



Cud nad Wisłą

W ostatnim czasie, w wigilijnej atmosferze uczestniczyłem w posiedzeniu Katedry Polityki Ochrony Zdrowia UM w Łodzi, podczas którego odbyło się otwarcie doktoratów poświęconych algorytmom tworzenia produktów ubezpieczeniowych. Padło pytanie dotyczące międzynarodowych doświadczeń związanych z algorytmami, standardami związanymi z wdrożeniami produktów. Pomyślałem, że doskonałym przykładem jest zestawienie sposobu wprowadzania wyceny, opisu świadczeń medycznych w Polsce w konfrontacji z doświadczeniami międzynarodowymi na przykładzie JGP.

Amerykanie, rozpoczynając tworzenie systemu JGP w latach 70., poświęcili na ten cel ponad

NFZ w związku z brakiem możliwości informatycznej walidacji świadczeń medycznych nie jest w stanie zweryfikować zasadności wystawianych faktur. Oczywiście dotyczy to skomplikowanych specjalności. W poszczególnych oddziałach NFZ próbuje ręcznie, poprzez powoływanie specjalnych zespołów ekspertów, weryfikować wykonanie świadczonych usług medycznych. Dzisiaj, gdybym w dużym województwie zarządzał takimi specjalnościami, jak interna, chirurgia, gdzie istnieje wiele jednostek medycznych tzw. współistniejących, to bez przeszkód mógłbym wygenerować tzw. płynne, wielokrotne zarządzanie kontraktem. Natomiast gdybym jeszcze zarządzał produktami z listy ratujących

„ Amerykanie, tworząc system JGP, poświęcili na ten cel ponad 10 lat, a Brytyjczycy 8 lat ”

10 lat, Brytyjczycy, przejmując JGP i modyfikując je na własne potrzeby, potrzebowali 8 lat. Liczono koszty, grupowano świadczenia medyczne pod względem nie tylko spójności medycznej, ale przede wszystkim jednorodności kosztowej. Powoływano specjalne zespoły ekspertów, standaryzowano procedury, opracowywano mechanizmy tworzenia i zatwierdzania stawek usług medycznych.

W Polsce miał miejsce kolejny „Cud nad Wisłą”. W przeciągu niespełna kilku miesięcy przetłumaczono z wersji brytyjskiej (z której Brytyjczycy właśnie się wycofywali) wyłącznie słownik medyczny, pakietując stare produkty z katalogu usług medycznych na język JGP. Na dodatek, początkowo proces ten przebiegał bez udziału konsultantów krajowych. Następnie na podstawie danych liczbowych pochodzących z roku poprzedzającego wdrożenie JGP, dotyczących średniej ceny punktu przemnożonej przez liczbę wykonanych usług medycznych i nikomu nieznanymi współczynnikami, ustalono ceny produktów kontraktowych. Przy okazji zapewniano, że nie będzie przeciągania liny, ciągłych „sufitologicznych” zmian cen świadczeń medycznych, a następnie kilkakrotnie dokonano właśnie tak opisanych modyfikacji. Ponadto

życie, to wystarczy, że wykonałbym olbrzymie nadwykonania, a następnie podpisałbym ugodę przed sądową z Funduszem i uzyskał zapłatę za 50–60% udzielonych świadczeń, co w ogólnym bilansie ZOZ-u bardzo by mnie zadawała. Uważam, że te same efekty można osiągnąć standaryzowanymi, obiektywnymi metodami. Niestety, polskie społeczeństwo chyba jeszcze żyje w mentalności zaboru rosyjskiego, wszystko musi odbyć się w sposób zawilży, a dyskusje o transparentności pozostają w sferze ciepłych, konferencyjnych pogawędek.

Czy jest możliwe w innym kraju to, co się dzieje obecnie przy procesie kontraktowania usług medycznych? W jednym z województw szpitalom publicznym zaproponowano kontrakty na poziomie czerwiec 2009 r., niszcząc równoległe rynek niepublicznych usług medycznych poprzez przedłożenie w systemie zero-jedynkowym w jednodniówkach aneksów na rok 2010 zmniejszonych o 40% ogólnej wartości, przy równoczesnym obniżeniu ceny punktu z 51 do 40 zł. Gdzie tu konstytucjonalna równość podmiotów? Dlatego z niezwykłą atencją przyjąłem pomysł algorytmowania procesu tworzenia produktów kontraktowych, czego osiągnięcia życzę Państwu w nadchodzącym roku. ■