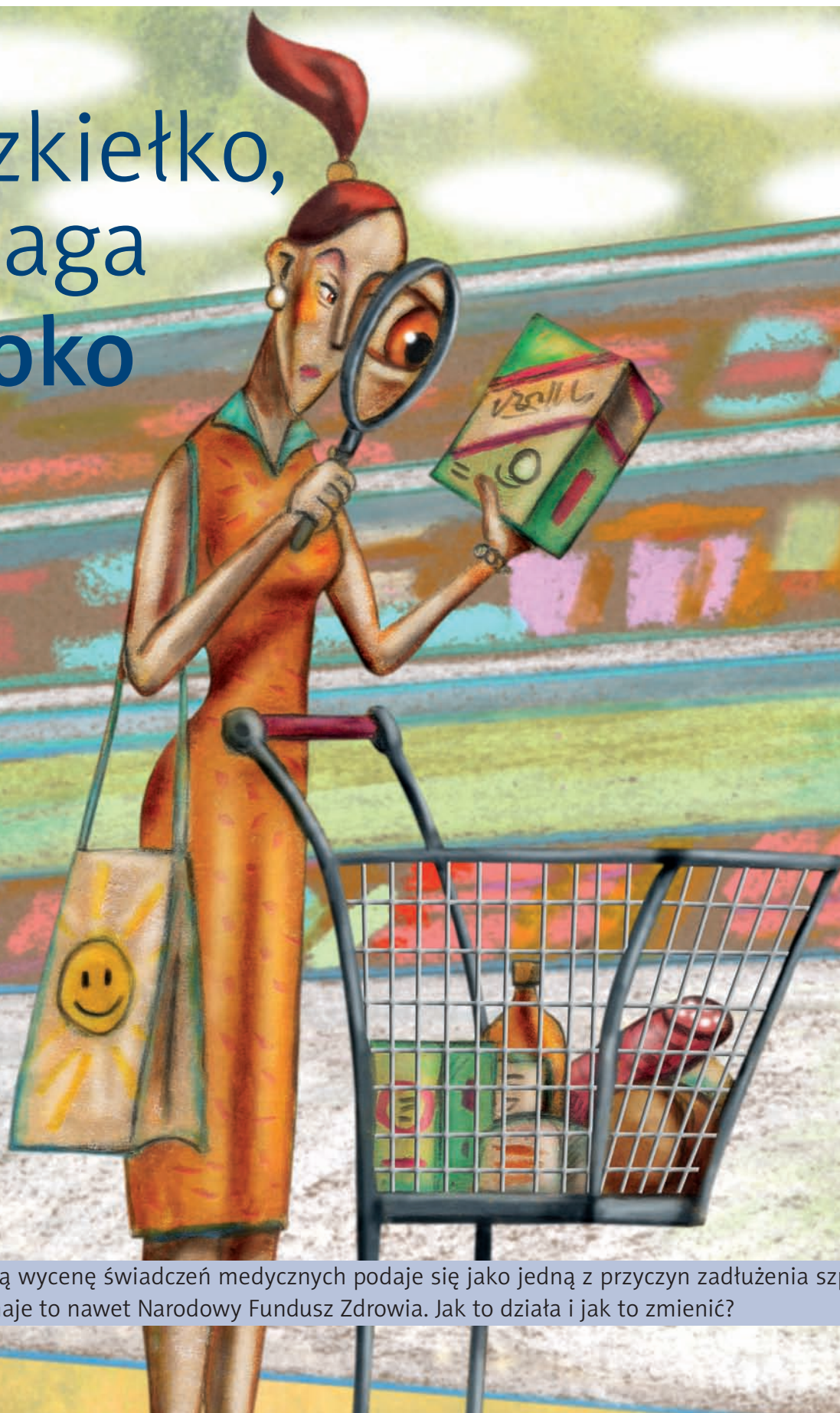


Taryfikacja świadczeń medycznych

Szkiełko, waga i oko



Fatalną wycenę świadczeń medycznych podaje się jako jedną z przyczyn zadłużenia szpitali. Przyznaje to nawet Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak to działa i jak to zmienić?

W Polsce istnieje rozbudowany system opieki publicznej i niepublicznej oraz uzupełniająca go prywatna opieka zdrowotna. System ochrony zdrowia jest finansowany z publicznych pieniędzy pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne będących w dyspozycji NFZ, budżetu państwa oraz budżetów samorządów terytorialnych na szczeblu gminnym, powiatowym i wojewódzkim. W myśl powyższego wszystkie jednostki ochrony zdrowia funkcjonujące w nowej sytuacji ekonomicznej zostały zmuszone do racjonalnego i efektywnego działania, a także do odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje, ponoszone koszty, osiągnięte przychody i zyski. Jednym z najważniejszych czynników wpływających na racjonalne i efektywne działanie w obszarze opieki zdrowotnej jest właściwa wycena świadczeń zdrowotnych.

