

Czym będzie tzw. sieć szpitali?

Projekt ustawy tworzącej tzw. sieć szpitali wprowadza nowe rozwiązania, które usprawnią organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne i poprawią dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Pozwolą one zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwią lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Ułatwią także zarządzanie szpitalami.

Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy zagwarantują odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność finansowania szpitali. Szpitale, spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie i projekcie rozporządzenia, utworzą tzw. system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Na funkcjonowanie tego systemu będzie przeznaczony ok. 91% środków, z których obecnie jest finansowane leczenie szpitalne (pozostałe 9% zostanie rozdysponowane w drodze konkursowej). Zakwalifikowanie szpitala do PSZ będzie gwarancją, że Fundusz zawrze z nim umowę – bez konieczności uczestniczenia w postępowaniu konkursowym.

System PSZ będzie główną formą zabezpieczenia dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Obejmie także świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W ramach PSZ zostanie wyodrębnionych sześć poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń. Świadczeniodawcy z terenu danego województwa będą kwalifikowani do jednego z tych poziomów. Podstawą kwalifikacji będzie realizacja świadczeń zdrowotnych w określonych profilach świadczeń (zasady kwalifikacji zostaną szczegółowo określone w rozporządzeniu wykonawczym, którego projekt został dołączony do projektu ustawy).

Świadczenia opieki zdrowotnej nienależące do PSZ będą nadal kontraktowane w oparciu o postępowania konkursowe, a świadczeniodawcy, którzy nie zostaną zakwalifikowani do PSZ, będą mogli brać udział w postępowaniach konkursowych.

Po co tworzona jest sieć szpitali?

Zarzut: kryteria są takie, że do sieci nie wchodzi wiele ważnych szpitali.

Nie sposób stworzyć prostych kryteriów, które pozwoliłyby włączyć do sieci wszystkie szpitale. Ale w projekcie jest następujące rozwiązanie: **jeśli jakiś szpital pełni istotną rolę w systemie, to choć nie spełnia kryteriów, minister zdrowia włączy go do sieci na wniosek dyrektora oddziału NFZ.** To bardzo istotny element projektu.

Można by stworzyć sieć w oparciu o kryteria jakościowe, ale trudno póki co o wybór obiektywnych wskaźników, które nie byłyby kwestionowane (np. szpital może mieć wiele zakażeń, ale wcale ich nie wykrywać). Dlatego też **pracujemy nad ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, dzięki której stworzenie i zastosowanie kryteriów jakościowych będzie możliwe.**

Czy kryteria nie są zbyt wąskie?

Zarzut: w niektórych regionach do sieci wejdzie mniej niż połowa szpitali.

Sieć będzie tylko jednym z elementów systemu opieki zdrowotnej. Szpitale, które nie wejdą do sieci, będą mogły starać się o kontrakty na leczenie w ramach konkursów, czyli tak, jak do tej pory.

Duża liczba szpitali konkurujących ze sobą o kontrakty prowadzi do rozproszenia ograniczonych przecież środków. Nie bez powodu w ciągu ostatnich lat w ogóle nie ogłaszano konkursów dla szpitali, tylko przedłużano kontrakty tym, które już je miały.

Chodzi o to, by w przyszłości uniknąć sytuacji kontrowersyjnych (np. gdy wyniki konkursów rozpisywanych przez NFZ pomijały ważny ośrodek czy oddział) i by pacjentom dać podstawowe bezpieczeństwo dostępu do świadczeń. **Dlatego szpitale, które wejdą do sieci, będą miały zagwarantowane środki na leczenie bez udziału w konkursie.**

Aż 91 proc. pieniędzy jakie dziś NFZ przeznacza na leczenie w szpitalach, będzie przyznawane w ramach ryczaftu. I tylko 9 proc. ma być dzielone w konkursach, czy to nie za mało?

Opieramy się na tym, jak kształtowały się wydatki NFZ w 2015 roku. Chodzi o to, by uporządkować system. **Nie chcemy, by tak jak do tej pory, „spontanicznie” budowano szpitale czy tworzone nowe oddziały, ponieważ na przykład z powodu przeszacowanych wycen części świadczeń dane schorzenia opłacało się (finansowo) leczyć bardziej niż inne.**

Czy dawanie szpitalom ryczaftu na leczenie nie sprawi, że będą przyjmować mniej chorych, operować mniej pacjentów z zaćmą, wszczepiać mniej endoprotez itd.?

