

Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (MZ 1143)

I. Opis sytuacji problemowej

Jak wskazuje Projektodawca, w związku z pandemią COVID-19, wielu świadczeniodawców odnotowuje spadek liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. We wrześniu ubiegłego roku wprowadzono możliwość przedłużenia, na wniosek świadczeniodawcy, okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończącego się w 2020 r. do dnia 30 czerwca 2021 r. Wynikało to z trwającej epidemii COVID-19, ponieważ wielu świadczeniodawców odnotowywało w 2020 r. ograniczenie skali prowadzonej działalności, w szczególności spowodowane ograniczeniem przyjęć planowych.

Wydłużenie okresu rozliczeniowego o 6 miesięcy miało pozwolić na pełne wykorzystanie określonej w umowie kwoty zobowiązań. Jednakże nadal trwająca epidemia i dalsze ograniczenia planowych przyjęć nie pozwoliły na „nadrobienie” niewykonanych w 2020 r. zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Przedłużenie okresu rozliczeniowego o kolejne 6 miesięcy pozwoli na zniwelowanie skutków obecnego spadku aktywności świadczeniodawców spowodowanego sytuacją epidemiczną i przyczyni się do poprawy sytuacji finansowej świadczeniodawców.

Obecnie obowiązujące przepisy umożliwiają przedłużenie okresu rozliczeniowego tylko do dnia 30 czerwca 2021 r. i wypłacanie zaliczek do końca marca 2021 r., aby Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) mógł wypłacać zaliczki w miesiącach kwiecień – czerwiec 2021 r., a świadczeniodawcy mogli „odrabiać” niewykonane świadczenia zakontraktowane na 2020 r. za które pobrali zaliczki, istnieje konieczność nowelizacji przepisów ww. rozporządzenia.

W przedmiotowym projekcie rozporządzenia proponuje się wprowadzenie następujących zmian:

- 1) przedłużenie okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończącego się w 2020 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.;
- 2) przedłużenie możliwości wypłaty świadczeniodawcom zaliczek 1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) w drugim kwartale 2021 r. (nadal maksymalnie 70%).

Zmiana wprowadzona w § 2a w ust. 1 i 2 przedłuża o 3 miesiące okres, w którym świadczeniodawcy będą mogli ubiegać się o zaliczki (1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) przypadającej na okres sprawozdawczy, którego dotyczy wnioszek. Przepis ten dotyczył będzie w dalszym ciągu wyłącznie świadczeniodawców, którzy skorzystali z możliwości wydłużenia okresu rozliczeniowego w oparciu o przepis § 2 ww. rozporządzenia.

Ponadto, proponuje się wprowadzanie wyjątku dla świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych. Świadczeniodawcy realizujący umowy z tego zakresu będą mogli się ubiegać o wypłatę zaliczki w wysokości 1/12 kwoty zobowiązania wynikającej z umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (100%), a nie jak pozostali świadczeniodawcy o 70% kwoty zobowiązania. Dotyczy to zaliczki przypadającej na okres sprawozdawczy, którego dotyczy wnioszek, czyli tak jak mogą to robić świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne dedykowane dzieciom (szpitalne oddziały pediatryczne).

Konieczność wprowadzenia takiego rozwiązania wynika, zdaniem Projektodawcy, z sytuacji spowodowanej stanem epidemii i wprowadzonych w czasie jej trwania ograniczeń. W związku z realizacją zaleceń polegających na ograniczeniu przyjęć tylko i wyłącznie do tych zagrażających zdrowiu i życiu – spełniających przesłanki przyjęcia bez zgody, oraz przypadków pilnych, świadczeniodawcy realizujący stacjonarne świadczenia z rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień znalazły się w sytuacji braku możliwości realizacji

świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy. Spowodowało to znaczne obniżenie ilości wykonywanych świadczeń, czego skutkiem jest również obniżenie otrzymywanych środków finansowych za udzielone świadczenia. Przyczyniło się to do znacznego pogorszenia sytuacji finansowej szpitali psychiatrycznych i braku bezpieczeństwa finansowego. Jak wynika ze zgłaszanych informacji o kosztach stałych ponoszonych przez świadczeniodawców w sytuacji nieudzielania świadczeń, proponowana w projekcie wysokość zaliczki (100 % 1/12 kwoty zobowiązania) pozwoli świadczeniodawcom na zachowanie stabilności finansowej.

Projektodawca uzasadnia również, że skrócony termin konsultacji publicznych i opiniowania wynika z uwagi na konieczność jego pilnego wejścia w życie, a także ze względu na szczególny charakter regulacji, jakim jest umożliwienie wypłaty zaliczki – części kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresach sprawozdawczych kwiecień – czerwiec 2021 r., pomimo niezrealizowania wszystkich zakontraktowanych świadczeń, w okresie panującej obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Ma to przyczynić się do utrzymania płynności finansowej świadczeniodawców.

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 w okresie pandemii Covid-19 ma miejsce spadek liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej?

Warianty odpowiedzi

Ilość



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Tak	7
-----	---

Nie	0
-----	---

Nie mam zdania	3
----------------	---

2. Czy Pani/Pana zdaniem ma obecnie miejsce ograniczenie skali prowadzonej działalności ze strony świadczeniodawców opieki zdrowotnej, w szczególności spowodowane ograniczeniem przyjęć planowych?

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

Tak	6
-----	---

Nie	1
-----	---

Nie mam zdania	3
----------------	---

3. Czy Pani/Pana zdaniem zasadne jest uprzywilejowanie niektórych świadczeniodawców, poprzez wprowadzanie większych zaliczek dla świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych?

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

Tak	4
-----	---

Nie	3
-----	---

Nie mam zdania	3
----------------	---

4. Czy Pani/Pana zdaniem niewystarczające dofinansowanie systemu ochrony zdrowia jest jedną z głównych przyczyn zmniejszenia dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych w czasie trwania pandemii Covid-19?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	0
Nie mam zdania	3

5. Czy Pani/Pana zdaniem skrócenie terminu konsultacji publicznych i opiniowania przedmiotowego projektu rozporządzenia można uzasadnić koniecznością jego pilnego wejścia w życie, a także szczególnym charakterem regulacji, jakim jest umożliwienie wypłaty za-liczki?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	2
Nie	6
Nie mam zdania	2

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

III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Ze względu na epidemię spadła liczba udzielanych przez podmioty medyczne świadczeń, a realizacja niektórych nawet formalnie zwieszona, jak to miało miejsce w przypadku rehabilitacji czy leczenia uzdrowiskowego. Planowe zabiegi, np. kardiologiczne czy ortopedyczne były odraczane w czasie. Stopniowy powrót do poziomu realizacji świadczeń sprzed pandemii zależeć będzie od ich rodzaju. Tam, gdzie operuje się konkretną liczbą łóżek, trudniej będzie o odrobienie zaległości w krótkim czasie.

Środowiska pacjenckie chciałyby uzyskać od władz systemu ochrony zdrowia odpowiedź na ważne pytanie - w jakim stopniu okres pandemii będzie skutkował deficytem zdrowotnym? Fakt, iż pacjenci zmuszeni byli odraczać pewne interwencje medyczne niewątpliwie spowodował przyrost problemów zdrowotnych, chociaż z drugiej strony ograniczenie kontaktów mogło też wpływać na mniejsze rozprzestrzenianie epidemii.

