

Stanowisko Konwentu Starostów Województwa Małopolskiego z dnia 12 listopada 2013 r.

Starostowie i Dyrektorzy szpitali powiatowych województwa małopolskiego zwracają się z gorącym apelem o pilną interwencję w proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Małopolsce w rodzajach leczenie zamknięte i AOS.

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w dniu 25.10.2013 r. upublicznił zasady aneksowania umów z zakresu leczenia szpitalnego. Zasady dotyczące pozostałych zakresów przedstawiono świadczeniodawcom dopiero 28 — 31.10.2013 r.

Ogromne kontrowersje budzą przyjęte w Małopolsce założenia do aneksowania umów w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego. Nikt nie kwestionuje zasadności przesunięcia części środków z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co w efekcie ma zwiększyć dostępność do świadczeń zabiegowych. Było to zapowiadane przez Panią Prezes NFZ od kilku miesięcy i stało się jednym z priorytetów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kwestionujemy natomiast szczegółowe założenia, przyjęte reguły, które opracował Małopolski Oddział NFZ, a które nie tylko nie posiadają odpowiednich podstaw prawnych ale też, jak sądzimy, nie są znane lub nie posiadają rekomendacji konsultantów medycznych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ próbuje narzucić szpitalom rozwiązania, które zagrażają bezpieczeństwu dla pacjentów.

Nie rozumiemy dlaczego część zabiegów ma być wykonywana w poradniach specjalistycznych a nie w trybie jednego dnia — w sytuacji, gdy wymagają one znieczulenia oraz kilkugodzinnej obserwacji i są bezpieczniejsze dla pacjentów. Nie rozumiemy dlaczego pacjent z migotaniem przedsionków, z astmą, z nowotworem a co ciekawsze — w zagrożonej ciąży NIE POWINIEN raczej powtórnie trafić do TEGO SAMEGO szpitala w ciągu 60 dni po wypisie. Raczej — bo niby może, ale dlaczego oddział NFZ w Krakowie takich przypadków chce zakontraktować o 15 % mniej, i dlaczego ustalono kryterium do 60 dni i dlaczego jeżeli zostanie skierowany do INNEGO SZPITAL to jest wszystko dobrze. Nazywanie takich „przypadków” przez urzędników Funduszu „.. niedodiagnozowaniem..” lub „...niedoleczeniem..” nie mieści się w jakichkolwiek regułach racjonalnej argumentacji.

Dlaczego odmawia się nam możliwości realizacji świadczeń w sposób prawidłowy i bezpieczny dla pacjentów. Przykładem może być wprowadzona zasada wykluczenia tzw. świadczeń „0” dniowych o 45 % mniej i o 25 % mniej świadczeń „1” dniowych.

Przecież może to spowodować nieuzasadnione medycznie oraz ekonomicznie wydłużanie pobytów. Chcemy podkreślić, że w tej grupie znajdują się np. zabiegi endoskopowe trudnych pacjentów z obciążeniami, małe zabiegi ginekologiczne tj małe zabiegi górnej części układu

rozrodczego czy zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej, czy choćby zaostrenia POCH, astmy, patologie ciąży lub stany biegunkowe i wiążące się z tym odwodnienie u dzieci. Dla każdego lekarza jest jasne, że nie wszystkie zabiegi można BEZPIECZNIE wykonać ambulatoryjnie; że są rozpoznania „banalnie” brzmiące, za którym kryje się prawdopodobieństwo albo groźba ciężkiej choroby. I nie należy tego „ciężkiego” rozpoznania pochopnie stawiać, by nie wywołać dramatów ludzkich.

Zupełnie niezrozumiałe jest kwestionowanie rozpoznań z R.. lub Z..wg grup JGP. Może nie tyle „kwestionowanie”, co jednostronne uznanie rozpoznań postawionych pacjentom jako „mało wartościowe”, które zaskutkowało finansowo obniżeniem kontraktu na te usługi o 50 % mniej. Przecież są to rozpoznania określone w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Procedur Medycznych ICD-10. ICD-9, uznane w katalogu JGP. Dobitym przykładem jest np. świadczenie R04.2 (krwioplucie) — aby postawić takie rozpoznanie trzeba wykonać liczne, drogie badania różnicowe (TK, bronchoskopie, posiewy itd.) i wykluczyć gruźlicę czy nowotwór płuc. Podobnie rzecz się ma z R50.9 (gorączka), R55 (omdlenie, zapaść) i wiele innych.

Nasz niepokój budzi świadomość konsekwencji związanych z tak przyjętymi, niebezpiecznymi rozwiązaniami, które stwarzają realne zagrożenie dla pacjentów a problemy z powikłaniami czy koszty odszkodowań przerzucone będą na podmioty lecznicze. Rozwiązania, które próbuje wdrożyć Małopolski Oddział NFZ są w części niezgodne z realizowaną od paru lat polityką w zakresie optymalizacji wykorzystania zasobów lecznictwa stacjonarnego. Należy spodziewać się, iż wywołają skutki wręcz odwrotne od zamierzonych — zbędne wydłużanie hospitalizacji, zmiany w epidemiologii /wpisywanie innych rozpoznani, brak prawidłowej diagnostyki i leczenia, zwiększenie kosztów leczenia, zwiększenie kosztów społecznych.

Zapowiedzi Pani Prezes dotyczących modelowania rynku usług zakładały racjonalizację wydatków przy zachowaniu zasad nowoczesnej medycyny i bezpieczeństwa pacjenta. Powołany Zespół pod kierownictwem P. Marka Habera prezentował kryteria oceny ofert w przyszłorocznych konkursach. Założenia zostały dobrze przyjęte, są zrozumiałe i potrzebne. Lecz to, co się dzieje obecnie w Małopolsce nie współgra z propozycjami Centrali NFZ i prowadzi system ochrony zdrowia w niewłaściwym kierunku.

Narzucany obecnie (narzędziami finansowymi) tryb postępowania diagnostyczno-zabiegowo-terapeutycznego jest w dużej mierze niezgodny ze standardami postępowania w danych jednostkach chorobowych.

W naszej opinii takie zmiany powinny być poprzedzone opiniami krajowego i wojewódzkiego nadzoru specjalistycznego a nie opiniami urzędników Małopolskiego Oddziału NFZ.

Nie rozumiemy dlaczego w Małopolsce proces aneksowania umów jest przeprowadzany w sposób odmienny niż w innych wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozumiemy, że sytuacja NFZ jest trudna jednakże wprowadzane zasady kontraktowania w MOF NFZ w Krakowie nie tylko krzywdzą szpitale powiatowe ale narażają bezpieczeństwo pacjentów.

Kierujemy do Pani Prezes wniosek z prośbą o pilną interwencję co do zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Małopolsce. Wnosimy o aneksowanie umów na rok 2014 zgodnie z obowiązującym stanem prawnym oraz priorytetami określonymi przez Centralę NFZ.

***Przewodniczący Konwentu Starostów
Województwa Małopolskiego***

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Pająk', with a horizontal line extending to the right.

**Jacek Pająk
Starosta Bocheński**