

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 636)

I. Opis sytuacji problemowej

Projektodawca stwierdza, iż:

a) ze względu na brak przepisów zapewniających możliwość skorzystania ze współczynników korygujących wartość ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez świadczeniodawców, w przypadku których wygasła ważność certyfikatu akredytacyjnego, a jednocześnie nie została zakończona procedura oceniająca prowadzona w związku z wnioskiem o odnowienie akredytacji.

oraz b) ze względu na niedostatecznie precyzyjne sformułowanie przepisu dotyczącego stosowania współczynników korygujących związanych ze zwiększeniem lub zmniejszeniem liczby udzielanych świadczeń ambulatoryjnych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,

proponuje się wprowadzenie w załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, przepisów przewidujących stosowanie współczynników korygujących wartość ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy, określonych w pkt 1 załącznika do rozporządzenia, również w odniesieniu do świadczeniodawców, w przypadku których ważność certyfikatu akredytacyjnego wygasła nie wcześniej niż 12 miesięcy przed rozpoczęciem danego okresu planowania, a jednocześnie nie została zakończona procedura oceniająca prowadzona w związku z wnioskiem o odnowienie akredytacji.

Proponuje się również wprowadzenie w załączniku do ww. rozporządzenia doprecyzowania, iż odpowiednio wzrost lub spadek liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulato-

ryjnych należy ustalać przy uwzględnieniu długości porównywanych okresów, tj. okresu obliczeniowego i okresu porównawczego.

Warunkiem zastosowania wobec świadczeniodawcy odpowiedniego współczynnika korygującego wartość ryczałtu systemu zabezpieczenia w danym okresie planowania będzie przekazanie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, nie później niż do końca drugiego miesiąca okresu planowania, certyfikatu akredytacyjnego dotyczącego posiadanych profili systemu zabezpieczenia, którego ważność wygasa nie wcześniej niż 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu planowania, wraz z oświadczeniem kierownika podmiotu leczniczego, że mimo złożenia wniosku o udzielenie akredytacji na kolejny okres, nie później niż 6 miesięcy przed upływem ważności certyfikatu akredytacyjnego, nie została zakończona procedura oceniająca.

Szpitalne zakwalifikowane do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których ważność certyfikatu akredytacyjnego wygasa nie wcześniej niż 12 miesięcy przed rozpoczęciem danego okresu planowania, a jednocześnie nie została zakończona procedura oceniająca, będą mogły skorzystać ze współczynników korygujących, uzyskując dzięki temu wyższe kwoty ryczałtu systemu zabezpieczenia.

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 organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

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

1. Czy Pani/Pana zdaniem Regulator może ustalać wysokość ryczałtu finansowego dla szpitali w oparciu m.in. o zjawiska niezależne od samego świadczeniodawcy?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	0	
Nie	4	
Nie mam zdania	6	

2. Czy Pani/Pana zdaniem szpitale, pełniące jednocześnie funkcje dydaktyczne powinny być dodatkowo promowane finansowo z tego tytułu?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	

Nie 1

Nie mam zdania 3

3. Czy Pani/Pana zdaniem obciążenia biurokratyczne Regulatora wobec świadczeniodawców mogą wpłynąć na stopień i jakość świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	6	
Nie mam zdania	3	

4. Czy Pani/Pana zdaniem system oceny i rozliczania świadczeniodawców powinien być prezentowany opinii publicznej, w tym organizacjom pacjenckim, w sposób dla nich zrozumiały?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	
Nie mam zdania	43	

Pytania otwarte:

1. Jaki można ograniczyć niepewność prawną, związaną z niejednoznacznością lub skomplikowaniem przepisów regulujących wysokość ryczałtów finansowych przyznawanych świadczeniodawcom przez Narodowy Fundusz Zdrowia?
2. W jaki sposób świadczeniodawcy posiadający status centrum urazowego, stanowiący ważne ogniwo systemu bezpieczeństwa zdrowotnego kraju, mogą uzyskać dodatkowe, ponad-standardowe środki finansowe na działalność o wymaganej przez Regulatora jakości świadczeń?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Organizacje pacjenckie, zachęcane przez Ministerstwo Zdrowia do brania udziału w dyskusji nad rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia, mają za zadanie monitorowanie również procedur nie związanych bezpośrednio z relacjami pacjenta i świadczeniodawcy. Zapisy zawarte w przedmiotowym rozporządzeniu zmieniają procedury i zasady raportowania oraz relacji pomiędzy świadczeniodawcami, jakimi w tym wypadku są przede wszystkim szpitale, a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Prowadząc monitoring dyskusji ws. projektu rozporządzenia należy dostrzec i przeprowadzić analizę szeregu uwag, jakie różne podmioty zgłaszają do treści rozporządzenia. I tak, zasadne wydają się komentarze ze strony przedstawicieli szpitali oraz regionalnych instytucji systemu ochrony zdrowia wskazujące, że sposób ustalania ryczałtu określony jest niezbyt czytelnymi formułami, uwarunkowanymi od obliczeń m.in.: różnego rodzaju współczynników korygujących, uzależnionych od wzajemnych relacji oraz zjawisk niezależnych od świadczeniodawcy, co czyni go trudnym do oceny z punktu widzenia skutków finansowych dla podmiotów leczniczych.

Dodatkowo, przepisy prawne regulujące akredytację w ochronie zdrowia nie regulują kwestii terminu składania wniosków o ponowne poddanie się akredytacji i nie tworzą obligatoryjnych obowiązków w zakresie terminu.

Jedynie zgodnie z Programem Akredytacji Szpitali wydanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia na około 6 miesięcy przed upływem terminu ważności certyfikatu akredytacyjnego szpital pisemnie potwierdza wolę poddania się ponownemu przeglądowi składając wniosek do ośrodka akredytacyjnego.

Zatem zapis projektu rozporządzenia zbyt rygorystycznie (w odniesieniu do skutków) określa kwestie terminu złożenia wniosku i tworzy niepewne regulacje prawne, które nierówno traktują świadczeniodawców. Zwłaszcza, że terminy składania wniosków jak wynika z praktyki są bardzo różne od 2 lat do 2 miesięcy przed wygaśnięciem certyfikatu. Termin taki ten nie powinien być w ogóle zastrzegany, bo w przepisach prawa nie był jednoznacznie określony.

Alternatywnie, proponowane jest skrócenie terminu do 3 miesięcy, co umożliwiłoby przeprowadzenie procedury akredytacyjnej i wskazywało jednocześnie na wolę świadczeniodawcy poddania się akredytacji przed pozyskaniem wiedzy o projektowanych zmianach.

Kolejna uwaga odnosi się do faktu, iż wzór służący do wyliczenia ryczałtu jest rozbudowany i opisany w sposób mało przejrzysty co utrudnia jego analizę. Zapisy budzą wątpliwości co do zawartości i prawidłowej interpretacji. W praktyce nie ma możliwości ani narzędzia weryfikacji wysokości środków naliczonych na podstawie przedmiotowych zapisów przez NFZ.

Zasadne jest wprowadzenie transparentności zapisów oraz samego mechanizmu wyliczenia ryczałtu.

Zasadne jest także wprowadzenie dodatkowego współczynnika - wysokiej kosztochłonności funkcjonowania i wagi świadczeniodawcy posiadających status centrum urazowego i stanowiących bardzo ważne ogniwo systemu bezpieczeństwa zdrowotnego kraju. Konieczne jest wprowadzenie współczynnika zwiększającego wartość ryczałtu dla centrów urazowych – dotyczy jedynie 14 jednostek w kraju. Także pełnienie funkcji dydaktycznej nie zostało uwzględnione jako element promowany, który winien zostać uwzględniony i jako wiążący się z ponoszeniem istotnych kosztów winien znaleźć realne odzwierciedlenie w finansowaniu a co za tym idzie winien być uwzględniony we wzorze wyliczenia wartości ryczałtu.

Brak zasadności uwzględnienia współczynników związanych z promowaniem jednostek posiadających własną bazę diagnostyczną. Wysoko wyspecjalizowane ośrodki świadczące usługi medyczne w sposób kompleksowy bardzo często część obszarów przenoszą na podwykonawców, w szczególności dotyczy to właśnie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych. Taka forma współpracy z podwykonawcami nie obniża poziomu kompleksowości świadczeniodawcy, a wręcz wpływa na zapewnienie lepszego poziomu jakości usług medycznych. Służy też racjonalizacji ponoszonych kosztów. Jest znacznie korzystniejsza z punktu widzenia wyspecjalizowania ośrodka (a więc usług na odpowiednim poziomie) i tańsza z punktu widzenia całego systemu opieki zdrowotnej.

Ponadto wskazuje się, iż w obowiązującym rozporządzeniu jednym ze współczynników jakościowych jest posiadanie przez laboratorium szpitalne świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej. Do czasu publikacji projektu przedmiotowego rozporządzenia nie było szczegółowych ustaleń i transparentnych kryteriów, które w jednoznaczny sposób określałyby uzyskanie świadectwa, więc każde laboratorium kontrolowało parametry, które wykonuje dla swoich pacjentów.

W celu usystematyzowania i określenia jasnych kryteriów kontroli, w dniu 15 grudnia 2017 roku wydano Rozporządzenie MZ zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości

dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. Rozporządzenie określiło zasady postępowania narzucając laboratorium wykonanie wszystkich 20 wymienionych w rozporządzeniu parametrów chemii klinicznej, nawet tych, które laboratoria nie wykonują.

Np. ginekologiczno – położniczy szpital kliniczny Uniwersytetu Medycznego jest szpitalem monoprofilowym i nie ma konieczności wykonywania niektórych badań. Wątpliwości, a nawet sprzeciw budzi działanie wstecz obu rozporządzeń w zakresie kontroli jakości badań laboratoryjnych. Oba rozporządzenia jako dokumenty prawne, powinny być weryfikowane po wejściu tych aktów.

A zatem rodzi się pytanie, jak laboratorium może uzyskać świadectwo, gdzie wymogiem jest wykonanie kontroli w zakresie 20 konkretnych analitów, nie wymaganych przed wrześniem 2017 roku, a świadectwo otrzymuje się po przejściu 4 pełnych cykli kontroli w całym roku? Jest to dyskryminujące dla danego szpitala, który nie otrzymał określonej wartości współczynnika korygującego do określenia ryczałtu, ponieważ nie uzyskał wymaganego świadectwa z Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, za brak oceny jednego parametru, przy bardzo dobrych ocenach pozostałych badań.

Obecnie można zgłosić wszystkie parametry, jednak świadectwo można otrzymać po roku udziału w kontroli jakości badań laboratoryjnych, i przez ten czas szpital nie będzie mógł uwzględnić stosownego współczynnika w ryczałcie.

Ważne więc jest, aby Ministerstwo Zdrowia zanalizowało ten problem, który dotyczy wielu szpitali monoprofilowych, w których nie powinno być wymagane kontrolowanie parametrów laboratoryjnych nie wykonywanych u pacjentów tych szpitali. A jeśli 20 wymaganych badań z zakresu chemii klinicznych jest wymagane od grudnia 2017 należy zmienić przyznawanie świadectw, np. po każdym kwartale, by laboratoria dostosowujące się do nowego rozporządzenia mogły wykazać jego realizację.

Organizacje pacjenckie, pełniąc m.in. rolę podmiotów monitorujących działanie systemu ochrony zdrowia, są bardzo zainteresowane usprawnieniem procedur, poprzez zastosowanie rozwiązań wskazanych w ww. uwagach i opiniach różnych interesariuszy systemu.

Opinię przygotował:

Artur Nowicki

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

