akredytacyjny wydany przez Ministra Zdrowia, czy zwiększy liczbę udzielanych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Według dyrektorów szpitali, systemowi ryczałtowania można było zarzucić wiele innych niedoskonałości. Chodził m.in. o zbyt późny termin ogłaszania jego wysokości na kolejny okres rozliczeniowy, nieinformowanie lecznic przez NFZ o poziomie nadwykonań lub niedowykonań innych jednostek, brak gwarancji płatności za świadczenia ponad limit czy - w przypadku roku bieżącego - konsultowanie zmian w zasadach wyliczania wysokości ryczałtu dopiero w październiku. Skutkowało to utrudnieniami w planowaniu finansów przez szpitale.

Jednak najpoważniejszym problemem była i jest nadal sama wycena świadczeń, która bardzo niepokoi m.in. szpitale powiatowe. Zdaniem ekspertów, bez wsparcia finansowego właścicieli (głównie jednostek samorządu terytorialnego) wiele szpitali byłoby zagrożonych bankructwem.

W branżowych mediach pojawiają się także opinie mówiące o tym, że ministerialna decyzja o „wyjęciu” spod ryczału niektórych świadczeń może jednocześnie stworzyć ukryty wcześniej problem:

co do zasady „przeniesienie” tych zakresów poza ryczałt będzie z korzyścią dla szpitali. Fakt, że część świadczeń będzie Nielimitowana pozwoli rozszerzyć działalność poradni. W przypadku świadczeń limitowanych „wyjęcie” poza ryczałt umożliwi szpitalom ubieganie się o zapłatę nadwykonań (które nie jest możliwe w ryczałcie). Problem kryje się we wskaźniku jakościowym, a konkretnie w okresie porównawczym. Po „wyjęciu” poza ryczałt, świadczenia te nie będą liczone do realizacji w ryczałcie w roku 2020.

Natomiast ich wartość obecna jest w okresie porównawczym tzn. wartość ryczałtowych świadczeń AOS zrealizowanych w roku 2019. Oznacza to, że o ile szpitale nie zwiększą wykonań na pozostałych zakresach AOS ryczałtowych na koniec roku 2020 odnotują spadek sumy wartości świadczeń AOS względem roku 2019. Jeżeli spadek przekroczy opisane wyżej progi spowoduje to redukcję ryczału na rok 2021.

W ten sposób szpital traci część ryczału związaną z realizacją tych zakresów w roku 2019. Oznacza to, że o ile dany szpital nie chce, aby zabrano mu ryczałt w wyniku spadku wykonań na AOS - musi przenieść część ryczału z oddziałów na poradnie i realnie rozszerzyć działalność AOS o wartość przeniesionych zakresów.

Sytuacja ta po raz pierwszy dotyka wszystkie szpitale, ale problem istnieje od początku ryczału. Można go było obserwować w szpitalach, które np. uruchamiały umowy takie jak Pakiet Onkologiczny oraz w szpitalach, które dokonywały cesji lub zamknięcia określonych

zakresów. Zmiany te powodowały pomniejszenie ryczałtu odpowiednio do wartości świadczeń, które były przenoszone poza ryczałt, ale ich wartość nie była pomniejszana w okresie porównawczym. Szpitale te musiały adaptować swoją organizację, aby nie stracić ryczałtu poprzez wskaźniki jakościowe.

W związku z powyższym specjaliści od analiz finansowych rekomendują (z czym należałoby się zgodzić) następujące działania:

1. Wyliczenie o ile pomniejszony zostanie ryczałt szpitala w wyniku przeniesienia zakresów AOS poza ryczałt.
2. Pomniejszenie ryczałtu oddziałów o tę kwotę i przeniesienie jej na poradnie – o ile zaplanowaliśmy już ryczałt na poradnie 2020.
3. Dopasowanie grafiku poradni w celu zrealizowania dodatkowych świadczeń.

Z treści projektu rozporządzenia nie wynika jednoznacznie i wprost, że **nielimitowane** (wyłączone z ryczałtu) **mają być tylko porady pierwszorazowe (endokrynologiczne, neurologiczne i kardiologiczne) oraz porady ortopedyczne udzielone w trybie nagłym**. Wynika to pośrednio z projektu zmiany zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ określającego m.in. sposób rozliczania tych zakresów świadczeń. Odnosi się ono bowiem do umów AOS, ale podobnie rozliczane będą świadczenia realizowane w ramach sieci szpitali (na podstawie umowy PSZ dla podmiotów tworzących). Ma to polegać na kwartalnym rozliczaniu świadczeń zrealizowanych ponad limit w tych zakresach. Praktyczne skazuje to świadczeniodawców na kredytowanie płatnika publicznego, którego z innej strony przymusza się do regulowania swoich zobowiązań w dużo krótszym terminie.

Jak wskazują specjaliści, podmioty medyczne jako strony umów, zobowiązane są ustalać np. w umowach z dostawcami wyrobów medycznych terminy zapłaty nie dłuższe niż 30 dni. Nie wiadomo jak mają one płacić swoje zobowiązania z tytułu wykonania świadczeń bezlimitowych w terminie 30 dni, skoro zapłatę z NFZ otrzymają po rozliczeniu kwartału? Na to pytanie trudno znaleźć odpowiedź w projekcie mającym wprowadzać zmiany.

Problemem może okazać się także brak możliwości zrealizowania „wyłączonych” porad w rozsądnym terminie, zgodnym z oczekiwaniami pacjentów. Na przeszkodzie stoi skomplikowany system kolejkowy, wprowadzony w lipcu 2019, który nakazuje świadczeniodawcy prowadzenie harmonogramów i list oczekujących oraz zapisywanie w nich pacjentów według kolejności zgłoszenia z uwzględnieniem trybu przyjęcia, kryteriów medycznych oraz koniecznością przypisania każdemu pacjentowi odpowiedniej kategorii.

Na tak prowadzonych listach oczekujących jest bardzo niewiele miejsc dla pacjentów pierwszorazowych – a tylko tacy mają być finansowani bez limitu – gdyż pozostałe miejsca na listach zarezerwowane są dla pacjentów na wizyty kontrolne poszpitalne, czy też dla kontynuujących leczenie, dla których limity pozostają utrzymane. Projektodawca będzie w związku z powyższym musiał odpowiedzieć na ważne pytania:

- Kiedy będą mogli być przyjęci pacjenci pierwszorazowi? A także - przez kogo? Lekarzy specjalistów udzielających świadczeń finansowych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w tych kluczowych dziedzinach medycyny jest zbyt mało i już teraz świadczeniodawcy mieli kłopoty z realizacją nawet tych limitowanych porad np. endokrynologicznych – z uwagi na brak lekarzy tej specjalności.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu