



Materiały dodatkowe do wykładu 3: Obszary wykorzystania map potrzeb zdrowotnych: zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych

AUTOR: dr hab. n. ekon., prof. SGH Barbara Więckowska



Materiały dodatkowe do slajdów 4 – 19

Źródło: Dz.U.2022.0.2561 t.j. - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art.139 Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń

1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159 wyłączenie stosowania przepisów ustawy wobec niektórych kategorii świadczeniodawców i art. 159a umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert albo
- 2) rokowań.

2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 9. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

3. Ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:

- 1) nazwę zamawiającego i adres jego siedziby;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
- 3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;
- 4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań – w przypadku rokowań;
- 5) określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Prezes Funduszu powołuje i odwołuje komisję konkursową w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Członkiem komisji konkursowej nie może być osoba, która:



- 1) jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
- 2) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
- 3) jest związana, z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
- 4) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

6. Członkowie komisji konkursowej po otwarciu ofert składają, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 5. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

7. Wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego członka komisji konkursowej w przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5, dokonuje Prezes Funduszu z urzędu lub na wniosek członka komisji konkursowej albo świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy.

8. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być rozpoczęte przed zatwierdzeniem planu finansowego. W takim przypadku wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu na rok bieżący.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadania oraz tryb pracy, uwzględniając konieczność równego traktowania świadczeniodawców oraz zapewnienia uczciwej konkurencji.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, sposób określania obszarów terytorialnych, dla których jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń w poszczególnych zakresach i rodzajach, mając na uwadze potrzeby zdrowotne oraz uwarunkowania geograficzne i komunikacyjne.

Art. 159. Wyłączenie stosowania przepisów ustawy wobec niektórych kategorii świadczeniodawców



1. Przepisów art. 136 elementy umowy o udzielanie świadczeń ust. 1 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:

- 1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej;
- 3) do umów, o których mowa w art. 41 umowa na realizację recept ust. 1 ustawy o refundacji.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.

2b. Umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie:

- 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 zakres świadczeń opieki zdrowotnej ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 obowiązki świadczeniodawcy w ramach koordynacji opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);
- 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);
- 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

2c. W zakresie środków, o których mowa w ust. 2b pkt 1, stosuje się przepis art. 136 elementy umowy o udzielanie świadczeń ust. 1 pkt 5.

3. Prezes Funduszu zamieszcza na stronie internetowej Funduszu informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.

4. Fundusz informuje o zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.



Art. 159a. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia

1. Na wniosek Prezesa Funduszu, kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia ust. 1, zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.
2. W przypadku zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy, o której mowa w art. 95n wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia ust. 14, Prezes Funduszu dokonuje zmiany lub rozwiązania umowy, o której mowa w ust. 1.
3. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139 postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1 lub 2.

Materiały dodatkowe do slajdów 6 – 11

Źródło: Artykuł „SIEĆ SZPITALI W PIGUŁCE. Syntetyczne omówienie ustawy.”

<https://prawo-medyczne.info/siec-szpitali-w-pigulce> (Data dostępu: 14.08.2023r.)

„23 marca 2017 r. Sejm uchwalił ustawę tworzącą System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, potocznie zwany siecią szpitali. System ma zabezpieczać dostęp do świadczeń w zakresach: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Sieć szpitali tworzy się w celu zagwarantowania kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń. Oznacza to, że szpitale zakwalifikowane do sieci mają zapewniać pełną opiekę zdrowotną w całym cyklu leczenia. Pacjent skierowany do szpitala powinien uzyskać, poza świadczeniami szpitalnymi, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne oraz świadczenia rehabilitacyjne, stosownie do jego potrzeb zdrowotnych. Dostęp do świadczeń powinien być podyktowany cyklem leczenia, a nie – jak dotychczas – aspektami rozliczeniowymi. Temu ma służyć wprowadzenie rozliczeń ryczałtowych, które pozwolą na zwiększenie elastyczności zarządzania. Zakwalifikowanie do sieci ma ponadto zapewniać ciągłość i stabilność finansowania poprzez gwarancję zawarcia umowy z płatnikiem.

Kwalifikacja do sieci następuje na okres 4 lat i obejmuje włączenie szpitala do jednego z sześciu poziomów systemu zabezpieczenia, ze wskazaniem profili, zakresów lub rodzajów świadczeń udzielanych w systemie. Trzy poziomy podstawowe (I, II i III stopnia) obejmą szpitale o zasięgu lokalnym bądź regionalnym. Jeden poziom specjalistyczny zostanie wyodrębniony dla szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, a drugi dla szpitali pediatrycznych. Najwyższy poziom ogólnopolski został przewidziany dla instytutów badawczych i szpitali klinicznych.

PODSTAWOWE WARUNKI KWALIFIKACJI DO SIECI

Warunki kwalifikacji do poziomu szpitali I stopnia:

1. udzielanie od co najmniej 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć;

2. udzielanie świadczeń w ramach co najmniej dwóch profili określonych dla I stopnia:

a) chirurgia ogólna,

b) choroby wewnętrzne,

c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),

d) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),

e) pediatria

3. posiadanie od co najmniej 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki kwalifikacji do poziomu szpitali II stopnia:

1. udzielanie od co najmniej 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach:

a) szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć;

b) profilu anestezjologia i intensywne leczenie lub anestezjologia i intensywne leczenie dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych);

2. udzielanie świadczeń w ramach co najmniej sześciu profili spośród określonych dla I i II stopnia łącznie, w tym co najmniej trzech spośród profili określonych dla II stopnia:

a) chirurgia dziecięca,

b) kardiologia,

c) neurologia,

d) okulistyka,

e) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,



f) otorynolaryngologia,

g) urologia;

3. posiadanie od co najmniej 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki kwalifikacji do poziomu szpitali III stopnia:

1. udzielanie od co najmniej 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach:

a) szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,

b) profilu anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych) ;

2. udzielanie świadczeń w ramach co najmniej ośmiu profili spośród określonych dla I, II i III stopnia łącznie, w tym co najmniej trzech spośród profili określonych dla III stopnia:

a) chirurgia klatki piersiowej,

b) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,

c) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),

d) choroby płuc,

e) choroby płuc dla dzieci,

f) choroby zakaźne,

g) choroby zakaźne dla dzieci,

h) kardiochirurgia,

i) kardiochirurgia dla dzieci,

j) kardiologia dla dzieci,

k) nefrologia,

l) nefrologia dla dzieci,

m) neurochirurgia,

n) neurochirurgia dla dzieci,

o) neurologia dla dzieci,

p) okulistyka dla dzieci,

q) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,



- r) otorynolaryngologia dla dzieci,
- s) toksykologia kliniczna,
- t) toksykologia kliniczna dla dzieci,
- u) transplantologia kliniczna,
- v) transplantologia kliniczna dla dzieci,
- w) urologia dla dzieci;

3. posiadanie od co najmniej 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki kwalifikacji dla szpitali onkologicznych:

1. udzielanie świadczeń w ramach co najmniej sześciu profili spośród następujących:

- a) brachyterapia,
- b) ginekologia onkologiczna,
- c) chemioterapia hospitalizacja,
- d) chirurgia onkologiczna,
- e) chirurgia onkologiczna dla dzieci,
- f) hematologia,
- g) onkologia i hematologia dziecięca,
- h) onkologia kliniczna,
- i) radioterapia,
- j) terapia izotopowa,
- k) transplantologia kliniczna,
- l) transplantologia kliniczna dla dzieci;

2. posiadanie od co najmniej 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki kwalifikacji dla szpitali pulmonologicznych:

1. udzielanie świadczeń w ramach co najmniej dwóch profili spośród następujących:

- a) chemioterapia hospitalizacja,



- b) chirurgia klatki piersiowej,
- c) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
- d) choroby płuc,
- e) choroby płuc dla dzieci;

2. posiadanie od co najmniej 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki kwalifikacji dla szpitali pediatrycznych:

1. udzielanie od co najmniej 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,
2. udzielanie świadczeń w ramach co najmniej trzech profili spośród wszystkich profili dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego,
3. posiadanie od co najmniej 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki kwalifikacji dla szpitali ogólnopolskich:

1. szpital jest instytutem prowadzącym badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych albo podmiotem utworzonym przez uczelnię medyczną lub Skarb Państwa,
2. udziela świadczeń w ramach co najmniej jednego profilu spośród wszystkich profili w zakresie leczenia szpitalnego,
3. posiada od co najmniej 2015 r. kontrakt w zakresie leczenia szpitalnego, który dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji.

