

Nadzór nad działalnością medyczną powinien sprowadzać się do monitorowania wszystkich czynników, które mają wpływ na wielkość, a zwłaszcza, na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy. Na wielkość świadczonych usług składa się ich rodzaj, zakres oraz ilość udzielana w ciągu określonego czasu. Wraz z okresem oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego określonego zakresu, określana jest często, jako dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Rodzaj i zakres udzielnych przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych wynika z kontraktu z płatnikiem – NFZ. Jest on pochodną warunków – potencjału lokalowego, sprzętowego i ludzkiego, jakim dysponuje podmiot leczniczy, który w ramach procedury konkursowej organizowanej przez płatnika, przystępuje do kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Organ tworzący może realizować nadzór nad wielkością świadczonych usług zdrowotnych poprzez badanie określonych kryteriów:

- wskaźnika dynamiki wysokości kontraktu z płatnikiem publicznym,
- wskaźnika realizacji kontraktu,
- wskaźnika nadwykonań ogółem,
- wskaźnika nadwykonań kwalifikowanych jako przypadki ratujące życie,
- wskaźnik udziału nowych specjalności (zakresów) medycznych w specjalnościach (zakresach) ogółem.

Wskaźnika dynamiki wysokości kontraktu z płatnikiem publicznym

Obliczany rok do roku, jako wartość świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych w roku bieżącym w stosunku do roku poprzedniego razy 100%. Obrazuje przyrost, lub zmniejszeni wartości kontraktu z publicznym płatnikiem oraz pozwala na analizę przyczyn tego zjawiska oraz uzyskanie informacji, czy przyczyna leży po stronie płatnika, czy podmiotu leczniczego.

Wskaźnik realizacji kontraktu

Może być obliczany, jako stosunek wartości punktowej lub/i pieniężnej kontraktu zrealizowanego w danym miesiącu do wartości punktowej lub/i pieniężnej wynikającej w limitu kontraktu przypadającej na dany miesiąc razy 100%. Informuje, w jakim stopniu podmiot leczniczy realizuje kontrakt z płatnikiem. Jeżeli będzie zestawiany również narastająco od początku roku, umożliwi nadzorowanie rocznej realizacji kontraktu oraz monitorowanie powstawania „nadlimitów” lub „niedowykonań”.

Wskaźnika nadwykonań kwalifikowanych, jako przypadki ratujące życie

Udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza przez podmioty lecznicze prowadzące działalność szpitalną, dzieli się na przypadki „ratujące życie i zdrowie” oraz przyjęcia planowe. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, płatnik zobowiązany jest dokonać zapłaty podmiotowi leczniczemu za wszystkie udzielone świadczenia zaliczone do kategorii ratujących życie. Dlatego świadczenia te powinny być przez podmiot „flagowane”. Ewidencjonowanie tych świadczeń umożliwia określenie pewnego przychodu od płatnika za te świadczenia, mimo, że mogły być udzielone ponad limit wynikający z umowy.

Wskaźnik udziału nowych specjalności (zakresów) medycznych w specjalnościach (zakresach)

ogółem

Obliczany, jako ilość nowych specjalności medycznych do ilości specjalności medycznych ogółem razy 100%. Wskazuje na rozwój, lub stagnację, zakresu usług zdrowotnych prowadzonych przez podmiot leczniczy oraz umożliwia porównanie, czy realizowany jest plan strategiczny rozwoju działalności leczniczej podmiotu. Pomiar powinien być dokonywany, co najmniej raz do roku. Im wyższa wartość wskaźnika, tym większa szansa uzyskania wyższego kontraktu od płatnika publicznego.

Nie mniej ważnym jest nadzór, nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych. Można go realizować poprzez badanie np. następujących kryteriów:

- wskaźnik powtórnych hospitalizacji,
- wskaźnik zakażeń szpitalnych,
- wskaźnik czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego danego zakresu,
- poziom zadowolenia pacjentów,
- wskaźnik akredytacji medycznej,
- standaryzacja procesów świadczeń zdrowotnych.

Wskaźnik powtórnych hospitalizacji

To ilość powtórnych nieplanowanych przyjęć pacjentów w ciągu 28 dni od ostatniej hospitalizacji z tym samym rozpoznaniem podzielona przez ilość hospitalizowanych ogółem w danym okresie czasu.

Wskazuje na efektywność zastosowanych procesów i procedur medycznych względem pacjenta. Dane do obliczenia pochodzą głównie z księgi głównej podmiotu leczniczego. Wskaźnik zalecany do wyliczania, co najmniej raz na kwartał.

Im wskaźnik niższy, tym bardziej właściwy i skuteczny proces leczenia zastosowano wobec hospitalizowanych.

Wskaźnik zakażeń szpitalnych

To stosunek ilości pacjentów, którzy ulegli zakażeniu do ogólnej ilości przyjętych pacjentów. Wskazuje, na nieodpowiednie warunki sanitarno-epidemiologiczne podmiotu lub niewystarczający nadzór w tym zakresie. Źródłem informacji jest książka operacyjna, karta zabiegowa i rejestr ekspozycji zawodowych. Pomiar powinien być dokonywany, co najmniej raz na kwartał. W przypadku wzrostu wskaźnika, odpowiednio częściej, aż do powrotu wskaźnika do poprzedniej wartości. Na świecie uznaje się, że wzorcowym wskaźnikiem zakażeń szpitalnych jest 4%.

Wskaźnik czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego danego zakresu

To ilość dni oczekiwania przez pacjenta na świadczenie zdrowotne określonego zakresu.

W polskim systemie ochrony zdrowia nie ma ustalonych standardowych czasów oczekiwań na dostęp do świadczenia zdrowotnego określonego rodzaju. W przeciwieństwie do systemów zachodnich, gdzie takie standardy są określone. Im wskaźnik niższy, tym krótszy czas oczekiwania na dostęp do określonego zakresu świadczenia zdrowotnego. Ze względu na obowiązek rejestrowania „kolejek oczekujących”, podmiot leczniczy zobowiązany jest do comiesięcznego obliczania i sprawozdawania tego wskaźnika.

Poziom zadowolenia pacjentów

To ilość skarg lub zażaleń w stosunku do ogółu ilości przyjętych pacjentów razy 100%. Wskazuje na ryzyko potencjalnych roszczeń i spraw sądowych, które mogą być skierowane przeciwko podmiotowi leczniczemu. Dane z rejestru skarg i zażaleń. Pomiar, co najmniej raz na rok.

W wyniku analizy skarg i zażaleń powinny być podejmowane decyzje przeciwdziałające – usuwające przyczyny skarg.

Wskaźnik akredytacji medycznej

Uzyskane akredytacje w zakresie poprawy jakości zarządzania oraz udzielania świadczeń zdrowotnych. W naszym systemie ochrony zdrowia funkcjonują w zasadzie dwa certyfikaty. Zarządzania jakością ISO, oraz akredytacja Centrum Monitorowania Jakości, którą nadzoruje Ministerstwo Zdrowia. Posiadanie akredytacji świadczy o staraniach i działaniach podejmowanych przez podmiot leczniczy w celu zapewnienia i poprawiania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i jakości zarządzania.

Standaryzacja procesów świadczeń zdrowotnych

Wskaźnik ten, to ilość świadczeń medycznych objętych standardem medycznych w stosunku do ogólnej ilości świadczeń medycznych udzielanych w dany podmiocie leczniczym razy 100%. Pokazuje na procentowy udział świadczeń objętych standardem we wszystkich udzielanych świadczeniach. Standard oznacza, że w danym procesie postępowania zostaje zapewniony optymalny z możliwych wariantów. Im wyższy wskaźnik, tym niższe ryzyko powikłań u pacjenta. W naszym systemie, oprócz anestezjologii oraz opieki nad ciężarną przed porodem, nie ma obowiązujących standardów wprowadzonych przepisami prawa. Podmiot leczniczy może tworzyć własne standardy postępowania. Towarzystwa skupiające poszczególne specjalności medyczne tworzą tzw. zalecenia. Jednak nie mają one waloru standardu prawnie usankcjonowanego.

Podane przykładowo wskaźniki nie wyczerpują listy wskaźników, które podmiot tworzący może wykorzystywać do nadzoru nad działalnością leczniczą w nadzorowanym podmiocie leczniczym.

Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" współfinansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowanego przez Związek Powiatów Polskich; autor: Janusz Atłachowicz