Wydatki

W ostatnich siedmiu latach wydatki NFZ na ochronę zdrowia wzrosły z 36 mld zł w 2006 r. do 63,6 mld zł w 2014 r. Łącznie na opiekę zdrowotną w 2015 r. NFZ planuje wydać ponad 65,61 mld zł. Najwięcej pieniędzy (44,36 proc.) mają dostać szpitale (ponad 31,219 mld zł). Z punktu widzenia kryterium ekonomicznego procedurą medyczną jest taki element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który może stać się przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta, ale finansowanym przez ubezpieczyciela (NFZ).

Międzynarodowa klasyfikacja

Taka definicja pojęcia *procedura medyczna* została opracowana na potrzeby kalkulacji kosztów. Punktem odniesienia w procesie sporządzania wykazów badań i zabiegów wykonywanych w każdym zakładzie opieki zdrowotnej jest Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – ICD-9-CM. W Polsce została ona wprowadzona w 2008 r. i od tej pory stała się przedmiotem wielu dyskusji. Drugie wydanie ICD-9-CM ukazało się w 2009 r., prawie równocześnie z rozporządzeniem w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, co spowodowało, że stało się nieformalnym załącznikiem do tego aktu prawnego.

W Polsce wykorzystuje się kodowanie procedur do określania kosztów świadczeń. Kody stanowią załączniki do faktur wystawianych przez szpital i na ich podstawie NFZ decyduje o przyznaniu refundacji na dane leczenie. Podczas pobytu pacjenta w szpitalu kodowane są wszelkie procedury związane z jego leczeniem, zabiegami i operacjami. Uznaje się, że kodowanie procedur powinno być przynajmniej czteroznakowe. Trzy znaki są niewystarczające do weryfikacji płatności i przydzielania pacjentów do grup diagnostycznych. Do tej samej JGP (jednorodnej grupy pacjentów) trafiają chorzy z różnymi diagnozami, poddawani różnym procedu-

„Jednym z najważniejszych czynników wpływających na racjonalne i efektywne działanie w obszarze opieki zdrowotnej jest właściwa wycena świadczeń zdrowotnych”

rom, a powinny to być diagnozy i procedury zbliżone do siebie tematycznie i kosztowo.

Przykład: Grupa F32 – Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego. Do tej grupy trafia ponad 50 schorzeń i diagnoz – od rzeźączki, przez nowotwory, do ciała obcego w jelicie, pod warunkiem że w leczeniu zastosowano jedną z niemal 30 procedur (od zabiegów endoskopowych po duże resekcje). Z praktyki medycznej wiadomo, że nawet chorzy, którym postawiono tę samą diagnozę, leczeni w ten sam sposób, generują różne koszty, istnieje bowiem wiele czynników warunkujących powrót do zdrowia. Część z nich leczy się konwertowo, a inni mają powikłania i mimo wysiłków lekarzy terapia jest długa oraz kosztowna, a wynik niepewny. Oznacza to, że nawet w „identycznych” przypadkach koszt leczenia może się znacząco różnić. Oczywiście przypadki trudne i łatwe występują z określoną częstością i można w taki sposób wyznaczyć średnią cenę, że statystycznie pokryje ona koszty leczenia. Jeżeli częstość przypadków trudnych i łatwych w szpitalu pokrywa się z częstościami szacowanymi przez płatnika, szpital wyjdzie na swoje. Gdy ma więcej przypadków łatwych, będzie miał zysk większy od przewidzianego, a gdy będzie miał dużo przypadków trudnych, poniesie stratę. Taką sytuację możemy obserwować w szpitalach o najwyższym poziomie referencyjnym, które skarżą się na niedoszacowanie, dlatego że trafiają do nich przypadki trudne. Korzystają na tym natomiast ośrodki wyspecjalizowane w obsłudze przypadków prostych.

Jednorodne grupy pacjentów

Wracając do JGP – do jednej grupy należy wielu chorych z różnymi diagnozami i poddawanych różnym procedurom. Dla przytoczonej wyżej F32 jest to 50 diagnoz i 30 procedur. Każda z innym kosztem średnim, innymi zużytymi zasobami, różnym czasem pobytu itd. Stanowi to kolejną różnicę wpływającą na wycenę grupy. Poszczególne rodzaje przypadków trafiają do szpitali w różnych proporcjach wynikających ze specjalizacji, stopnia referencji, wyposażenia czy umiejętności, podczas gdy NFZ, definiując JGP, oparł się na ogólnej



