

**Stanowisko Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej do projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne na 2012 r. i lata następne**

Pracodawcy RP przesyłają szczegółowe uwagi do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne na 2012 r. i lata następne.

1. Zgodnie z projektem zarządzenia (zał. Nr 3 pkt. 1.2.2), w przypadku braku Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w trybie hospitalizacji oraz hospitalizacji planowej, istnieje możliwość zawarcia kontraktu, jednak pod warunkiem udokumentowania zapewnienia transportu sanitarnego w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego oraz udokumentowania zapewnienia co najmniej 1 stanowiska intensywnej terapii z wpisem w rejestrze w dziale III, rubryce 9.

Zdaniem Pracodawców RP należy powrócić do rozwiązania dotychczas stosowanego i w pkt. 1.2.2.1 skreślić słowa – „wpis w rejestrze: dział III, rubryka 9”. Świadczeniodawcy potrzebują minimum 6 miesięcy, aby dostosować się do tego wymogu, gdyż konieczne jest wpisanie zmiany do rejestru, co z kolei poprzedzone jest odpowiednimi procedurami administracyjnymi ( np. kontrola Sanepidu). Warto zaznaczyć, że w związku z brakiem tego wymogu praktycznie żaden szpital, zarówno publiczny jak i niepubliczny, nie rejestrowały łóżka intensywnej terapii. Ponadto, wymóg ten nie wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W związku z tym postulujemy albo o jego wykreślenie albo o pozostawienie odpowiednio długiego vacatio legis, niezbędnego na przystosowanie się do tego wymogu.

2. W załączniku nr 3 do projektu zarządzenia w warunkach ogólnych dla trybu jednodniowego (pkt. 1.2.1.2) umożliwiono udzielania usług tylko i wyłącznie podmiotom zarejestrowanym jako szpital (HP 1.1) oraz szpital jednospecjalistyczny (HP 1.3). W stosunku do obecnie obowiązujących regulacji brakuje możliwości udzielania świadczeń w trybie jednodniowym przez podmioty zarejestrowane jako zakłady udzielające świadczeń jednodniowych (HP 1.6.)

Pracodawcy RP postulują dopisanie w pkt. 1.2.1.2 w części dt. leczenia „jednego dnia” załącznika nr 3 do projektu zarządzenia Prezesa NFZ szpitali zarejestrowanych pod symbolem HP 1.6. Należy pamiętać, że pominięcie tego kodu oznacza, że większość

podmiotów obecnie posiadających kontrakt z NFZ zostanie pominięta przy kolejnym kontraktowaniu, gdyż zgodnie z obowiązującym prawem były one rejestrowane pod tym właśnie symbolem. Jednocześnie oznacza to, że powstanie problem ze znalezieniem odpowiedniej ilości świadczeniodawców wykonujących świadczenia jednodniowe. Zdaniem Pracodawców RP zwiększenie dostępności do świadczeń dla pacjentów możliwe jest jedynie poprzez zwiększenie liczby kupowanych usług w trybie jednodniowym. W Europie niemal standardem jest, że ok. 50% usług jest udzielanych w takim trybie, gdyż pozwala to na ekonomiczne wykorzystanie ograniczonych zasobów finansowych. Eliminacja większości szpitali z kontraktowania poprzez pominięcie oznaczenia HP 1.6 jest bezzasadna i nie ma oparcia w aktach prawnych Ministerstwa Zdrowia. Zwracamy uwagę, że wiele niepublicznych szpitali, które mają obecnie zawarte umowy z NFZ, także w województwach w których nie przeprowadza się w tym roku kontraktowania, jest zarejestrowanych jako zakłady jednodniowe (symbol HP.1.6). Likwidacja możliwości świadczenia usług przez podmioty zarejestrowane jako HP 1.6 powinna wiązać się z odpowiednio długim *vacatio legis*, tak aby istniała możliwość dostosowania się do wymogów i przerejestrowania szpitali.

3. Zdaniem Pracodawców RP niezrozumiałe jest wpisanie jako warunek wymagany posiadanie apteki lub działu farmacji szpitalnej dla trybu hospitalizacja oraz hospitalizacja planowa. Warto podkreślić, że wymogi co do posiadania apteki, zgodnie ze znowelizowaną ustawą Prawo Farmaceutyczne, zostały złagodzone. Tymczasem wymagania przewidziane w projekcie zarządzenia zwiększono w stosunku do wymogów z 2009 r., kiedy to apteka była jedynie warunkiem dodatkowo ocenianym. Apteka lub dział farmacji szpitalnej w wielu szpitalach hospitalizacji planowej, mających po kilkanaście łóżek, jest niczym nie uzasadniona, zwiększy koszty funkcjonowania, będzie wymagać wygoszpodarowania dodatkowego pomieszczenia, a w żaden sposób nie poprawi bezpieczeństwa lub wygody pacjenta. Postulujemy o wykreślenie tego wymogu, jako warunkującego możliwość zawarcia kontraktu.
4. Dostępność miejsca udzielania świadczeń: co najmniej trzy razy w tygodniu po 5 godzin dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godz. 8:00 a 15:00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 15:00 a 20:00, chyba że w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy strony przyjmą harmonogram pracy komórki organizacyjnej, odpowiadający ustalonej liczbie świadczeń. Akceptujemy taki zapis jedynie w sytuacji wykonywania świadczeń szpitalnych we własnej bazie. Apelujemy kolejny raz, aby był to warunek wykonawstwa usług medycznych. Protestujemy przeciwko tworzeniu szpitali prywatnych w zasobach szpitali publicznych.



