

Nowe kryteria konkursowe zmieniają układ rynku świadczeń ambulatoryjnych



Fot. PAP/Pawel Supernak

Sztuka

przetrwania w AOS

Opracowania naukowe są przed publikacją poddawane ocenie niezależnych recenzentów, którzy obiektywnie opisują ich zawartość merytoryczną. Gdyby podobne procedury były stosowane w przypadku projektów aktów prawnych, zupełnie inaczej wyglądałoby uzasadnienie projektu rozporządzenia ustalającego nowe kryteria wyboru ofert, zwłaszcza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W uzasadnieniu projektu rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej stosunkowo niewiele miejsca poświęcono analizie zmian w ambulatoryjnej opiece specjali-

stycznej (AOS). Wskazano na przyznanie dodatkowych punktów za realizację świadczeń diagnostyki onkologicznej oraz położenie większego nacisku na kompleksowe świadczenia w poradni alergologicznej, a także poprawę dostępności sprzętu w audiologii i foniatryi.

„Świadczeniodawcy będą musieli się przyrzeć nie tylko dostępności, lecz także kwalifikacjom swojego personelu”

Tymczasem zarówno dla świadczeniodawców dotąd realizujących świadczenia ambulatoryjne, jak i tych dopiero rozważających ubieganie się o podpisanie umowy z NFZ, najważniejsze są szczegóły. Czyli wskazanie głównych przyczyn utraty lub uzyskania punktów rankingujących.

Kwalifikacje i działalność

Ustalając nowe kryteria, tak jak dotąd przyjęto, że świadczeniodawca musi zatrudniać personel o odpowiednich kwalifikacjach oraz dysponować sprzętem umożliwiającym wykonywanie świadczeń. Zasadniczych zmian dokonano w ocenie poradni, w których zatrudniani są lekarze z I stopniem specjalizacji. Jeżeli dla danej poradni przewidziano przyznanie punktów za zatrudnienie lekarzy posiadających I stopień specjalizacji, ich czas pracy musi wynosić co najmniej 75 proc. czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, zamiast dotychczasowych 50 proc. Znacznie obniżono również wartości punktów przyznawanych za pracę lekarzy z I stopniem specjalizacji.

Dodatkowy punkt będzie można natomiast zdobyć, jeżeli zapewnimy dostępność w poradni przez 50 proc. czasu pracy pielęgniarki ze specjalizacją lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania. Świadczeniodawcy będą zatem musieli się przyrzeć nie tylko dostępności, lecz także kwalifikacjom swojego personelu.

Istotnym uzupełnieniem dotychczasowych kryteriów jest premiowanie świadczeniodawców realizujących określone procedury lub udzielających określonego rodzaju świadczeń. Punkty w większości zakresów uzyskają świadczeniodawcy wykonujący wstępną lub pogłębianą diagnostykę onkologiczną. Premiowane będzie także udzielanie świadczeń w miejscu pobytu pacjenta, chociaż w niektórych zakresach realizacja przewidywanego odsetka wizyt domowych budzi spore kontrowersje. Jeżeli 10 proc. ogólnej liczby świadczeń stanowią wizyty domowe, dodatkowe punkty zyskają składający oferty świadczeń w zakresie kardiologii, dermatologii i wenerologii, neurologii, gruźlicy i chorób płuc, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, otolaryngologii oraz urologii. Skorzystają również placówki, które wykonują co najmniej 85 proc. procedur

zabiegowych spośród ogólnej liczby świadczeń, a także te, które ograniczają liczbę porad receptowych do 50 lub 75 proc. wszystkich porad.

Koncentracja usług

Rozporządzenie jasno pokazuje, jak Ministerstwo Zdrowia widzi funkcjonowanie świadczeniodawców i jak powinny oni organizować udzielanie świadczeń. Wiele wskazuje na to, że szanse na odnalezienie się w nowych realiach mają przede wszystkim duże podmioty zlokalizowane w większych ośrodkach miejskich, oferujące szeroki zakres usług. Rezygnacja z punktowania dostępu do tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego na rzecz przyznawania punktów wyłącznie za udzielanie tych świadczeń w lokalizacji czy zastosowanie analogicznego rozwiązania w przypadku pobierania materiału do badań z oceną cytologiczną lub histopatologiczną to tylko niektóre rozwiązania korzystne dla większych placówek. Wprowadzono także dodatkowe punkty za wyposażenie odpowiednie do udzielania świadczeń pacjentom z otyłością. Punktowane będzie zapewnienie dostępu do rezonansu magnetycznego o nośności co najmniej 250 kg i średnicy otworu co najmniej 60 cm oraz tomografu komputerowego o nośności co najmniej 220 kg. Na dodatkowe punkty mogą liczyć także świadczeniodawcy realizujący transport sanitarny z wykorzystaniem co najmniej jednego środka transportu sanitarnego wyposażonego w nosze o nośności co najmniej 200 kg lub co najmniej 350 kg.

Dodatkowe punkty uzyskają poradnie przyszpitalne zlokalizowane przy oddziale szpitalnym, a także realizacja całości umowy w danym zakresie bez udziału podwykonawców. Dla wielu świadczeniodawców bardzo ważna będzie także konieczność zwiększenia dostępności świadczeń. Poza poradnią logopedyczną, w nowych przepisach nie przewidziano bowiem możliwości uzyskania punktów za poradnię udzielającą świadczeń w przedziale od co najmniej 12 do 24 godzin tygodniowo. Oferenci będą musieli więc zapewnić dostępność poradni przez co najmniej 24 godziny tygodniowo.

Owocna współpraca

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami 2 punkty będzie można zdobyć za realizację umowy z AOTMiT w zakresie przekazywania danych i informacji potrzebnych do sporządzenia taryfy świadczeń. Ma to zachęcić świadczeniodawców do współpracy z AOTMiT, do której dotąd podchodzono z dużą rezerwą.

Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zostanie nagrodzone 3 punktami, natomiast korzystanie z elektronicznej dokumentacji medycznej wyceniono na 5 punktów. Żeby natomiast uniknąć wątpliwości związanych z posiadaniem wpisu do rejestru podmiotów wykonu-

jących działalność leczniczą, jednoznacznie wskazano, że złożenie wniosku o dokonanie wpisu do rejestru nie jest wystarczające do wykazania spełnienia kryterium posiadania wpisu do rejestru. Ustalono, że kryterium wpisu do rejestru jest spełnione, jeżeli wpis jest ujawniony w księdze rejestrowej oferenta.

Podobnie jak w pozostałych zakresach, w AOS przewidziano przyznawanie punktów odpowiednio do czasu nieprzerwanej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Gradacja ma charakter progowy, a nie ciągły. Przewidziano, że dodatkowe punkty zyskają podmioty, które realizują w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, umowę z NFZ nieprzerwanie od 5 lub 10 lat. Celem ma być premiowanie podmiotów utrzymujących odpowiedni poziom jakości i dających gwarancję prawidłowej organizacji świadczeń oraz ciągłości leczenia.

Pomimo przyznawania punktów za ciągłość świadczeń oraz celowość inwestycji, twórcy rozporządzenia twierdzą, że ustanowione kryteria wyrównują szanse „nowych” i „starych” świadczeniodawców na uzyskanie kontraktu. Trudności nowych podmiotów w starciu na lokalnym rynku mają być ograniczone dzięki rozbudowaniu systemu punktów ujemnych przyznawanych w przypadku nieprawidłowości w dotychczasowym realizowaniu umowy.

Bez kontroli

Wdrożenie sprawozdawczości elektronicznej sprawiło, że wiele uchybień fundusz może obecnie zweryfikować bez konieczności odbywania kontroli w miejscu udzielania świadczeń. Dotąd świadczeniodawca mógł zostać ukarany jedynie na podstawie wyników kontroli. Obecnie planuje się rozszerzenie tego katalogu o dodatkowe elementy weryfikowane na podstawie sprawozdawczości, np. nieprzekazywanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia ofert, nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.

W niektórych przypadkach weryfikacja kryterium nadal będzie musiała być potwierdzona negatywnymi wynikami kontroli, co zostało precyzyjnie wskazane w rozporządzeniu. Niekorzystne dla świadczeniodawców jest natomiast inne niż dotychczas przypisanie punktacji do poszczególnych kryteriów. Przykładowo – na gruncie zarządzenia prezesa NFZ jeden punkt ujemny można było uzyskać w przypadku udzielania

„Premiowane będzie udzielanie świadczeń w miejscu pobytu pacjenta, chociaż w niektórych zakresach realizacja przewidywanego odsetka wizyt domowych budzi spore kontrowersje”

świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie, brak atestów lub przeglądów). W rozporządzeniu natomiast kryterium to zostało znacznie rozbudowane:

- 1) udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie: –1 pkt,
- 2) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli: –1 pkt,
- 3) brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli: –1 pkt,
- 4) brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli: –2 pkt.

Uciec przeznaczeniu

Nowe kryteria wyboru ofert z pewnością zmienią kształt rynku usług medycznych. Oczywiście warto już zastanowić się nad dokonaniem odpowiednich zakupów lub przeszkoleniem personelu w niezbędnym zakresie. Jednak o tym, jaki wpływ na świadczeniodawców będą miały nowe reguły gry, zdecyduje przede wszystkim czas. Wiele punktów jest bowiem przyznawanych w związku z dotychczasowym udzielaniem świadczeń. Im wcześniej ogłoszone zostaną nowe postępowania konkursowe, tym mniejsze szanse na opracowanie dobrej strategii, wdrożenie zmian i odrobienie strat punktowych.

Z uwagi na przewidywane terminy konkursu przyszliferenci nie będą już mieli realnej szansy na zmianę swojej sytuacji. Pod uwagę ma być brany okres 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie. To oznacza, że wyścig już się rozpoczął i wielu dotychczasowych świadczeniodawców nie będzie mogło liczyć na korzystny wynik.

*Iwona Magdalena Aleksandrowicz
Autorka jest ekspertem ochrony zdrowia.*