Warunki ulgowe:

W razie konieczności liczba profili kwalifikujących może zostać zmniejszona:

- a) do jednego określonego dla szpitali I, II lub III stopnia,
- b) do trzech określonych dla szpitali onkologicznych,
- c) do jednego określonego dla szpitali pulmonologicznych.

W tym przypadku możliwe jest odstąpienie od warunku udzielania świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywne terapia, a kwalifikacja następuje po spełnieniu co najmniej jednego z warunków dodatkowych w zakresie:

1. wartości świadczeń udzielanych w danym profilu,
2. zabezpieczenia dostępu do świadczeń w danym profilu na danym terenie,
3. struktury udzielanych świadczeń,



4. zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej.

PROCEDURA KWALIFIKACYJNA

Do sieci powinien zostać zakwalifikowany każdy szpital, który spełnia warunki podstawowe. Kwalifikacji dokonuje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ (OW NFZ), ogłaszając w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ wykaz szpitali zakwalifikowanych w danym województwie do poszczególnych poziomów zabezpieczenia. W wykazie wskazane zostaną wszystkie profile, zakresy lub rodzaje świadczeń objęte systemem zabezpieczenia dla każdego z zakwalifikowanych szpitali. Pierwszy wykaz zostanie ogłoszony do 27 czerwca i będzie obowiązywał od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r.

Kwalifikacja do sieci następuje z urzędu, bez konieczności składania jakichkolwiek wniosków lub dokumentów, poza jednym wyjątkiem. Jeżeli szpital w celu spełnienia warunków kwalifikacji dokonuje połączenia z innymi podmiotami leczniczymi, to powinien przedstawić dyrektorowi OW NFZ:

- 1) akt o połączeniu do 20 czerwca;
- 2) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą do 21 września.

Umożliwi to przesunięcie terminu kwalifikacji do 26 września 2017 r.

Jeżeli kwalifikacja przeprowadzona zgodnie z warunkami określonymi ustawą nie pozwoli na zabezpieczenie właściwego dostępu do świadczeń, dyrektor OW NFZ może dokonać kwalifikacji uzupełniającej. Może ona objąć każdy szpital, który nie spełnia warunków, a jedynie posiada kontrakt w zakresie leczenia szpitalnego dotyczący udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji. Kwalifikacja uzupełniająca wymaga uzyskania pozytywnej opinii ministra zdrowia, wydawanej na wniosek dyrektora OW NFZ.

Do procedury kwalifikacyjnej nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego (KPA).

ZAWARCIE KONTRAKTU W SIECI

Kontrakt zawierany będzie na wniosek dyrektora OW NFZ kierowany do szpitala zakwalifikowanego do sieci. Procedura konkursu ofert ani rokowań nie zostanie zastosowana. Zmiana kwalifikacji pociągnie za sobą zmianę lub rozwiązanie kontraktu. Pierwsze kontrakty powinny zostać zawarte przed 30 września 2017 r.

FINANSOWANIE RYCZAŁTOWE

Świadczenia udzielane przez szpital zakwalifikowany do sieci, które należą do profili, zakresów lub rodzajów świadczeń objętych systemem zabezpieczenia (wykazem), będą finansowane w formie ryczałtu. Wysokość ryczałtu będzie ustalana na okres rozliczeniowy określony w kontrakcie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Dla określenia wysokości



ryczałtu będą brane pod uwagę liczba, rodzaj, ceny i parametry jakościowe świadczeń udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, a ponadto wzrost lub spadek liczby tych świadczeń w poprzednich okresach. Korekta ryczałtu będzie następowała w razie przerwy w udzielaniu świadczeń lub zmiany zakresu działalności. Szczegółowy sposób ustalania ryczałtu określi minister zdrowia w drodze rozporządzenia.

Dla ustalenia ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy uwzględniane będą świadczenia udzielone i sprawozdane za rok 2015 z cenami stosowanymi w dniu wejścia ustawy w życie. Jeżeli uwzględnienie tych danych nie będzie możliwe, ryczałt ustali się na podstawie danych dotyczących ostatniego roku lub okresu obowiązywania kontraktu.

Ustawa wejdzie w życie po upływie 7 dni od ogłoszenia jej w Dzienniku Ustaw.”

Wykaz szpitali zakwalifikowanych znajduje się na stronie NFZ:

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nowa-kwalifikacja-do-sieci-szpitali,8270.html>

Materiały dodatkowe do slajdów 12– 15

POZ

1) ZARZĄDZENIE NR 79/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Pełny tekst: https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/349/Zarzadzenie-79_2022_DSOZ

2) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Pełny tekst:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001965/O/D20221965.pdf>

Materiały dodatkowe do slajdów 10, 16, 20

Źródło: B. Więckowska (2018), *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*.

„Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych

Wykorzystując doświadczenia z okresu wojewódzkich planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, podjęto decyzję o powiązaniu (na poziomie ustawowym) efektów mapowania potrzeb zdrowotnych z działaniami podejmowanymi przez płatnika publicznego. Art. 131b pkt



1 uosz wprowadza obowiązek tworzenia przez oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia planów zakupu świadczeń, uwzględniających regionalną mapę potrzeb zdrowotnych oraz stopień dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Plany zakupu świadczeń sporządzano w oddziałach wojewódzkich już wcześniej (bez obowiązku ustawowego). Jednak nie istniała jednolita metodyka ich tworzenia przez oddziały NFZ. Opierały się one w głównej mierze na ocenie stopnia wykonania świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz możliwości finansowych Funduszu. Oprócz zoperacjonalizowania wykorzystania map, ustawowe określenie obowiązku tworzenia planów zakupu oraz ich zawartości miało na celu ujednoczenie dokumentów i zwiększenie transparentności systemu kontraktowania świadczeń (obowiązek publikacji).

Ustawa narzuca również obowiązek wskazania maksymalnej liczby podmiotów, jaka zostanie zakontraktowana na danym obszarze (art. 131b pkt 2). Jest to pierwszy krok w kierunku centralizacji miejsc udzielania świadczeń. Zatem w tych obszarach, w których mapy wskazują pożądaną liczbę świadczeniodawców (np. radioterapia, onkologia dziecięca), w konkursie powinna zostać wyłoniona liczba podmiotów nie większa niż wskazana w dokumentach.

Mapy potrzeb zdrowotnych służą również do formułowania przez wojewodów, w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych, priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej (art. 95c uosz). Priorytety powinny zostać ustalone do 1 września roku poprzedzającego rok ich obowiązywania i obejmować okres, na który sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych. Dodatkowo w przypadku zmiany mapy regionalnej priorytety powinny być zaktualizowane w ciągu 2 miesięcy od daty opublikowania zmienionej mapy.

Priorytety regionalnej polityki zdrowotnej są uwzględniane (wraz z uzasadnieniem) przez NFZ w planie zakupów świadczeń. Mechanizm ten miał na celu zwiększenie stopnia dopasowania polityki finansowej płatnika do potrzeb zdrowotnych wskazywanych przez środowisko lokalne. Innymi słowy, mapy potrzeb zdrowotnych wskazują obszary, w których należy wzmocnić system zabezpieczenia zdrowotnego, wojewodowie wraz z Radami mają zaś dokonać hierarchizacji tych obszarów. Natomiast płatnik powinien tę hierarchizację uwzględnić przy planowaniu podziału środków na zakup świadczeń (schemat 5.5).



Schemat 5.5. Wykorzystanie map w obszarze kontraktowania



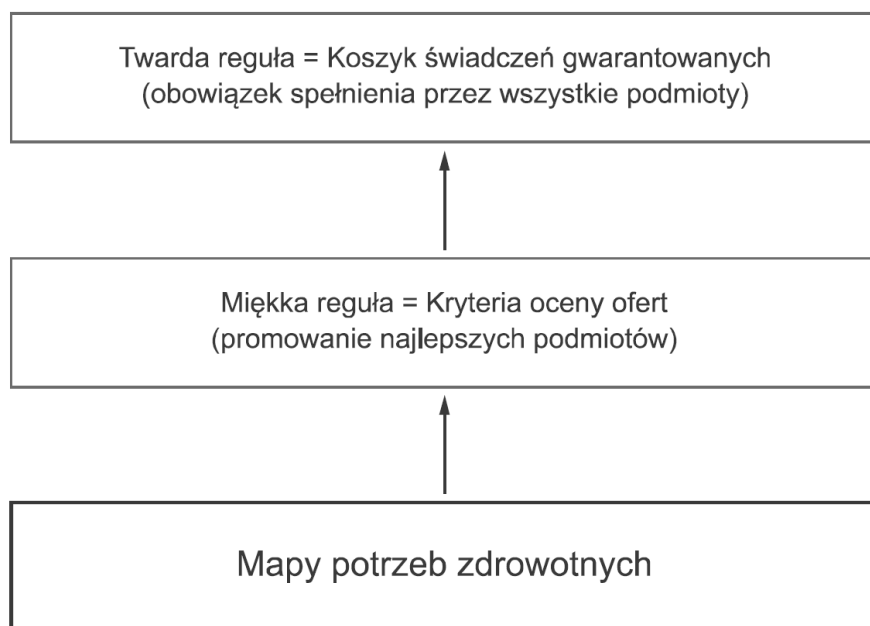
Źródło: opracowanie własne.

Mapy potrzeb zdrowotnych wpływają również na inne instrumenty wykorzystywane w obszarze kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Pierwszym z nich jest tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych

Określa on m.in. minimalne kryteria, jakie muszą spełnić podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Spełnienie tych kryteriów jest warunkiem koniecznym do funkcjonowania w bazowym podsystemie zabezpieczenia zdrowotnego (twarde kryterium). Drugim natomiast jest tzw. rozporządzenie kryterialne. Definiuje ono dodatkowe kryteria brane pod uwagę w konkursach ofert. Określa ono swego rodzaju system premiowania za spełnienie odpowiednio wyższych warunków niż warunki koszykowe (miękkie kryterium).

Wnioski płynące z map potrzeb zdrowotnych mogą być zaimplementowane zarówno w pierwszym, jak i drugim3 narzędziu. Jednak zasadne jest wprowadzane zmian stopniowo. W pierwszym kroku wnioski z map powinny być wprowadzane do rozporządzenia kryterialnego (jako kryterium miękkie), w następnym zaś do koszyka świadczeń gwarantowanych (jako kryterium twarde) (schemat 5.6).

Schemat 5.6. Koncepcja stopniowego wdrażania wniosków z map do rozporządzeń Ministra Zdrowia



Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy wartości wskaźników można określić również liczbę podmiotów, które mają szansę spełnić wprowadzany wskaźnik koszykowy czy kryterialny tj. czy zastosowany próg okaże się realistyczny czy nie. Zastosowanie wówczas okresów przejściowych (stopniowe podwyższanie progu aż do osiągnięcia wartości docelowej) pozwoli na ewolucyjne wdrażanie zmian. Istnieje też mechanizm odwrotny - chcąc wprowadzić zmianę w koszyku w postaci nowego kryterium, można wcześniej zdefiniować dodatkowy wskaźnik w mapach potrzeb zdrowotnych informując tym samym interesariuszy, że prowadzone są prace w zakresie nowego kryterium.

Dodatkowo, mapy potrzeb zdrowotnych mogą zostać wykorzystane jako narzędzie ostrzegania przed niepożądanym kierunkiem zmian systemu ochrony zdrowia. Pozytywna zmiana wartości wskaźników w mapach może być informacją, że podjęte działania przyniosły pożądany efekt, negatywna zaś stanowić będzie przesłankę konieczności zmiany kryteriów.

Należy jednak stwierdzić, że wprowadzenie w III kw. 2017 roku tzw. sieci szpitali spowodowało zmniejszenie rangi konkursów, które obejmują obecnie tylko świadczenia udzielane poza siecią. Sieć szpitali daje możliwość swobodnego definiowania struktury świadczeń przez prowadzących placówki medyczne w ramach przydzielonego ryczałtu. Kryteria kwalifikujące do sieci oraz kryteria klasyfikacyjne podmiotów są określone w aktach prawnych (w ustawie z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017, poz. 844) i rozporządzeniu z dnia 19 czerwca 2017 w

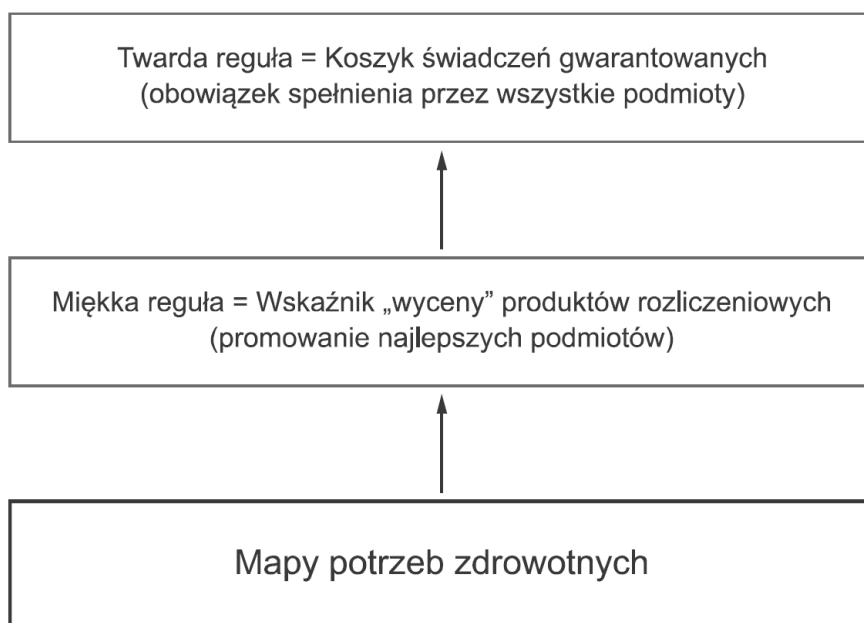
sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 1163). Spełnienie kryteriów powinno być regularnie monitorowane, a mapy potrzeb zdrowotnych mogą być podstawą do ich zmian w przyszłości.

Mimo ograniczenia zakresu wykorzystania narzędzia konkursów mapy potrzeb zdrowotnych nadal mogą odgrywać ważną rolę w określaniu kryteriów wprowadzanych do koszyka świadczeń gwarantowanych (z odpowiednio długim okresem przejściowym). Rozwiązanie powyższe wiąże się jednak z ryzykiem pojawienia się nacisków na (ciągłe) odraczanie w czasie wejścia w życie przepisów koszykowych.

Potrzebne są zatem mechanizmy zachęcające do wcześniejszego spełnienia wymogów.

Mechanizmy podobne do omawianych wcześniej w zakresie rozporządzenia kryterialnego wykorzystywanego w konkursach można zastosować w ramach zarządzeń prezesa NFZ określających finansowanie świadczeń zdrowotnych (schemat 5.7).

Schemat 5.7. Koncepcja stopniowego wdrażania wniosków z map do tzw. sieci szpitali



Źródło: opracowanie własne.

Przez zdefiniowanie korzystnych wskaźników korygujących wartość punktową danego produktu rozliczeniowego (np. podwyższających wycenę o 10%) dla świadczeniodawców spełniających określony wymóg NFZ można stymulować świadczeniodawców do określonych działań (narzędzie miękkie). Połączeniem zmian w regule miękkiej z wprowadzeniem zmian w regule twardej (w tym z odpowiednio długim okresem przejściowym) wydaje się być najbardziej elastyczną, a tym samym pożądaną metodą wprowadzanie zmian w systemie ochrony zdrowia.

Mapy potrzeb zdrowotnych ułatwiają wprowadzenie tej koncepcji, rozszerzając ją o element informacyjny, mogący wystąpić ex ante, czyli przed wprowadzeniem tych zmian, lub ex post, mającym na celu monitorowanie wprowadzonych zmian.”

Materiały dodatkowe do slajdów 45– 51

1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych

Pełny tekst:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160002162/O/D20162162.pdf>

2) Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 38/2017/DSOZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe

Pełny tekst: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-382017dsoz,6578.html>