Planujemy wyłączenie niektórych świadczeń z ryczaftu i rozliczanie ich tak jak do tej pory, czyli zależnie od liczby przyjętych pacjentów.

Co z resztą chorych leczonych w ramach ryczałtu?
Czy nie ma obaw o to, że będą odsyłani?
Bo ryczałt oznacza, że „czy się stoi, czy się leży,
wyplata się należy”.

U podłoża reformy z 1999 roku leżało przekonanie, że „pieniądz idzie za pacjentem”. Dziś widzimy mankamenty tego rozwiązania – **specjaliści mnożą wizyty, a szpitale hospitalizacje. Chcemy to wyeliminować.** Szpitale będą musiały nadal sprawozdawać, ilu pacjentów leczą czy jakie wykonują operacje, choć sprawozdania te zostaną nieco uproszczone.

Plany utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, czyli sieci placówek medycznych, budzi skrajne emocje. Jaki jest cel tych zmian?

Pamiętajmy, że funkcjonowanie szpitala ma też wymiar społeczny. Chodzi o relacje z samorządem terytorialnym, o dostęp do świadczeń dla lokalnej społeczności. To wymiar bezpieczeństwa zarówno w zakresie zapewnienia opieki medycznej jak i w szerszym tego słowa znaczeniu. Funkcjonujemy w stanie ciągłego konfliktu między płatnikiem, a świadczeniodawcami. Nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie tego konfliktu, ale chodzi o to, by jego poziom maksymalnie zmniejszyć. **Celem systemu nie jest walka, a zagwarantowanie dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń dla pacjentów.**

Kilka lat temu w jednym z regionów dokonano konkursowej rewolucji, część powiatowych i prywatnych placówek, od lat świadczących usługi w ramach kontraktów, odpadła w niektórych zakresach i pacjenci mieli dojeżdżać do odległych szpitali. Ale zmiany cofnięto. Teraz resort woli zrezygnować z konkursów?

Takich prób było więcej i faktycznie z części z nich zrezygnowano. **Trzeba wprowadzić narzędzie, które zapewni, że kontraktowanie świadczeń zapewni właściwy dostęp do nich dla pacjentów.**

Czy resort nie chce przedłużać aneksów umów zawartych przez szpitale z NFZ obowiązujących do 1 lipca przyszłego roku?

Nie ma sensu dalsze przedłużanie prowizorycznych aneksów, trzeba zmierzać do rozwiązań docelowych. W planowanej zmianie chcemy choć w części odejść od rozliczania pojedynczych procedur w kierunku całościowego finansowania świadczeń. Oczywiście najlepiej byłoby wprowadzić finansowanie za efekty, ale trzeba jeszcze opracować wskaźniki jakościowe. Dlatego korygujemy obowiązujące teraz rozwiązania. Wybieramy finansowanie poprzez budżetowanie dla większości świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. **Zapewni to stabilizację szpitalom. Od lat mówi się o tym, że placówki, zwłaszcza powiatowe, skarżą się na brak możliwości planowania w dłuższej perspektywie, obawiają się, że stracą kontrakt w kolejnym konkursie.** System cały czas się zmienia i nie możemy pozwolić sobie na beczynność. Dokonujemy ewolucji, czyli wybieramy racjonalny sposób dokonania dużej zmiany.

Jak ma działać polska sieć szpitali ze stałymi budżetami?

Tworzymy sieć (choć taka nazwa w projekcie ustawy nie pada) szpitali publicznych i niepublicznych - tych, których funkcjonowanie musi być zapewnione. Nastąpi gwarancja finansowania takiego szpitala i określone zostaną rodzaje świadczeń, które można wykonywać na poszczególnych poziomach.

Ponadto planujemy wyłączenie niektórych świadczeń z ryczałtu i rozliczanie ich tak jak do tej pory, czyli zależnie od liczby przyjętych pacjentów. Szczegółowe zapisy znajdują się w umowie między szpitalem, a NFZ.

Czy część placówek – tych, które do sieci nie trafią – nie będzie w jeszcze większej niepewności niż dotychczas?

Celem zmian jest **zwiększenie efektywności systemowej**, co można osiągnąć przez niewielkie i adekwatne (czyli takie, które nie zakłóci dostępu do świadczeń) zmniejszenie liczby podmiotów prowadzących działalność w oparciu o publiczne pieniądze. **Tworzymy system zabezpieczenia m.in. poprzez zdefiniowanie pojęcia szpitala oraz oczekiwania i kryteria wobec tych, które chcą być w sieci.**

Jeden z ekspertów nazwał planowaną sieć nacjonalizacją służby zdrowia. W sieci mają być i publiczne i prywatne szpitale, ale dla tych ostatnich miejsca będzie niewiele, prawda?

Do sieci trafią placówki spełniające warunki te same dla wszystkich. Nie jest tu ważny układ właścicielski. W sieci znajdą się podmioty publiczne i niepubliczne.

Sieć będzie tylko jednym z elementów systemu opieki zdrowotnej. Szpitale, które nie wejdą do sieci, będą mogły starać się o kontrakty na leczenie w ramach konkursów.

Najważniejsze pytanie, jakie zadają sobie placówki to to, ile pieniędzy dostaną? Od tego będzie zależało czy na przystąpieniu do sieci zyskają czy tracą.

To zostanie opisane w zarządzeniach. Analizowaliśmy różne możliwości i rozważania te doprowadziły do wniosku, że **podstawą powinien być kontrakt oraz nadwykonania z 2015 r.**

Co z jakością procedur? Pewność finansowania może spowodować jej spadek. Czy zostaną opracowane wskaźniki, by ją mierzyć?

Chcielibyśmy płacić placówkom za efekty leczenia, a nie - jak teraz - za każdą usługę osobno, niezależnie od rezultatów. Ale do tego droga nie jest taka prosta i krótka. Musimy wyznaczyć mierniki, które będą przejrzyste, akceptowalne i dać czas zakładom leczniczym, aby przygotowały się do ich stosowania.

Czy z czasem część szpitali z sieci wypadnie?

Chcemy podnieść efektywność systemu, ale też skuteczność i bezpieczeństwo leczenia przez adekwatne wskazywanie podmiotów z gwarancją kontraktu z NFZ.

Co stanie się np. ze szpitalami powiatowymi, które by poprawić los pacjentów, ale i swoje finanse, inwestowały w dodatkowe oddziały np. diabetologiczne, kardiologiczne, i mają więcej niż 4 oddziały?

Niektóre szpitale powiatowe trafią nie do pierwszej, a do drugiej kategorii placówek ostrych. I będą mieć finansowane np. 6 oddziałów. **Trzeba jednak pamiętać, że nie wszyscy powinni zajmować się wszystkim, bo tylko wykonywanie wielu powtarzalnych operacji daje możliwość zdobycia doświadczenia.** Znaczną część świadczeń z oddziałów kardiologicznych, diabetologicznych, geriatrycznych czy pulmonologicznych na poziomie placówek I stopnia będzie można wykonywać na oddziałach chorób wewnętrznych, czyli tzw. interny, a znaczną część procedur z oddziałów ortopedycznych czy urologicznych realizować będzie można na oddziale chirurgii ogólnej. Szczegóły będą zawarte w zarządzeniu Prezesa NFZ.

Ile szpitali znajdzie się w sieci?

Na tym etapie prac nad projektem ww. ustawy nie można stwierdzić, ile szpitali znajdzie się w sieci. **Ministerstwo Zdrowia stale pracuje nad tym, aby wszystkie szpitale uznawane za kluczowe dla bezpieczeństwa pacjentów znalazły się w sieci. Możemy zagwarantować, że szpitale, które stanowią jedyne zabezpieczenie w skali powiatu, trafią do sieci.**

Czy gwarancja finansowania z budżetu tylko dla szpitali, które znajdą się w sieci, może nas pozbawić dotacji z Unii Europejskiej?

Wprowadzenie rozwiązań związanych z siecią szpitali nie wpływa na trwałość projektów współfinansowanych ze środków UE.