

Co wynika z ostatniego aneksowania umów?



Kontraktowanie ciągle przed nami

Z powodu opóźnień proceduralnych we wprowadzaniu ustawy o sieci szpitali (termin wprowadzenia sieci przesunięto ostatecznie na październik) oddziały wojewódzkie NFZ decydowały się na aneksowanie umów ze szpitalami, które nie dostały się do sieci. Co to oznacza w praktyce?

W założeniu szpitale, które nie dostały się do tzw. sieci, powinny mieć możliwość złożenia oferty w postępowaniach konkursowych ogłaszanych przez dyrektorów poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, uwzględniających zidentyfikowane potrzeby zdrowotne na danym obszarze, na podstawie planu zakupu świadczeń sporządzonego na dany rok. Jednak w wyniku opóźnienia wejścia w życie zarówno samej ustawy, jak i aktów wykonawczych większość oddziałów wojewódzkich zdecydowała się na aneksowanie umów i przeprowadzenie postępowań konkursowych w późniejszym terminie.

Jak to wyglądało w praktyce? Różnie. Przyjęte rozwiązania opisujemy poniżej na przykładzie wybranych województw.

Lubuskie

Mając na uwadze z jednej strony efektywne wdrożenie sieci szpitali, a z drugiej zapewnienie ciągłości udzielanych pacjentom świadczeń, Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ zwrócił się do prezesa NFZ z prośbą o wyrażenie zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umów, które nie wchodzą do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ocenie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ takie rozwiązanie zminimalizuje ewentualne negatywne skutki społeczne w zakresie zmian dostępu do świadczeń, a jednocześnie pozwoli na sprawne przeprowadzenie planowanych postępowań konkursowych.

Śląsk

Również Śląski Oddział Wojewódzki NFZ zwrócił się z prośbą do prezesa NFZ o zgodę na przedłużenie do 31 marca 2018 r. okresu obowiązywania umów zawartych ze świadczeniodawcami. Na podstawie tej zgody prezesa NFZ do 31 grudnia 2017 r. przedłużono okres obowiązywania umów w rodzaju leczenia szpitalne, dotyczących świadczeń realizowanych w trybie hospitalizacji planowej i leczenia jednego dnia. Konkursy na leczenie w tych trybach oddział ogłosił w sierpniu.

Mazowsze

W województwie mazowieckim umowy również zostały aneksowane, jednak z terminem obowiązywania aż do 31 marca 2018 r.

Kujawsko-pomorskie

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ także przedłużył kontrakty ze wszystkimi placówkami i oddziałami, które 1 października tego roku nie weszły do sieci szpitali. Kontrakty – drogą aneksowania – zostały przedłużone do końca marca przyszłego roku.

Podlasie i Małopolska

Na Podlasiu i w Małopolsce aneksy dotyczą tylko ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (aneksowanie umów z placówkami niezakwalifikowanymi do sieci, które wygasły 30 września 2017 r., na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2018 r.) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (aneksowanie umów, które wygasły 30 września 2017 r., na taki sam okres).

Wielkopolska

Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ prowadził konkursy w zakresie rehabilitacji stacjonarnej i dziennej, a w przypadku świadczeń poza siecią – w zakresie psychiatrii. Konkursy realizowano jeszcze w kilku zakresach, a w pozostałych przypadkach wystąpiono do prezesa NFZ o zgodę na aneksowanie umów.

„Aneksy stały się rozwiązaniem zastępczym dla oddziałów wojewódzkich NFZ, które chciały mieć pewność, że komplet świadczeń na ich terenie zostanie zabezpieczony”

Niepewna przyszłość

Aneksy stały się rozwiązaniem zastępczym dla oddziałów wojewódzkich NFZ, które chciały mieć pewność, że komplet świadczeń na ich terenie zostanie zabezpieczony. To dobra informacja dla pacjentów i w pewnej części korzystna dla świadczeniodawców, z którymi NFZ przedłużył umowy, choćby tylko na 3 lub 6 miesięcy. Jednak w przypadku wielu z tych placówek przedłużony został również okres niepewności zarówno dla władz tych szpitali, jak i dla pracowników – bez gwarancji przedłużenia kontraktu w przyszłości.

Nowe zasady kontraktowania świadczeń wyraźnie premiuje m.in. te placówki, które prowadzą szkolenia specjalizacyjne dla lekarzy, wprowadziły elektroniczną dokumentację medyczną i e-receptę, a także tych świadczeniodawców, którzy uczestniczą w pakiecie onkologicznym. Dodatkowo pod uwagę będzie brana kompleksowa realizacja świadczeń w chemioterapii i radioterapii onkologicznej. W lepszej sytuacji będą placówki wykonujące zabiegi bardziej skomplikowane, czasochłonne i kosztochłonne. Ministerstwo Zdrowia odchodzi także od praktyki kontraktowania odrębnie chemioterapii w zależności od sposobu jej podawania: ambulatoryjnego, jednodniowego czy hospitalizacyjnego.

Dodatkowym atutem jest również ciągłość realizacji umów z NFZ. Większe szanse na kontrakt będą

mieli ci świadczeniodawcy, którzy od dłuższego czasu zapewniają prawidłową organizację i kontynuację udzielania świadczeń medycznych na danym terenie. Więcej punktów otrzymają też te szpitale, które leczą pacjentów w ramach programów lekowych.

Przepisy wskazują ponadto na premiowanie placówek współpracujących z AOTMiT przy wycenie świadczeń oraz tych, które mają pozytywną opinię wojewody. Wojewoda wydaje taką opinię na podstawie map potrzeb zdrowotnych, które przygotował resort zdrowia.

Dodatkowe kryteria

W zakresie alergologii oraz alergologii dziecięcej wprowadzono dodatkowe kryteria korzystne dla świadczeniodawców wykonujących wysokospecjalistyczną diagnostykę. W zakresie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego projekt premiuje oferentów, którzy zatrudniają lekarzy posiadających udokumentowane doświadczenie z ostatnich 12 miesięcy w wykonywaniu i opisywaniu tych badań u dzieci.

W zakresie świadczeń pielęgniarskich i opiekuńczych oraz opieki długoterminowej dodatkowe punkty otrzymają zespoły wysokospecjalistyczne. Atutem będą także pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pediatrii, z ukończonym kursem w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

„Większe szanse na kontrakt będą mieli ci świadczeniodawcy, którzy od dłuższego czasu zapewniają prawidłową organizację i kontynuację udzielania świadczeń medycznych”

W opiece paliatywnej i hospicyjnej pielęgniarek nie obowiązują dotychczasowe normy zatrudnienia. Lepiej oceniane będą oferty tych świadczeniodawców, którzy zapewnią opiekę fizjoterapeuty.

W stomatologii ogólnej i dziecięcej dodatkowe punkty będzie można zdobyć za zapewnienie jak największej liczby lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji, a także kompleksowości i dostępu do świadczeń.

Równa liczba punktów i punkty ujemne

W przypadku uzyskania równej liczby punktów przez świadczeniodawców decydować będzie większa liczba punktów uzyskanych w kolejnych kryteriach: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

Świadczeniodawcy, którzy nie realizowali świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową z NFZ, przy kolejnym kontraktowaniu będą otrzymywać tzw. punkty ujemne. Punkty te dostanie na przykład szpital, który nie przekazywał do NFZ na czas list pacjentów oczekujących na świadczenia. Takie uchybienia muszą być jednak wcześniej stwierdzone w kontroli.

Za co więcej punktów?

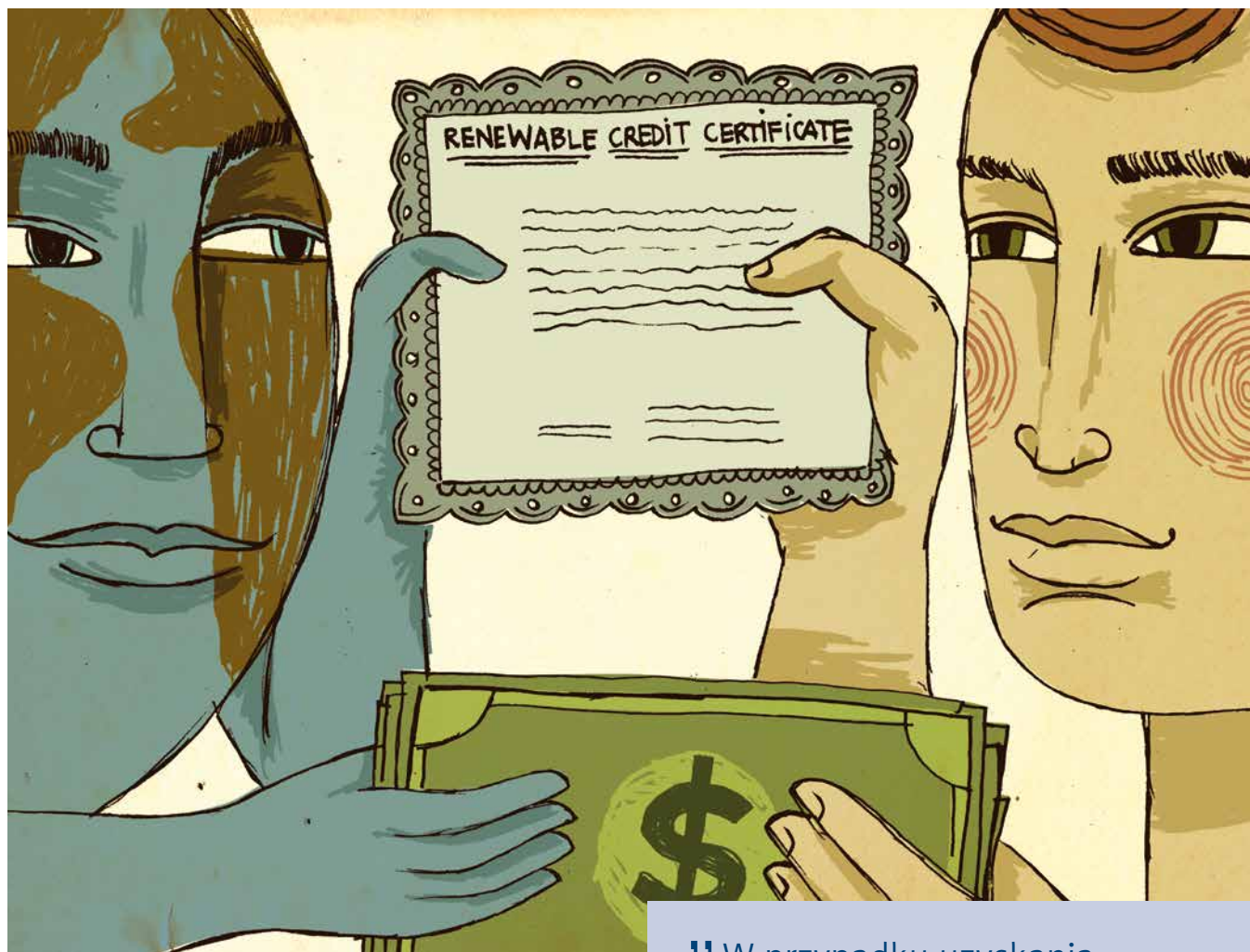
W przypadku postępowań dotyczących świadczeń w zakresie okulistyki osób dorosłych i dzieci w części dotyczącej sprzętu i aparatury medycznej zrezygnowano z przyznawania punktów za posiadanie tonometru aplanacyjnego w miejscu udzielania świadczeń. Nowe przepisy przewidują również, że w części dotyczącej świadczeń w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży przy ocenie oferty nie będzie brany pod uwagę czas pracy lekarzy specjalistów, za który do tej pory, w zależności od czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, można było otrzymać 30 bądź 35 punktów. Większą liczbę punktów placówki mogą jednak otrzymać za posiadanie aparatu USG i RTG w lokalizacji (obecnie po 3 punkty, wcześniej po 2) oraz za realizację wybranych świadczeń. Na gruncie poprzednio obowiązujących przepisów oceniano jedynie realizację umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za którą można było otrzymać 3 punkty. Obecnie jednak bierze się pod uwagę realizację umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii dziecięcej, realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci oraz realizację umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza na oddziale szpitalnym wpisanym w rejestrze – VIII część kodu resortowego: 4301 lub w zakładzie: 7401. Za każdą ze wskazanych umów placówka może otrzymać po 7 punktów. Z kolei w części dotyczącej kompleksowości udzielanych świadczeń wartości za poradnie przyszpitalne zwiększono kolejno z 4 do 7 punktów oraz z 6 do 11 punktów.

W przypadku kosztochłonnych ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych zmieniono wartości punktowe w zakresie gastroscopii i kolonoskopii – przez wprowadzenie ograniczeń w kategorii „Personel” i możliwości wyboru tylko jednego z ocenianych warunków.

