

**Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu
ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia
świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy
(Projekt z dnia 20.06.2017) MZ 535**

I. Przedstawienie zakresu i celu projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy.

Opiniowany projekt rozporządzenia zajmuje się głównie matematycznym ustaleniem szczegółowych warunków ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na pierwszy okres rozliczeniowy. Natomiast, aby dobrze go zinterpretować należy zwrócić również uwagę na sam „system”, dla którego ustalany jest ryczałt. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), tzw. ustawa o sieci szpitali, wprowadziła do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, który ma być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Celem systemu jest zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania

Zgodnie z tą ustawą finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będzie oparte w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w systemie zabezpieczenia (np. łącznie ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne i rehabilitację). Przyjmując ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń, odstąpiono bowiem od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ramach jednej kwoty całości

opieki udzielanej pacjentom w danym okresie rozliczeniowym. Niniejszy projekt rozporządzenia określa szczegółowy sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia, zwanego dalej „ryczałtem”.

W § 3 projektu rozporządzenia określa się wzór obliczania ryczałtu dla danego świadczeniodawcy posiadającego umowę w ramach systemu zabezpieczenia, który zawiera zmienne dotyczące tego świadczeniodawcy, jak również zmienne obliczane dla danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, na podstawie danych odnoszących się do wszystkich świadczeniodawców tego oddziału wojewódzkiego, dla których oblicza się ryczałt.

Przy ustaleniu ryczałtu mają zostać uwzględnione dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej. Jeżeli nie będzie możliwe uwzględnienie danych za rok 2015, za podstawę wyliczenia ryczałtu przyjmuje się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy albo okres obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok.

W projekcie rozporządzenia, na podstawie wytycznych zawartych w upoważnieniu ustawowym, określono następujący szczegółowy wzór wyliczania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy:

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) jednostka rozliczeniowa – miarę przyjętą do określenia wartości względnej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy, którą jest punkt;
- 2) plan zakupu – plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.2)), zwanej dalej „ustawą”;
- 3) ryczałt – ryczałt systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy;
- 4) ustawa zmieniająca – ustawę z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 3. Wartość ryczałtu dla danego świadczeniodawcy wylicza się według wzoru:

$$R_{l,0} = w_{s,0} \sum_{i=1}^x \frac{L_{l,s,i} \times T_{s,i} \times Q_{l,s,i} \times C_{l,s,i}}{k_0} + w_{a,0} \sum_{j=1}^z \frac{L_{l,a,j} \times T_{a,j} \times Q_{l,a,j} \times C_{l,a,j}}{k_0} + D_{l,0}$$

gdzie:

$R_{l,0}$ – wartość ryczałtu dla danego świadczeniodawcy l,

$w_{s,0}$ – wskaźnik dynamiki wysokości środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, w formie ryczałtu, określony w planie zakupu, odpowiadający relacji wyceny świadczeń na pierwszy okres rozliczeniowy do wyceny świadczeń według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej,

x – liczba świadczeń i,

i – oznacza i-te świadczenie opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego objęte ryczałtem (i=1, ..., x),

$L_{l,s,i}$ – liczba świadczeń opieki zdrowotnej i, ustalona dla danego świadczeniodawcy l zgodnie z art. 5 ust. 1 albo ust. 2 ustawy zmieniającej, w zakresie leczenia szpitalnego,

$T_{s,i}$ – taryfa świadczeń albo liczba jednostek rozliczeniowych ustalona w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, odpowiadająca danemu świadczeniu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej, z zastrzeżeniem, że jeżeli danemu świadczeniu opieki zdrowotnej może odpowiadać więcej niż jedna taryfa świadczeń albo liczba jednostek rozliczeniowych, przyjmuje się większą taryfę świadczeń albo większą liczbę jednostek rozliczeniowych, natomiast jeżeli danemu świadczeniu opieki zdrowotnej nie można przyporządkować dokładnej taryfy świadczeń albo liczby jednostek rozliczeniowych, przyjmuje się taryfę świadczeń albo liczbę jednostek rozliczeniowych dla świadczenia opieki zdrowotnej najbardziej zbliżonego pod względem medycznym,

