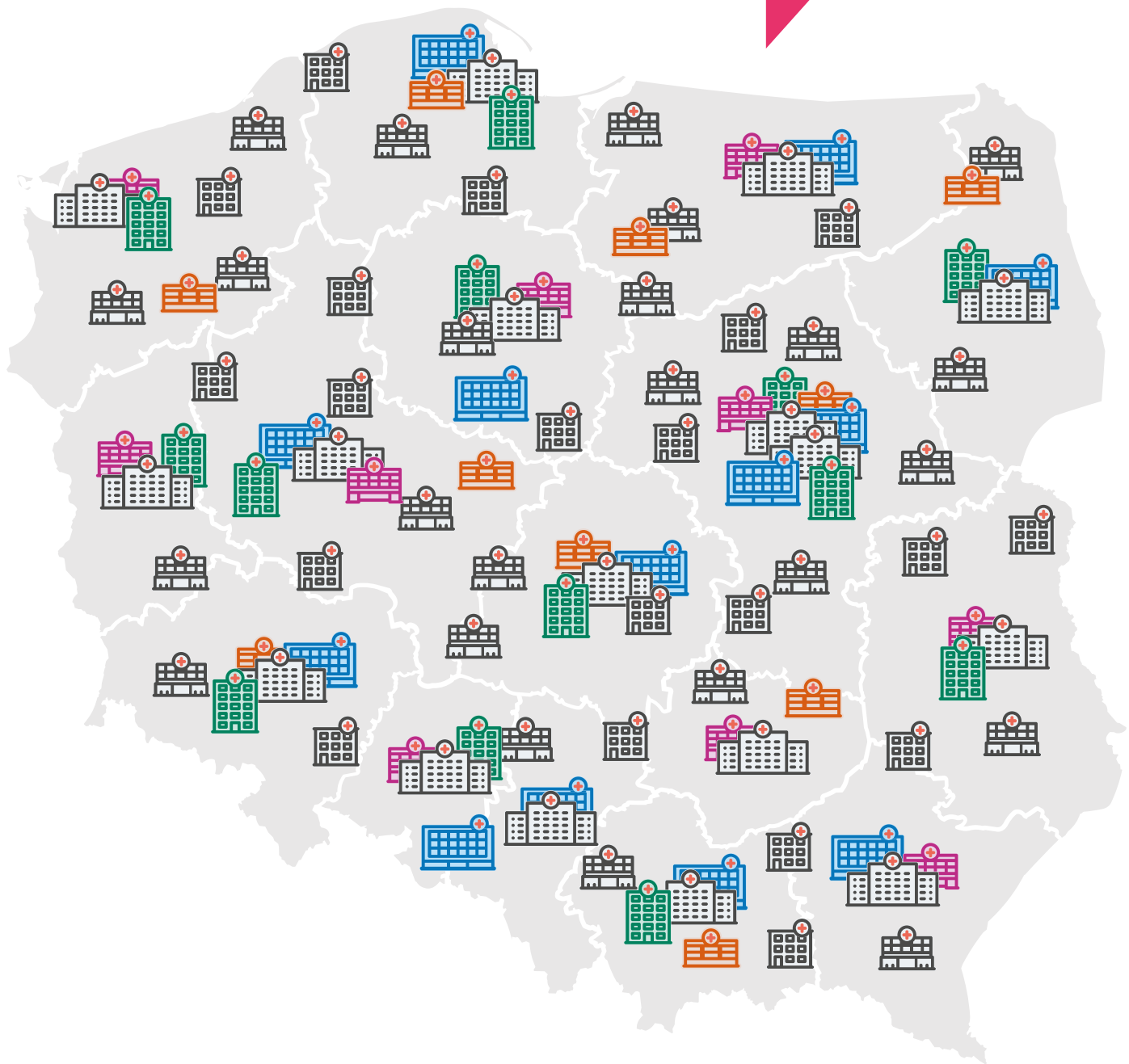


# SIEĆ SZPITALI

PYTANIA I ODPOWIEDZI



Ministerstwo Zdrowia

[siecszpitali.mz.gov.pl](http://siecszpitali.mz.gov.pl)



# SIEĆ SZPITALI

13 kwietnia Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, Andrzej Duda podpisał *ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która wprowadza system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tak zwaną *sieć szpitali*. Dotychczasowy kształt systemu zostanie istotnie zmodyfikowany z korzyścią dla pacjenta i państwa.

Prace nad ustawą trwały od początku kadencji obecnego rządu. Wielomiesięczne przygotowania w resorcie, a następnie prace w Radzie Ministrów, Sejmie oraz Senacie zostały sfinalizowane i obecnie przygotowujemy się intensywnie do wprowadzenia systemu w nowym kształcie od 1 października 2017 roku.

W czasie prac nad ustawą zgłoszono wiele uwag i opinii, które istotnie wpłynęły na ostateczny kształt sieci. Pojawił się także szereg informacji o projektowanych zmianach – wiele z nich budzi wciąż obawy i wątpliwości, bowiem reforma dotyka nierzalcznego punktu polskiej służby zdrowia, jakim jest szpitalnictwo.

Obecny czas, przygotowań do realizacji założeń ustawy to najlepszy moment na przedstawienie spójnego zbioru pytań i odpowiedzi o najważniejszych aspektach zachodzącej zmiany. Jest to tym istotniejsze, że środowiska przeciwne zmianom przekazywały informacje nieznajdujące potwierdzenia w faktach, a wprowadzające niepokój wśród opinii publicznej. Dlatego też dzisiaj przekazujemy na Państwa ręce to opracowanie kluczowych pytań jakie są stawiane w związku z wprowadzeniem *sieci szpitali*.





## Czym będzie tzw. sieć szpitali?

Ustawa o zmianie *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* wprowadza nowe rozwiązania, które usprawnią leczenie pacjentów. Poprawią one 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 ustawie zagwarantują odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność finansowania szpitali, których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia Polakom opieki zdrowotnej. Szpitale, spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie i rozporządzeniach, utworzą tzw. sieć szpitali, czyli system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Na funkcjonowanie tego systemu będzie przeznaczony ok. 93% środków, z których obecnie jest finansowane leczenie szpitalne. Zakwalifikowanie szpitala do PSZ będzie 100% 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 wysokospecjalistyczne oraz te z zakresu programów lekowych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowane w przychodniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W ramach PSZ zostanie wyodrębnionych siedem 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 ustawie oraz w rozporządzeniu wykonawczym).

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.

## Jaki jest cel utworzenia sieci szpitali?

Celem utworzenia sieci szpitali (PSZ) jest poprawa opieki specjalistycznej nad pacjentami i zapewnienie lepszych warunków funkcjonowania szpitali. W sieci znajdą się szpitale szczególnie istotne dla zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ich funkcjonowanie i stabilność finansowania muszą być zapewnione ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

## Czy kryteria nie są zbyt wąskie?

Szpitale, które nie wejdą do sieci, będą mogły starać się o kontrakty na leczenie w trybie konkursowym – tak jak dotychczas. W związku z tym niezakwalifikowanie danego szpitala do PSZ (w całości lub w odniesieniu do danego zakresu świadczeń) nie oznacza, że zostanie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie ogłaszał postępowania w sprawie zawarcia umów w zakresie nieobjętym PSZ. Liczba podmiotów, które podpiszą kontrakty z NFZ, będzie zależała od zidentyfikowanych potrzeb w zakresie zabezpieczenia dostępności świadczeń w danym województwie.

## 93% pieniędzy ma być przyznawane szpitalom w ramach ryczaftu, a jedynie 7% w konkursach, czy to nie za mało?

Na finansowanie kontraktów zawieranych na zasadach konkursowych zostanie przeznaczone 7% środków Narodowego Funduszu Zdrowia – odpowiada to udziałowi środków przypadających obecnie na te podmioty, które znalazłyby się poza siecią. Oznacza to, że pula środków NFZ przeznaczanych na świadczenia szpitalne dla podmiotów niespełniających warunków wejścia do sieci szpitali nie zmniejszy się.

## Czy ryczałt nie spowoduje, że szpitale będą przyjmować mniej chorych, wykonywać mniej procedur?

Przy ustalaniu wysokości ryczaftu na dany okres za podstawę służyć będą dane dotyczące świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez dany szpital w poprzednim okresie rozliczeniowym. Zapewni to odpowiedni poziom finansowania szpitali, które wejdą do PSZ. Jednocześnie zyskają one bardziej elastyczny mechanizm finansowania, pozwalający w większym stopniu niż obecnie reagować na potrzeby zdrowotne pacjentów.

Niektóre świadczenia będą rozliczane tak jak do tej pory – zależnie od liczby przyjętych pacjentów. Szczegółowe zapisy znajdują się w umowie między szpitalem a NFZ.

## Co z jakością procedur? Czy zapewnienie finansowania nie sprawi, że jakość będzie niższa? Czy zostaną opracowane wskaźniki, by ją mierzyć?

Aby móc płacić placówkom za efekty leczenia (a nie, tak jak teraz, za każdą usługę osobno), musimy wyznaczyć mierniki, które będą przejrzyste i akceptowalne. Potrzebny jest także czas, aby zakłady lecznicze mogły przygotować się do ich stosowania. Planujemy, aby – podczas kolejnej kwalifikacji do sieci – lista placówek mających pewność finansowania została skorygowana właśnie wskaźnikami jakościowymi. Kryteria jakościowe wejścia do sieci szpitali będzie można zastosować po zbudowaniu systemu obiektywnego i publicznego weryfikowania określonych wskaźników jakościowych – w tej chwili nie jest to jeszcze możliwe, ale pracujemy nad tym intensywnie.

## Czy w sieci znajdą się również szpitale niepubliczne?

Do sieci trafią placówki spełniające kryteria kwalifikacji, które będą takie same dla wszystkich. W związku z tym w sieci szpitali będą mogły znaleźć się zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne.

## Ile pieniędzy dostaną placówki?

Przy ustalaniu wysokości ryczałtu na dany okres za podstawę służyć będą dane dotyczące świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez dany szpital w poprzednim okresie rozliczeniowym. Zapewni to odpowiedni poziom finansowania szpitali, które wejdą do PSZ.

## Nie będzie już pojęcia nadwykonań. Co, jeśli szpital przyjmie więcej pacjentów?

Wpłynie to na zwiększenie planu finansowego szpitala w ramach budżetowania w kolejnych latach. Obecnie NFZ finansuje świadczenia z różnych obszarów i musi zmieścić się w swoim planie finansowym, a za dodatkowe świadczenia płaci w miarę możliwości. Nowy sposób finansowania pozwoli na racjonalizację świadczeń realizowanych przez placówki.

Czy jeśli szpital ma określone oddziały w sieci, to zawsze będzie dostawać na nie budżet, czy może część procedur będzie rozliczana tak jak obecnie?

Niektóre świadczenia i procedury, które są łatwe do wyodrębnienia (jak np. porody i endoplastyka), będą płacone osobno i rozliczane tak jak dotychczas. Podobnie będzie z pakietem onkologicznym.

Jednak w zakresie podstawowym zakłady lecznicze będą funkcjonować na podstawie planu finansowego określonego dla szpitala ze wskazanymi oddziałami (profilami) szpitalnymi i związanymi z nimi poradniami przyszpitalnymi. Ma to je m.in. zachęcić do tego, by to, co można wykonać w warunkach ambulatoryjnych, realizowały w poradniach – a nie w ramach hospitalizacji, które są bardziej kosztowne.

Co ze szpitalami powiatowymi, które inwestowały w dodatkowe oddziały, np. diabetologiczne, kardiologiczne, i mają więcej niż cztery oddziały?

Część szpitali powiatowych trafi nie do pierwszej, a do drugiej kategorii placówek ostrych. W takim przypadku szpitale powiatowe będą mogły mieć finansowane, np. sześć oddziałów.

Ponadto część świadczeń wykonywanych na oddziałach kardiologicznych, diabetologicznych, geriatrycznych czy pulmonologicznych (na poziomie placówek I stopnia) będzie można wykonywać na oddziałach chorób wewnętrznych, a znaczną część procedur z oddziałów ortopedycznych czy urologicznych będzie można realizować na oddziale chirurgii ogólnej. Szczegóły zostaną zawarte w zarządzeniu Prezesa NFZ.

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

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



Czy wprowadzenie zmian może skutkować utratą przez pacjenta miejsca na listach oczekujących na świadczenie? Co z pacjentami, którzy dziś oczekują w kolejkach na świadczenie w szpitalach, które mogą nie znaleźć się w sieci?

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

Czy zamierzonym celem projektu ustawy o sieci szpitali jest łączenie placówek szpitalnych, często odległych od siebie, a nawet znajdujących się w innych województwach, które w ten sposób chcą spełnić określone wymagania i znaleźć się w sieci?

Zgodnie z ustawą, podmiot leczniczy, aby zostać zakwalifikowany do sieci szpitali w danym województwie, będzie musiał spełnić wymagane kryteria kwalifikacji w odniesieniu do zakładu leczniczego działającego na terenie danego województwa. Nowe regulacje nie zachęcają więc do łączenia się podmiotów leczniczych z różnych województw.

Czy zmniejszenie liczby szpitali jest pożądanym efektem prac nad wprowadzeniem ustawy o sieci szpitali?

Ustawa o sieci szpitali nie została opracowana w celu doprowadzenia do łączenia szpitali. Niemniej jednak, jednym z celów regulacji jest zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych oraz uporządkowanie struktury szpitali.

**Czy tempo wprowadzania zmian nie doprowadzi do chaosu i pogorszenia dostępności pacjentów do leczenia? Czy system nie powinien być wprowadzony z większym wyprzedzeniem, aby umożliwić placówkom i pacjentom dostosowanie się do zmian?**

Między ogłoszeniem wykazów szpitali zakwalifikowanych do PSZ (27 czerwca), a początkiem funkcjonowania nowego systemu (1 października) jest okres trzech miesięcy. Jest to wystarczający czas na dostosowanie się zarówno płatnika, jak i świadczeniodawców do nowych zasad kontraktowania świadczeń w ramach PSZ.

**Czy szpitale są w stanie spełnić warunki wymagane, aby wejść do sieci szpitali?**

Większość szpitali, mających istotne znaczenie z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń szpitalnych udzielanych w trybie ostrym, spełnia te warunki.

Ponadto ustawa przewiduje, że w przypadku szpitali szczególnie istotnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców danego regionu dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia, będzie mógł wskazać taki szpital do PSZ, pomimo niespełniania wszystkich kryteriów kwalifikacji.

**Czy wprowadzenie sieci szpitali nie spowoduje, że wydłużą się kolejki?**

Wprowadzenie PSZ nie będzie mieć negatywnego wpływu na listy oczekujących pacjentów, mając na uwadze, że nie obniży się udział środków NFZ przeznaczanych na świadczenia objęte tym systemem. W przypadku osób oczekujących na wizyty w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej można nawet spodziewać się skrócenia czasu oczekiwania do takich świadczeń, udzielanych w przychodniach przyszpitalnych objętych finansowaniem w ramach PSZ. Wynika to z tego, że nowy model finansowania ryczałtowego powinien stworzyć zachętę dla świadczeniodawców do przyjmowania pacjentów w warunkach ambulatoryjnych, w sytuacji, kiedy będzie to wystarczające.

## Czy ryczałt nie wpłynie demotywująco na podmioty lecznicze i nie wywoła tendencji do rejonizacji świadczeń?

Wysokość ryczałtu będzie uzależniona od świadczeń wykonanych i właściwie sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, zatem nowy model finansowania nie będzie działał demotywująco.

Rejonizacja w zakresie dostępu pacjentów do świadczeń jest całkowicie niedopuszczalna na gruncie obecnej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

