

RENATA FURTEK

## Ewolucja kontraktowania świadczeń specjalistycznych w Polsce w latach 1999-2007

## The evolution of Contracting of Specialist Services in Poland in years 1999-2007

### Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest wyeksponowanie zmian, jakie dokonywały się na przestrzeni 9-letniego horyzontu czasowego, tj. w latach 1999-2007, w obszarze formy procesu kontraktowania, konceptualizacji (uszczegółowienia) kontraktowanego produktu w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz jego wyceny i ustalania wartości pieniężnej, przysługującej kontrahentowi z tytułu realizacji umowy.

1 stycznia 1999 roku weszła w życie reforma polskiego systemu opieki zdrowotnej, wdrażana na podstawie ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Realizatorami reformy stało się z mocy ustawy 17 Kas Chorych, których działalność miał monitorować Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Ustawa o puz dokonała zrównania podmiotów niepublicznych z publicznymi, umożliwiając im udział w rywalizacji o kontrakty z Kasami Chorych, a następnie NFZ. Kontrakty miały być zawierane w trybie negocjacyjnym, po wcześniejszym przeprowadzeniu konkursu ofert. Konkursy ofert miały doprowadzić do zaistnienia rzeczywistego rynku usług medycznych, co w konsekwencji miało prowadzić do rozwijania się najlepszych podmiotów i sprzyjać ich stabilizacji na rynku, natomiast jednostki niespełniające oczekiwań pacjentów oraz płatnika miały być eliminowane z rynku. Stabilizacja taka mogła sprzyjać inwestowaniu zarówno w kapitał danej jednostki ochrony zdrowia, jak i w jej kapitał ludzki.

Sposób kontraktowania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a następnie w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych, zmieniał się w niewielkim stopniu wraz z wprowadzaniem kolejnych reform sektora ochrony zdrowia. Wyraźnym zmianom uległy natomiast warunki udzielania świadczeń i sposób kwalifikacji porad. Mimo wielu nieprawidłowości, wprowadzenie kontraktowania świadczeń zdrowotnych było pozytywnym krokiem ku poprawie funkcjonowania tego obszaru opieki zdrowotnej w naszym kraju.

**Słowa kluczowe:** kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, reforma opieki zdrowotnej.

### Summary

The main idea of the paper is to show the changes that were taking place for 9 years (1999-2007) in the process of contracting and conceptualization of the contracted product in the field of out-patients department specific needs and the pricing of contract.

On the 1<sup>st</sup> January 1999 in Poland the reform of medical-health care system came into effect. It was based on the act of 6<sup>th</sup> February 1997 about common health-care insurance.

By virtue of the Act, 17 National Health Services were the executors of this reform and their functioning was to be monitored by Health Insurance Supervision Office. The Act of Common Health Insurance made public and private subjects equal, giving them the opportunity of competing for contracts with National Health Services and then with National Health Fund

The contracts were to be entered upon in negotiations and after the competition of offers had been realised. The competitions of offers were to result in real medical service market. In consequence it should have helped the best subjects to develop in the market and favour their stabilization. However the subjects that were not meeting patients' and payer's needs were to be eliminated from the market. Such stabilization could favour investments both in the capital of a given health care unit and in its human resources.

The method of contracting services in ambulatory specialist care and then in specialist ambulatory services was changing slightly at the time of the next medical-health-care reforms launching. Well-defined changes took place only in the conditions of offering service and the methods of advice qualification. Despite of many errors, launching of health services contracting is a positive step on the way to better functioning of this area of health-care in our country.

**Key words:** the contracting of health services, ambulatory specialist care, ambulatory specialist services, health care reform.

## WSTĘP

Ochrona zdrowia na początku XXI wieku zaczyna urastać do rangi jednego z najistotniejszych problemów większości krajów, bez względu na ich stopień zamożności. O ile łatwiej nam zrozumieć i wyeksponować wywodzące się jeszcze z 2. połowy XX wieku trudności tego sektora w państwach byłego bloku radzieckiego, czy też w krajach biednych, o tyle trudnym do jednoznacznego, jasnego uszczegółowienia staje się fakt szybkiego narastania tych problemów w krajach wysoko rozwiniętych. Dzisiaj nawet tam, gdzie państwo w znacznym stopniu cedowało na obywatela obowiązek zadbania o własne zdrowie, coraz częściej podkreśla się społeczny wymiar tego zjawiska.