Z analizy danych resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż ogólna liczba świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach w 2020 roku, w stosunku do analogicznego okresu 2019 r. znacznie spadła, co było do przewidzenia, z uwagi na częściowe „zamrożenie” systemu ochrony zdrowia. Efekt niższego poziomu realizacji kontraktów na świadczenia gwarantowane wynikał w szczególności ze wzmożonego reżimu sanitarnego i wprowadzanych etapowo obostrzeń w kraju. Najstąbszy czas realizacji świadczeń szpitalnych (zaledwie 60 proc.) przypadał na listopad 2020 r., jednak najgorzej w skali roku nadal wypadają świadczenia wysokospecjalistyczne (dynamika 2020/2019 na poziomie 83 proc. realizowanej liczby świadczeń), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (80 proc.) czy rehabilitacja lecznicza (79 proc. realizacji kontraktu). Warto podkreślić, że pomimo systemowego problemu narastającego deficytu kadr medycznych, w okresie od marca 2020 r. do stycznia 2021 r. nie odnotowano znaczącego spadku liczby lekarzy czy pielęgniarek, choć z pewnością w praktyce deficyty kadrowe w polskich szpitalach są mocno odczuwalne. Pomoc dla systemu przekazywana jest zarówno ze środków z budżetu państwa, jak i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – wg stanu na 22 stycznia br. wydatkowano ponad 7 mld zł z

przeznaczeniem na finansowanie podmiotów leczniczych oraz świadczeń zdrowotnych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (m.in. świadczenia opieki zdrowotnej realizowane ze „specustaw COVID-19”, poleceń Ministra Zdrowia z przeznaczeniem na testy diagnostyczne czy dodatkowe świadczenia pieniężne). System ochrony zdrowia wciąż zmaga się z zadłużeniem – zobowiązania wymagalne ogółem (w tym w zdecydowanej większości szpitali) wynoszą ponad 15,1 mld zł (w tym wymagalne – 1,8 mld) , jednak zdaniem resortu zdrowia są bieżąco regulowane przez podmioty lecznicze.

Środowiska pacjenckie zgadzają się z postulatami ekspertów oraz same zwracają obecnie uwagę wiele problemów, jakie „wyostrzył” czas pandemii: wydłużające się kolejki i czas oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne, problemy z przyznawaniem dodatków covidowych czy wciąż niewystarczające dofinansowanie systemu ochrony zdrowia. Aby właściwie zdiagnozować sytuację, konieczne jest m.in. przeprowadzenie analizy procentowej wizyt odbywających się w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej zarówno stacjonarnie jak i on–line, wraz z wynikami kontroli w ramach dostępności do wizyt w ramach teleporad, gdyż są to jedne z istotniejszych barier dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Jak wynika z raportu przygotowanego przez biuro Rzecznika Praw Pacjenta najwięcej wniosków zgłaszanych przez samych pacjentów dotyczyło ich prawa do świadczeń zdrowotnych (w tym zastrzeżeń do działań przychodni, a także problemów z leczeniem innych chorób niż Covid-19), następnie zaś prawa pacjenta do kontaktu z osobą bliską (problem odwiedzin) i prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (porody rodzinne). Ponadto, podnoszono zastrzeżenia do działań innych organów, w tym najczęściej do powiatowych stacji sanitarno- epidemiologicznych.

Pacjenci w niektórych województwach rzadziej korzystają ze wsparcia instytucjonalnego. Jednak wraz z występowaniem ognisk zakażeń koronawirusem w danych regionach – zauważono zwiększoną liczbę sygnałów na obszarze konkretnego województwa. Takim

przykładem było województwo śląskie, gdzie wśród osób zakażonych większość stanowili górnicy wraz z członkami rodzin (co potwierdziły również testy przesiewowe przeprowadzone w tej grupie zawodowej).

W związku z wydawanymi przez władze zaleceniami pojawiły się problemy grupy starszych wiekiem pacjentów, które wynikały głównie z wątpliwości co do realizacji poszczególnych zaleceń. Ponadto wyraźniej widoczne stały się trudności osób starszych żyjących samotnie, które chcąc zastosować się do zaleceń, zgłaszały jednocześnie problem z brakiem osoby, która pomogłaby im w czynnościach życia codziennego (zrobieniu zakupów czy realizacji recept). Pomimo mobilizacji wojewodów, jednostek samorządu terytorialnego i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a także wielu inicjatyw o charakterze wolontariatu, widoczny już przed epidemią problem braku wsparcia samotnych i niesamodzielnymi osobami starszymi uległ pogłębieniu. Alienacja osób starszych i poczucie zagrożenia wywołane potencjalną możliwością śmierci w związku z zakażeniem COVID-19, spotęgowało w tej grupie kryzysy psychiczne.