$Q_{l,s,i}$ – współczynnik korygujący świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dla danego świadczeniodawcy l, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej,

$C_{l,s,i}$ – cena jednostki rozliczeniowej świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dla danego świadczeniodawcy l , według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej,

k_0 – współczynnik proporcjonalności czasowej, stanowiący iloraz liczby miesięcy w roku kalendarzowym oraz liczby miesięcy w pierwszym okresie rozliczeniowym,

$w_{a,0}$ – wskaźnik dynamiki wysokości środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w formie ryczałtu, określony w planie zakupu, odpowiadający relacji wyceny świadczeń na pierwszy okres rozliczeniowy do wyceny świadczeń według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej,

z – liczba świadczeń j ,

j – oznacza j -te świadczenie opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej objęte ryczałtem ($j=1, \dots, z$),

$L_{l,a,j}$ – liczba świadczeń opieki zdrowotnej j , ustalona dla danego świadczeniodawcy l zgodnie z art. 5 ust. 1 albo ust. 2 ustawy zmieniającej, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

$T_{a,j}$ – taryfa świadczeń albo liczba jednostek rozliczeniowych ustalona w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, odpowiadająca danemu świadczeniu opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej, z zastrzeżeniem, że jeżeli danemu świadczeniu opieki zdrowotnej może odpowiadać więcej niż jedna taryfa świadczeń albo liczba jednostek rozliczeniowych, przyjmuje się większą taryfę świadczeń albo większą liczbę jednostek rozliczeniowych, natomiast jeżeli danemu świadczeniu opieki zdrowotnej nie można przyporządkować dokładnej taryfy świadczeń albo liczby jednostek rozliczeniowych, przyjmuje się taryfę świadczeń albo liczbę jednostek rozliczeniowych dla świadczenia opieki zdrowotnej najbardziej zbliżonego pod względem medycznym,

$Q_{l,a,j}$ – współczynnik korygujący świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla danego świadczeniodawcy l , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej,

$C_{l,a,j}$ – cena jednostki rozliczeniowej świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla danego świadczeniodawcy I, według stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej,

$D_{l,0}$ – dodatkowa korekta ryczałtu dla danego świadczeniodawcy I, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy, związana z:

- przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, albo
- innymi uzasadnionymi sytuacjami związanymi ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, w tym wynikającymi ze zmiany taryfy i polegającymi na zwiększeniu liczby wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej w 2016 r.

Projektowane rozporządzenie, wydane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), określa szczegółowe warunki ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy. Przedmiotowy ryczałt oraz (określony oddzielnym rozporządzeniem) wykaz świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, stanowić mają formę rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, którzy znajdą się w pierwszych wykazach podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w pierwszym okresie rozliczeniowym.

Opiniowany projekt rozporządzenia ma na celu uregulowanie kwestii związanych z ustalaniem ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy. Ma doprowadzić do pożądanego stanu, w którym dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej zostanie poprawiony, co pozytywnie wpłynie na warunki życia ogółu obywateli. Ponadto jak można przeczytać w Ocenie Skutków Regulacji (OSR) projektowane przepisy wpłyną również na poprawę koordynacji i kompleksowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, dzięki wprowadzeniu nowego mechanizmu finansowania tych świadczeń, w ramach systemu zabezpieczenia. Dodatkowo zapewnienie stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych, które zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będzie miał pozytywny wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorców.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych, wypowiedzi oraz materiałów tematycznych z obszaru ochrony zdrowia,
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich , m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia”, (rezultaty zostały przedstawione poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej oraz reprezentantami organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

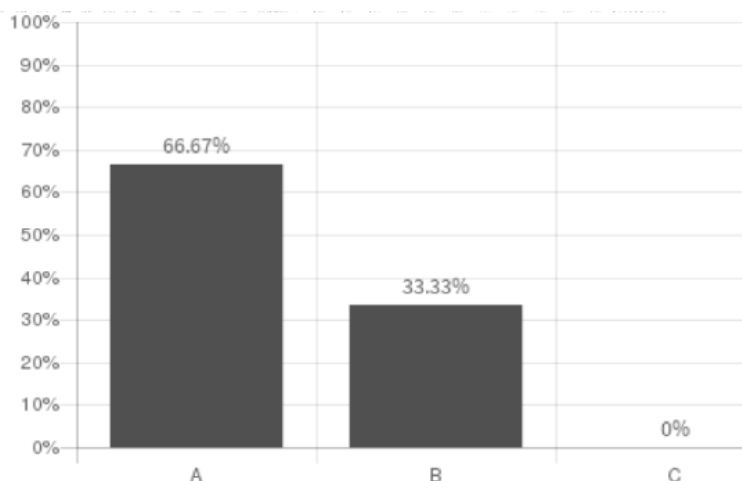
Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji). Konsultacje z przedstawicielami organizacji pacjenckich prowadzone były m.in. poprzez Platformę Konsultacji w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych), do których każdy z ankietowanych mógł się odnieść. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy zgadza się Pan/Pani ze zdaniem Ministerstwa Zdrowia, że wprowadzenie nowego mechanizmu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach systemu zabezpieczenia doprowadzi do poprawy dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej?

A. Tak

B. Nie

C. Nie mam zdania

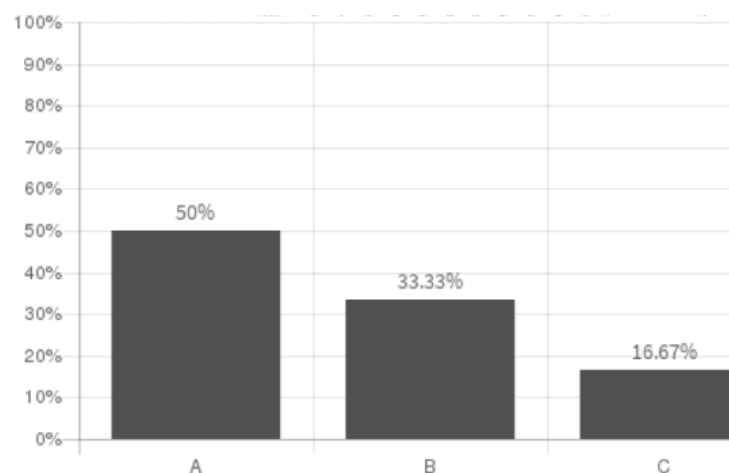


2. Czy zgadza się Pan/Pani ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, że zapewnienie stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych, które zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będzie miał pozytywny wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorców?

A. Tak

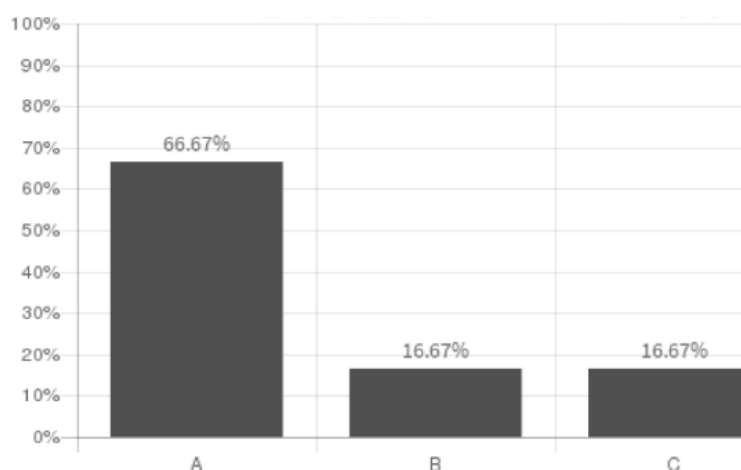
B. Nie

C. Nie mam zdania



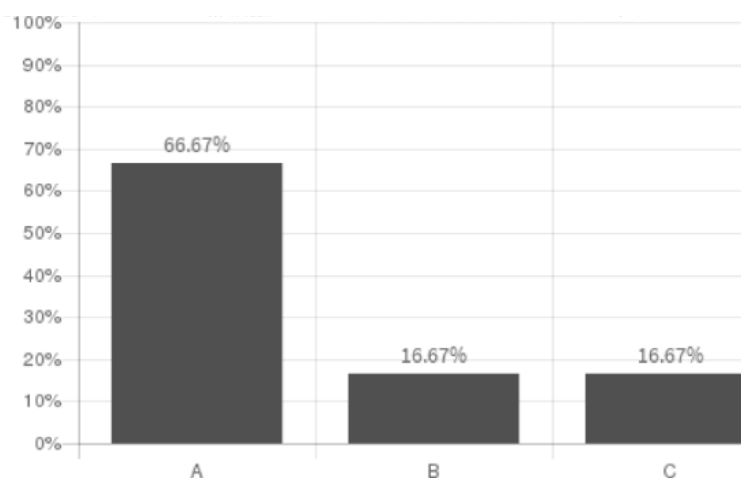
3. Czy Pana/Pani zdaniem przyjęte w projekcie rozporządzenia rozwiązanie, polegające na tym że finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będzie oparte w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w systemie zabezpieczenia, odstępując tym samym od finansowania pojedynczych przypadków sprawdzi się w praktyce?

- A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania

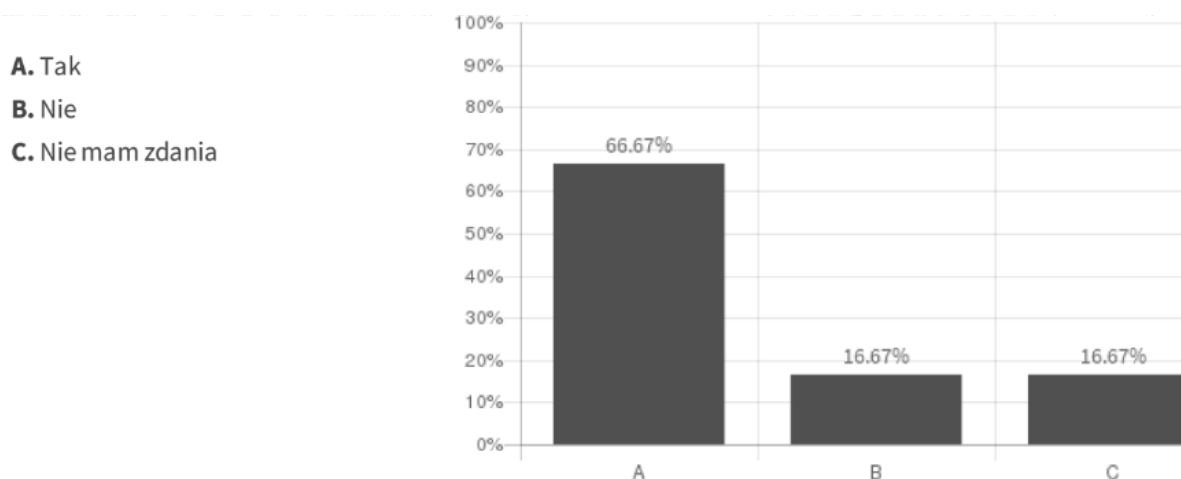


4. Czy według Pana/Pani wprowadzenie Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do systemu opieki zdrowotnej nowej instytucji prawnej w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej było dobrym posunięciem i dobrze wpłynie na jakość świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce?

- A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



5. Czy według Pana/Pani taryfa i cena jednostki rozliczeniowej powinny pozostać niezmienione w momencie wejścia w życie projektowanego rozporządzenia, w stosunku do obowiązujących dla roku bazowego (2015)?