5. Pracodawcy RP nie zgadzają się na znaczne obniżenie finansowania procedur wykonywanych w trybie jednodniowym przy jednoczesnym zachowaniu jego poziomu w szpitalach pełnoprofilowych. Dotychczas procedury wykonywane w trybie jednego dnia były finansowane o ok. 10-15% niżej niż w hospitalizacji, tymczasem obecnie w wielu przypadkach poziom ten spadł znacznie niżej.
- a. L29 (kod produktu 5.51.01.0011029, nazwa grupy - Choroby pęcherza moczowego i moczowodu) wartość w Hospitalizacji wynosi 20pkt, a w Leczeniu Jednego Dnia wynosi 5pkt, czyli jest o 70% niższa niż w Hospitalizacji,
  - b. L85 (kod produktu 5.51.01.0011085, nazwa grupy - Kamica moczowa) wartość w Hospitalizacji wynosi 17pkt, a w Leczeniu Jednego Dnia wynosi 5pkt, czyli jest o 55% niższa niż w Hospitalizacji,
  - c. L86 (kod produktu 5.51.01.0011029, nazwa grupy - Badania w zakresie dróg moczowych, wartość w Hospitalizacji wynosi 11pkt, a w Leczeniu Jednego Dnia wynosi 5pkt, czyli jest o 70% niższa niż w Hospitalizacji. Nawet badanie urodynamiczne w AOS jest wyżej wycenione.
  - d. C57 (kod produktu 5.51.01.0003057) nazwa grupy - Inne choroby gardła, uszu i nosa, wartość w Hospitalizacji 22, w Hospitalizacji planowej 21, a w trybie jednego dnia 6 (było 20).
  - e. H85 (5.51.01.0008085) nazwa grupy – pourazowe uszkodzenie poza uszkodzenie mózgu > 17 r.ż. – spadek w wyceny w trybie jednodniowym z 12 do 5 pkt, przy zachowaniu wyceny zarówno w hospitalizacji jak i hospitalizacji planowej.
- Zdaniem Pracodawców RP tak drastyczne obniżenie wyceny spowoduje nieopłacalność w/w procedur i konieczność wycofania się z ich wykonywania. Będzie to skutkowało nie tylko brakiem oszczędności po stronie Funduszu, ale także trudniejszym dostępem dla pacjentów. Postulujemy o pozostawienie wyceny na tym samym poziomie.
6. Wymóg posiadania w składzie personelu medycznego pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa operacyjnego jest trudny do spełnienia, gdyż ten rodzaj specjalizacji jest bardzo rzadko spotykany, a proces doszkolenia posiadanych kadr długi. Proponujemy albo zrezygnować z tego wymogu, albo zastosować odpowiednio długie vacatio legis.
7. W paragrafie 9 ust 9 pojawił się zapis wyłączający „nie dopuszcza się kontraktowania zakresów w oddziałach szpitalnych oznaczonych resortowymi kodami identyfikacyjnymi 4106, 4222” czyli Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego i Oddział udarowy. Oznacza to, że świadczenia które obecnie kontraktowano oddzielnie będą do rozliczenia w grupach dla oddziałów kardiologii i neurologii. Wydaje się, że takie działanie – szczególnie w przypadku udarów nie będzie służyło pacjentom. Świadczeniobiorca będzie „skierowany” do każdego oddziału neurologicznego w zakładzie, który posiada



wpis komórki 4222, ale powstaje wątpliwość czy posiada doświadczenie i czy dostępna kadra zapewni bezpieczeństwo pacjentowi.

8. Zdaniem Pracodawców RP zapis § 11 pkt. 8 mówiący, że „Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji,/ hospitalizacji planowej lub „leczenia jednego dnia”, zobowiązany jest do zapewnienia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych a także świadczeń towarzyszących, o których mowa w art. 5 pkt. 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, może uniemożliwić pacjentom dostęp do usług na życzenia czyli nie wynikających ze wskazań medycznych.
9. Zdaniem Pracodawców RP §11 ust.6 w związku ze znacznym rozszerzeniem zakresu zabiegowego w AOS (wprowadzenie JGP) może spowodować stopniową eliminację szpitalnych procedur jednodniowych. Kontroli NFZ podlegała bowiem będzie dokumentacja medyczna i wiele przypadków może zostać zakwestionowanych. Nie ma jasnych kryteriów kiedy zabieg może być wykonany w trybie ambulatoryjnym, a kiedy musi być wykonywany w warunkach bloku operacyjnego. Zdaniem Pracodawców RP takim kryterium powinien być wymóg znieczulenia ogólnego. Tylko wtedy zostanie pacjentowi zapewnione odpowiednie bezpieczeństwo przeprowadzanego zabiegu.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Adle'.