Wydaje się zasadnym, aby umieścić jednak po stronie państwa obowiązek stworzenia takiego systemu, który byłby w stanie zagwarantować skuteczną i efektywną opiekę medyczną, z racjonalną alokacją i optymalnym wykorzystaniem środków będących do dyspozycji na cele ochrony zdrowia.

System ochrony zdrowia w Polsce jest od wielu lat także poddawany ciągłej transformacji, a zmiany, jakie w nim zachodzą, dotyczą zarówno poziomu finansowania, jak też i sfery organizacyjnej. Zmiany te zostały niejako wymuszone, kiedy to u schyłku nakazowo-rozdziałowego powojennego polskiego modelu (początek lat 90.), dochodziło do potężnego zadłużania się większości jego placówek, braku leków, sprzętu, aparatury medycznej, środków opatrunkowych, jak też i ograniczeń dostępności do diagnostyki i terapii.

Biorąc pod uwagę, że system opieki zdrowotnej jest narzędziem do realizacji misji polityki zdrowotnej i powinien być nastawiony na zaspakajanie potrzeb zdrowotnych danej populacji, z przekładalnością na stopień realizacji potrzeb zgłaszanych przez obywateli, można śmiało powiedzieć, że ówczesna służba zdrowia wyraźnie nie wywiązywała się ze swej roli.

## WPROWADZENIE KONTRAKTOWANIA W POLSKIEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Kontraktowanie w polskim systemie ochrony zdrowia pojawiło się w 1999 r. wraz z wprowadzeniem reformy opieki zdrowotnej. Pojęcie to we współczesnej organizacji służby zdrowia nabiera innego wymiaru, trudno bowiem precyzyjnie określić zapotrzebowanie na dany zakres usług medycznych na rynku rządzonym przez ostatnie 50 lat mechanizmami, które nie miały nic wspólnego z ekonomią i nowoczesnym zarządzaniem. Tworząc nowy rynek usług medycznych, jego organizatorzy oparli się na przesłankach historycznych i szerokich danych populacyjnych oraz epidemiologicznych. Czynniki te, po analizie, umożliwiły ustalenie wstępnej orientacji w liczbie schorzeń, występujących na danym obszarze, oraz obraz ilości procedur tam wykonywanych. Analizie poddawano zarówno budżet poszczególnych jednostek, będący w ich dyspozycji przez ostatnie 5 lat, jak i liczbę pacjentów, hospitalizowanych w placówkach lecznictwa stacjonarnego, liczbę udzielonych porad specjalistycznych, liczbę wyjazdów załóg Pogotowia Ratunkowego, liczbę podopiecznych w miejscu nauczania oraz liczbę osób przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Na podstawie wymienionych elementów wprowadzono tzw. stawkę za hospitalizację lub poradę [1].

Kontrakty służą wielu celom. Ustalają stosunek pomiędzy stronami oraz regulują prawa i obowiązki stron, potwierdzają intencje obu stron, a zarazem eliminują niepewności dotyczące praw, obowiązków, współpracy, a przede wszystkim chronią przed konfliktami w przyszłości [2].

## KONTRAKTOWANIE AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ SPECJALISTYCZNYCH W RAMACH POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Operacjonalizując problem tzw. „specjalistyki”, przytoczę sposób definiowania jej produktu: przez ambulatoryjne specjalistyczne świadczenie zdrowotne w myśl ustawy o puź rozumie się świadczenia zdrowotne, a w szczególności badanie i poradę lekarską, badanie diagnostyczne i laboratoryjne, leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego), świadczenia pielęgniarstwa, rehabilitację leczniczą oraz orzekanie o stanie zdrowia a także działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Rodzaj umowy mógł obejmować porady specjalistyczne, udzielne w poradni specjalistycznej, programy terapeutyczne ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ośrodku terapii dziennej oraz sesje psychoterapeutyczne (terapeutyczne). Świadczenia te można było uzyskać w placówkach, które podpisały umowy na tego rodzaju świadczenia zdrowotne z Regionalnymi Kasami Chorych [3].

Porada specjalistyczna obejmowała:

- zebranie wywiadu,
- badania kliniczne,
- ocenę wykonania badań dodatkowych,
- ustalenie planu leczenia,
- postawienie rozpoznania,
- wykonanie zabiegu w razie potrzeby,
- przepisanie leku,
- wykonanie badań laboratoryjnych,
- dokonanie wpisu do dokumentacji medycznej,
- edukację chorego i zalecenia profilaktyczne,
- orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy.

Poradą specjalistyczną nie było natomiast:

- wyznaczenie terminu przyjęcia,
- wydanie zaświadczenia,
- przedłużenie zwolnienia lekarskiego,
- wypisanie recepty,
- wpis do dokumentacji badań diagnostycznych i laboratoryjnych,
- świadczenia wykonywane w ramach medycyny pracy [3].

Wprowadzone 1 stycznia 1999 roku, na bazie ustawy o puź, reformy polskiego systemu opieki zdrowotnej poprawiły częściowo funkcjonowanie niektórych jego obszarów, lecz nie rozwiązały radykalnie istniejących problemów.

Cechą charakterystyczną nowej ustawy było oddzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy. W celu pełnienia funkcji płatnika powołano do życia 16 regionalnych kas chorych, działających na terenie województw, oraz jedną, działającą na terenie całego kraju, branżową kasę chorych, której członkami byli żołnierze, policjanci oraz ich rodziny [4]. W nowo powstałym modelu oparto się na modelu rynku wewnętrznego, który polegał na łączeniu odpowiedzialności państwa za zdrowotność obywateli z mechanizmami ryn-

kowymi, czyli wyborem i konkurencją. Rynek ten miał być czynnikiem poprawy efektywności i jakości usług medycznych. Mechanizm ten stwarzał nadzieję na większe środki w systemie oraz na wzrost swobody decyzyjnej podstawowych podmiotów, a także świadczeniodawców. Konkurować o środki udostępnione przez dysponenta (kasy chorych) miały ze sobą zarówno prywatne, jak i publiczne jednostki ochrony zdrowia, natomiast pacjent miał prawo wyboru preferowanego świadczeniodawcy, a jego decyzja miała zasadniczy wpływ na przepływ środków na leczenie wg zasady „pieniądz idzie za pacjentem”. Pacjenci, którzy mieli być podmiotami w nowo stworzonym systemie zdrowotnym, stali się klientami, których potrzeby zdrowotne stały się przedmiotem transakcji handlowych (kontraktów); placówki zdrowia, lekarze oraz pozostali pracownicy ochrony zdrowia zostali postawieni w roli sprzedawców usług medycznych, kasy chorych zaś stały się płatnikiem monopolistą [5].

Priorytetem dla płatnika powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jakim były kasy chorych, było finansowanie i nabywanie świadczeń zdrowotnych. Zawieranie tego rodzaju umów zostało wyłączone z systemu zamówień publicznych ustawą z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych [6].

W pierwszym roku funkcjonowania reformy szczegółowo przewidziano zasady zawierania umów. Regulowało to rozporządzenie Rady Ministrów z 27 października 1998 r., zgodnie z którym umowy takie zawierane były na drodze negocjacji z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Kontrakty kas chorych na świadczenia w 1999 r. zawarte zostały ze wszystkim świadczeniodawcami sektora publicznego, aby umożliwić im łagodne przejście do nowego systemu i stopniowe przygotowanie do wymagań zmieniającego się otoczenia. W roku 2000, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r., ustalono nowe zasady zawierania i wykonywania umów. Przepis ten wprowadzał inną formę zawierania umów – konkurs ofert – oraz regulował tryb ich składania, przeprowadzania konkursu, zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów [6].

Umowy, jakie zawierały kasy z świadczeniodawcami, określały:

- a) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
- b) warunki i zasady udzielania świadczeń,
- c) zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami,
- d) maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy,
- e) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów,
- f) zasady rozpatrywania kwestii spornych, zażaleń, przeprowadzania i udokumentowania postępowania kontrolnego oraz wydawania wniosków pokontrolnych,
- g) zasady prowadzenia dokumentacji przez świadczeniodawców na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego i jej udostępniania kasie chorych.

Dostawcy świadczeń, zawierający kontrakt z kasą chorych, zobowiązani byli do przedstawienia planu rzeczowo-finansowego, zawierającego rodzaje i liczbę świadczeń, które byli w stanie wykonać w okresie obowiązywania umowy, określić koszty jednostkowe oferowanych usług oraz warunki lokalowe i wyposażenie w aparaturę medyczną niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na co najmniej 2 miesiące przez przeprowadzeniem przez kasę chorych konkursu ofert, zobowiązana ona była do osiągnięcia opinii przedstawicieli właściwych organów samorządów medycznych oraz organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej, a opinie tych podmiotów miały służyć do określenia dostępności i sposobów rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych. Kasy chorych zostały zobligowane także do sporządzania protokołów z przeprowadzonych konkursów ofert, a protokoły miały być jawne i powinny być udostępniane na prośbę świadczeniodawców, których oferty zostały odrzucone [7]. Każdy z podmiotów uczestniczących w konkursie ofert, który został w toku tej procedury odrzucony, miał prawo złożyć skargę czy odwołanie do kasy. Jeśli odpowiedź nie była satysfakcjonująca dla świadczeniodawcy, miał on prawo odwołać się do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ).

Kontrakty były podpisywane przeważnie na okres 12 miesięcy, natomiast rozliczanie świadczeniodawców odbywało się w systemie miesięcznym. Długość kontraktu była uwarunkowana spełnieniem przez daną placówkę określonych standardów, czyli szczegółowych warunków, jakie zostały nakreślone przez Ministra Zdrowia.

Podstawową zasadą, jaką kierowały się kasy „zakupując” usługi medyczne, była zasada optymalnego zakupu (pozyskanie jak największej ilości najlepszych jakościowo świadczeń medycznych dla swoich ubezpieczonych, przeznaczając na to jak najmniej środków finansowych). Odmienne stanowisko przyświecało świadczeniodawcom. Wykonawcy usług zdrowotnych zainteresowani byli jak największą „sprzedażą” swoich świadczeń po jak najwyższej cenie. Tak więc w procesie negocjacji z kasami podmioty świadczące usługi zdrowotne starały się argumentować, iż ceny jakie proponowała kasa nie pozwalają im w pełni rekompensować kosztów poszczególnych procedur medycznych, jakie zostały wykonane w trakcie udzielania poszczególnego świadczenia. Dodatkowo sytuacja była komplikowana przez prawne obwarowania kas, zawarte w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o puz, które nakładały na kasę obowiązek równoważenia planu finansowego w zakresie wpływów i wydatków, co oznaczało w praktyce, że koszty poniesione na zakup świadczeń nie mogły być wyższe od planowanych przychodów, zawartych w planie finansowym [8].

Mimo prawnego nakazu jednolitych zasad kontraktowania, w praktyce występowała różnorodność w poszczególnych kasach chorych.

Po stronie świadczeniodawców natomiast istniały silne motywacje do maksymalizowania liczby udzielanych porad. Korzystne było bowiem wykonywanie (lub choćby przypisanie w dokumentacji medycznej) takich świadczeń, które miały lepszą niż inne wycenę, a potem zabieganie o zwiększenie wartości kontraktu czy o płacenie za tzw. ponadlimity.

Tylko nieliczni wiedzieli, jak wielkie problemy finansowe istniały w systemie kas chorych, jak wielkie było sztuczne generowanie popytu, a tym samym kosztów, jak niedoskonałe były systemy informacji dla zakupywania zdezagregowanych rodzajów świadczeń [9].

Przez pryzmat przedstawionych powyżej uwarunkowań przyjrzyjmy się podstawowym produktom i sposobom rozliczania ówczesnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych:

- a) hospitalizacja w lecznictwie zamkniętym – stawka za hospitalizację,

- b) średnia porada w lecznictwie ambulatoryjnym, świadczeniodawca otrzymywał środki za każdą udzieloną poradę, nierzadko wycena porady obejmowała średni koszt usługi wraz z przeciętnymi kosztami diagnostyk – stawka za poradę [6],
- c) kapitaacja w poz – stawka „per capita” zadeklarowanego pacjenta.

W zaistniałej sytuacji rzeczywistego niedofinansowania ówczesnego polskiego rynku ochrony zdrowia oraz kontraktowania świadczeń, pojawiło się wiele niekorzystnych zjawisk, a mianowicie:

- a) wzrost liczby porad specjalistycznych,
- b) wzrost liczby hospitalizacji,
- c) kilkakrotne przyjmowanie tego samego pacjenta na różne oddziały szpitalne,
- d) trudności z przyjęciem w przypadku pacjentów wymagających wykonania drogich procedur,
- e) pojawienie się limitów przyjęć, a co za tym idzie zmniejszenie dostępności do usług specjalistycznych,
- f) unikanie kosztów własnych przez przerzucanie ich na pacjenta [1].

#### **KONTRAKTOWANIE AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ SPECJALISTYCZNYCH W RAMACH POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NFZ ORAZ W RAMACH USTAWY O ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

Idea zreformowania polskiego systemu Kas Chorych oraz utworzenie w ich miejsce Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia z 16 wojewódzkimi oddziałami miała być antidotum na pogłębiający się kryzys ochrony zdrowia. Idea ta przypomina rozwiązania zastosowane zarówno w Narodowej Służbie Zdrowia Wielkiej Brytanii, jak i francuskiej strukturze ubezpieczeniowej.

Z dniem 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r. Różniła się ona od swojej poprzedniczki w niewielkim stopniu. Zamiast 16 kas chorych i jednej branżowej, została wprowadzona jedna nowa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego – Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na mocy nowej ustawy o NFZ, odpowiedzialność za dostęp do świadczeń zdrowotnych ponosiły wspólnie organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego i Fundusz [10].

Najważniejsze zadanie NFZ sprowadzało się do opracowania Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych oraz zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z świadczeniodawcami, które Fundusz zawierał na podstawie konkursu ofert, jak również kontrola realizacji tych umów [10].

Umowy podpisane przez Fundusz ze świadczeniodawcami były jawne. Suma zobowiązań, jakie Fundusz podpisał z oferentami, nie mogła przekraczać wysokości kosztów, jakie były przewidziane na ten cel w planie finansowym Funduszu [10]. Jawność ustawy polegała na tym, że Fundusz na swoich stronach internetowych zamieszczał informacje o każdej zawartej umowie, zarówno o rodzaju, liczbie oraz cenie zakupionych świadczeń wraz z maksymalną kwotą zobowiązań Funduszu wobec każdego ze świadczeniodawców.

Zawieranie umów przez Fundusz wedle ustawy powinno było odbywać się po przeprowadzeniu konkursu ofert, lub rokowań, które były mniej rygorystycznym trybem zawierania umów. Konkurs czy rokowania Fundusz powinien prowadzić z taką liczbą świadczeniodawców, którzy byli w stanie zapewnić wybór najkorzystniejszej oferty, nie mniejszą niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń zdrowotnych było mniej świadczeniodawców, będących w stanie sprostać wymaganiom konkursu. Rokowania zaś mogły być przeprowadzane w momencie, kiedy został unieważniony konkurs ofert, a warunki postępowania w celu zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych pozostały bez zmiany w porównaniu do tych, które były ogłoszone w konkursie, lub zachodziła pilna potrzeba zawarcia umowy na udzielanie tego rodzaju świadczenia, którego wcześniej nie można było przewidzieć [4].

Umowy z NFZ określały:

- a) rodzaj i zakres udzielania świadczeń,
- b) warunki udzielania świadczeń,
- c) zasady rozliczeń między Funduszem a świadczeniodawcami,
- d) kwoty zobowiązań wobec świadczeniodawców,
- e) zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń.

Do udziału w rokowaniach zaproszeni byli jedynie ci świadczeniodawcy, którzy złożyli najkorzystniejsze, nie odrzucone oferty. Nowy tryb zawierania umów można uznać za zgodny z postulatami, jakie były zgłaszane przez dyrektorów Kas Chorych.

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie mogły być zawierane na czas nieokreślony, a podpisanie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymagało zgody Rady Funduszu.

Koleją nowością w ustawie była możliwość złożenia skargi do Sądu Okręgowego w Warszawie w sytuacjach nie uwzględniania przez NFZ odwołania świadczeniodawcy od rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych [11].

Fundusz finansował następujące typy porad specjalistycznych, różniące się stopniem obciążenia diagnostyką:

- a) **porada I typu, której odpowiada 1 punkt:** świadczenie związane z ciągłością leczenia (kolejna wizyta pacjenta u lekarza specjalisty, również kontrola po wcześniej wykonanych zabiegach), obejmujące:
  - badanie podmiotowe,
  - badanie przedmiotowe,
  - ordynację leków,
  - zlecenie zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych,
  - kierowanie na konsultację, do szpitala i leczenie uzdrowiskowe,
  - udzielanie pisemnej odpowiedzi lekarzom kierującym na konsultację,
  - wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta,
  - kierowanie na badania diagnostyczne finansowane bezpośrednio przez Fundusz według Taryfikatora Świadczeń Poradni Specjalistycznych, stanowiącego załącznik nr 2 do umowy,
- b) **porada II typu, której odpowiadają 4 punkty:** świadczenie obejmujące pierwszorazowe w cyklu leczenia badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty bez badań diagnostycznych lub z wykonanymi badaniami diagnostycznymi, wynikającymi z kompetencji lekarza rodzin-

nego i określonymi w Taryfikatorze Świadczeń Poradni Specjalistycznych, których powtórzenie lub wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne wraz z leczeniem i udzielaniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania oraz wykonanie drobnych zabiegów zaliczonych do tego typu porady zgodnie z Taryfikatorem Świadczeń Poradni Specjalistycznych,

c) **porada III typu, której odpowiada 7 punktów:** świadczenie obejmujące usługi należące do zakresu danej poradni specjalistycznej z wykonanymi i udokumentowanymi badaniami diagnostycznymi lub zabiegami określonymi dla tego typu porady według Taryfikatora Świadczeń Poradni Specjalistycznych; do tego typu porady należy zaliczyć także:

- wizytę domową lekarza specjalisty,
- świadczenia w poradni ginekologiczno-położniczej, udzielane w zakresie opieki nad ciążą fizjologiczną, zgodnie ze schematem opieki ambulatoryjnej, opracowanym przez konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy,
- poradę terapeutyczną w poradni logopedycznej,
- następujące świadczenia poradni zdrowia psychicznego: psychoterapię indywidualną, poradę psychologiczną z psychodiagnostyką, diagnostyczną sesję rodziny, psychoterapię rodzin, interwencję w kryzysie, wizytę domową jako interwencję w środowisku, psychologiczną interwencję w kryzysie,
- następujące świadczenia poradni leczenia uzależnień: psychoterapię indywidualną, poradę psychodiagnostyczną,

d) **porada IV typu** – zgodnie z katalogiem świadczeń zabiegowych [12].

Obowiązujące do dzisiaj szczegółowe zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych – w art. 132-161. NFZ stosuje tutaj wobec świadczeniodawców dwie podstawowe formy płatności za świadczenia zdrowotne:

- płatność za poradę, np. porada specjalisty,
- stawkę kapitacyjną (np. podstawowa opieka zdrowotna).

Większość świadczeń specjalistycznych finansowana jest w oparciu o przypisaną jej wartość punktową, zależnie od typu porady. Natomiast z zawartego z konkretnym świadczeniodawcą kontraktu wynika kwestia wyceny punktów poszczególnych świadczeń [13].

Rozróżnia się cztery typy porad specjalistycznych:

- **Porada I typu – 2 punkty** – świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty oraz inne świadczenia niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, w tym ordynację leków, zlecenie świadczeń diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultację, do szpitala lub na leczenie uzdrowiskowe, udzielanie pisemnej odpowiedzi lekarzom kierującym na konsultację, wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta oraz wykonanie 1 lub 2 badań przypisanych do tego typu porady w katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne;

- **Porada II typu – 4 punkty** – świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty i wykonanie 3 lub więcej badań z przypisanych do porady I typu w katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych lub badań przypisanych do porady II typu w katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne, wraz z leczeniem i udzieleniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania; ten typ porady uwzględnia także świadczenie obejmujące pierwszorazowe w danej poradni badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty;

- **Porada III typu – 7 punktów** – świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty i wykonanie badań przypisanych do porady III typu określonych w katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, lub zawartych w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych współfinansowanych, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne, wraz z leczeniem i udzieleniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania lub udzielenie świadczenia w warunkach domowych przez lekarza specjalistę;

- **Porada IV typu (zabiegowo-diagnostyczna) – wycena punktowo zgodna z katalogiem świadczeń zabiegowych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych** – świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty oraz świadczenie określone w katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych, z wykonaniem – w przypadku wskazań medycznych – badań określonych w katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych.

Dla wyeksponowania pełniejszego obrazu dołączę tutaj aspekt finansowy w postaci wyceny 1 punktu w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych – w poradni otolaryngologicznej jednego z nzo NFZ płaci 7,1 zł za punkt. Idąc dalej, za poradę lekarską I typu zakład otrzymuje 14,2 zł. Pozostawiam otwartym pytanie – czy jest to godziwa zapłata za poradę lekarską?

Kwalifikacja do określonego typu porady następuje w trakcie porady, w czasie której następuje odnotowanie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy wyników wykonanych badań i/lub zabiegów [14].

W wyniku zwiększenia porad i hospitalizacji, NFZ wprowadził limity przyjęć, co jeszcze bardziej utrudniło dostęp pacjenta do lekarza specjalisty i placówek medycznych.

## PODSUMOWANIE

Zasady funkcjonowania oraz finansowania działalności zakładów opieki zdrowotnej w naszym kraju podlegały w ostatnich latach ciągłym przeobrażeniom. Dziewięcioletni okres zawierania umów na realizację usług zdrowotnych, najpierw przez kasę chorych, a następnie przez NFZ, zawoocował stworzeniem różnych sposobów kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Sposób finansowania usług medycznych w każdym kraju jest w dużej mierze uzależniony od problemów występujących w służbie zdrowia oraz od możliwości finansowych budżetów poszczególnych państw. Ich dostosowanie do panujących realiów gospodarczych często staje się bodźcem do wyzwalania inicjatyw kierownictwa zakładu, zmierzających do usprawnienia dotychczasowych procesów zarządczych,

zwłaszcza decyzyjnych, poprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz do efektywnego włączenia pracowników w tworzenie i realizację strategii rozwoju jednostek ochrony zdrowia.

Podsumowując proces ewolucji kontraktowania świadczeń specjalistycznych polskiego systemu ochrony zdrowia na przestrzeni dziesięcioletniego horyzontu czasowego, otrzymujemy zdecydowaną przewagę uwag krytycznych. Na pierwszy plan wysuwa się zastrzeżenie, że płatnik świadczeń – następca kas chorych – Narodowy Fundusz Zdrowia, pozostaje nadal monopolistą.

Taka pozycja z góry przekreśla prawdziwe negocjowanie warunków kontraktów ze świadczeniodawcami, a brak dostatecznej formalizacji warunków kontraktowania pozostawia wciąż pewną dozę uznaniowości w tym procesie.

Kolejny istotny zarzut to niedoszacowanie procedur – w opiece specjalistycznej przekłada się to na niską wycenę punktu. Należałoby się tutaj zastanowić, czy jest ono wynikiem braku środków w systemie przekazywanych na tę gałąź polskiego sektora ochrony zdrowia, czy też wyraźnego nadużywania świadczeń przez ubezpieczonych. Przy dzisiejszym poziomie informatyzacji w naszym systemie ochrony zdrowia, można z dużym prawdopodobieństwem otrzymania rzetelnych wyników prześledzić kolejki oczekujących oraz dane i informacje pochodzące z wyników przeprowadzanych przez NFZ kontroli u świadczeniodawców. Wypracowanie rzetelnego stanowiska w tym aspekcie moim zdaniem byłoby niesamowicie pomocne w tworzeniu skutecznych przyszłych rozwiązań, zadowolających większość interesariuszy tego systemu.

Kolejny zarzut to istniejąca w kontraktach silna motywacja do przerzucania kosztów na wyższe, droższe poziomy referencyjne.

Otwartym pozostawiam nadal pytanie: czy lekarze świadczący usługi w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, celem zapewnienia sobie godziwych warunków pracy i płacy, a swoim pracodawcom możliwości sprawnego funkcjonowania zoz-ów i praktyk, powinni udzielać jak największej możliwej ilości porad (w dużym stopniu na życzenie pacjentów), czy może jednak byłoby możliwe uzyskanie podobnego wyniku finansowego przy znacznie mniejszej liczbie porad, ale w większości porad zasadnych.

Czy posiadane certyfikaty powinny stanowić wskazanie do zróżnicowania wartości wyceny punktu w danych placówkach opieki zdrowotnej?

Moim zdaniem, celem poprawy sprawności nie tylko w zakresie świadczeń specjalistycznych, lecz w całym systemie ochrony zdrowia, na tak postawione pytania należałoby jak najszybciej konstruktywnie odpowiedzieć.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Ślęczka T, Fedorkowski JJ. Kontraktowanie usług zdrowotnych. W: *Ekonomika medycyny*. Fedorkowski JJ, Niżankowski R, red. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2002. s. 142-3.
2. Windak A, Chawla M, Kulis M. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych od teorii do praktyki, podręcznik dla lekarzy. Kraków: Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius; 1998. s. 11.
3. Umowa Nr 0903000902200300 na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym w ramach puz.
4. Włodarczyk C. Reformy zdrowotne, uniwersalny kłopot. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003. s. 183-261.
5. Leowski J. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Warszawa: Ce-DeWu; 2004. s. 173.
6. Niżnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Bydgoszcz-Kraków: Branta; 2004. s. 169-71.
7. Klich J. Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007. s. 132-3.
8. [www.czytelniamedyczna.po/far20010103.php](http://www.czytelniamedyczna.po/far20010103.php), z dnia 18.07.2007 r.
9. [www.google.pl/search?hl=pl&q=ewolucja+kontraktowania&lr](http://www.google.pl/search?hl=pl&q=ewolucja+kontraktowania&lr), z dnia 20.07.2008 r.
10. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003r o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391).
11. Koronkiewicz A. Zasady działania Narodowego Funduszu Zdrowia-tezy do dyskusji [www.abacus.edu.pl/ftp/tezy.rtf](http://www.abacus.edu.pl/ftp/tezy.rtf), z dnia 20.11.2007.
12. Umowa Nr 0903000902200401 o udzielanie świadczeń zdrowotnych – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
13. Paszkowska M. Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce. e-Finanse. 3/2006.
14. [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl), Załącznik do Zarządzenia Prezesa Fundusz Nr 6/2004, z dnia 26.06.2006r.

#### Informacje o Autorze

Mgr RENATA FURTEK – Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie.

#### Adres do korespondencji

Mgr Renata Furtek  
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie  
ul. Sucharskiego 2  
35-225 Rzeszów