



fot. Dzik

Czy leci z nami pilot?

W Polsce każdy zna się na medycynie, jeszcze lepiej na zarządzaniu w ochronie zdrowia, w tym w szczególności na kontraktowaniu usług medycznych. Oczywiście dobrze, że toczy się szeroka dyskusja, gorzej, jeśli nie wynikają z niej konstruktywne wnioski. Natomiast prawdziwym nieszczęściem jest sytuacja, gdy sposoby kontraktowania usług medycznych wykorzystywane są przez decydentów do osiągnięcia sukcesu medialnego.

Historia kontraktowania sięga 1999 r., gdy każde województwo stosowało różny sposób kontraktowania usług medycznych. Potem proces ten został ujednolicony, dzięki czemu po raz pierwszy można było analizować dane o realizacji usług medycznych. Trzeci okres przypada na lata 2004–2006, kiedy wdrażano zunifikowany system kontraktowania, korygowano go, oraz co najistotniejsze – budowano bazy danych. Głównym mankamentem obecnego systemu jest kupowanie w naszym kraju nie usług medycznych, a tzw. bazy szpitalnej, tj. przerośniętych

prawdę środki na amortyzację sprzętu medycznego oraz inwestycje pochodzą z kontraktów z NFZ.

Co nas czeka w przyszłości? Odpowiedź jest krótka – brak synchronizacji w pracach NFZ i Agencji Oceny Technologii Medycznych, a co za tym idzie – brak wizji w określeniu celów polityki zdrowotnej w procesie zakupu usług medycznych. AOTM tworzy coś dziwnego – pod nazwą Centralnej Bazy Świadczeń Medycznych, która nie ma nic wspólnego z koszykiem usług medycznych. Koszyk w rozumieniu AOTOM polega na tłumaczeniu przez ok. 70 zespołów specjali-

„ NFZ i AOTM nie mają wizji w określeniu polityki zdrowotnej ”

administracyjnie, powierzchownie oraz nieracjonalnie rozmieszczonych szpitali i przychodni. Powstała sytuacja, w której pomiędzy pacjentem – ubezpieczonym a Narodowym Funduszem Zdrowia funkcjonuje baza szpitali i przychodni, która ze względu na uwarunkowania polityczne musi być zakontraktowana. W efekcie kupowane są usługi medyczne oferowane przez te podmioty, a nie jakościowo najlepsze świadczenia. Powoduje to wzrost liczby kontraktowanych usług medycznych. Publiczny płatnik kontraktuje usługi medyczne historycznie, bez uwzględnienia stworzonego w 2005 r. rankingu konkurencyjności jakościowej, kadrowej i sprzętowej świadczeniodawców. W ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych znajdują się zapisy mówiące o tym, że środki pochodzące z NFZ mogą być przekazane wyłącznie na usługi medyczne. Tymczasem tak się nie dzieje. Rola organów założycielskich jest fikcyjna i tak na-

stów, ICD procedur medycznych na procedury medyczne kontraktowane przez NFZ, a te z kolei na CPT, które wcześniej było opracowane przez Naczelną Izbę Lekarską. Podsumowując – fragmentaryzuje się usługi medyczne. Niektóre zespoły potworzyły po 400–500 procedur. W sumie opracowano ok. 18 tys. procedur. Z kolei NFZ aktualnie kontraktowane usługi medyczne w zakresie leczenia szpitalnego (tj. ok. 1400 procedur) chce pogrupować na wzór jednorodnych grup pacjentów, czyli zmniejszyć ich liczbę do ok. 500–600 (na świecie za optymalne uważa się 800–900 procedur). NFZ idzie w przeciwnym kierunku niż AOTM. Wydarzenia te przebiegają w sytuacji, gdy NFZ ma niespotykane w tym okresie wolne środki finansowe. Według zatwierdzonego przez sejmową komisję zdrowia planu finansowego NFZ, jest to aktualnie kwota 384 mln zł, plus 800 mln zł za rok ubiegły, do tego należy doliczyć ewentualne zakładki. Czy ktoś pilotuje ten samolot? ■