A. Pytania otwarte

- 1) Jeżeli zgadza się Pan/Pani ze zdaniem Ministerstwa Zdrowia, że wprowadzenie nowego mechanizmu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach systemu zabezpieczenia doprowadzi do poprawy dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej to w jaki sposób ta poprawa dostępu się objawi?
- 2) Jeżeli Pan/Pani uważa, że zapewnienie stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych będzie miało pozytywny wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorców, to czy może Pan/Pani podać przykłady tego rodzaju oddziaływania?
- 3) Jeżeli Pana/Pani zdaniem taryfa i cena jednostki rozliczeniowej powinny zostać zmienione w momencie wejścia w życie projektowanego rozporządzenia, w stosunku do obowiązujących dla roku bazowego (2015) to czy mógłby Pan/Pani wyjaśnić na czym te zmiany miałyby polegać lub jaki byłby ich zakres?
- 4) Czy Pana/Pani zdaniem ustalenie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy może przynieść oczekiwany efekt w postaci poprawy jakości i dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej?

IV. Stanowisko eksperckie

Niniejsza ekspertyza dotycząca projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy powstała na podstawie przeprowadzonej wcześniej analizy stanu obecnego oraz konsultacji z organizacjami pacjenckimi. Głównym zagadnieniem poruszonym w tej opinii jest możliwy wpływ projektowanych przepisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia na formę rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, którzy znajdują się w pierwszych wykazach podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w pierwszym okresie rozliczeniowym. Potrzeba wprowadzenia w życie przedmiotowego rozporządzenia wynika z konieczności zapewnienia spójności przepisów prawa oraz z wagi poruszanej przez rozporządzenie materii. Podstawową sprawą jaka jest rozwiązywana przedmiotową regulacją jest ustalenie szczegółowych warunków ustalania wspomnianego wcześniej ryczału.

Skupiając swoją uwagę na wszystkich opisanych w pierwszej części ekspertyzy aspektach oraz odpowiedziach respondentów z organizacji pacjenckich uczestniczących w ankietach, należy przyznać, że projektowane rozporządzenie wydaje się być potrzebne i w rzeczywisty sposób może usprawnić proces rozliczania kosztów ze świadczeniodawcami. Ponadto projektowane rozporządzenie wprowadza przepisy, które w rzeczywisty sposób mogą pomóc w spełnieniu oczekiwań pacjentów. Z drugiej strony trzeba zaznaczyć fakt, że projekt rozporządzenia nie jest nieskazitelny, a w procesie konsultacji społecznych zostało do niego zgłoszonych wiele uwag merytorycznych, z którymi Minister Zdrowia powinien skrupulatnie się zapoznać i zastanowić się, czy niektórych zapisów w projekcie rozporządzenia nie powinno się usunąć bądź przerehabilitować, ze względu na zagrożenie wynikających z nich błędów merytorycznych. Zapewni to spójność przepisów prawa i pozwoli z czystym sumieniem wprowadzić projekt rozporządzenia w życie.

Większość uwag zgłoszonych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy w procesie konsultacji społecznych dotyczy głównie redakcji przepisów w nim zawartych, a dokładniej niezbyt precyzyjnego ich formułowania, co w konsekwencji może prowadzić do poważnych problemów interpretacyjnych. Dla przykładu zgodnie z § 3 projektu rozporządzenia wartość ryczału zostanie wyliczona na podstawie wzoru, który bierze pod uwagę środki zaplanowane na

leczenie szpitalne oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Natomiast według tego co można przeczytać w pkt 6 Oceny Skutków Regulacji (OSR) finansowanie świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje nie tylko leczenie szpitalne oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, ale również rehabilitację leczniczą. W związku z niedokładnością wskazaną powyżej ciężko nie zgodzić się z opinią, że informacje w tym zakresie należy doprecyzować. W przeciwnym wypadku może to skutkować błędnym stosowaniem przepisów rozporządzenia, a co gorsze prowadzić do wielu błędów w systemie, który przecież ma usprawnić działanie polskiej służby zdrowia, a nie dodatkowo pogorszyć jej stan. W Ocenie Skutków Regulacji (OSR) można również znaleźć następujące informacje:

Ministerstwo zakłada, że w ramach środków planowanych obecnie przez NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych w IV kwartale 2017 r. z zakresu:

- leczenia szpitalnego: udział wartości świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, realizowanych w ramach PSZ (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), w całości kosztów świadczeń z tego zakresu, będzie kształtował się na poziomie ok. 93%;
- rehabilitacji leczniczej: udział wartości świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w ramach PSZ, w całości kosztów świadczeń z tego zakresu, będzie kształtował się na poziomie ok. 35 %;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: udział wartości świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w ramach PSZ, w całości kosztów świadczeń z tego zakresu, będzie kształtował się na poziomie ok. 37 %.

