

Jak ktoś funduszowi zabrać Dobry, to jak fundusz zabrać



Fot. Archiwum prywatne

Rozmowa z **RAFAŁEM JANISZEWSKIM**, właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Janiszewski, i **ARTUREM FAŁKIEM**, lekarzem i ekspertem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski

Jedną z najważniejszych, a wciąż nierozwiązanych kwestii regulujących działalność szpitalnictwa jest ryczałt. Zaliczka z czasów koronawirusowego lockdownu jest do odpracowania. Przed szpitalami trudna jesień.

RAFAŁ JANISZEWSKI: Przez długi czas jako kancelaria nawoływaliśmy publicznie, aby przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia oraz minister zdrowia zastanowili się nad swoistą abolicją. Zresztą był moment, kiedy pan minister powiedział, że taką opcję rozważa.

krowy, to jest zły uczynek. komuś krowy

I bardzo słusznie, bo przecież pieniądze, które przekazano w ramach jednej dwunastej, to środki, które po pierwsze płatnik wydał, a po drugie świadczeniodawcy również wydali. Wydali je, żeby utrzymać zasoby i ponieść konieczne, wyższe koszty udzielania świadczeń w czasie epidemii. Tymczasem co się teraz dzieje? Pojawia się coraz więcej sygnałów od świadczeniodawców, od naszych klientów również, że płatnik warunkuje rozliczenia tym, aby świadczeniodawca przedstawił harmonogram i zaczął spłacać tę jedną dwunastą przekazaną zaliczkowo, dotyczy to również rozliczenia nadwykonań. Ostatnio nawet jeden z naszych klientów, który świadczy usługi na rzecz dzieci – czyli usługi nielimitowane, finansowane z Funduszu Medycznego, można powiedzieć z osobnego funduszu – i który wykonał tych świadczeń więcej, niż jest w umowie, więc zwrócił się do NFZ o zapłatę nadwykonań, dowiedział się, że zapłaty nie będzie, ponieważ nie rozliczył zaliczek jednej dwunastej. Przepisów w tym zakresie tworzy się dużo. Arturze, analizowałeś je i włos ci się na głowie zjeżył.

ARTUR FAŁEK: Zjeżył się, ponieważ od dawna zwracamy uwagę na asymetrię w zakresie stanowienia warunków umów. Fundusz, a w zasadzie minister zdrowia, często zmienia ogólne warunki udzielania umów.

Nie sposób zaprzeczyć.

A.F.: A przecież tak się nie robi. W naszym świecie, jeśli zawieramy jakąś umowę, choćby ubezpieczenie auta OC, to dostajemy ogólne warunki i one obowiązują przez cały okres jej trwania. A jeśli coś ma się zmienić, przychodzi pismo z uprzejmą prośbą o zapoznanie się z proponowanymi zmianami i informacją o możliwości rozwiązania umowy bez kosztów po stronie osoby ubezpieczającej się. Jak widać, nie dotyczy to systemu ochrony zdrowia. Nie da się racjonalnie prowadzić gospodarki finansowej zakładu opieki zdrowotnej, jeśli ogólne warunki realizacji umów zmieniają się kilkakrotnie w ciągu roku. Jest w tym głęboka asymetria.

Oczywiście, ponieważ NFZ jest monopolistą.

A.F.: I świadczeniodawcy nie mają wyjścia. Co i rusz narzuca im się jakieś zmiany i muszą je akceptować, czy tego chcą czy nie. Druga rzecz – nie może być tak, że warunki są zmieniane w lipcu i wydłużany jest okres, który się skończył 30 czerwca.

R.J.: Czyli działamy wstecz.

A.F.: Rozumiem, że już dawno odwykliśmy od stosowania zasady, że prawo nie działa wstecz. I ono u nas działa wstecz. Ironizuję, ale zasadnicze pytanie brzmi, czy takiej regulacji nie można było przygotować wcześniej. I kolejna uwaga, którą powtarzamy od półtora roku: w marcu ubiegłego roku mieliśmy pierwsze rozporządzenia zmieniające ogólne warunki umów dotyczące możliwości zmiany i pewnej elastyczności w ich rozliczaniu, co było wtedy przez nas postrzegane jako konieczna reakcja regulatora i płatnika na sytuację związaną z COVID-19. To pierwsze rozporządzenie z 14 marca 2020 r. było bardzo sensowne. Już wtedy zwracaliśmy jednak uwagę, że płacenie jednej dwunastej za świadczenia, które nie były wcześniej ryczałtowe, czyli za świadczenia *fee for service*, stawia pewne znaki zapytania. Oczekiwaliśmy od NFZ jasnej deklaracji, że rozliczamy się ryczałtowo w 2020 r. i spuszczamy zasłonę miłosierdzia na to, co się będzie działo. Powodów było kilka, m.in. taki, że sam fundusz wzywał świadczeniodawców do ograniczenia świadczeń.

Wzywał kilkakrotnie.

A.F.: Przecież świadczeniodawcy ponoszą koszty niezależnie od tego, czy pracują, czy nie pracują. Pamiętajmy, że zasadniczym elementem kosztów po stronie świadczeniodawców są płace. Nawet jeśli nie udzielają oni świadczeń, a muszą pozostać w gotowości, to nie rozpuszczają załogi na cztery wiatry, bo później jej nie pozbierają.

R.J.: Powiedzmy więcej – mimo nawoływania przez fundusz do ograniczenia liczby udzielanych świadczeń świadczeniodawcy nadal mieli obowiązek utrzymania zasobów, które złożyli w ofercie i na które podpisali umowy, zasobów sprzętowych, lokalowych, osobowych. Nadal, tak jak podkreślasz, mieli obowiązek pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń. Nie jest to więc tylko kwestia rozpuszczenia personelu i powiedzenia: „Nie pracujemy – miesiąc, dwa miesiące czy pół roku nie będziemy pracować”.

A.F.: Wywieszamy kartkę „zamknięte”.

R.J.: Tu nie było zaprzestania realizacji umowy. NFZ nałożył obowiązek kontynuacji umowy, zmienił wa-

„Nie da się racjonalnie prowadzić gospodarki finansowej zakładu opieki zdrowotnej, jeśli ogólne warunki realizacji umów zmieniają się kilkakrotnie w ciągu roku”



Fot. iStockphoto.com

runki jej realizacji poprzez zaprzestanie udzielania świadczeń bądź ich ograniczenie, ale w umowie ten świadczeniodawca występował i dla mnie było logiczne, że danie mu jednej dwunastej zrekompensuje stratę, którą poniesie z powodu niewykonania świadczeń nie z własnej winy. A tu się nagle okazuje, że to była pożyczka udzielona świadczeniodawcom i że oni byli zmuszeni do stworzenia straty – do pokrywania kosztów utrzymania zasobów, a jednocześnie zostają pobawieni zapłaty wynikającej z umowy. Tak to widzę.

A.F.: Masz rację. Problemem jest też brak konsekwencji i może odwagi, żeby jasno określić, jak będą wyglądały rozliczenia.

Termin jest przesunięty do końca roku.

A.F.: Fundusz od ubiegłego roku „roluje problem”, przesuwając go w czasie. Najpierw do końca 2020 r., potem do czerwca, do września, a ostatnio zaproponowano do końca grudnia tego roku. Pytanie, czy kolejny raz nie odroczy terminu rozliczenia. Nie bardzo wiadomo, co będzie. Nie dziwię się świadczeniodawcom, że niechętnie ustalają harmonogramy i niechętnie zwracają pieniądze, bo nie powiedziano jednoznacznie, że nastąpi w jakimś momencie abolicja na te wypłacone środki niezależnie od tego, co się działo. Przecież były różne przymiarki: że na przykład ci świadczeniodawcy, którzy udzielili 70 proc. zakontraktowanych świadczeń, nie będą obciążani finansowo za niezrealizowanie pozostałych 30 proc. Kwestia jest otwarta. Najgorsze jest to, że zmieniają się ogólne warunki umów, ale nadal nie wiemy, jaki będzie ostateczny kształt rozliczeń świadczeń udzielonych w 2021 r. Sytuacja jest płynna. Każdy, kto prowadził jakąkolwiek działalność gospodarczą, wie, że tak się po prostu nie da funkcjonować.

R.J.: Zdefiniujmy, proszę, czym w ogóle jest ryczałt. Czym on jest dla szpitali, bo głównie o szpitale nam dziś chodzi. W przepisach mamy nawet wskazany wzór na obliczanie ryczałtu. Ryczałt to kwota, którą wyliczono na podstawie aktywności świadczeniodawcy jeszcze sprzed pandemii. Mówimy, że ona ma zaspokoić koszty, ma utrzymać możliwość realizacji zadania

publicznego. Dając placówkom ryczałt, co zresztą minister wielokrotnie podkreślał, odeszliśmy od płacenia za procedury i świadczenia. Czyli mamy budżet. A jeśli mamy budżet, to w sytuacji, w której działamy normalnie, sprawozdając, wcale nie sprzedajemy hospitalizacji czy procedur. Wykazujemy tylko stopień zaangażowania świadczeniodawcy w realizację budżetu. Jeżeli ten stopień się zmieni, pozostawiamy ryczałt i wypłacamy go w jednej dwunastej, wychodząc z założenia, że to jest ryczałt. On się i tak temu szpitalowi należy, bo taka jest definicja ryczałtu. A tu nagle NFZ odwraca kota ogonem i mówi: „Nie, nie, nie! Teraz będziemy się rozliczać za świadczenia”.

A.F.: I tu jest problem, bo mamy dwa rodzaje ryczałtu: ten, który zawsze był ryczałtem, i ten, który zaczął obowiązywać w momencie wprowadzania rozwiązań covidowych, czyli ryczałt na świadczenia finansowane *fee for service*. Tak naprawdę działaliśmy na dwóch ryczałtach, czyli – tak, jak powiedziałeś – działaliśmy jak w budżecie. Uważam, że w tym szczególnym okresie powinniśmy rozliczyć to wszystko jako świadczenia budżetowe. Udzielanie świadczeń w okresie epidemii było mocno zaburzone, a zasadnicze znaczenie ma to, że fundusz sam wzywał do zaprzestania czy też ograniczania udzielania świadczeń. Jako kancelaria od samego początku uważaliśmy takie działanie za niezgodne z prawem i informowaliśmy o tym.

Również na łamach „Menedżera Zdrowia”.

A.F.: Żadna okoliczność nie usprawiedliwia zaprzestania udzielania świadczeń osobom, które ich potrzebują.

R.J.: Arturze, może rozwiązaniem byłoby ustalenie innej miary stopnia zaangażowania świadczeniodawcy w realizację zadania publicznego? Oczywiście mogłoby nią być zrealizowanie 70 proc. świadczeń, ale może też liczba świadczeń covidowych. Można przyjąć różne miary, żeby zweryfikować, czy ryczałt, który w jednej dwunastej został dany w przypadku świadczeń ryczałtowych, czyli nie tych *fee for service*, rzeczywiście został przeznaczony na specyficzne okoliczności zabezpieczenia, w tym również utrzymanie zasobów, które

w czasie pandemii wielokrotnie były potrzebne. Przemianowywało się coś na covidowe i cieszyliśmy się, że mamy łóżka, a potem wracaliśmy do poprzedniej sytuacji i robiliśmy z tego coś innego. Czyli płatnikowi były potrzebne te zasoby. Również w przypadku świadczeń opłacanych *fee for service*, które wcześniej nie były w ryczałcie, zryczałtowanie powinno iść w parze z ustaleniem innej miary stopnia zaangażowania świadczeniodawcy. Duży nacisk kładę na to, żeby jednak przypomnieć, że nie jesteśmy już w systemie rozliczania za świadczenia. A oto NFZ wraca do tego i oznajmia: „To ja was rozliczę za świadczenia”. Czyli kiedy placówka ma nadwykonanie, fundusz mówi: „Nie! Masz umowę na ryczałt, musisz się w nim zmieścić i każdego pacjenta leczyć”. Ale kiedy placówka otrzymuje jedną dwunastą, to nagle wraca do rozliczenia świadczeń według katalogu. I jeszcze jedna rzecz: dlaczego weszliśmy w system ryczałtowy? Dlatego, że nie byliśmy w stanie we właściwy sposób identyfikować kosztów i aktywności. Mamy więc pewną statystykę, za pomocą której poznajemy, na ile

A.F.: To jest problem. Fundusz od jakiegoś czasu kieruje się moralnością Kalego – jak fundusz zabrać komuś krowy, to jest dobry uczynek, jak ktoś zabrać funduszowi, to zły. Przestrzegaliśmy świadczeniodawców, że natura funduszu taka właśnie jest i że przyjdzie moment, kiedy powie: „Sprawdzam”. Dlatego uważaliśmy, że pacjenci mają prawo do świadczeń i nie może im go odebrać komunikat NFZ. Notabene komunikat podpisany nie przez konkretną osobę, ale przez „Centralę NFZ”. Kiedyś się naigrywaliśmy, że to wyglądało identycznie jak w kreskówce „Wojna planet”. Był tam robot 7-Zark-7, który dostawał polecenia z Centrum Neptuna i je wykonywał. Tak samo u nas w czasie epidemii świadczeniodawcy mieli się stosować do anonimowych zaleceń Centrali NFZ, która zamiast stabilizować sytuację, tak naprawdę ją destabilizowała. Destabilizowała udzielanie świadczeń! Całe szczęście, że świadczeniodawcy nie do końca stosowali się do tych zaleceń i udzielali świadczeń – po przeorganizowaniu i po wydatkach, które ponieśli, bo pamiętajmy, że dostosowanie się do reżimu sanitarnego kosztowało. Ich

„ Nikt nie mówił, że jedna dwunasta to jest pożyczka, którą będzie trzeba oddać, a teraz wydziera się ją siłowo, powstrzymując rozliczenia nadwykonań ”



Fot. istockphoto.com

świadczeniodawca jest aktywny, ale staramy się, aby kwota ryczałtu mocno korelowała z kosztami utrzymania zasobów. Jeśli teraz NFZ odbierze szpitalom jedną dwunastą, może to spowodować zmniejszenie zasobów przeznaczonych na realizację świadczeń na rzecz obywateli. Skutek będzie taki, że szpitale zaczną nie tylko jeszcze bardziej się zadłużać, lecz także zamykać oddziały, komórki organizacyjne. Zaczną odstępować od realizacji świadczeń. Zresztą już powoli zaczyna się to dziać. W niektórych szpitalach zamykane są oddziały, niektórzy świadczeniodawcy zupełnie rezygnują z udzielania świadczeń w ramach umowy z NFZ. To jest największa krzywda. Powiedzieliśmy im, że jest ryczałt. Powiedzieliśmy: „Macie budżet i gospodarujcie. Pojawiło się nowe, niespodziewane zadanie. Walczymy z COVID-19”. A tu nagle odwracamy kota ogonem i okazuje się, że to już nie jest budżet, że teraz będziemy się rozliczać według świadczeń.

aktywność została utrzymana na mniejszym poziomie i to powinno być uwzględnione przez instytucję finansującą. A ona chowa głowę w piasek. Nie wprowadza definitywnych regulacji, dlatego wciąż nie ma jasności, jak te świadczenia będą rozliczone. Masz rację, Rafale, że jeżeli komuś się odbierze jedną dwunastą, czyli NFZ będzie abstrahował od tego, że koszty są, i będzie chciał egzekwować rozliczenie po wykonaniu świadczeń, dojdzie do tąpnięcia finansowego świadczeniodawców. A koszty są faktem niezależnie od tego, czy się świadczeń udziela czy nie, czy się ich udziela na poziomie 70 proc. czy 100 proc. – te koszty po stronie świadczeniodawców są. Asymetrię, o której mówiłem, widać też po tym, że zaliczanie na poczet rozliczeń jest rozciągnięte do końca okresu rozliczeniowego, natomiast fundusz oczekuje, że harmonogramy zwrotów powstaną już i będzie odyskiwał te środki. Ja wiem, że NFZ teoretycznie nie może wydać pieniędzy na nic innego, tylko na świadczenia opieki zdro-

„ Koszty walki z COVID-19 przenosi się na szpitale, bo to one je poniosą, a jeśli będzie to skutkowało stratą podmiotu, to organy prowadzące będą musiały ją pokryć ”



Fot. Adobe Stock

wotnej, ale zwróćmy uwagę, że gospodarka finansowa funduszu trochę się rozjeżdża. Jedno z ostatnich rozporządzeń mówi o tym, że współczynniki korygujące wartość świadczeń mogą mieć formę kwotową. Rozumiem, że w szerokim pojęciu współczynnik może mieć różny charakter, natomiast do tej pory stosowaliśmy i trzymaliśmy się raczej matematycznej definicji, że jest to jakiś tam mnożnik czegoś tam. A teraz już jest kwotowo. Z jednej strony widać, że gospodarce funduszu w warstwie ogólnych wytycznych brakuje odwagi i jednoznacznych deklaracji, natomiast z drugiej strony czynimy ją coraz bardziej drobiazgową i detaliczną. Powiem więcej: coraz mniej przejrzystą. A to są przecież finanse publiczne. Powinniśmy dążyć do tego, by świadczeniodawca przed zawarciem umowy na kolejny rok miał wyobrażenie – dosyć bliskie prawdy, jaki osiągnie przychód z działalności na rzecz systemu ubezpieczeniowego. Po to oczywiście, żeby mógł do tego dostosować swoje działania. Niestety w takiej sytuacji jak teraz – przy tym tempie zmian i działaniu prawa wstecz – świadczeniodawca nie ma takiej szansy. Jak miałby dążyć do zbilansowania się?

R.J.: Zauważmy, że świadczeniodawca pozyskuje zasoby – sprzętowe, kadrowe – w celu realizacji umowy. A pokrycia kosztów tychże zasobów upatruje w sposobie finansowania. Kiedy rozliczaliśmy się za procedury, czyli za świadczenia, świadczeniodawca wiedział, ile ich musi wykonać, żeby mieć taki przychód, który pokryje konkretne koszty. Teraz powstaje pytanie, czy działalność podmiotów leczniczych związanych taką umową w zakresie walki z COVID-19 i utrzymywanie zasobów należy uznać za realizację tej umowy.

Panowie uważają, że tak?

R.J.: Oczywiście, ponieważ to nie świadczeniodawca decydował, jak walczyć z COVID-19. Zasady ustalał NFZ, czyli druga strona umowy. Płatnik coś komuś zleca i określa, jak ma to wykonywać, a w trakcie pojawiają się nadzwyczajne okoliczności, więc mówi mu: „A teraz rób to inaczej, a teraz nie rób. Nie rób, ale bądź”. A potem stwierdza: „Byłeś, ale nie robiłeś, więc ci nie zapłacę”. W takiej sytuacji wykonawca odpo-

wiada: „Hola! Zawarliśmy umowę, zgodnie z którą ja wykonuję twoje polecenia. Robię coś zgodnie z umową i szczegółowymi warunkami i w dodatku zgadzam się na to, żebyś mi te warunki co chwilę zmieniał”. Ile razy przepisy były zmieniane w czasie pandemii? Piętnaście?

A.F.: Tylko ogólne warunki umów trzynaście razy.

R.J.: Niedużo się pomyliłem. Jeszcze pewnie parę zmian przed nami. I teraz świadczeniodawca na to wszystko się zgadza, bo chce być cały czas w umowie. To płatnik zmienił zasady tak, że wykonawca ma nie robić, ale być – i za to nie zapłaci. To jest irracjonalne. Gdybyśmy wrócili do genezy finansowania, to jednak z punktu widzenia strategicznego, politycznego, z punktu widzenia ministra i całego rządu nadrzędnym celem konstruowania sposobu finansowania jest pokrycie kosztów utrzymania niezbędnych zasobów. To jest cel. Ze to się później rozlicza na podstawie aktywności albo procedur, albo czegoś jeszcze innego – to nie jest płacenie za *service*. To jest sprawdzenie, czy w okresie trwania umowy świadczeniodawca wywiązywał się ze swoich zadań. I tutaj moim zdaniem dawano zadania, bo zadaniem było nawet to, żeby nic nie robić, ale być. A teraz nagle odwołuje się do starych zasad i mówi: „No to teraz zabiorę wam pieniądze”. Przeczy się idei, przeczy się samej istocie budżetowego finansowania opartego na ryczałcie, którego celem jest utrzymanie zasobów. Przeczy się! Robi się coś, co spowoduje zubożenie tych zasobów. Co więcej, przecież te pieniądze były w planie finansowym NFZ. Przecież fundusz je wydał. Wydał je na jedną dwunastą, czyli na utrzymanie zasobów. Czasem było tak, że ktoś na jakimś zasobie w jakiejś komórce nie realizował świadczeń bądź realizował ich mniej, ale w innej komórce realizował świadczenia o podwyższonym reżimie sanitarno-epidemiologicznym i w szczególnych warunkach, z dużym trudem i z dużym wysiłkiem kosztowym. Nikt mu tam nie podnosił wartości świadczeń. Otrzymał dodatki na wynagrodzenia, dodał część dotyczącą kosztów pracy ludzkiej, ale gdzieś te pieniądze zostały wydane. Wydano je właśnie na to, że oddział nie robił, ale stał i był w zasobach, a inny oddział robił i miał więcej pracy. Skoro NFZ miał to w swoim planie

finansowym, skoro to wydał, to dziwne jest teraz żądanie zwrotu. Argumentacja ze strony NFZ byłaby z pewnością taka, że świadczeniodawcom się te pieniądze tak naprawdę nie należały.

R.J.: „Nienależnie przekazane środki” – z pewnością. Ale ja właśnie pytam, dlaczego nienależnie. Czy kiedy ktoś dawał jedną dwunastą i mówił, że będziemy w ten sposób finansowali szpitale w dobie COVID-19, czy że potem będzie trzeba to oddać? Na początku tak nie było. Nikt nie powiedział, że jest to pożyczka.

A.F.: Właśnie. Wracamy do motywu braku jednoznacznego stanowiska co do zasad rozliczeń. Wzywaliśmy w maju ubiegłego roku, żeby takie stanowisko było. Do tej pory go nie ma. Próba rozwiązywania tego rozporządzeniami działającymi wstecz jest chybiona, ponieważ nadal nie wiemy, do czego zmierzamy. Mamy mieć czwartą falę pandemii, jeśli mamy dług zdrowotny, z którym musimy sobie poradzić, to nie możemy huścić sytuacją finansową świadczeniodawców. I na pewno nie możemy doprowadzać do ograniczania zdolności do udzielania świadczeń. A w istocie z tym mamy do czynienia – świadczeniodawcy, nie wytrzymując presji finansowej, odcinają mniej efektywne kosztowo elementy działalności. Tylko patrzeć, jak przełoży się to na ograniczenie dostępu do świadczeń.

R.J.: Jeśli chodzi o czwartą falę, to gdyby się okazało – oby nie, że będziemy potrzebowali dużo zasobów szpitalnych, powstanie problem, skąd wziąć lekarzy, którzy odeszli. Bo przecież odchodzą. Odchodzą do sektora prywatnego, gdzie takich problemów nie ma i pracuje się przyjemniej. Świadczenia w sektorze prywatnym rosną, podobnie jak kwoty, które Polacy wydają na prywatne leczenie. Ci lekarze niechętnie będą wracać. Co wtedy? Odgrzejemy pomysł ich przymusowego ściągania do publicznych szpitali? A jeśli o poleceniach mowa, chcę jeszcze raz wrócić do decyzji NFZ z okresu epidemii. Jaka była intencja zalecenia ograniczenia lub wstrzymania udzielania świadczeń? Intencją przepisów covidowych dla przedsiębiorców było pokrycie ich strat. A tutaj o co chodziło?

A.F.: Wracamy do tematu słabości legislacji, słabości działań porządkujących system w czasie pandemii. Wszystko byłoby w porządku, gdyby takie polecenia wydawały uprawnione organy: premier czy wojewoda. Przepisy covidowe dawały im takie kompetencje oraz środki, które by szły za poleceniami. Jeżeli natomiast decyzję wydało moje ulubione Centrum Neptuna, czyli Centrala NFZ bez podpisu konkretnej osoby, bez imienia i nazwiska, to kto ma ponieść konsekwencje? Przyzwoitość wymaga, by była to Centrala NFZ. Fundusz powinien się trzymać raz przyjętej linii, finansować i być inicjatorem rozwiązań legislacyjnych, które jednoznacznie rozstrzygnęłyby kwestie finansowania.

R.J.: Gdybyśmy mieli być konsekwentni, wszak Temida jest ślepa, to można by dziś powiedzieć: „Ale kto kazał wstrzymać udzielanie świadczeń? Gdzie jest jakiś przepis, akt wykonawczy, ustawa?”.

A.F.: Nie było. Były komunikaty...

R.J.: „To dlaczego się wstrzymałeś? Sam sobie jesteś winien”.

A.F.: Tylko jeden komunikat, w zakresie programów lekowych, był podpisany przez podsekretarza stanu Macieja Miłkowskiego. Ale też był to jedyny komunikat Ministerstwa Zdrowia. Reszta pochodziła z NFZ.

R.J.: To niestety stawia szpitale – i nie tylko szpitale – w bardzo trudnej sytuacji. Widzę już, że tę jedną dwunastą wydiera się siłowo.

Co pan ma na myśli?

R.J.: Powstrzymuje się rozliczenia, a w portalu do świadczeniodawcy idą komunikaty, że NFZ czegoś nie rozliczy, bo szpital nie złożył harmonogramu spłaty jednej dwunastej. A jeśli nie odda jednej dwunastej, to fundusz nie rozliczy mu nadwykonań. To będzie siłą wydarto z tych placówek. A tak naprawdę – siłą wydarto pacjentom, ponieważ to im zmniejszy się dostęp do świadczeń. Tym samym pacjentom, którym dano tę jedną dwunastą, żeby w czasach COVID-19 czuli się bezpiecznie, żeby mieli zapewnione świadczenia u swoich świadczeniodawców, tylko inaczej skonstruowane i inaczej zorganizowane na czas epidemii.

A.F.: Niestety, źle to wygląda. Szpitale są w niekorzystnej sytuacji. Po raz kolejny.

R.J.: Koszty walki z COVID-19 przenosi się na szpitale, bo to one je poniosą, a jeśli będzie to skutkowało stratą podmiotu, to organy prowadzące będą musiały ją pokryć. Nikt inny. Przez cały czas epidemii wydawało się, że regulator wspiera szpitale, uruchamia kolejne narzędzia, żeby dały radę i żeby im było łatwiej. A teraz się okazuje, że kto za to zapłaci? Szpitale zapłacą.

A.F.: Tak to niestety wygląda. Zamiast postulowanej przez nas abolicji – na teraz – na stole leży propozycja, by w przypadku nierozliczenia środków ustalonych jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń świadczeniodawca mógł wnioskować o rozliczenie tych środków w następnych okresach rozliczeniowych umowy lub w ramach kolejnych umów, nie później niż do 31 grudnia 2023 r. Tym samym miecz Damoklesa będzie wisiał nad szpitalami jeszcze ponad 2 lata!

Rozmawiał Krystian Lurka