W zakresie badania tomografii komputerowej oraz badania rezonansu magnetycznego stanowisko znieczulenia ogólnego w miejscu udzielania świadczenia oceniane będzie w kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”, a nie, jak dotychczas, w kategorii „Personel”.

Leczenie szpitalne

W przypadku leczenia szpitalnego zmianę wprowadzono w postępowaniu dotyczącym kardiologii. Polega ona na tym, że obecnie przy ocenianiu oferty w kategorii „Personel” można zaznaczyć tylko jedną odpo-



Fot. gettyimages.com/Cargo

wiedź z pierwszych pięciu proponowanych, przypisane im wartości punktowe pozostały bez zmian. W przypadku oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego zrezygnowano z podziału na zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia oraz we wszystkie dni tygodnia przez specjalistę w dziedzinie kardiologii. Obecnie ocenie podlega tylko zapewnienie całodobowej opieki przez specjalistę w dziedzinie kardiologii.

Znowelizowane rozporządzenie wprowadza również zmiany w tabeli „Leczenie szpitalne – część wspólna”, zwłaszcza w części IV, na podstawie której oceniana jest dostępność świadczeń. Choć ogólna liczba punktów do uzyskania się nie zmieniła (nadal jest ich 12), to na gruncie nowych przepisów punkty te są przyznawane na nieco innych zasadach. Za niektóre usługi można otrzymać większą liczbę punktów niż dotychczas.

Zmiany dotyczą również świadczeń w zakresie „Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa”, gdzie przedmiotem postępowania jest diabetologia – w części dotyczącej personelu. Na gruncie nowych przepisów oceniane warunki nie uległy zmianie, nie zmieniły się też przypisane im wartości punktowe, jednak inaczej je pogrupowano, co powoduje, że spośród ośmiu ocenianych warunków będzie można wybrać tylko dwa.

„W przypadku uzyskania równej liczby punktów przez świadczeniodawców decydować będzie większa liczba punktów w kolejnych kryteriach: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena”

Podobną zmianę wprowadzono w postępowaniu „Diabetologia dla dzieci”. Tutaj jednak oceniane warunki podzielono na trzy grupy.

Dla kategorii „Urologia – hospitalizacja” wprowadzono jako dodatkowe kryterium dostępność na oddziale lekarza specjalisty w zakresie neurologii, kardiologii lub nefrologii.

Zmiany objęły również część wspólną leczenia szpitalnego. Ocenie podlegają obecnie inne warunki, np. zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla pacjentów z otyłością: tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg.

„Niewielkie zmiany wprowadzono w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień”

Z niektórych warunków natomiast zrezygnowano, np. z wpisu zespołu transportu sanitarnego do rejestru. Suma możliwych do uzyskania punktów pozostała bez zmian.

Nowe świadczenie gwarantowane

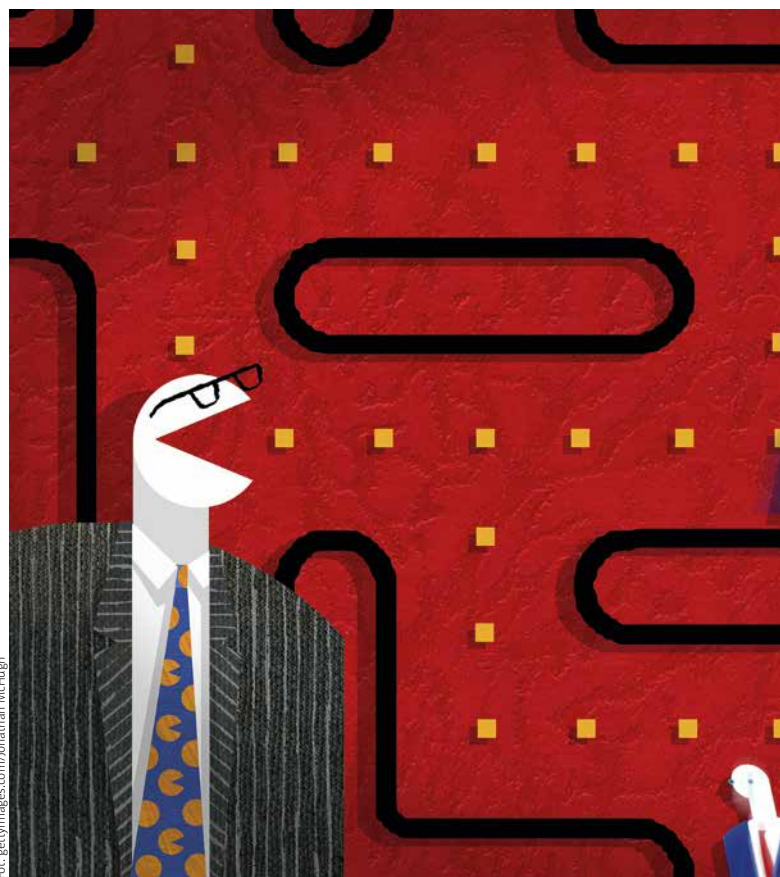
Znowelizowane rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert wprowadziło ponadto nowe świadczenie gwarantowane, polegające na kompleksowej opiece po zawale mięśnia sercowego w zakresie świadczeń kompleksowych, a także nowe regulacje dotyczące ich części wspólnej. W przypadku opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego podczas oceny oferty będzie uwzględniane m.in. to, czy na oddziale o profilu kardiologicznym jest lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Liczbę punktów za ten warunek uzależniono od równoważnika etatu oraz od tego, czy oddział o profilu kardiologicznym ma aparat USG z funkcją badań przezprzełykowych w lokalizacji, ma co najmniej dwa pokoje jednoosobowe z węzłem sanitarnym lub dwie izolatki, a także czy poradnia o profilu kardiologicznym ma możliwość wykonania badania elektrokardiograficznego wysiłkowego serca w lokalizacji. W przypadku części wspólnych ocenie podlega np. to, czy szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną albo zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie bądź czy co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych na oddziale szpitalnym przystosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Opieka psychiatryczna oraz rehabilitacja

Niewielkie zmiany wprowadzono w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w przedmiocie postępowania o świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu. Polegają one na zwiększeniu liczby punktów za specjalistę psychoterapii uzależnień – do 18 punktów w przypadku co najmniej jednego etatu na 80 łóżek bądź do 36 punktów w przypadku co najmniej jednego etatu na 40 łóżek.

Leczenie stomatologiczne

Istotne zmiany wprowadzono w zakresie leczenia stomatologicznego. Zmodyfikowano praktycznie wszystkie kryteria, a także przyznane im wartości punktowe. Znacznie obniżono punktację związaną

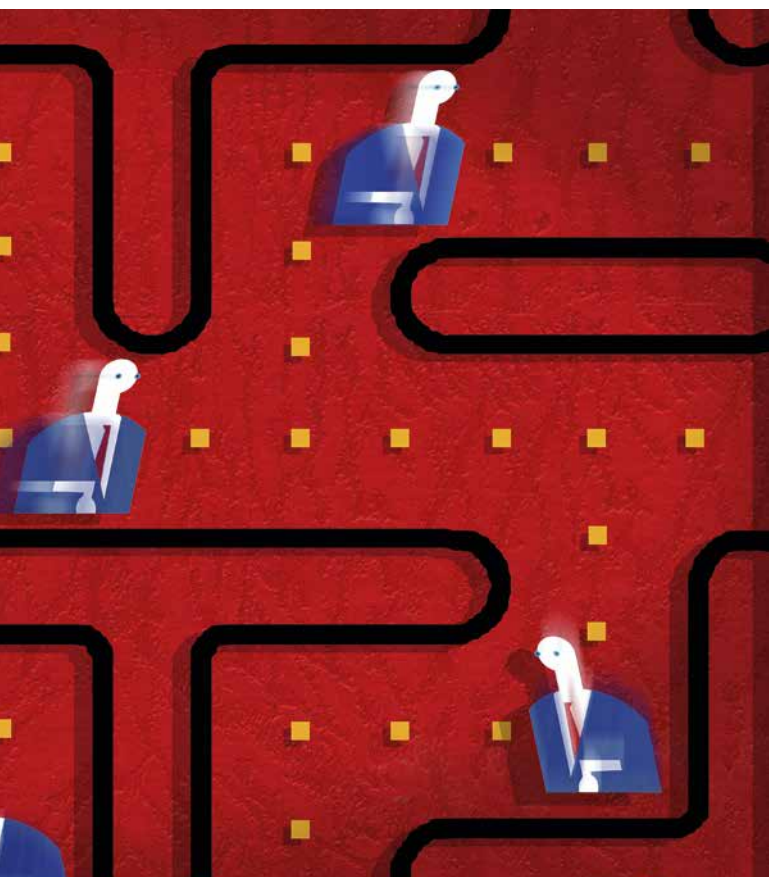


z personelem. Obecnie np. za obecność lekarza dentystry, specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy przy co najmniej 25% czasu pracy poradni otrzymuje się 3 punkty, podczas gdy na gruncie poprzednio obowiązujących przepisów za spełnienie tego samego warunku można było otrzymać 7 punktów. Z kolei za obecność lekarza dentystry ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej przy 100% czasu pracy poradni obecnie otrzymuje się 7 punktów, a lekarza dentystry ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej przy co najmniej 75% czasu pracy poradni – 4 punkty, poprzednio wartości te wynosiły odpowiednio 5 i 4 punkty.

Zmiany w zakresie leczenia stomatologicznego objęły także kryteria sprzętowe i organizację udzielania świadczeń. Wartości punktowe za poszczególne kryteria częściowo podwyższono, a częściowo obniżono, więc trudno określić jednoznaczny kierunek oraz zasadność wprowadzonych zmian.

Świadczenia kontraktowane odrębnie i ratownictwo

Nieznaczne zmiany wprowadzono w zakresie świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, których przedmiotem są badania metodą pozytonowej tomografii emisyjnej. W efekcie rozszerzone zostały warunki oceny kryterium kompleksowości – obecnie ocenianych jest osiem takich warunków, a na gruncie poprzednich regulacji były tylko dwa.



W przypadku świadczeń z obszaru ratownictwa medycznego w zakresie świadczeń udzielanych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wprowadzono zmiany w kryterium dostępności. Punktowana jest realizacja świadczeń dla pacjentów z otyłością, gdy wszystkie środki transportu sanitarnego wykazane w ofercie są wyposażone w urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg, z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach. Analogiczną zmianę wprowadzono w przypadku świadczeń udzielanych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

Świadczenia wysokospecjalistyczne oraz programy zdrowotne i lekowe

W zakresie leczenia wysokospecjalistycznego zmiany wprowadzono w postępowaniu, którego przedmiotem jest operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u osób poniżej 18. roku życia. Dotyczą one punktacji za personel, nie są jednak duże, gdyż obniżono punktację jedynie w trzech pierwszych przypadkach. Zmiany objęły także kryterium kompleksowości.

Do programów zdrowotnych dodano z kolei nowe postępowanie, którego przedmiotem jest leczenie dorosłych osób w śpiączce. Znowelizowane rozporządzenie określa więc kompleksowo kryteria oceny ofert w tym postępowaniu.

W zakresie programów lekowych zmiana nastąpiła natomiast w części dotyczącej programów lekowych

„Należy znaleźć złoty środek i pilnować, by poprzeczka nie była zawieszona zbyt wysoko lub zbyt nisko”

nieonkologicznych. Zgodnie ze zmienionymi przepisami punktowane będzie zapewnienie magistrów farmacji w lokalizacji, a nie na oddziale szpitalnym bądź w poradni przyszpitalnej. W przypadku programów lekowych onkologicznych zmieniono punktację za kwalifikacje pielęgniarek i położnych.

Czy to koniec konkurencji?

W nowej rzeczywistości szpitale będą trafiać do sieci na przynajmniej cztery lata. Ale niekoniecznie ze wszystkimi oddziałami. Placówki kwalifikujące się do sieci podzielono na sześć typów i określono, ile (minimalnie) jakich oddziałów powinny mieć. W tym zakresie, w jakim trafią do sieci, nie będą musiały konkurować o pieniądze jak dotychczas, bo będą mieć gwarancję ryczałtowego finansowania usług.

Plusy

Nowe rozwiązanie da placówkom z sieci stabilizację – będą mieć pewność finansowania i znać jego kwotę w skali roku. Jest to realizacja niewyartykułowanego wprost w przepisach celu, jakim jest zabezpieczenie finansowe publicznych placówek w sytuacji niedoboru środków. Wprowadzono aneksowanie do końca września obowiązujących umów szpitali z NFZ. W przypadku ogłoszenia konkursów (w połowie roku, kiedy miało odbyć się tzw. duże kontraktowanie – pierwszy raz od 2011 r.) publiczne szpitale mogłyby utracić część lub całość kontraktów na rzecz prywatnych placówek. Mogłyby to oznaczać, poza perturbacjami społecznymi i politycznymi, zadłużanie się tych placówek, a ostatecznie długi byłyby spłacane z publicznych pieniędzy samorządów lub ministerstw (jako organów założycielskich). Co ważne, poprzednie rządy miały te same obawy w związku z niekontrolowanym wzrostem liczby placówek, dlatego od kilku lat przesuwano ogłoszenie konkursów. Częściowo można mieć nadzieję, że uporządkuje to szczeble opieki zdrowotnej, tak by np. bardzo specjalistyczne oddziały nie były tworzone w powiatach, gdzie ze względu choćby na mniejszą skalę działania (mniej chorych z danymi schorzeniami, więc także mniejsze doświadczenie zespołu w ich leczeniu lub słabsze wyposażenie w sprzęt) nie wszystkie procedury są pożądane lub wykonywane na najwyższym poziomie. Może to też służyć racjonalizacji wydatków i zarządzania na poziomie zarówno placówek, jak i całego systemu. Dzięki stabilności finansowej, ryczałtowi i wspólnemu budżetowaniu szpitala i jego poradni,



Fot. gettyimages.com/Guido Rosa

którym towarzyszy rezygnacja z rozliczania pojedynczych świadczeń lub ich grup, może się udać wyeliminowanie takich absurdów, jak przesuwanie realizacji badań diagnostycznych do szpitali albo wielodniowe hospitalizacje. Nie wiadomo, jak to będzie wyglądać w praktyce, na pewno jednak należy doprecyzować przepisy, wprowadzić zachęty i monitorować wdrażanie ustawy, by efekt ten został faktycznie osiągnięty.

Minusy

Większość szpitali prywatnych, które zwykle są jednonprofilowe, nie spełnia kryteriów włączenia do sieci. W efekcie w niektórych regionach kraju dostępność wybranych świadczeń, które w dużej liczbie są realizowane przez prywatne placówki, może się pogorszyć.

Placówki prywatne wykonują zabiegi często taniej (bo np. w ramach chirurgii jednego dnia, bez dłuższego pobytu w szpitalu) i rozładują kolejki. Pobudzają też konkurencję. Ryczałt i brak konkurencji mogą więc wpływać na podmioty z sieci demotywująco, np. w zakresie liczby wykonywanych świadczeń czy dbałości o jakość (a to wpływa np. na długość absencji w pracy pacjentów) i komfort pacjenta. Prywatne placówki mają stanowić 11% wszystkich włączonych do sieci (i mieć 4% środków). Nowy system może też hamo-

wać inwestycje, bowiem by oddział szpitala trafił do sieci, powinien mieć przez minimum dwa lata ciągłość kontraktu z NFZ. Inaczej będzie musiał walczyć o pieniądze jak dotychczas – w konkursach. Jednak aż 91% pieniędzy na leczenie szpitalne trafi do sieci szpitali i będzie wyłączone z konkursów. Szpitale poza siecią będą więc konkurować zaledwie o 9% puli. Zdaniem ekspertów finansowanie ryczałtowe może powodować, że szpitale zaczną odsyłać pacjentów, których leczenie będzie drogie, i przestaną przyjmować tzw. pacjentów ponadlimitowych (wchodząc do sieci, szpital ma bowiem rezygnować z ubiegania się o zapłatę za dodatkowych pacjentów). Wykorzystanie ryczałtu i realizacja świadczeń, a także drogie badania diagnostyczne będą monitorowane i rozliczane za wykonane świadczenia (ale tylko do wysokości ryczałtu).

Jak widać, życie w sieci czy poza nią wcale nie będzie takie różowe, ale uważam, że wymagania kontraktowe podnoszą poprzeczkę, co w efekcie może przynieść korzyści pacjentom. Należy tylko, jak we wszystkim, zachować umiar i pilnować, by poprzeczka nie była zawieszona zbyt wysoko lub zbyt nisko.

*Greta Kanownik
Autorka jest doktorem nauk ekonomicznych,
specjalizuje się w zagadnieniach ochrony zdrowia.*