Wskazane powyżej udziały będą różniły się przy tym w zależności od oddziału wojewódzkiego NFZ.

W ramach środków planowanych przez NFZ na finansowanie świadczeń w PSZ w IV kw. 2017 r., udział wartości świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, w stosunku do całości kwoty wynikającej ze wszystkich umów PSZ, będzie kształtował się na poziomie ok. 46 %. Udział ten może istotnie się różnić w przypadku poszczególnych świadczeniodawców, np. jeżeli profil działalności świadczeniodawcy obejmuje przede wszystkim świadczenia wyodrębnione, odsetek ten będzie znacznie wyższy, i odwrotnie. W związku z powyższym w ramach środków planowanych obecnie przez NFZ na finansowanie świadczeń w IV kwartale

2017 r., udział wartości świadczeń finansowanych w formie ryczałtu w ramach umowy PSZ, będzie kształtował się na poziomie ok. 54 %.

Bardzo konstruktywną uwagę do opiniowanego aktu prawnego zgłosił również Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, a mianowicie:

„Przyjęty w projekcie rozporządzenia wzór ustalający ryczałt (par. 3 projektu) łączy 2 parametry z różnych okresów czasu tj. $L_{l,s,i}$ – liczba świadczeń (z roku 2015) i $T_{s,i}$ – aktualną taryfę odpowiadającą danemu świadczeniu leczenia szpitalnego. Analogicznie dotyczy to także parametrów $L_{l,a,j}$ oraz $T_{a,j}$. Biorąc pod uwagę istotne zmiany taryf w roku 2016 oraz ich negatywne konsekwencje przekładające się na istotne pogorszenie sytuacji finansowej jednostek, takie połączenie parametrów powoduje w przypadku jednostek kardiologicznych takich jak Instytut Kardiologii kolejne istotne obniżanie wartości kontraktu wynikającego z ryczałtu. Dalsze obniżanie kontraktów będzie prowadzić do zapaści jednostek kardiologicznych i w konsekwencji do braku możliwości rzetelnego realizowania kontraktu”.

Jak wynika z przytoczonego stanowiska Instytutu projekt rozporządzenia wprowadza wzór, którego konsekwencją mogą być poważne problemy finansowe placówek leczniczych, a na pewno w tej postaci nie spełni swojego głównego celu jakim jest usprawnienie systemu. Jednak wprowadzenie niewielkich poprawek może spowodować zmianę tej sytuacji, dlatego Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego proponuje:

„Proponujemy zmianę definicji wskaźników - $T_{s,i}$ oraz $T_{a,j}$ poprzez odniesienie ich do art. 5 ust. 1 lub ust. 2 ustawy zmieniającej:

$T_{s,i}$ – taryfa odpowiadająca danemu świadczeniu leczenia szpitalnego zgodnie z art. 5 ust. 1 albo ust. 2 ustawy zmieniającej, w zakresie dotyczącym świadczeń leczenia szpitalnego,

$T_{a,j}$ – taryfa odpowiadająca danemu świadczeniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zgodnie z art. 5 ust. 1 albo ust. 2 ustawy zmieniającej, w zakresie dotyczącym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Brak uwzględnienia propozycji, w przypadku Instytutu Kardiologii, wpłynie na zmniejszenie poziomu kontraktu o wartość ok 9 mln zł, czyli będzie skutkowało istotnym ograniczeniem dostępności do świadczeń oraz koniecznością redukcji wysokospecjalistycznego personelu medycznego.”

Na podstawie zacytowanej uwagi łatwo dojść do wniosku, że wzór, który ma w konsekwencji prowadzić do tak drastycznego obniżenia wartości kontraktów placówek leczniczych w tej postaci nie może stanowić podstawy ustalania szczegółowych warunków ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejnym aspektem, który powinien zostać jak najszybciej wyjaśniony jest niebezpieczna wątpliwość, czy na następne okresy rozliczeniowe zostanie utworzony inny, nowy wzór. Wątpliwość ta wynika albowiem z faktu, że zawarty w projekcie rozporządzenia wzór nie zawiera klarownego mechanizmu zwiększania/zmniejszania ryczałtu w zależności od wykonania w poprzednim okresie rozliczeniowym, a zatem racjonalne wydaje się założenie, że podany wzór dotyczy tylko i wyłącznie pierwszego okresu rozliczeniowego. Pozostaje tylko jedno istotne pytanie, na które póki co nikt nie zna odpowiedzi: „co z następnymi okresami rozliczeniowymi?”.

Ponadto wzór na podstawie, którego zostanie wyliczona wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy powinien uwzględniać dynamikę wzrostu przychodów mając na względzie lata 2015-2017, taryfę świadczeń obowiązującą w roku 2015, a także powinien odnosić się do wartości punktu, która została przedstawiona w projektach zarządzeń Prezesa NFZ w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a nie jak stanowi zapis rozporządzenia: „wg stanu na dzień wejścia w życie ustawy zmieniającej”. Dlatego należałoby zmienić ten zapis na: „według stanu na dzień 1 lipca 2017 roku”, ponieważ wszystkim świadczeniodawcom należy zapewnić jednakowe warunki finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych, a pomiędzy dniem wejścia w życie ustawy zmieniającej, a 1 lipca 2017 r. nastąpiło i nastąpi wiele istotnych zmian w zakresie ustalania nowych taryf i cen.

Należałoby się również zastanowić nad możliwym wpływem projektu regulacji na placówki lecznicze różnego stopnia. Dla przykładu w przypadku szpitali powiatowych posiadających dotychczas z pewnego powodu niskie wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ, uzasadnione byłoby wprowadzenie w projekcie dodatkowego zapisu, który regulowałby minimalną wartość ryczałtu dla szpitali I stopnia. Zapis ten mógłby zapobiec dalszemu pogłębianiu niekorzystnej sytuacji finansowej i zmniejszyć do minimum problem ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na danym terenie. Na dzień dzisiejszy W celu ułatwienia analiz rozwiązań zaproponowanych we wprowadzanych rozporządzeniach wzorach, służących do ustalania wysokości ryczałtu PSZ, resort zdrowia opublikował także plik zawierający symulator obliczania ryczałtu PSZ w danym oddziale

wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, opracowany na podstawie projektu rozporządzenia.

Biorąc pod uwagę wszystkie opisane powyżej aspekty należy zauważyć, iż sam projekt rozporządzenia w oderwaniu od informacji o danych dotyczących np. wartości planu finansowego płatnika, niezależnie czy będzie nim NFZ czy inny podmiot, jest trudny do oceny pod względem skutków formalnoprawnych i finansowych dla podmiotów leczniczych. Pozostaje też niepewne czy wskaźniki dynamiki wysokości środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń leczenia szpitalnego będą odpowiadać obecnie funkcjonującym wskaźnikom oraz na jakiej podstawie podlegać będą korekcie. Ponadto ilość zgłoszonych uwag w procesie konsultacji społecznych zmusza do refleksji i dlatego Minister Zdrowia powinien wziąć je wszystkie pod uwagę i doprecyzować niejasności wynikające z zapisów rozporządzenia, aby uniknąć niepożądanych komplikacji. Projekt rozporządzenia w obecnym kształcie należy ocenić raczej negatywnie ze względu na ilość niejasności wynikających z zawartych w nim przepisów. Zanim będzie mógł wejść w życie Minister Zdrowia musi je wszystkie przeanalizować i zredagować swój projekt tak, aby ten przedstawiał materię zgodną z pożądanym wzorcem wynikającym z konsultacji społecznych i racjonalnej polityki finansowej.

Opracował: Mirosław Zieliński

Ekspert Projektu