

Kontraktowanie 2016: co się zmieni



Wielki wyścig

„Duże kontraktowanie świadczeń medycznych” na rok 2016 już niedaleko. Czym będzie się ono różniło od kontraktowania w roku 2011, przebiegającego – jak pamiętamy – w atmosferze kontrowersji, niedomówień i odmiennej interpretacji przepisów przez płatnika i świadczeniodawców?

Opublikowany w marcu 2014 r. raport NIK z kontroli w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ wskazuje, że w wypadku leczenia szpitalnego i specjalistycznego tryb kontraktowania był obciążony wieloma wadami.

Krytyka

Zgodnie z tym raportem sposób kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej jest mało przejrzysty, niespójny i nie zapewnia właściwego wykorzystania pieniędzy, jakimi dysponuje NFZ, a procedury przebiegu samego kontraktowania nie zapewniają wyboru świadczeniodawców gwarantujących należytą jakość i dostępność świadczeń. Ponadto raport pokontrolny podaje także, 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. Brak odniesienia do realnych kosztów zwiększał ryzyko niewłaściwego rozdysponowania funduszy i mógł mieć wpływ na wykonywanie większej liczby świadczeń bardziej opłacalnych dla świadczeniodawcy kosztem nisko wycenionych.

Oczywiście lista bolączek związanych z kontraktowaniem jest znacznie dłuższa, a przy jej czytaniu rodzi się pytanie o dobro pacjenta. Przecież to on, przynajmniej w teorii, powinien być podstawowym beneficjentem (klientem) usług zdrowotnych, a zatem świadczeniodawcy winni być wybierani w sposób maksymalnie przejrzysty, przy uwzględnieniu oferowanej przez nich jakości, ceny i dostępności usług.

Prośba o reformy

Biorąc pod uwagę wyniki kontroli, NIK zwróciła się do ministra zdrowia o przygotowanie kompleksowej reformy systemu finansowania ochrony zdrowia, uwzględniającej konieczność zbilansowania potencjału szpitali w odniesieniu do potrzeb zarówno ogólnokrajowych, jak i regionalnych, a także analizę efektywności ich wykorzystania. Ponadto głównymi przesłankami dla zawierania kontraktów powinny być jakość i dostępność oferowanych świadczeń, a nie lokalne naciski. Najwyższa Izba Kontroli zwraca też uwagę, że w systemie finansowania szpitali publicznych brakuje koordynacji odrębnych strumieni finansowania działalności bieżącej i inwestycyjnej z funduszy publicznych oraz systemowej analizy potencjału szpitali, a ich indywidualne plany inwestycyjne wskazują, że dysproporcje między oferowanymi świadczeniami a możliwością ich sfinansowania będą rosły.

Nowe

Czy receptą na powyższe nieprawidłowości będzie taryfikacja świadczeń medycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) i racjonalizacja potrzeb zdrowotnych za pomocą tzw.

mapy potrzeb zdrowotnych? Przeanalizujemy wpływ powyższych działań na przebieg kontraktowania – czy rozwiązania te zniwelują dotychczasowe ograniczenia?

Do tej pory Fundusz sam wyceniał świadczenia, kontraktował je, a następnie kontrolował, jak są realizowane. Protestowały przeciwko temu placówki medyczne, wskazując, że NFZ płaci im tyle, ile chce, a nie na podstawie poniesionych kosztów. Od stycznia urealnianiem wycen świadczeń medycznych zajmuje się AOTMiT. Takie rozwiązanie przewiduje nowelizacja ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.). Zgodnie z ustawą ma powstać zupełnie nowy pion zajmujący się wyceną świadczeń, a urząd zmieni nazwę na Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zatrudnienie w niej zwiększy się mniej więcej o 60 osób. Powstanie dodatkowe, nowe ciało doradcze, tzw. Rada ds. Taryfikacji. Agencja będzie musiała się zmierzyć z problemem, z którym nie poradził sobie NFZ.