Foto: iStockphoto

„Z punktu widzenia szpitala nie istnieje prawidłowa wycena JGP, ponieważ składają się na nią przypadki różniące się kosztami i wykorzystaniem zasobów”

statystyce wystąpień danego schorzenia w Polsce i nie uwzględnił w wycenie różnic między szpitalami. W poszczególnych szpitalach różne są koszty hospitalizacji chorych zaliczanych do tej samej grupy, mimo że stosowano te same terapie (ta sama diagnoza i procedura), a także proporcje różnych rodzajów przypadków. Na przykład na oddziale chirurgii onkologicznej nie będą leczeni pacjenci nienowotworowi, podczas gdy na oddziale chirurgii ogólnej będą leczeni wszyscy należący do danej grupy, a oddział o mniejszych możliwościach będzie odsyłał ciężiej chorych, rozliczając z zyskiem przypadki proste. W tym miejscu należy stwierdzić, że z punktu widzenia szpitala nie istnieje prawidłowa wycena JGP, ponieważ składają się na nią przypadki różniące się kosztami i wykorzystaniem zasobów.

Jak to rozwiązać

Konieczna jest rewizja definicji JGP, tak aby każda grupa zawierała zgodnie z nazwą przypadki jednorodnie kosztowo i medycznie. To spowoduje, że przypadki proste (dotychczas bardzo wysoko wyceniane) trafią do tańszej grupy. Alternatywnym rozwiązaniem jest określenie w kontrakcie z NFZ dokładnej liczby poszczególnych postępowań medycznych (przypadków z tą samą diagnozą i procedurą), które szpital może

wykonać. Do tego warto jeszcze dołożyć monitoring przyjęcia do innego szpitala z tego samego powodu medycznego. To skróci odsyłanie przypadków trudnych.

Należy podkreślić, jak ważna jest specjalizacja poszczególnych placówek medycznych. Proste, słabo wyposażone centrum może być kapitalnie efektywną placówką do leczenia prostych przypadków i powinno za swoje usługi otrzymywać odpowiednie wynagrodzenie. Natomiast wyspecjalizowane ośrodki z kosztownym wyposażeniem i personelem medycznym o unikatowych kompetencjach powinny cały swój potencjał przeznaczyć na przypadki trudne i powikłane. Obowiązujący system rozliczeń z NFZ wymaga pilnej nowelizacji, żeby jego zasady odzwierciedlały wysiłek i rzeczywistą wartość usług świadczonych przez poszczególne szpitale.

Narodowy Fundusz Zdrowia przyznaje, że wycenie daleko do ideału i rozpoczął działania zmierzające do poprawy tej sytuacji. Krytyka wyceny świadczeń dotyczy w przeważającej większości JGP. Rzeczywiście, złą wycenę JGP podaje się często jako jeden z głównych powodów strat i zadłużania się szpitali publicznych oraz nadmiernych zysków prywatnych świadczeniodawców.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Dotychczas NFZ sam wyceniał świadczenia zdrowotne, kontraktował je, a następnie kontrolował, jak są realizowane. Protestowały przeciwko temu placówki medyczne, wskazując, że fundusz płaci im tyle, ile chce, a nie na podstawie rzeczywiście poniesionych kosztów. Wszyscy się zgadzają, że trzeba to zmienić. Powstał program mający na celu opracowanie i wprowadzenie nowego rachunku kosztów w ochronie zdrowia. Zgodnie z nowelizacją ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.) zmiany nastąpiły od 1 stycznia 2015 r., kiedy to powstała Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), wzmocniona kompetencjami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Centrum Monitorowania Jakości, która ma stać na straży rzetelnej kalkulacji i efektywności świadczeniodawców. Agencja ma się zająć urealnianiem wycen NFZ.

Przy AOTMiT powstało nowe ciało doradcze – Rada ds. Taryfikacji. Do jej zadań należy opiniowanie:

- planu taryfikacji agencji,
- metodologii taryfikacji świadczeń,
- przygotowywanej taryfy świadczeń oraz jej zmian.

Ocena i wycena

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która zaczyna wyceniać usługi medyczne, to agencja Ministerstwa Zdrowia. Do tej pory jej pracownicy zajmowali się tylko oceną technologii medycznych i le-

kowych, czyli rekomendowali ministrowi, czy warto refundować nowy lek wchodzący na rynek lub nową technologię medyczną. Agencja jeszcze w listopadzie i grudniu 2014 r. rozesłała do placówek medycznych 250 ankiet. Urzędnicy zapytali dyrektorów, czy chcieliby z nimi współpracować i podzielić się informacją, ile kosztuje np. specjalistyczna operacja. Odzew szpitali, jak podaje AOTMiT, był większy, niż się spodziewano. Agencja rozpoczęła współpracę z 10–15 proc. z nich, argumentując, że tylko tyle rzetelnie liczy usługi medyczne. Kryterium wyboru placówek była wysoka jakość i kompletność informacji, jakie wybrane podmioty przekażą AOTMiT.

Ministerstwo Zdrowia, zmieniając zasady wyceniania usług medycznych, podkreślało, że nie może być tak, że jeden urząd, czyli NFZ, jednocześnie wycenia usługi i płaci za nie. Z tego bowiem powodu część świadczeń, np. pediatria, jest niedofinansowana, a za inne NFZ płaci nazbyt hojnie. Ekspertki oceniają, że rozdzielenie wyceny i płatności to krok w dobrym kierunku, ale przepisy mają pewne mankamenty. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podlega ministrowi zdrowia, podobnie jak NFZ, a trudno w takiej sytuacji o niezależne i nieupolitycznione decyzje. Natomiast to, czy poprawnie wyceni ona świadczenia, będzie zależało m.in. od przyjętej metodologii wyboru placówek, od których uzyska dane kosztowe. Powinna zwracać uwagę na położenie geograficzne szpitali, charakter właścicielski (np. czy jest to szpital kliniczny) i przekrój świadczeń. Jednocześnie resort poinformował, że już teraz „płatnik publiczny kategoryzuje produkty finansowe, kierując się np. kryterium wieku pacjenta, a co za tym idzie – specyfiką postępowania medycznego, stosowanych wyrobów medycznych, dawkowania produktów leczniczych oraz czasu i przebiegu leczenia”.

Plan AOTMiT

Agencja opublikowała plan taryfikacji na 2015 r., który zawiera następujący harmonogram prac:

- styczeń–maj 2015 r. – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- kwiecień/maj–wrzesień 2015 r. – opieka paliatywna i hospicyjna,
- maj/czerwiec–listopad 2015 r. – świadczenia wysokospecjalistyczne,
- wrzesień–październik 2015 r. – leczenie szpitalne,
- do 14 października 2015 r. – świadczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Trudno jednak oczekiwać, aby w 2015 r. pojawiły się pierwsze efekty pracy agencji. Ten rok jest poświęcony zbieraniu danych i ich analizie – ostatecznych efektów należy się spodziewać raczej w 2016 r. Ważne jednak jest to, aby wycena przeprowadzona była rzetelnie i adekwatnie do kosztów ponoszonych przez placówki medyczne. Tylko wówczas możliwe będzie spełnienie

„ Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – ICD-9-CM – została w Polsce wprowadzona w 2008 r. i od tej pory stała się przedmiotem wielu dyskusji ”

oczekiwań, jakie stawiają publicznym placówkom podmioty tworzące w zakresie racjonalnego i efektywnego działania. Jednocześnie należy zapewnić uczciwą konkurencję między podmiotami publicznymi a prywatnymi w ochronie zdrowia.

Jak to się robi na świecie

W USA stawki refundacji świadczeń medycznych ustalają poszczególne instytucje ubezpieczeniowe na podstawie ekspertyz. Wyceną świadczeń w systemie publicznych programów ubezpieczeniowych *Medicare* i *Medicaid* zajmują się agendy resortu zdrowia (*Centers for Medicare and Medicaid Services* – CMS). W obrębie CMS funkcjonuje biuro aktuariatu, które wycenia świadczenia. Wiele prywatnych instytucji ubezpieczeniowych przyjmuje stawki ustalone przez CMS z pewnym narzutem uzgadnianym kontraktowo ze świadczeniodawcami, np. stawki CMS + 10 proc.

W Wielkiej Brytanii wyceną kosztów zajmuje się resort zdrowia, który publikuje co dwa lata zestawienie kosztów referencyjnych stanowiące podstawę do refundacji przez NHS. Z tej publikacji z grubsza wynika, że można by wstawić złotówki w miejsce funtów, aby otrzymać dane do zastosowania w Polsce, bowiem NHS dysponuje budżetem w funtach porównywalnym z budżetem NFZ w złotych, a koszt przeciętnej hospitalizacji planowej to 3000 funtów. W Australii wyceną świadczeń także zajmuje się resort zdrowia, w którego obrębie funkcjonuje oddział do spraw świadczeń medycznych. We Francji wycena należy do tamtejszego Ministerstwa Zdrowia i Solidarności. W Kanadzie każda prowincja prowadzi własną wycenę kosztów świadczeń.

W Niemczech wyceną JGP (niemieckich JGP będących zaadaptowaną formą amerykańskich DRG) zajmuje się InEK GmbH – *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*. Jest to spółka z ograniczoną odpowiedzialnością typu *non profit* założona w 2001 r. przez centrale krajowe kas chorych, związek ubezpieczycieli prywatnych oraz Niemiecką Federację Szpitali. Ciekawe jest finansowanie działania InEK, które pochodzi z tzw. marży systemu DRG.

Alicja Skindzielewska,
Szpital Wojewódzki w Suwałkach,
Jarosław J. Fedorowski,
Polska Federacja Szpitali, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego