

Kontraktowanie: jak powstają mapy potrzeb zdrowotnych

Kto rysuje mapy, ma władzę

Fot. - iStockphoto.com

Już niebawem wielkie kontraktowanie. Tym razem na innych zasadach niż wcześniej. Podstawą do zawierania nowych umów będą mapy potrzeb zdrowotnych. Warto więc mieć wpływ na ich wygląd. Kto będzie je rysował? Jak będą powstawać? Gdzie zgłaszać postulaty – by mapy miały jak najpełniejszy i pożądaną kształt? Prezentujemy raport Danych i Analiz.

Z treści przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wiadomo, że mapy potrzeb zdrowotnych będą występować w formie:

- map regionalnych, sporządzanych przez wojewodów w porozumieniu z wojewódzkimi radami ds. potrzeb zdrowotnych,
- mapy ogólnopolskiej, sporządzanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie map regionalnych.

Obie mapy będzie otrzymywał do zatwierdzenia minister zdrowia do 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok ich obowiązywania.

Podstawy prawne

Cel utworzenia map został zapisany m.in. w art. 95c ustawy: „Na podstawie mapy regionalnej wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą ustala priorytety regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się mapę regionalną”.

Na podstawie map potrzeb zdrowotnych będzie tworzony plan zakupów, którym NFZ posługuje się

od wielu lat przy określaniu zakresu i liczby kupowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Również na podstawie map oraz przyjętych priorytetów wojewodowie wydadzą decyzję administracyjną zawierającą „opinię o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą”. Decyzje takie są nowością w polskim systemie ochrony zdrowia i mają być wydawane na wniosek tych, którzy zamierzają podjąć działalność zarówno w zakresie leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego. Poza utworzeniem nowej placówki decyzje będą dotyczyć inwestycji wartych 2–3 mln zł (odpowiednio: w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalnym).

W ustawie wymienia się rodzaj wydatków (inwestycyjnych), których dotyczą opinie wojewodów. Wojewoda będzie mógł z urzędu zmienić decyzję „w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie”. Świadczeniodawca, który nie uzyska pozytywnej opinii, nie będzie mógł przystąpić do konkursu ofert NFZ, a gdyby do niego przystąpił, jego oferta zostanie odrzucona. Jednocześnie pozytywna opinia nie będzie stanowić gwarancji uzyskania kontraktu.

Wymienione przepisy mają być wdrożone od 30 czerwca 2016 r. W województwie mazowieckim 17 grudnia 2014 r. rozpoczęto formowanie wojewódzkiej rady ds. potrzeb zdrowotnych, powołując do niej ośmiu członków. Wojewoda śląski zaplanował powołanie rady do końca marca tego roku. Podobne zapowiedzi pojawiły się również ze strony wojewody małopolskiego. Prawdopodobnie w innych województwach prowadzone są podobne działania, mimo że pierwsze dwie edycje map potrzeb zdrowotnych zostaną przygotowane przez ministra zdrowia. Zgodnie z zapowiedziami najpierw powstaną mapy dotyczące działalności szpitali, a następnie pozostałych rodzajów opieki. Pierwsze kontraktowanie NFZ uwzględniające mapy potrzeb zdrowotnych zaplanowano na rok 2016.

W omówionych powyżej zapisach ustawy należy wyróżnić kluczowe elementy:

- opracowanie map regionalnych,
- wskazanie na ich podstawie regionalnych priorytetów,
- opracowanie planu zakupów poszczególnych oddziałów NFZ,
- wydawanie decyzji administracyjnych umożliwiających udział w konkursie ofert.

Jeżeli sytuacja będzie się rozwijać po myśli Ministerstwa Zdrowia, zasięg oddziaływania map potrzeb zdrowotnych będzie znaczący. Można z dużą dozą pewności przyjąć, że publikacja pierwszych map wywoła wiele dyskusji, a nawet sporów. Wydaje się, że początkowo linia sporu może przebiegać między Ministerstwem Zdrowia a administracją samorządową wojewódzką i powiatową. Na późniejszym etapie, po przejęciu procesów decyzyjnych przez wojewodów – między nimi a słabiej reprezentowanymi w radzie wojewódzkiej środowiskami świadczeniodawców (np. podmiotami prywatnymi). Zasadne wydaje się więc wcześniejsze przygotowanie odpowiednich argumentów przez potencjalnie zainteresowane strony spodziewanej dyskusji.

Zakres map

Minister zdrowia przygotował projekt rozporządzenia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych, które podlegało konsultacjom społecznym od 27 listopada 2014 r. Nie jest pewne, czy konsultacje społeczne już się zakończyły i czy rozporządzenie weszło w życie, ponieważ na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia nie ma już informacji o procesie legislacyjnym, a jest jedynie odsyłacz do Rządowego Centrum Legislacji. Tam zaś informacje na ten temat kończą się na ogłoszeniu projektu.

Z projektu rozporządzenia wynika, że mapy potrzeb zdrowotnych (nie mapy zdrowotne, jak często się je nazywa w dyskusji publicznej) obejmują analizę:

- demograficzną i epidemiologiczną,
- stanu i wykorzystania zasobów,
- stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych.

Analiza demograficzna i epidemiologiczna zawiera:

- liczbę i strukturę ludności województwa w podziale na powiaty, płeć i wiek; gęstość zaludnienia w województwie i jego powiatach;
- liczbę urodzeń oraz współczynnik płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i jego powiatach, na podstawie rzeczywistego i standaryzowanego współczynnika zgonów.

„ Na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych będzie tworzony plan zakupów, którym NFZ posługuje się od wielu lat przy określaniu zakresu i liczby kupowanych świadczeń opieki zdrowotnej ”

Powyższy zestaw danych został potraktowany jako katalog zamknięty, co w praktyce oznacza, że żadne inne dane nie mogą formalnie wchodzić w zakres tej części analizy map potrzeb zdrowotnych. Jest to o tyle zaskakujące, że dane epidemiologiczne zostały wprowadzone wyłącznie do umiarkowości. Co prawda statystyka umieralności to podstawa danych epidemiologicznych, ale dla praktyki działania systemu ochrony zdrowia ważniejsze są choćby dane na temat zachorowalności i chorobowości dotyczące osób żyjących, potrzebujących pomocy. Z danych na temat umieralności można najwyżej wnioskować o skuteczności interwencji medycznych, ale np. o potencjalnym obciążeniu placówek medycznych już nie.

W części poświęconej analizie stanu i wykorzystania zasobów mapa zawiera:

- liczbę świadczeniodawców w podziale na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, liczbę i rodzaj oddziałów oraz liczbę łóżek szpitalnych (w tym przeliczniki na populację),
- wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, ocenę efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych,
- analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej wg ICD-10,
- analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,

– analizę migracji świadczeniobiorców między powiatami w ramach województwa oraz między województwami według świadczeń opieki zdrowotnej.

W części dotyczącej zasobów, również w formie listy zamkniętej, znalazły się parametry infrastruktury (placówki, oddziały, łóżka, aparatura), wskaźniki jej wykorzystania oraz liczby korzystających ze świadczeń wraz z potencjalnym ich deficytem (kolejki).

W części dotyczącej stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych mapy zawierają:

- prognozowaną liczbę ludności województwa i powiatów, strukturę ludności (płeć i wiek),
- prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach,
- prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców,
- prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji,
- prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych, analizę wrażliwości przyjętych założeń,
- prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.

Przedstawione zapisy rozporządzenia nie są ostateczne. Chociaż wstępny termin opublikowania dokumentu zaplanowano na 1 stycznia 2015 r., prace nie zostały zakończone. Możliwe, że opóźnienie to wynika z man-

kamentów proponowanych zapisów, do których należy przyjęta logika zamkniętej listy danych stanowiących mapy. O ile bowiem obecnie wyobraźnia podsuwa wiele możliwości wykorzystania istniejących danych, które powinny się na mapach pojawić, to po wejściu w życie rozporządzenia może się okazać, że tak podstawowy parametr, jak liczba zachorowań czy liczba chorych na daną chorobę, nie będzie brany pod uwagę, ponieważ rozporządzenie tego nie przewiduje. Autorzy rozporządzenia nie dostrzegają również zjawiska niediagnozowania pewnych schorzeń (np. cukrzycy czy nadciśnienia – o skali do 30 proc. liczby obecnie zdiagnozowanych przypadków). Rozporządzenie posługuje się liczbą świadczeń, a te – jak wiadomo – można dość elastycznie mnożyć (np. wizyty ambulatoryjne w celu kontroli stanu zdrowia).

Niezależnie od wymienionych mankamentów mapy potrzeb zdrowotnych mogą wyrzucić bardzo silny wpływ na rynek ochrony zdrowia. Mogą być trampoliną dla jednych placówek i wyrokiem śmierci dla innych. Dyskusja społeczna o mapach zdrowotnych zapewne jeszcze się nie zakończyła, a raczej właśnie się zaczyna. Strony tej dyskusji powinny być wyposażone w dobre argumenty, w tym argumenty w postaci statystyki, aby w debacie równoprawnie uczestniczyć, a nie tylko odbierać jej efekty.

Autorem tekstu jest zespół www.dane-i-analizy.pl:
Dariusz Gilewski, Beata Laskowska i Monika Natkaniec





Dane i analizy
www.dane-i-analizy.pl
ul. Kremerowska 10/22 tel. +48 12 633 72 28
31-130 Kraków e-mail: kontakt@dane-i-analizy.pl

Planuj nowocześnie
- interaktywne mapy potrzeb zdrowotnych



www.dane-i-analizy.pl
- internetowy serwis menedżerów, polityków i władz samorządowych

dane-i-analizy.pl
- platforma internetowa dostarczania danych do badań i analiz
Projekt współfinansowany ze środków EFRR