„NIK: sposób kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej jest mało przejrzysty, niespójny i nie zapewnia właściwego wykorzystania środków”

Wycena

Nad zmianą wyceny procedur Fundusz pracował w 2012 i 2013 r. Jego urzędnicy dokonali korekt części wycen w pediatrii, kardiologii oraz urealnili koszty procedury usunięcia zaćmy. Oczywiście plany były bardziej ambitne, ale niestety nie udało się ich zrealizować. Fundusz nie kryje, że spora część lekarzy i szpitali odmówiła przekazania danych medycznych i kosztowych niezbędnych do ustalenia nowych wycen. Opór pojawił się ze strony konsultantów w niektórych dziedzinach medycyny oraz świadczeniodawców, zwłaszcza tych, którzy spodziewali się korekty wycen na swoją niekorzyść. Fundusz najpierw występował o udostępnienie tych danych nieodpłatnie, ale później zmodyfikował metodologię i za informacje potrzebne do urealnienia wycen był nawet gotów płacić. Bez skutku. Placówki medyczne wskazywały na brak ustawowego upoważnienia płatnika do pozyskiwania i przetwarzania danych osobowych w procesie ustalania wycen. Ustawa zdrowotna nie przyznawała Funduszowi ani żadnej innej instytucji takich kompetencji.

Wprowadzona nowela usunęła ten błąd. Znalazło się w niej upoważnienie dla AOTMiT do przetwarzania danych osobowych w celu wyceny procedur medycznych



Fot. iStockphoto

„Należy pamiętać, że kontraktowanie świadczeń zdrowotnych jest przede wszystkim dla pacjentów, a nie dla świadczeniodawców, NFZ, polityków czy innych mniej lub bardziej wpływowych grup”

nych. Świadczeniodawców zobowiązano do współpracy z agencją i udostępniania na jej żądanie wszelkich informacji medycznych i dotyczących kosztów leczenia pacjentów, które będą potrzebne do taryfikacji. Agencja będzie mogła takie dane pozyskiwać odpłatnie. Ustawa nie przewiduje jednak sankcji za odmowę ich przekazania. Taka sytuacja na pewno jest zdrowsza, gdyż AOTMiT nie jest stroną w kontraktowaniu świadczeń, natomiast szpitale odmawiały funduszowi informacji o kosztach, ponieważ obawiały się, że zostaną one wykorzystane przy negocjacji umów. W wypadku agencji sytuacja raczej się nie powtórzy, bo świadczeniodawcy są zainteresowani, by taryfikacja świadczeń była realizowana poza NFZ. Są tylko obawy, czy AOTMiT sobie z tym trudnym zadaniem poradzi i czy znów nie okaże się, że interesy jednej grupy przeważają nad interesami innych uczestników rynku zdrowotnego.

Ankieta AOTMiT

Obecnie AOTMiT rozesłała ankietę do świadczeniodawców zainteresowanych współpracą. Pierwszy etap przewiduje zbieranie danych historycznych za lata 2013–2014. W późniejszym okresie współpraca będzie się wiązała z przestrzeganiem standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców oraz ze stosowaniem

metodyki wyceny opracowanej przez AOTMiT. Istotny jest fakt, że docelowo współpraca z AOTMiT będzie dodatkowo punktowana przez Fundusz. Jednocześnie AOTMiT podkreśla, że będzie instytucją niezależną od NFZ, a gromadzone dane wykorzystane zostaną wyłącznie na potrzeby taryfikacji. Agencja będzie miała możliwość wynagradzania za przekazywane dane, przy czym kwoty będą zależały od tego, ilu świadczeniodawców nawiąże z nią współpracę, oraz od wybranego do wyceny zakresu świadczeń.

Cóż, pozostaje nam jedynie czekać i obserwować, jakie będą efekty podjętych prac, czy zaowocują one korzyściami zarówno dla świadczeniodawców, jak i płatnika, a w konsekwencji dla pacjenta, o którego dobro powinno przecież chodzić wszystkim najbardziej.

Mapy

Kolejna recepta na niedomagania kontraktowania to tzw. mapa potrzeb zdrowotnych. Nowelizacja ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych w art. 95a.1 określa, że dla województwa sporządzana będzie regionalna mapa potrzeb zdrowotnych, zwana mapą regionalną, uwzględniająca specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Mapę regionalną danego województwa sporządza właściwy wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych. Powyższy dokument tworzy się raz na 5 lat. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt mapy regionalnej, w szczególności na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych

i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a następnie przekazuje go właściwemu wojewodzie do 15 października roku poprzedzającego o rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania mapy regionalnej. Wojewoda na podstawie tegoż projektu sporządza mapę regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do 1 lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania mapy. Wówczas Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie map regionalnych sporządza ogólnopolską mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną mapą ogólnopolską, która zostanie przekazana ministrowi zdrowia do zatwierdzenia do 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map. Minister zdrowia zatwierdza mapy do 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map, przy czym przed zatwierdzeniem map minister zdrowia może dokonać zmian. Zatwierdzone mapy będą publikowane na stronach „Biuletynu Informacji Publicznej”. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny monitoruje aktualność map i przekazuje ministrowi zdrowia corocznie do 30 czerwca wyniki monitorowania za rok poprzedni. Na tej podstawie minister zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres treści map, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zapewnienia właściwej dostępności świadczeń z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Taka będzie droga procedowania map potrzeb zdrowotnych, które mają pomóc w lepszym identyfikowaniu określonych potrzeb zdrowotnych poszczególnych regionów kraju, a także zapewnić lepsze prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań oraz zmniejszyć nierówność w zdrowiu.

Praktyka

W praktyce regionalne mapy potrzeb zdrowotnych mają się składać z części opisujących sytuację demograficzną i epidemiologiczną, stan infrastruktury medycznej oraz jej wykorzystanie, a także zawierać prognozę potrzeb zdrowotnych. Ich tworzeniem mają się zająć wojewodowie, a ich treść będzie obejmowała analizę przygotowaną dla poszczególnych powiatów. Ogólnopolską mapę potrzeb zdrowotnych utworzą mapy regionalne uzupełnione o analizę świadczeń udzielanych w poszczególnych województwach. W części demograficznej zawarta będzie analiza liczby ludności z uwzględnieniem płci, wieku, liczby urodzeń i zagęszczenia. Ma to pozwolić na dokonanie opisu populacji wystawionej na ryzyko. Część dotycząca infrastruktury medycznej będzie zawierać informacje o liczbie świadczeniodawców z podziałem na zakresy udzielanych świadczeń. Mapa będzie się też składała z analizy udzielonych świadczeń według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, co ma pozwolić na określenie przeciętnego profilu jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbie-

gającej od przeciętnego poziomu w województwie lub kraju. Istotnym elementem map będzie analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami podziału terytorialnego państwa (województwa, powiaty). Mapy będą zawierały również elementy prognozy, które obejmą prognozy epidemiologiczne i wynikające z tego zapotrzebowanie na infrastrukturę medyczną. Wyniki wskazanych prognoz wraz z dostępnymi prognozami demograficznymi zostaną wykorzystane do określenia spodziewanej wielkości populacji narażonej na ryzyko.

Zagrożenia praktyczne

Tyle założenia teoretyczne. Jakie w związku z powyższym działaniem mogą powstać konotacje praktyczne dla społeczeństwa i szpitali? Powyższe zmiany są jak najbardziej potrzebne i nie podlega to dyskusji, ale rodzą się wątpliwości, czy przyniosą faktyczne zmiany na lepsze. Czytając powyższe założenia ustawy, można odnieść wrażenie, że zapomniano o potrzebach najważniejszych, a mianowicie o zasobach kadrowych, czyli lekarzach, pielęgniarkach, z których brakiem mamy permanentny problem, z czym oczywiście wiąże się kolejne problemy, jak chociażby ograniczenie dostępności świadczeń, kolejki do specjalistów itd. A zatem potrzeb dotyczących kadry medycznej ustawa nie dostrzega, ponieważ chodzi w głównej mierze o analizę demograficzną, alokację i wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych. O losach pacjenta będzie decydował wojewoda i dlatego znów narasta obawa, czy takie rozwiązanie nie będzie miało podtekstu politycznego. Mało widoczny w tym wszystkim jest człowiek – zarówno personel medyczny, jak i najważniejsze ogniwo tego zdrowotnego łańcucha, czyli pacjent. Niestety, główną bolączką polskiego systemu zdrowotnego nie jest proces stanowienia prawa medycznego, gdyż pod względem formalnym nie różni się on wiele od praktyki w innych państwach europejskich. Zasadnicza różnica polega na tym, że mocno odbiegamy od Europy, jeśli chodzi o efekty. Czy będzie to kolejny biurokratyczny bubel, podobnie jak szumnie wprowadzony w życie pakiet onkologiczny, który jest pięknie opisany na papierze, a w rzeczywistości okazał się praktycznie nie do zrealizowania?

Cóż, pozostaje mieć nadzieję, że podjęte działania w zakresie taryfikacji świadczeń i racjonalizacji potrzeb zdrowotnych okażą się receptą na słabości w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Oby kontraktowanie 2016 nie przebiegało, podobnie jak w 2011 r., w atmosferze kontrowersji i wzajemnych oskarżeń. Należy pamiętać, że kontraktowanie świadczeń jest przede wszystkim dla pacjentów, a nie dla świadczeniodawców, NFZ, polityków czy innych mniej lub bardziej wpływowych grup.

*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.*