

LIST OTWARTY MENADŻERÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Brak limitów dla realizacji świadczeń zdrowotnych jest działaniem koniecznym dla poprawy jakości usług medycznych i efektywności procesu oddłużania szpitali publicznych.

Stan faktyczny dotyczący świadczeń ponadlimitowych (nadwykonań) .

Podmioty lecznicze współpracujące z NFZ wykonują świadczenia na rzecz pacjentów na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej jako „u.ś.o.z.”), nazywanej także kontraktem. Kontrakt zawiera postanowienia wyznaczające limit określający maksymalny poziom finansowania wykonywanych przez podmiot świadczeń, a także maksymalną liczbę świadczeń, których wykonanie wiąże się z powstaniem wierzytelności wobec NFZ.

Równocześnie podmiot leczniczy ma prawo do wynagrodzenia za wykonane świadczenia od NFZ na podstawie kontraktu, pomimo wyczerpania limitu świadczeń zawartego w kontrakcie (świadczenia ponadlimitowe - nadwykonania) w przypadkach nagłych (co wynika z zapisu art. 19 ust. 4 u.ś.o.z), oraz w pozostałych przypadkach przekroczenia kontraktu (biorąc pod uwagę konieczność równego traktowania świadczeniodawców) zgodnie z art. 132c u.ś.o.z. W praktyce jednak, wiele procedur ratujących życie i zdrowie jest limitowane w ramach budżetu narzuconego przez kontrakt podpisany w ramach tzw. sieci szpitalnej czy tzw. umowie pozaryczalowej. Limity obejmują m.in. procedury na oddziałach intensywnej opieki medycznej, w zakresie urazów, nagłych zachorowań internistycznych i chirurgicznych- które z pewnością nie powinny być limitowane i równocześnie zapłacone na rzecz szpitali bez zbędnej zwłoki.

W praktyce, po zakończeniu danego roku obrotowego (często dopiero w trzecim, czwartym miesiącu roku następnego), następuje renegocjacja zawartego z NFZ kontraktu, w wyniku której NFZ uznaje część wykonanych świadczeń ponadlimitowych i zobowiązuje się do uiszczenia zapłaty w drodze nowej umowy (aneksu).

Oznacza to że szpitale publiczne wykorzystujące w pełni możliwości swoich zasobów w trakcie roku ryzykują stratą na działalności, zwiększając tym samym swoje zadłużenie, ponieważ nie wiedzą z jakim poziomem zapłaty za nadwykonania mają do czynienia (dowiedzą się o tym po czasie , nawet ponad rok od podejmowanych decyzji).

Nasze stanowisko:

Tylko zniesienie limitów na leczenie szpitalne pozwoli na poprawę dostępności do nowoczesnej diagnostyki i leczenia w zakresie zabiegów ratujących życie i zdrowie oraz pozwoli na osiągnięcie zbilansowania przepływów w podmiotach szpitalnych, spłacenie zadłużenia i uzyskanie stabilnego rozwoju w przyszłości. Brak zapłaty za wszystkie wykonane usługi i tak zmusi samorządy i budżet państwa do pokrycia ich strat i to bez żadnego zwiększenia liczby wykonywanych procedur oraz spowoduje duży nacisk na podwyższenie wycen przez NFZ. Takie działania, w ostatnim okresie 8 lat, powodowało spadek liczby wykonywanych procedur w całej Polsce.

Pojawiające się w powszechnej dyskusji wątpliwości co do możliwości finansowych NFZ realizowania wypłat za świadczenia opieki zdrowotnej ponad limit są w naszej opinii opiniami niesłusznie utrwalonymi, kreującymi obecny układ nierównego traktowania świadczeniodawców. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczaftu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w par 3b, dopuszcza się stosowanie dodatków do ryczaftu dla podmiotów, których poziom wykonania świadczeń był poniżej ustawowego progu, przy jednoczesnym pominięciu podmiotów leczniczych, które wykonały zobowiązania kontraktowe ponad narzucone limity bez uzyskania za nie pełnej zapłaty.

Odrzucamy też argument, że uwolnienie limitowania świadczeń w hospitalizacji nie doprowadzi do skrócenia czasu oczekiwania pacjenta (nie skróci kolejki) . Przykładem może być uwolnienie limitów w ambulatoryjnej opiece medycznej. Dysponując rzeczywistymi danymi konkretnego szpitala powiatowego należy stwierdzić, że liczba świadczeń na przestrzeni roku 2023/2022 wzrosła nie powodując wydłużenia kolejek, a w niektórych przypadkach nawet je skracając.

Ponadto, należy podkreślić, że ograniczony efekt zniesienia limitów w zakresie usług AOS spowodowany jest limitowaniem na poziomie kontraktowania tych usług z nowymi podmiotami leczniczymi.

Należy też wyjaśnić i przeciwstawić się powszechnym i nieprawdziwym sloganom (przekonaniom), które blokują nowoczesną reformę w ochronie zdrowia:

1. **Nie jest prawdą to, że szpitale hospitalizują i leczą niepotrzebnie – obecny deficyt usług powoduje, że ciężko chorym odmawia się leczenia, odsyłając z ich SOR-u do domu i zmuszając do oczekiwania w kolejkach, co powoduje pogorszenie stanu zdrowia, a w konsekwencji droższe leczenie w trybie pilnym, powodując gorszy wynik odroczonego leczenia.** Dane demograficzne najlepiej wskazują na niekorzystne efekty takiej polityki. Dlaczego eksperci i politycy godzą się z tym, że limitowanie świadczeń przyniesie straty na zdrowiu i zgony wielu Polaków, a boją się tylko o to, że jakiś procent hospitalizacji może się okazać niepotrzebna. **W praktyce, aby uniknąć częstych błędów musimy przyjąć chorego podejrzanego o poważne schorzenie, aby wykluczyć ryzyko, a nie tylko je potwierdzić.** To jest standard medyczny związany z czułością i swoistością objawów i testów klinicznych.
2. Duże wymagania co do jakości usług mają przedstawiciele NFZ i wielu ekspertów, tymczasem **większość wykonywanych usług jest dostarczana w zdegradowanych materialnie szpitalach, działających w warunkach braku płynności finansowej, gdzie miliony złotych przeznaczają się na pokrycie kosztów obsługi długu, kosztów windykacyjnych i komorniczych, uszczuplając tym samym środki finansowe na cel podstawowy, czyli leczenie chorych.** Poprawienie infrastruktury i płynności finansowej zapewni jakość.
3. Niektórzy eksperci uważają, że szpitale wykonują niepotrzebne hospitalizacje, aby wykonywać zabiegi, które można wykonywać w trybie ambulatoryjnym lub w trakcie dziennej hospitalizacji. Tymczasem to przecież **od płatnika zależy, jak wyceni wykonywanie procedur medycznych w trybie dziennym lub ambulatoryjnym z wykorzystaniem aparatury i infrastruktury szpitalnej.** Brak zachęt w tym zakresie oraz limitowanie procedur uniemożliwia szersze stosowanie tej ścieżki, choć szpitale mają również i ten potencjał.
4. Eksperci często stawiają zarzut, że szpitalnictwo w dalszym ciągu pochłania połowę budżetu NFZ, gdy tymczasem trendy na zachodzie Europy wskazują na zmniejszenie udziału szpitalnictwa w systemie opieki zdrowotnej. Trzeba jednak wziąć pod uwagę fakt, że w przypadku znacznie niższych nakładów na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu z innymi krajami EU i OECD, **w pierwszej kolejności należy zaspokoić potrzeby w zakresie ratowania życia i zdrowia, a te odbywają się w szpitalach, często pozbawionych jakichkolwiek rezerw finansowych.** Te potrzeby finansowe muszą być zaspokojone w pierwszej kolejności, aby uratować życie i zdrowie milionów Polaków.

Podsumowanie.

Wieloletnia strategia kładzenia nacisku i kierowania dużych nakładów na podstawową opiekę zdrowotną nie wykazała pozytywnych efektów. Funkcjonujące poza siecią szpitali i poza siecią opieki skoordynowanej POZ-ety i AOS-y nie dostosowały swojej działalności do nowoczesnych wymogów w tym zakresie i w dalszym ciągu odsyłają chorych do szpitali celem wykonywania droższych i bardziej zaawansowanych technologicznie procedur. Dlatego też szpitale stanowią centrum zarządzania opieką zdrowotną na danym obszarze. Szpitale wykonując nadwykonania pokazują konkretne potrzeby i niewykorzystany potencjał. Nie wolno tego bagatelizować. Obecnie, jedynym rozsądnym rozwiązaniem jest zniesienie limitów szpitalnych z jednoczesnym podniesieniem wyceny świadczeń dla podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w systemie dyżurowym jak i przyjęć planowych, w zakresie leczenia ciężko chorych i zagrożonych utratą życia i zdrowia pacjentów oraz uzyskania w ten sposób stabilności finansowej szpitali oraz zapewnienie im stabilnego wzrostu. Alternatywą jest utrzymanie dotychczasowego systemu limitowanej płatności i polityki prowadzącej do kompletnej degradacji sieci szpitalnej, zwiększania ich zadłużenia oraz konieczność regulowania zadłużenia szpitalnego z budżetów samorządowych i rządowych, bez nadziei na zwiększenie wykonań, poprawę dostępności i jakości, a także w świadomości braku perspektyw na uzyskanie lepszych wskaźników zdrowia naszego społeczeństwa.

Prof. dr hab. n. med. Paweł Buszman, EMBA
Collegium Medicum, UJD, Częstochowa

Podpisano przez/ Signed by:
**PAWEŁ
BUSZMAN**
Data/ Date: 08.02.2024 16:59
mSzofir

Władysław Perchaluk
Prezes Zarządu Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego

Prezes
Związku Szpitali Powiatowych
Województwa Śląskiego
Władysław Perchaluk

Adam Styczeń
Prezes Stowarzyszenia Szpitali Małopolski



Signed by /
Podpisano przez:
**Adam Tomasz
Styczeń**
Date / Data:
2024-02-12 09:36

Zbigniew Torbus
Dyrektor Szpitala SPZOZ w Proszowicach

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Zbigniew
Torbus
Data: 2024.02.01 08:46:15 CET