Sytuację pacjentów w okresie pandemii pogarszają obowiązujące przepisy, które umożliwiają wprowadzenie ograniczeń praw pacjenta, nie zaś na całkowite pozbawienie pacjentów ich praw. Zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Ponadto prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami może zostać ograniczone także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Decyzje w tej sprawie podejmuje kierownik podmiotu lub upoważniony przez niego lekarz.

Jednak w miarę możliwości, powinny być one podejmowane indywidualnie, po rozważeniu wszystkich okoliczności, w tym sytuacji epidemicznej. Na mocy ustawy z dnia 2 marca 2020 r. w celu sprawnej realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 wojewodowie

otrzymali specjalne uprawnienia. Możliwość wydawania poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Polecenia wojewody podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

Jednak powinna zostać dokonana szczegółowa analiza, jaki wpływ miały te uprawnienia na realizację praw pacjentów. Np. w jednym z województw na początku marca 2020 r. wojewoda wydał szpitalom – polecenie wstrzymania przyjęć planowych i operacji, za wyjątkiem sytuacji dotyczących pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Zakazał także odwiedzin pacjentów przez osoby spoza szpitala. Polecenie było zmieniane. Były też województwa w których wydano polecenia o innej treści lub w których poleceń w analizowanym obszarze nie wydawano wcale. W konsekwencji sytuacja pacjentów i stopień przestrzegania ich praw w poszczególnych regionach mógł się różnić, niezależnie od stopnia ówczesnego zagrożenia epidemiologicznego. Z uwagi również na wspomniane uprawnienie co do swobody ograniczenia praw hospitalizowanych pacjentów przez wojewodów/dyrektorów szpitali w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego, stopień realizacji praw pacjenta różnił się również lokalnie.

Ponadto w okresie trwania pandemii ograniczone zostało prawo pacjentów do dokumentacji medycznej oraz do informacji. Główne problemy zgłaszane przez pacjentów w zakresie dostępu do dokumentacji dotyczą: wydłużonego czasu oczekiwania na udostępnienie dokumentacji; uzależniania udostępnienia dokumentacji od osobistego złożenia wniosku; odmowy przesłania dokumentacji pocztą lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (np. e-mailem) a także żądania odbioru osobistego dokumentacji przez pacjenta lub osobę upoważnioną. W obszarze dostępu do informacji dotyczą: problemów z uzyskaniem informacji przez telefon o stanie zdrowia bliskich przebywających w szpitalu oraz trudności w uzyskaniu informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot leczniczy (w tym o zawieszeniu działalności).

W kolejnych miesiącach trwania pandemii Covid-19 pacjenci nadal zwracają uwagę na utrudnioną dostępność do świadczeń zdrowotnych i organizację pracy w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności odmowę odbycia osobistych wizyt. Informują także, że często jedyną proponowaną przez placówki formą konsultacji pozostaje tzw. teleporada, pomimo istnienia podstaw do osobistej wizyty w przychodni, m.in. celem wykonania badania fizykalnego. Często sytuacją sygnalizowaną przez pacjentów bywa odmowa udzielania świadczeń w dniu zgłoszenia. Dotyczy to także odmowy realizacji wizyty w domu chorego.

Wszystkie wskazane wyżej problemy i okoliczności zgłaszane przez pacjentów i ich opiekunów powinny zostać szczegółowo przeanalizowane przez decydentów systemu ochrony zdrowia, a następnie wykorzystane nie tylko do wydłużenia okresu finansowania i rozliczania świadczeniodawców, ale także poprawienia jakości świadczonych przez nich usług zdrowotnych, dla dobra pacjentów.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu