

Co szykuje NFZ na odchodne?



Fot. PAP/Tiakub Kamiński

Kontraktowy niewypał

Narodowy Fundusz Zdrowia zniknie, ale kontraktowanie nie zostanie w pełni zlikwidowane. Fundusz zajmie się tą sprawą jeszcze w tym roku. Co nam szykuje? Poniżej analiza Gretty Kanownik.

Wiele osób zadaje sobie pytanie, co będzie po erze NFZ. Jakie instytucje będą odpowiedzialne za ochronę zdrowia? Proponowane zmiany mają się rozpocząć od reformy instytucjonalnej, która będzie polegać na likwidacji NFZ. Po reformie część kompetencji centrali NFZ przejmą Ministerstwo Zdrowia i struktury resortu, natomiast za funkcjonowanie obszaru świadczeń zdrowotnych odpowiedzialny będzie sekretarz bądź podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Zmiany w dostępie

Wraz z likwidacją NFZ zmieni się również dostęp do świadczeń zdrowotnych. Dotychczasowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne zastąpi zasada powszechne-

go zabezpieczenia prawa do świadczeń, które obejmie wszystkich obywateli RP stale mieszkających w Polsce i inne osoby mające prawo pobytu w naszym kraju. Proponowana zmiana w dostępie do świadczeń zdrowotnych pozwoli na wcześniejsze rozpoznawanie chorób i podejmowanie ich leczenia, gdyż obecnie wiele osób nie korzysta z pomocy medycznej na wczesnym etapie choroby ze względu na brak ubezpieczenia. Z tego powodu często dochodzi do powikłań oraz rozwoju chorób przewlekłych.

Wobec powyższego system weryfikowania uprawnień do korzystania ze świadczeń, czyli e-WUŚ, straci rację bytu. Pozostanie po nim jedynie rejestr pacjentów, który będzie wykorzystywany do celów ewidencyjnych oraz porządkowych.

„ Jest pomysł, aby konkursy były rozpisywane na każdy powiat, a nie na całe województwo „

Wojewodowie

Likwidacja NFZ oznacza również likwidację jego oddziałów wojewódzkich, które po reformie zostaną przekształcone w wojewódzkie urzędy zdrowia (WUZ) zależne od ministra zdrowia oraz wojewody. Głównymi zadaniami takich urzędów będą finansowanie ochrony zdrowia na poziomie województwa, kontraktowanie niektórych zakresów świadczeń, nadzór nad działalnością szpitali, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenie, realizacja i nadzór nad wykonaniem planu finansowego dla województw. Dyrektor WUZ będzie wyłaniany w drodze konkursu przeprowadzonego przez wojewodę i na jego wniosek będzie powoływany przez ministra zdrowia. Od stycznia 2018 r. ma też zacząć funkcjonować Urząd Zdrowia Publicznego, który będzie skupiać wiele instytucji odpowiedzialnych obecnie za zdrowie publiczne. W jego skład wejdą: Państwowa Inspekcja Sanitarna (część profilaktyczna należąca dziś do NFZ), Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Centrum ds. AIDS i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Urząd będzie także prowadził działania finansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Równoległe będzie działał Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, który będzie wsparciem merytorycznym dla całego obszaru zdrowia publicznego.

Ryczałt

Nowy system kontraktowania szpitali przewiduje odejście od finansowania pojedynczych hospitalizacji i procedur na rzecz wynagrodzenia dla szpitala w formie ryczałtu wyliczonego na rok. Świadczenia, które miałyby być finansowane ryczałtowo, będą określone w przepisach. Planuje się, że będzie to większość świadczeń, które obecnie są realizowane w ramach hospitalizacji i poszpitalnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji. Wprowadzenie umowy na ryczałtowe finansowanie świadczeń spowoduje powstanie po stronie szpitala obowiązku udzielania w danym roku grup świadczeń, które były udzielane przez ten szpital w okresie dwóch ostatnich lat w ramach umowy z płatnikiem publicznym, a które jednocześnie uwzględniono w przepisach o ryczałtowym finansowaniu. Świadczenia wykonywane w ramach sieci szpitali będą monitorowane przez ministra zdrowia. Istotne jest jednak, że szpital, który w kolejnym roku będzie chciał otrzymać

odpowiedni budżet, będzie musiał spełnić minimalne limity kontraktowe. Maksymalne limity kontraktowe zostaną bowiem zniesione.

Tu i teraz

Obecnie NFZ kontraktuje niektóre zakresy i rodzaje świadczeń, które nie wejdą do tzw. sieci szpitali. W ostatnim czasie przy okazji kontraktowania świadczeń na fizjoterapię ambulatoryjną doszło do nieporozumienia w kwestii interpretacji wymogów kadrowych dla tego zakresu. Nowe zasady konkursów na fizjoterapię ambulatoryjną oraz domową miały poprawić dostęp do tych świadczeń. Według Narodowego Funduszu Zdrowia zyskać mieli szczególnie pacjenci kwalifikujący się do rehabilitacji domowej. Jednak 31 marca 2017 r. konkurs został odwołany. Dotychczasowe kontrakty na rehabilitację obowiązują do końca czerwca. Jak twierdzi rzecznik Wielkopolskiego Oddziału NFZ, Fundusz zwracał uwagę na zgłoszenia i opinie pacjentów, prowadzone były też rozmowy z lokalnymi władzami odpowiedzialnymi za zdrowie w regionie. Wszystkie te analizy, wnioski i rozmowy zaowocowały zmianami w kontraktowaniu, które w zamyśle mają poprawić dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych, a także zniwelować różnice między poszczególnymi powiatami w województwie, jeśli chodzi o rozmieszczenie placówek. Analizy pokazały, że w Wielkopolsce za mało jest placówek świadczących usługi rehabilitacyjne w domu pacjenta. Dotyczy to m.in. pacjentów po udarach, zatorach, urazach i uszkodzeniach rdzenia kręgowego czy chorujących na choroby przewlekłe, czyli takich, którzy nie dojadą samodzielnie na zabiegi. Stąd pomysł, aby konkursy były rozpisane na każdy powiat, a nie na całe województwo. Zwiększono środki przeznaczone na fizjoterapię domową, a różnica między dotychczasowym a planowanym poziomem finansowania jest bardzo duża. W poprzednim konkursie, w 2011 r., z powodu braku chętnych wyłoniono tylko dwie placówki świadczące takie usługi, a wartość umów w 2016 r. wynosiła niespełna 285 tys. zł. Po zmianie kontraktowania tylko w drugim półroczu 2017 r. przeznaczono na ten cel ponad 2,5 mln zł.

Czy o czymś nie zapomniano?

Niby wszystko przeanalizowano, przemyślano, przeprowadzono konsultacje, ale czy na pewno? Z wykazu oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 1522) wynika, że dostęp pacjentów do świadczeń zostanie utrudniony – punkt 1b) fizjoterapia ambulatoryjna (wymagana jest realizacja zabiegów fizjoterapeutycznych oraz wizyt fizjoterapeutycznych, które w poprzednim postępowaniu były dodatkowo oceniane, a są wymagane). Do wizyty fizjoterapeutycznej obligatoryjnie wymagana jest obecność specjalisty



Fot. © iStockphoto.com

w dziedzinie fizjoterapii, przy czym spełnienie tego warunku jest utrudnione ze względu na brak takich specjalistów na rynku (jest ich w Polsce tylko ok. 700). Kolejną zmianą jest wymóg realizacji zabiegu masażu przez masażystę. Czy magister fizjoterapii ma za niskie kwalifikacje? A może zbyt wysokie? Krótki termin uniemożliwia podmiotom znalezienie wymaganego personelu. Poprzednie rozporządzenie Ministra Zdrowia, z 6 października 2010 r., w załączniku nr 1 zawiera określenie wymogów dla wizyty fizjoterapeutycznej i zabiegu fizjoterapeutycznego takich samych jak rozporządzenie Ministra Zdrowia z listopada 2013 r.

To samo dotyczy wymogu masażysty. Dlaczego teraz pracownicy NFZ inaczej interpretują te zapisy, twierdząc, że specjalista fizjoterapii i masażysta są wymogami podstawowymi?

Gdzie w tym wszystkim mapy potrzeb zdrowotnych? Przecież płatnik, kontraktując świadczenia medyczne, powinien z nich korzystać. Albo więc mapy potrzeb zdrowotnych nie ujmują wszystkich wymaganych informacji (np. o liczbie dostępnych na rynku specjalistów fizjoterapii), albo NFZ z nich nie korzysta w sposób wystarczający. Trudno to jednoznacznie rozstrzygnąć, ale ewidentnie coś tu nie zagrało. Ostatecznie konkurs na ten zakres świadczeń został odwołany. I słusznie, bo szpitale – by móc w ogóle przystąpić do konkursu – za wszelką cenę chciały pozyskać ww. spe-

„ Nowy system kontraktowania szpitali przewiduje odejście od finansowania pojedynczych hospitalizacji i procedur na rzecz wynagrodzenia w formie ryczałtu wyliczonego na rok ”

cialistów, ci zaś próbowali wykorzystać sytuację i windowali cenę swoich usług ponad normę. To oczywiście jest zgodne z prawem rynku – popyt rodzi podaż i odwrotnie, jednakże dlaczego do tego dopuszczono? Wyszukanie takiego specjalisty trwa co najmniej trzy lata, nie mówiąc już o kosztach. Mamy więc taki mały absurd kontraktowania, który w ostateczności mógł się przełożyć na dostępność tych świadczeń dla pacjentów, wzrost kosztów kadrowych po stronie świadczeniodawców itp.

Sprawa z Jeleniej Góry

Inny przykład dotyczy opieki paliatywnej. Załoga i pacjenci Oddziału Opieki Paliatywnej Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej

„Do najczęstszych nieprawidłowości NIK zaliczyła odstępowanie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ od ogólnych procedur kontraktowania oraz nierzetelną ocenę ofert”

(WCSKJ) wyrażają niepokój, gdyż od lipca Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu zapowiada ograniczenie kontraktu dla tej jednostki.

Placówka prowadzi kompleksową opiekę nad pacjentami paliatywnymi w pełnym zakresie, tj. w ramach poradni paliatywnej, oddziału medycyny paliatywnej oraz hospicjum w warunkach domowych. Obniżenie poziomu finansowania oraz zawężenie zakresu kontraktowania według świadczeniodawcy doprowadzi do ograniczenia dostępu pacjentów do wysokospecjalistycznego zaplecza diagnostycznego oraz do lecznictwa zamkniętego w sytuacjach, które tego wymagają – pisze lokalny portal jelonka.com.

Zapowiadane ograniczenie środków na prowadzenie usług w ww. zakresie, które dotychczas były w dyspozycji WCSKJ, dotyczy niebagatelnej kwoty ok. 450 tys. zł rocznie. Według relacji portalu jelonka.com nie pozostanie to bez wpływu na jakość i liczbę udzielanych przez tę jednostkę świadczeń. Kontraktowanie takich usług na byłe województwo jeleniogórskie obejmowało w ubiegłym roku łącznie Jelenią Górę i powiaty. Obecnie wprowadzono zmiany – kontraktowanie na każdy powiat i miasto przez uprawnioną jednostkę. Oddział Opieki Paliatywnej mieści się w Kowarach, czyli w innym powiecie, ale szpital „Wysoka Łąka” jest integralną częścią struktury WCSKJ znajdującego się w Jeleniej Górze. Pacjentów jest 140. Przy proponowanych przez NFZ wielkościach, mających obowiązywać od lipca br., liczba pacjentów otrzymujących świadczenia poza kontraktem może się zmniejszyć. Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych zwrócił się do parlamentarzystów i samorządowców z regionu z prośbą o interwencję.

Sprawa z Krakowa

W 2011 r., po zakończeniu tzw. dużego kontraktowania, mieliśmy możliwość obserwowania kolejnych absurdów. Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży przy al. Pokoju, czyli jedna z największych placówek w Krakowie, musiało zmierzyć się z tłumaczeniem rodzicom,

dlaczego ćwiczenia w gabinecie leczenia zeza są dla ich dzieci bezpłatne, a za porady okulisty i specjalistyczne badania należy płacić. Rodzice nie mogli zrozumieć, jak NFZ mógł jedno usługi zakontraktować, a inne nie, skoro leczenie zeza nie może się odbyć bez konsultacji okulistycznej. Poradnie mają sprzęt, ale nie mogą badać za darmo.

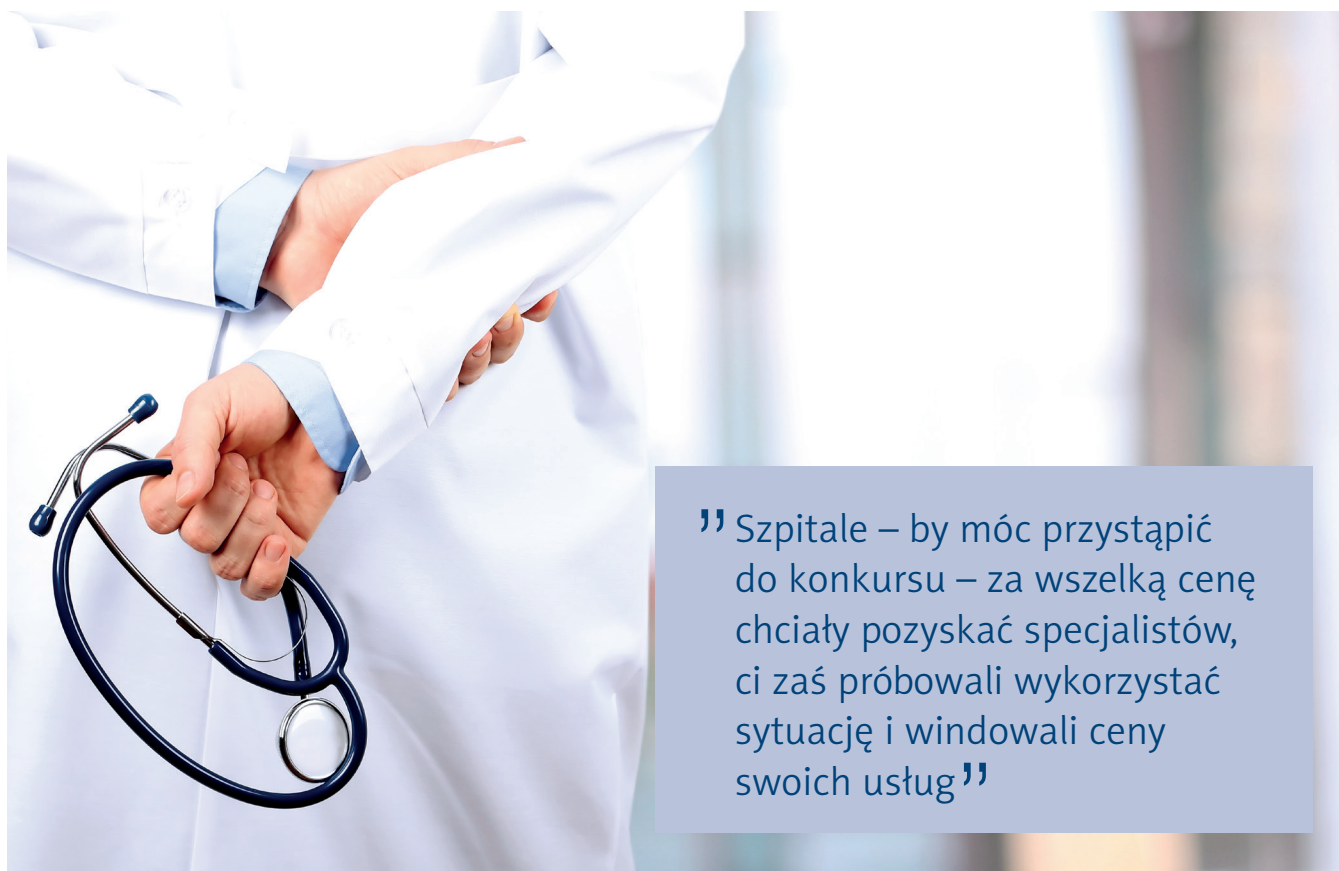
Efekt? Rodzice najpierw muszą udać się do poradni okulistycznej, np. w szpitalu dziecięcym w Prokocimiu, a potem szukać innej placówki w Krakowie, która mogłaby zająć się zezem ich dziecka. W najtrudniejszej sytuacji są ci, którzy chcą zbadać wadę wzroku u półrocznego niemowlaka – pisze „Gazeta Krakowska”.

Matka jednego z takich dzieci została skierowana przez pediatrę do szpitala w Prokocimiu, który miał kontrakt na ten zakres świadczeń. Jak opisuje dziennik, gdy wreszcie doczekała się wizyty, okazało się, że nie mogą tam zbadać dziecka, bo szpital nie ma sprzętu do badań wady wzroku u małych dzieci. Dziecko zostało więc odesłane na al. Pokoju (na marginesie: kołem ratunkowym w takich sytuacjach miały być konkursy uzupełniające, które miały zlikwidować białe plamy na rynku usług medycznych i poprawić dostęp do poradni). Ten przypadek nie był wyjątkiem. Podobnych absurdów związanych z kontraktowaniem usług przez NFZ doświadczyli także pacjenci z innymi schorzeniami. Poradnia kardiologiczna Dendura otrzymała kontrakt na rehabilitację i diagnostykę kardiologiczną, ale na porady już nie. Jeżeli więc podczas badania EKG coś się stanie z pacjentem, musi on szukać pomocy kardiologa w innej placówce, która świadczy usługi w zakresie poradnictwa.

Żeby było śmieszniej, dziennikarze krakowskiej gazety ustalili, że poradnia rehabilitacyjna „Sprawność” nie dostała kontraktu na zabiegi rehabilitacyjne, ale za to ma pieniądze na porady lekarza rehabilitacji. Pacjent może więc zostać zbadany przez lekarza, ale zalecone zabiegi musi wykonać w innym miejscu. Czemu tak dziwnie?

Zdaniem NIK

W 2014 r., po kontroli za lata 2010–2013, NIK w ostrych słowach oceniła NFZ, twierdząc, że źle gospodaruje pieniędzmi obywateli. Według NIK kontraktowanie usług w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym jest mało przejrzyste, sposób analizy ofert sprzyja pomyłkom, procedury nie gwarantują wyboru najlepszych świadczeniodawców, a nieprzejrzystość negocjacji i dowolność decyzji sprzyjają korupcji. Podział kontraktowania usług leczniczych na etapy rankingu i negocjacji miał zapewnić pacjentom jak najlepsze świadczenia za jak najniższą cenę. Jednak kontrola wykazała wady tego systemu. Konkurs ofert w lecznictwie szpitalnym jest działaniem pozornym, ponieważ „praktycznie wszystkie szpitale publiczne, które zgłosiły oferty, podpisują umowy, a etapy wcześniejsze,



„Szpitale – by móc przystąpić do konkursu – za wszelką cenę chciały pozyskać specjalistów, ci zaś próbowali wykorzystać sytuację i windowali ceny swoich usług”

Fot. © iStockphoto.com

np. ranking placówek uwzględniający jakość oferowanych świadczeń, nie mają większego znaczenia” – uznali kontrolerzy. Również konkursowe zasady wyboru świadczeniodawców podczas kontraktowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są przekreślane przez sposób prowadzenia negocjacji. W praktyce okazuje się bowiem, że „jedynym liczącym się kryterium są ceny procedur zaproponowane przez świadczeniodawców”.

Do najczęstszych nieprawidłowości kontrolerzy NIK zaliczyli odstępowanie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich od ogólnych procedur kontraktowania, nierzetelną ocenę ofert pod względem deklarowanych warunków wykonywania świadczeń oraz niemożność odtworzenia przebiegu negocjacji z powodu niewłaściwej dokumentacji. W ocenie NIK „zarówno duża arbitralność decyzji i działań dyrektorów OW NFZ, jak i nieprzejrzystość negocjacji są czynnikami korupcjogennymi”. Ponadto NIK stwierdziła, że system informatyczny, który miał usprawnić kontraktowanie, był nie do końca funkcjonalny – nie sprawdza zgodności danych pomiędzy różnymi częściami oferty (dotyczącymi np. wykazów sprzętu, personelu czy harmonogramów pracy), jest też niekompatybilny z innymi rejestrami medycznymi (np. lekarzy i pielęgniarek), przez co nie pozwala na potwierdzenie deklarowanych zapisów, np. prawa wykonywania zawodu, specjalizacji czy realności godzin przyjęć. Wskutek tego komisje konkursowe były zmuszone do ręcznej analizy ofert,

która stwarzała ryzyko dopuszczenia ofert niepełnych czy wręcz zawierających nieprawdziwe dane. Za jedną z przyczyn wyboru ofert, które okazują się niekorzystne dla pacjenta, NIK uznała sposób wyceny świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia nie negocjuje cen świadczeń, ale przedstawia gotowe oferty do akceptacji. Ceny proponowane przez NFZ nie odpowiadają jednak rzeczywistym kosztom ponoszonym przez świadczeniodawców. Fundusz nie monitoruje też rynku usług medycznych i nie dysponuje realnymi wycenami procedur medycznych w poszczególnych regionach kraju. Aby zaradzić nieprawidłowościom, NIK zalecała ministrowi zdrowia rozważenie daleko idących reform. Uważa też, że konieczna jest gruntowna, rzetelna i niezwłocznie przeprowadzona analiza dostosowania potencjału szpitali do rzeczywistych potrzeb pacjentów.

Konkludując, trzeba wyrazić nadzieję, że sytuacja w zakresie kontraktowania poprawi się po wprowadzeniu zmian planowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Teraz jest na to szansa. Dopóki jednak nie będzie spójności w działaniu i będziemy zwracać uwagę tylko na fragmentaryczne cele, będzie dalej tak, jak jest.

Greta Kanownik
Autorka jest ekspertem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz kierownikiem Działu Administracji Medycznej w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku.