

Kto powinien wyceniać świadczenia zdrowotne?



rys. Olga Reszelska 2x

Czas na szeryfa

Maciej Biardzki

Wydaje się, że kwestia cen świadczeń zdrowotnych jest stara jak świat, choć w rzeczywistości ma nieco ponad 11 lat (tyle minęło od wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych). Gdybyśmy potrafili odłożyć na bok emocje i spokojnie spojrzeć na minione lata, musielibyśmy przyznać, że świadczenia znacznie podrożały, co nie znaczy jednak, że podwyżka jest adekwatna do kosztów ponoszonych na ich udzielanie. Na wzrost cen wpłynęło wiele czynników, ale zaledwie kilka z nich miało jakiegokolwiek racjonalne uzasadnienie.

Pierwsze wyceny powstawały w kasach chorych i ich poziom był zróżnicowany. Na Dolnym Śląsku w lecznictwie szpitalnym stosowano dość prymitywne wyceny ryczałtowe, uzależnione od specjalności medycznych, ale to właśnie tam podjęto jedne z pierwszych prób wprowadzenia systemów DRG, czyli jednorodnych grup pacjentów. Niektóre kasy miały zróżnicowane ceny dla konkretnych świadczeniodawców wynikające ze stopni referencyjnych. Zdarzało się, że ustalano je na podstawie indywidualnych negocjacji. Jak można się domyślać, przy takiej różnorodności metod powiązanie cen z kosztem wytworzenia usług, a zwłaszcza uśrednionym kosztem, było znikome. Zresztą zróżnicowanie cen było jednym z głównych zarzutów wobec kas i jednym z najważniejszych argumentów za ich likwidacją.

Centrala wkracza do akcji

Jedną z pierwszych decyzji scentralizowanego Narodowego Funduszu Zdrowia było stworzenie ujednoczonego katalogu świadczeń zdrowotnych. Wszelkie zmiany cen odbywały się poprzez zmianę wartości punktu rozliczeniowego, gdzie pozostawiono pewną autonomię oddziałom wojewódzkim funduszu, lub poprzez zmianę taryf, czyli liczby punktów za świadczenie, której dokonywała centrala NFZ. Podobną metodę zastosowano przy wprowadzeniu jednorodnych grup pacjentów w lecznictwie zamkniętym czy w świadczeniach rozliczanych odmiennie, np. przez tzw. osobodni.

Jak widać, ustalanie cen miało typowo administracyjny charakter i odbywało się na podstawie decyzji prezesa funduszu lub dyrektora oddziału. Trochę to się kłóci z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych, która w art. 102 do zadań prezesa NFZ zalicza „ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie funduszu”, bo przecież wobec zróżnicowanych cen świadczeń na pewno nie można mówić o jednolitości. Nowa unijna dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej wymusi ujednoczenie cen, bo do jakiej wartości będziemy zwracać koszt usługi płatnikom zagranicznym: mazowieckiej, opolskiej czy podkarpackiej?

Czynnik polityczny

Na ustalanie cen miały też wpływ decyzje o charakterze politycznym. Najważniejszą było wprowadzenie tzw. produktu podwyżkowego, a następnie konieczność włączenia go do ceny świadczeń. Gdy w 2006 r. tzw. ustawa wedłowska stworzyła konieczność podwyższenia wynagrodzeń, ówczesny prezes NFZ, a obecny minister spraw wewnętrznych Jerzy Miller starał się znaleźć sposób na umieszczenie tego wzrostu w cenie świadczeń, lecz zapłacił za to głową. Kiedy z kolei w 2009 r. należało „produkt podwyżkowy” zlikwidować, odbyła się wojna o wzrost wartości punktu rozliczeniowego, który miał być odpowiednikiem wartości produktu. Ostatecznie jedni na nowej wartości punktu rozliczeniowego zyskali, inni stracili, ale na pewno ostateczny efekt nie był w żaden sposób związany z kosztem leczenia pacjentów.

NFZ wielokrotnie powtarzał, że zmiany taryf przeprowadzono na podstawie negocjacji z reprezentantami świadczeniodawców lub konsultantami krajowymi i wojewódzkimi. Z przykrością trzeba przyznać, że oznacza to, iż ustalanie cen odbywało się nie na podstawie wyceny rzeczywistego kosztu udzielania świadczeń, ale targu pomiędzy płatnikiem a wykonawcą usługi. Może nawet nie targu, ale zwyczajnego bazaru. Kto miał większą siłę przetargową, lub raczej

„ Ustalanie cen miało typowo administracyjny charakter i odbywało się na podstawie decyzji prezesa lub dyrektora oddziału NFZ. Kłóci się to z ustawą o świadczeniach zdrowotnych ”

lobbingową, uzyskiwał większe koncesje od NFZ. Niemalże klinicznym przykładem jest zróżnicowanie cen pomiędzy onkologią dziecięcą a onkologią dorosłych. Nikt nie ma tak wielkiej siły, zwłaszcza medialnej, jak leczący dzieci ze schorzeniami onkologicznymi. Przykładami są liczne akcje społeczne, takie jak licytacje medali olimpijskich Otylii Jędrzejczak. Niech jednak głowa zatryumfuje nad sercem, niech ktoś udowodni, że leczenie dzieci jest droższe niż dorosłych. Takie parametry, jak dawki terapeutyczne leków przeliczane na masę ciała, raczej temu przeczą, jednak stawki dla onkologii dziecięcej są znacząco wyższe.

Problem rodzi problem

Innym problemem są wyceny takich świadczeń, jak kardiologia interwencyjna, diagnostyka obrazowa czy neurochirurgia. W tych wypadkach ustalono stawki tak lukratywne, że mamy olbrzymi wzrost liczby

„ Należy jak najszybciej ustanowić podmiot odpowiedzialny za rzetelną wycenę świadczeń zdrowotnych ”

nowych świadczeniodawców. Dodatkowym problemem jest to, że np. diagnostyka obrazowa wykonywana metodą tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego nie jest finansowana przez kierującego, lecz w 100 proc. przez NFZ, co powoduje, że popyt na te świadczenia jest w zasadzie nieograniczony. Świadczenia kardiologii interwencyjnej w ostrych zespołach wieńcowych są natomiast nielimitowane, co

„ Negocjacje toczyły się na zasadzie
kto kogo zrobi w konia „



„ Kto miał większą siłę przetargową,
lub raczej lobbingową, uzyskiwał
większe koncesje od NFZ „

przy nieostro zarysowanych kryteriach kwalifikacji gwarantuje nieograniczoną podaż. Swoista dowolność przy ustalaniu cen doprowadziła do tego, że według wielu przedstawicieli zakładów niepublicznych niektóre ceny proponowane przez fundusz, a powstające pod presją publicznych molochów, są wyższe niż ceny na rynku komercyjnym.

Co może fundusz?

Czy NFZ może zaproponować ceny, które odpowiadają uśrednionym kosztom usług uwzględniającym sensowną marżę świadczeniodawcy? Nie wiem, ale moje doświadczenia z pracy w zespole NFZ negocjującym z reprezentantami prywatnych stacji dializ standardową cenę hemodializy są – delikatnie mówiąc – negatywne. Negocjacje polegały głównie na dyskretowaniu propozycji składanych przez drugą stronę.

Wszelkie próby wprowadzenia standaryzacji były odrzucane. Ani prywatne stacje dializ nie potrafiły przeforsować swoich wniosków, ani propozycje negocjatorów NFZ dotyczące weryfikacji danych składanych przez świadczeniodawców poprzez przedstawienie ich dokumentów księgowych nie były przyjmowane przez drugą stronę. Negocjacje toczyły się na zasadzie „kto kogo zrobi w konia”. Jeżeli tak samo wyglądało to w innych dziedzinach, to raczej tworzono teatr, niż dokonywano mających jakikolwiek sens wycen.

Wydaje się, że nadchodzi czas na jak najszybsze wyprowadzenie decyzji dotyczących ustalania cen z NFZ do AOTM. Przymierzano się do tego od dawna, ale skromność organizacyjna agencji nigdy na to nie pozwalała. Praktyka ustalania cen przez kasy, a następnie fundusz powstała, gdy agencji nie było. Obecnie, zwłaszcza wobec konieczności ustalenia jednolitych cen na potrzeby dyrektywy o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, niezbędne jest podejmowanie tych decyzji w organizacji niezależnej, a taką jest właśnie agencja. Tworzenie wycen w Ministerstwie Zdrowia nie jest dobrym pomysłem, ponieważ obawiam się, że administracja po prostu skopiuje dotychczasowe rozwiązania. Niedowiarkom przypominam, jak przekopiowano do „rozporządzeń koszykowych” treść załączników nr 3 dotyczących wymagań sprzętowych i osobowych z zarządzeń prezesa NFZ.

Niezależny podmiot

Istotą wyceny świadczeń zdrowotnych jest ich transparentność, to znaczy jasność i przejrzystość reguł, według jakich są tworzone, oraz rzetelność, czyli właściwa metodologia, a w końcu niezależność, czyli wyliczenie bez wpływu świadczeniodawców i czynników politycznych. Takie wyceny może stworzyć jedynie instytucja niezwiązana bezpośrednio ze świadczeniodawcami, ich organami tworzącymi i procesem kontraktowania świadczeń – czyli właśnie agencja.

Jest wiele niuansów, jak konieczność stymulowania powstawania konkretnych produktów kontraktowych, dla których należałoby stworzyć ceny preferencyjne, przynajmniej na czas potrzebny do ich rozwoju. Choćby z tego powodu nie da się całkowicie oddzielić polityki od procesu tworzenia wycen. Takie działanie może jednak tylko modyfikować standardowe wyceny, a nie je zastępować.

Należy jak najszybciej ustanowić podmiot odpowiedzialny za rzetelną wycenę świadczeń zdrowotnych, oddzielony zarówno od bezpośredniego płatnika, jak i organizatora opieki zdrowotnej. Podmiotem tym powinna być AOTM, która w tym celu musiałaby być istotnie wzmocniona kadrowo i finansowo. Ale czy dla własnego dobra nie potrzebujemy takiego seryfa? ■