

Pierwsze przymiarki do dużego kontraktowania 2015

Kampania wrześniowa

Tak zwane duże kontraktowanie świadczeń medycznych na rok 2015 już niebawem. Czy – podobnie jak w roku 2011 – będzie ono przebiegało w atmosferze kontrowersji, nieдомówień i odmiennej interpretacji przepisów przez płatnika i świadczeniodawców? Krążą też plotki, że do kontraktowania nie dojdzie, bo politykom zależy, by akcją kontraktowania zastąpić zwykłym aneksowaniem, aby uniknąć wrzawy wokół ochrony zdrowia w trakcie kampanii wyborczej. Na razie jednak przygotowania do dużego kontraktowania idą pełną parą. Na czym będą polegać zmiany warunków zawierania umów?

Opublikowany w marcu raport NIK dotyczący kontroli kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ wskazuje, że w wypadku leczenia szpitalnego i specjalistycznego tryb kontraktowania jest obciążony wieloma wadami.

Raport NIK

Zgodnie z tym raportem, sposób kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej jest mało przejrzysty, niespójny i nie daje pewności, że fundusze, jakimi dysponuje NFZ, będą właściwie wykorzystane, a procedury kontraktowania nie zapewniają wyboru świadczeniodawców gwarantujących należytą jakość i dostępność świadczeń. Na przykład efektem konkursu ofert w lecznictwie szpitalnym jest otrzymanie praktycznie przez wszystkie szpitale publiczne kontraktu na świadczenia zdrowotne na ogół z jednolitą, ogólnopolską ceną za punkt rozliczeniowy, bez względu na jakość proponowanej usługi, ponadto zajmowanie wysokiego miejsca przez oferenta w rankingu po ocenie pod względem jakościowym nie daje gwarancji otrzymania pełnego kontraktu, adekwatnego do potencjału szpitala.

Według NIK duży wpływ na prawidłowy przebieg procedur kontraktowania ma także kumulacja postępowań prowadzonych najczęściej w ostatnim kwartale roku i konieczność podpisania w tym czasie umów ze świadczeniodawcami, co powodowało liczne nieprawidłowości zarówno na etapie oceny ofert, jak i negocjacji, skutkujące niejednokrotnie zawarciem kontraktu z podmiotami, które nie gwarantowały odpowiednich warunków realizacji świadczeń. Nieprawidłowości te polegały głównie na tym, że:

- dyrektorzy oddziałów wojewódzkich odstępowali od ogólnych procedur kontraktowania,
- komisje konkursowe nierzetelnie weryfikowały oferty konkursowe w zakresie deklarowanych warunków wykonywania świadczeń,
- członkowie zespołów negocjacyjnych dokumentowali prowadzenie negocjacji w sposób niepozwalający na odtworzenie ich przebiegu.

Ignorowanie odwołań

Ponadto nieefektywnie rozpatrywano odwołania (ponad 80 proc. po upływie ustawowego terminu, a część nawet ponad pół roku po zakończeniu postępowania kontraktowego). Raport pokontrolny podaje też, że przystępując do kontraktowania, fundusz proponował cenę niezwiązaną z rzeczywistym kosztem realizacji świadczeń pomimo ustawowego obowiązku, a do 2011 r. dane o kosztach świadczeń nie były w NFZ gromadzone. Nie było odniesienia do realnych kosztów, co zwiększało ryzyko niewłaściwego rozdysponowania pieniędzy i mogło mieć wpływ na wykonywanie większej liczby świadczeń bardziej opłacalnych dla świadczeniodawcy kosztem świadczeń nisko wycenionych.

Lista bolączek związanych z kontraktowaniem jest znacznie dłuższa, a przy okazji rodzi się pytanie o dobro pacjenta. Przecież to pacjent jest podstawowym beneficjentem (klientem) usług zdrowotnych, a zatem świadczeniodawcy powinni być wybierani w sposób maksymalnie przejrzysty, przy uwzględnieniu oferowanej przez nich jakości, ceny i dostępności usług.

Izba w akcji

Biorąc pod uwagę przedstawione wyniki kontroli, NIK zwróciła się do ministra zdrowia o przygotowanie kompleksowej reformy systemu finansowania ochrony zdrowia, uwzględniającej wynikającą z kontroli NIK konieczność zbilansowania potencjału szpitali w odniesieniu do potrzeb zarówno ogólnokrajowych, jak i regionalnych oraz poddanie analizie efektywności ich wykorzystania. Ponadto głównymi przesłankami do zawierania kontraktów powinny być jakość i dostępność świadczeń, a nie lokalne naciski. Najwyższa Izba

„Sposób kontraktowania świadczeń jest mało przejrzysty, niespójny i nie zapewnia właściwego wykorzystania funduszy, jakimi dysponuje NFZ”

Kontroli zwraca też uwagę, że w dzisiejszym systemie finansowania szpitali publicznych nie ma koordynacji odrębnych strumieni finansowania działalności bieżącej i inwestycyjnej z funduszy publicznych, nie ma systemowej analizy potencjału szpitali, a ich indywidualne plany inwestycyjne wskazują, że dysproporcje między oferowanymi świadczeniami a możliwością ich sfinansowania będą rosły.

A zatem – kontraktowanie tuż-tuż. Narodowy Fundusz Zdrowia zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ z 23 stycznia 2014 r. określił kryteria oceny ofert w postępowaniu konkursowym, które już na tym etapie są gorąco dyskutowane i krytykowane przez interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Nie można jednak zarzucić MZ i NFZ – czyli głównym regulatorom systemu zdrowotnego, że nie podejmują próby wprowadzenia zmian. Powstaje tylko pytanie, czy są to właśnie te zmiany, których oczekują polscy pacjenci.

Krótką analiza

Przeprowadźmy zatem krótką analizę porównawczą kryteriów oceny ofert dla umowy „lecznictwo szpital-

„Nowością w zakresie oceny jakości jest kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej”



„Nieefektywnie przebiegało rozpatrywanie odwołań – ponad 80 proc. załatwiono po upływie ustawowego terminu”

ne” na podstawie zarządzenia NFZ nr 73/2009/DSOZ z 13 listopada 2009 r. z późniejszymi zmianami, które było jednym z przepisów wymaganych podczas kontraktowania świadczeń w 2011 r., z zaproponowanymi kryteriami oceny na 2015 r. według przytoczonego powyżej zarządzenia z 23 stycznia.

W ocenie ofert dla NFZ nadal najistotniejsze są następujące kryteria dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej:

- jakość,
- kompleksowość,
- dostępność,
- ciągłość,
- cena.

W zakresie jakości w propozycji oceny ofert świadczeniodawców podczas kontraktowania na 2015 r. szczególną uwagę będzie się zwracać, oprócz dotychczasowych elementów, takich jak kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie, wyposażenie

w sprzęt i aparaturę medyczną, także na zewnętrzną ocenę jakości, ale – uwaga! – potwierdzoną certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministerstwa Zdrowia. Co jest niezmiernie istotne, w wypadku certyfikatu systemu zarządzania muszą zostać spełnione następujące warunki:

- certyfikat ma zastosowanie w przedmiocie, na który złożono ofertę,
- certyfikat obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie,
- certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy,
- certyfikat jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania mającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G Katering zgodnie z ISO/TS 22003) udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez równorzędny podmiot zagraniczny i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej.

Niestety, już na tym etapie okazuje się, że wiele jednostek certyfikujących, które sprzedawały szpitalom swoje usługi w zakresie ISO, nie spełnia powyższych wymogów, ponieważ są one uprawnione do wydawania certyfikatów tylko dla konkretnych branż, np. przemysłu spożywczego, ale nie dla sfery zdrowotnej. Świadczeniodawcy, kupując te usługi w dobrej wierze, ponieśli niemałe koszty związane z procedurą wdrażania ISO i audytem, by dowiedzieć się, że te starania są nic niewarte. Należy podkreślić, że pod uwagę brany jest nie tylko certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, lecz także certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego, certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności. W wypadku certyfikatu akredytacyjnego Ministerstwa Zdrowia nowością jest ocena punktowa. Za spełnienie standardów akredytacyjnych powyżej 80 proc. można uzyskać 2 punkty, a powyżej 90 proc. – 4 punkty.

Nowości

Nowością w zakresie oceny jakości jest też kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej. Zgodnie z nowymi kryteriami oceny szpital, chcąc uzyskać wysoką punktację podczas procedury kontraktowania, będzie musiał m.in. prowadzić badania PPS (punktowe badania epidemiologiczne) zgodnie z opracowaną metodą ECDC, poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, oraz zatrudnić na stanowisko przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych specjalistę z mikrobiologii lekarskiej, chorób zakaźnych lub epidemiologii. Należy nadmienić, że tego typu specjalistów w kraju jest niewielu i zapewne nie wszystkie placówki będą

mogły spełnić ten warunek nie ze swojej winy. Ponadto przewodniczący zespołu powinien być zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek. Dodatkowo zespół powinien sporządzać coroczną analizę mikrobiologiczną oddziałów na podstawie zaleceń konsultanta krajowego ds. mikrobiologii, analizy wyników bezpośredniej obserwacji realizacji procedury higieny rąk personelu medycznego, ilości środka dezynfekcyjnego zużywanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na osobodni, przy czym te obserwacje winny być zakończone raportem złożonym kierownikowi zakładu.

Antybiotyki

Szpital powinien mieć własny program polityki antybiotykowej aktualizowany co dwa lata i zgodny z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków. Przy ocenie tego kryterium zwracana będzie uwaga na monitorowanie zakażeń w szpitalu pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych. Podstawą monitorowania będzie zgłaszanie do odpowiedniego zespołu stosowanych u tych pacjentów antybiotyków bądź weryfikacja dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów lub codzienny przegląd dokumentacji chorych. Inicjatywa prowadzenia tego typu kontroli jest dobra, powstaje jednak wątpliwość, na ile wiarygodne będą owe raporty i jaka będzie możliwość ich weryfikacji przez płatnika – czy będzie to weryfikacja opierająca się jedynie na oświadczeniach i raportach pisemnych składanych przez poszczególne szpitale. Oczywiście na obecnym etapie informatyzacji płatnika, co zresztą słusznie zauważyli autorzy raportu NIK, nie ma innej skutecznej możliwości sprawdzenia zadań realizowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, dlatego należy dążyć do jak najszybszego z informatyzowania systemu opieki zdrowotnej, co umożliwiłoby bezpośredni wgląd poszczególnych interesariuszy do raportów i sprawozdań z efektów realizowanych zadań. W wypadku omawianego kryterium eksperci Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa przedstawili swoje propozycje oceny kontroli zakażeń, urealnijając je i dostosowując do obowiązujących przepisów.

Podobne wnioski można wysnuć, analizując kryteria oceny jakości dotyczące doświadczenia personelu medycznego udzielającego określonych świadczeń. Otóż zgodnie z wytycznymi w wypadku oddziałów ginekologiczno-położniczych będzie możliwe uzyskanie przez szpital 2 punktów za przyjęcie co najmniej 400 porodów w ostatnich 12 miesiącach, oddziały kardiologiczne mają szansę na 2 punkty za udzielenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej 20 proc. świadczeń kardiologicznych na rzecz chorych mających powyżej 69 lat lub z powikłaniami albo chorobami współistniejącymi (grupy: E16, E53, E56, E61), a oddziały neurologiczne za świadczenia z grup A48, A51 – wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy trombolizy co najmniej

u 5 proc. chorych z udarem niedokrwiennym. W tym miejscu rodzi się pytanie, dlaczego przy kontraktowaniu ważne są akurat te, a nie inne procedury medyczne. Być może z punktu widzenia pacjenta (klienta) ważny jest inny lub szerszy zakres procedur, o który należałoby zapytać oferentów podczas kontraktowania.

Kompleksowość

Jeśli chodzi o kompleksowość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w aktualnej wersji kryterium oceny ofert jednym z nowych elementów jest posiadanie przez szpital poradni lub oddziałów, lub pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzonych wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Na przykład dla oddziału dziecięcego szpital będzie mógł uzyskać dodatkowe punkty za ofertę, jeśli będzie posiadał poradnię pediatryczną wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych pod kodem resortowym 1401. Jak wiadomo, wpisana komórka organizacyjna musi zgodnie z ustawą o działalności leczniczej rozpocząć działalność nie później niż trzy miesiące od daty zarejestrowania. Jeśli do tego czasu nie rozpocznie ona działalności,

„Dla oddziału dziecięcego szpital będzie mógł zyskać dodatkowe punkty za ofertę, jeśli będzie posiadał poradnię pediatryczną wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych pod kodem resortowym 1401”

powinna zostać wykreślona z rejestru, gdyż w przeciwnym razie zgodnie z ustawą wojewoda jest zobligowany do nałożenia kary na kierownika podmiotu leczniczego za niedopełnienie określonych przepisów. Należy nadmienić, że wpisanie komórki do rejestru wiąże się z koniecznością realizacji określonych procedur i poniesienia przez podmiot leczniczy kosztów związanych z jej uruchomieniem. Obejmują one m.in. wizytację stacji sanitarno-epidemiologicznej, która określi, czy pomieszczenia spełniają wszelkie wymogi sanitarno-epidemiologiczne, a następnie na podstawie decyzji nowa komórka szpitala zostaje wpisana do statutu, regulaminu organizacyjnego podmiotu oraz do rejestru podmiotów leczniczych. Wydanie decyzji sanepidu oraz wpis do rejestru podmiotów leczniczych są obciążone dodatkowymi opłatami. Oczywiście w tym miejscu należy też podkreślić, że aby poradnia mogła rozpocząć udzielanie świadczeń, musi zatrudniać odpowiednio wykwalifikowany personel, posiadać wymagany sprzęt,



„Głównymi przesłankami do zawierania kontraktów powinny być jakość i dostępność świadczeń, a nie lokalne naciski”

co dodatkowo wiąże się z kosztami utrzymania, zakupu i opłacenia kadry. Dlatego powstaje pytanie, czy szpital może spełnić ten warunek, nie posiadając kontraktu na dany zakres świadczeń. Poradnie pediatryczne nie były do tej pory kontraktowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a więc najczęściej, jeśli działały w szpitalach, to w formie poradni konsultacyjnych. Rodzi się zatem kolejne pytanie, czy teraz będzie możliwość zawierania kontraktu na ten rodzaj świadczeń i finansowania tych świadczeń z funduszy publicznych.

Niedopowiedziane

Jak widać, pytań i niewyjaśnionych zagadnień związanych z kryteriami ocen ofert podczas procedury kontraktowania jest wiele, co oznacza, że dużo jeszcze trzeba zmienić. Przede wszystkim należałoby się zastanowić, czy szczegółowe kryteria oceny powinny być jednakowe dla szpitali klinicznych, wojewódzkich szpitali specjalistycznych i szpitali powiatowych, gdyż każda z tych placówek opiekuje się nieco inną społecznością, realizuje nieco odmienne cele, chociaż mogłoby się wydawać, że niczym się one od siebie nie różnią. Nie wolno w tym wszystkim zapominać o pacjencie, czyli o głównym beneficjencie usług, gdyż tak naprawdę kontraktowanie świadczeń jest prowadzone dla niego, a nie dla świadczeniodawców i NFZ. Pacjent stanowi kluczowy element konkurencji, gdyż to jego decyzja wpływa na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami i w konse-

kwencji na decyzje podejmowane przez płatnika, czego obecnie brakuje na polskim rynku usług zdrowotnych. Dlatego tak ważne jest, aby zainicjowany został mechanizm zabiegania o pacjenta. Konieczne jest też wyedukowanie samych pacjentów, którzy muszą wiedzieć i być pewni, że mają wybór pomiędzy świadczeniodawcami.

Bardzo pozytywną rolę w dążeniu do usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej może odegrać realizacja rzetelnych badań konkurencyjności szpitali. Są one potrzebne również szpitalom, gdyż pozwalają im poznać własną pozycję na rynku oraz budować prestiż placówki. Badania konkurencyjności są szczególnie przydatną informacją dla pacjentów, którzy mogą na ich podstawie podjąć decyzję, w którym szpitalu chcą być leczeni.

Zmiany społeczno-ekonomiczne i zmieniające się potrzeby zdrowotne pacjentów wymuszają konieczność wprowadzenia kolejnych zmian w zakresie organizacji zarządzania, a przede wszystkim finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Jednym z elementów tych zmian jest konieczność reformy procedur kontraktowania świadczeń.

Podsumowując te rozważania, można stwierdzić, że prawdziwa reforma nastąpi dopiero wówczas, gdy konkurentami NFZ będą komercyjni ubezpieczyciele, a w wyniku tej konkurencji zacznie się kształtować rynkowa, bardziej obiektywna wycena świadczeń zdrowotnych. Do tego czasu działania ustawodawcy można uznać za ważne, ale niezmienną rzeczywistość i niewnoszące istotnego powiewu świeżości do systemu opieki zdrowotnej.

Greta Kanownik

Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie i kierownikiem Działu Administracji Medycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.