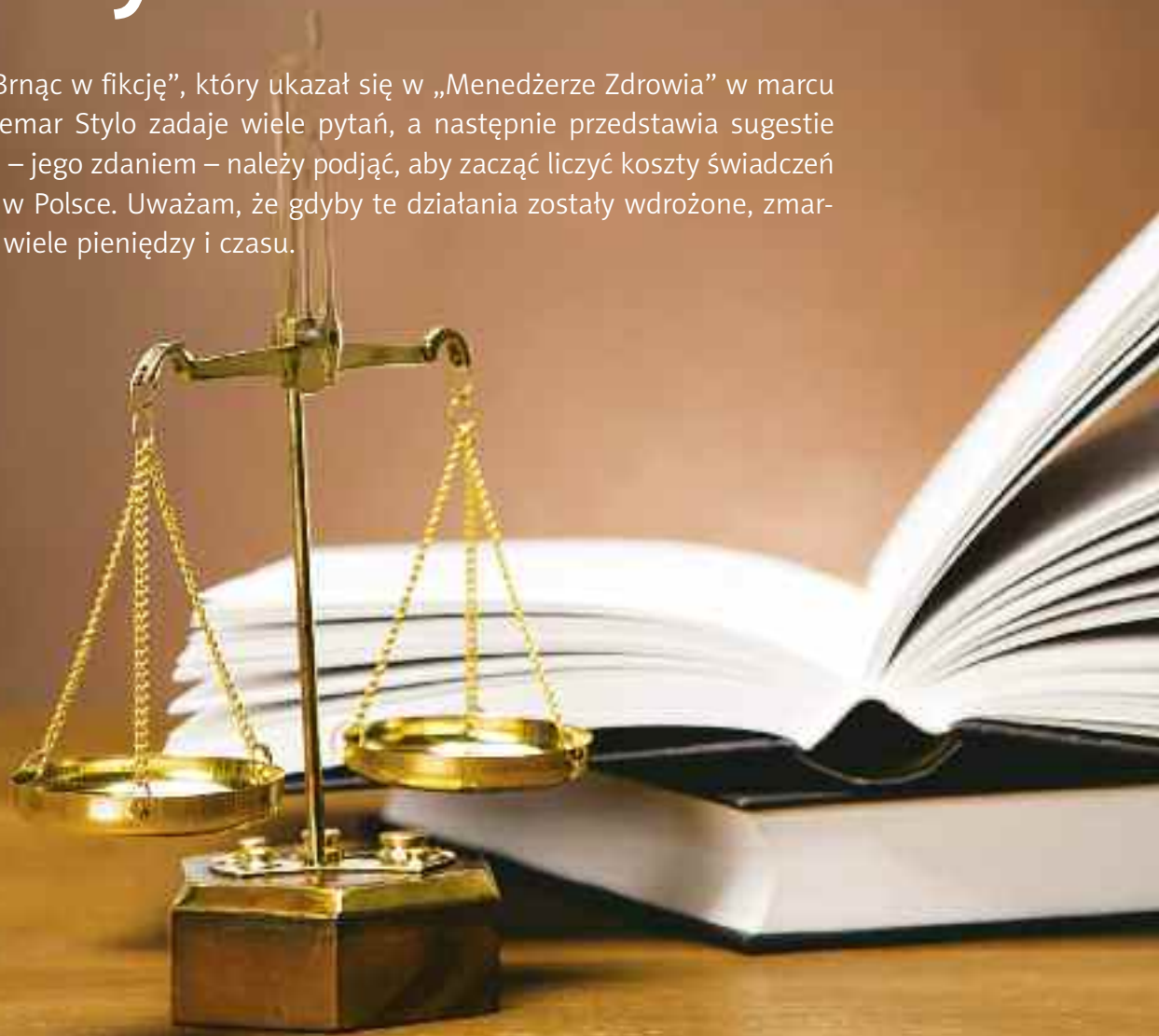


Agencja Taryfikacji – czas skończyć z fikcją

# Jak wyceniać

W artykule „Brnąć w fikcję”, który ukazał się w „Menedżerze Zdrowia” w marcu 2012 r., Waldemar Styło zadaje wiele pytań, a następnie przedstawia sugestie działań, które – jego zdaniem – należy podjąć, aby zacząć liczyć koszty świadczeń zdrowotnych w Polsce. Uważam, że gdyby te działania zostały wdrożone, zmarnowalibyśmy wiele pieniędzy i czasu.



fot. 123RF 3X

Rozważania dotyczące rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych i Agencji Taryfikacji wymagają uwzględnienia dwóch kwestii: czemu służy wycena i jak ma się ona do obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych. Odpowiedzi na te pytania mają w tym wypadku zasadnicze implikacje.

## Wycena nie na podstawie kosztów

Po pierwsze, należy zdawać sobie sprawę, czym jest i czemu służy wycena, przy czym zdecydowanie trzeba odróżniać ocenę kosztów świadczeń od ich wyceny. Ta

ostatnia jest zawsze umowna. Ceny umożliwiają lub uniemożliwiają transakcje. W zamian za zapłatę ktoś zrzeka się praw do określonego dobra lub wykonuje usługi. Rynek świadczeń zdrowotnych jest regulowany, a głównymi mechanizmami regulacji są:

- a) decyzje refundacyjne (włączenie do koszyka świadczeń gwarantowanych),
- b) decyzje cenowe (zasadniczo wpływają na podaż świadczeń włączonych do koszyka),
- c) decyzje polityczne dotyczące kwot przeznaczanych na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

„ Wycena świadczeń medycznych nie musi być dokonywana na podstawie analizy kosztów ”



Jeśli głównym celem ustalania cen jest zapewnienie odpowiedniej podaży określonych świadczeń, wycena nie musi być dokonywana na podstawie analizy kosztów, choć w części wypadków (10–15 proc. świadczeń) taka analiza zapewne będzie wykorzystywana, przy czym nie jest ani konieczna, ani możliwa do wykonania dla większości świadczeń (patrz niżej). Analiza kosztów z perspektywy świadczeniodawcy określonego poziomu referencyjnego jest natomiast potrzebna przede wszystkim na rzecz rachunkowości zarządczej, stąd świadczeniodawcy sami powinni ją wykonywać zgodnie z własny-

mi potrzebami – tu również analiza kosztów nie musi być i nie będzie prowadzona dla wszystkich świadczeń, ale tylko dla niektórych, czasem w sposób mniej, a czasem w sposób bardziej skrupulatny, w zależności od potrzeb zarządczych.

Analiza kosztów z perspektywy płatnika i ewentualnie z perspektywy społecznej jest wymagana ustawowo od podmiotów odpowiedzialnych wnioskujących o włączenie określonej technologii do koszyka gwarantowanego lub wykonywana przez AOTM – należy jednak podkreślić, że te analizy przeprowadzane są przede wszystkim na potrzeby decyzji refundacyjnych, a nie cenowych i dotyczą głównie kosztownych technologii innowacyjnych w porównaniu z opcjonalnymi sposobami postępowania.

### Koszyk

Konieczne trzeba zdawać sobie sprawę z materii, z jaką się ma do czynienia, czyli:

- a) z liczby świadczeń w koszyku gwarantowanym,
- b) ze zmienności zawartości koszyka,
- c) ze zmienności kosztów świadczeń w czasie, a co za tym idzie – zmienności wzajemnych relacji kosztów świadczeń zdrowotnych.

Dopiero to daje obraz możliwości realizacji rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych.

### Rynek świadczeń

Rynek świadczeń zdrowotnych jest bardzo zróżnicowany. W holenderskim koszyku znajduje się ich ponad 100 tys. Gdyby wszystkie świadczenia zdrowotne w Polsce, zgodnie z definicją technologii medycznej z nowej ustawy refundacyjnej, przedstawić za pomocą kolokacji dwóch komponentów: interwencji w określonym wskazaniu, okazałyby się, że w naszym koszyku znajduje się zbliżona liczba elementów. Przyjmując, że 20 proc. z nich to świadczenia lekowe, pozostaje 80 tys. technologii nielekowych. To rodzi dwa zasadnicze pytania. Po pierwsze: ile czasu można dać na ocenę kosztów? Przyjmijmy, że chcielibyśmy mieć aktualne dane kosztowe raz do roku. Wtedy trzeba postawić sobie drugie pytanie: ilu ludzi o stosunkowo wysokich kwalifikacjach musiałoby się zajmować taką wyceną, na podstawie kompleksowych analiz kosztów prowadzonych z perspektywy świadczeniodawcy? Przyjmując 200 dni roboczych w roku i superszybką pracę pozwalającą na ocenę kosztów 4 technologii medycznych na dobę, daje to konieczność zatrudnienia 100 analityków! Tylko po co i jakim kosztem? Jeśli natomiast tych osób będzie mniej i/lub będą mniej wydajne (co należy przyjąć jako pewnik w państwowej instytucji), nie ma najmniejszych szans na uzyskanie aktualnego wglądu w koszty świadczeń nielekowych w Polsce.

Zakładając, że grupa będzie liczyła 25 analityków, można szacować, że po 6 miesiącach ocenią najwyżej jedną ósmą świadczeń. Kolejna jedna ósma zajmie ich pracą przez następne 6 miesięcy, a kolejna przez następne

pół roku, tylko że... niestety, wyniki analiz kosztów przeprowadzonych w pierwszych miesiącach będą już nieaktualne.

### **Panta rhei**

Oprócz tego należy pamiętać, że zawartość koszyka zmienia się wraz z postępem medycyny i ewoluującymi standardami postępowania. Koszty procedur są zróżnicowane zarówno pomiędzy ośrodkami o różnej refe-



„ W holenderskim koszyku gwarantowanym znajduje się ponad 100 tys. świadczeń zdrowotnych. W polskim jest zbliżona liczba elementów „

rencyjności, jak i ze względu na ich usytuowanie geograficzne (i słusznie, gdyż trudno, żeby koszt godziny pracy pielęgniarki, który jest składową wydatków całkowitych na procedurę, był taki sam na Manhattanie i w miasteczku w Utah), jest to więc materia bardzo skomplikowana. Duże różnice i wysoka niepewność oszacowań średnich w skali kraju w analizie metodą mikro-

kosztów prowadzą do tego, że ich wyniki byłyby trudne do wykorzystania w wypadku wyceny większości technologii nielekowych. Analiza kosztów technologii nielekowych jest też zwykle znacznie bardziej skomplikowana, a jej wyniki obciążone są większym rozrzutem i niepewnością oszacowań niż w wypadku leków.

### **Dodatkowe komplikacje**

Zmieniająca się zawartość koszyka, zmiany standardów postępowania, liczby świadczeniodawców na rynku i popytu stwarzają dodatkowe komplikacje, gdyż powodują nieustające modyfikacje wzajemnych relacji kosztów świadczeń zdrowotnych na rynku.

Przed przygotowaniem projektu ustawy o Agencji Taryfikacji należy przeprowadzić studium wykonalności kilku możliwych scenariuszy jej funkcjonowania. Między innymi należy zadać sobie pytanie, czy włączenie funkcji Agencji Taryfikacji nie spowoduje ograniczenia realizacji podstawowych funkcji, do których te instytucje zostały powołane, a już na pewno nie powinno się łączyć funkcji wyceny z funkcją oceny wartościującej na rzecz decyzji refundacyjnych (czyli decyzji o włączeniu do koszyka gwarantowanego).

Umieszczenie Agencji Taryfikacji przy AOTM nie wydaje się dobrym rozwiązaniem docelowym, choć można je rozważyć jako wyjście tymczasowe. W zakresie wyceny technologii nielekowych stosowanych w chorobach powszechnych Agencja Taryfikacji działająca w strukturach agencji HTA straci możliwości, które mogą zaistnieć wyłącznie w wypadku oddzielenia rozpatrywania wniosków refundacyjnych od wniosków cenowych.

Lepszym rozwiązaniem jest więc oddzielenie Agencji Taryfikacji i agencji HTA. Odrębne instytucje postawione są też w sytuacji „stałego napięcia”, zawsze przyglądają się sobie nawzajem i kontrolują swoje działania, co obniża ryzyko korupcji i stanowi dodatkowy silny mechanizm zapewnienia jakości oraz wydajności prac obu instytucji. W wypadku Agencji Taryfikacji i agencji HTA w jednej instytucji, podległej jednemu dyrektorowi czy prezesowi, znacznie trudniej utrzymać społecznie pożądane „napięcie” między tymi rodzajami działalności.

Agencja Taryfikacji powinna więc przede wszystkim wykonywać następujące zadania (podobne zadania jak Komisja Ekonomiczna w wypadku leków):

- wycena świadczeń zdrowotnych i niektórych wyrobów medycznych (tylko w niewielkim odsetku na podstawie kompleksowej analizy kosztów z perspektywy świadczeniodawcy na reprezentatywnej próbie tych ostatnich) – w tym również wycena punktowa JGP,
- ustalanie cen urzędowych niektórych wyrobów medycznych,
- monitorowanie wyceny świadczeń na rynku wewnętrznym i rynkach zewnętrznym,
- analiza propozycji i zawieranie porozumień podziału ryzyka,



- monitorowanie wykonywania porozumień podziału ryzyka,
- międzynarodowa wymiana informacji cenowych,
- zakupy centralne.

### Ustawa

Odnosząc się jeszcze do projektu ustawy z 15 lipca 2011 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych oraz niektórych innych ustaw – dział VIb dotyczący taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, muszę przyznać, że nigdy wcześniej nie czytałem gorszego aktu prawnego. Z pewnością projektowanie Agencji Taryfikacji, jej umiejscowienie w systemie, określenie roli i zadań nie powinno pozostawać w kompetencjach ludzi, którzy nigdy nie przeprowadzili ani jednej analizy porównawczej czy badania kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie mają wiedzy i doświadczenia w zakresie wyceny technologii medycznych. To *a priori* źle wróży tworzonemu prawu i systemowi. Proponowane rozwiązania są bardzo kosztowne (nałożenie bardzo wysokich obciążeń na świadczeniodawców), a system oceniam jako korupcjogenny. Jestem też przekonany, że dane i analizy kosztów, gdyby były wykonywane tak, jak to zakłada projekt ustawy, w większości nie zostałyby wykorzystane na rzecz wyceny świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z faktami zaprezentowanymi powyżej uzasadnienie do projektu ustawy jest w głównych kwestiach błędne. Dlatego rzezony projekt ustawy o Agencji Taryfikacji nie powinien być przyjęty jako podstawa do dalszego procedowania.

### Niezbędność agencji

Agencja Taryfikacji jest w Polsce niezbędna. Podobnie jak Komisja Ekonomiczna (która *de facto* jest agencją cen dla technologii lekowych na wzór australijskiego PBPA) zajmuje się polityką cenową leków, tak potrzebny jest organ państwowy, który podejmie zbliżone funkcje względem technologii nielekowych.

Chyba nikt dziś nie sądzi, że w Polsce zostanie wprowadzony wolny rynek świadczeń zdrowotnych. Jest też wiele racjonalnych powodów, dla których rynek świadczeń zdrowotnych powinien być i będzie regulowany. Skoro czarodziejska ręka rynku nie może ustalać cen świadczeń zdrowotnych, regulator musi przejąć funkcję wyceny. Zrobi to albo lepiej, albo gorzej, albo przy pomocy Agencji Taryfikacji, albo w inny sposób – tak czy inaczej wycena musi być przeprowadzona, by mogło dojść do przepływów finansowych. Pytanie tylko, jakim celem owa wycena służy dzisiaj, a jakim będzie służyć w przyszłości. Dziś wydaje się, że zawyżona wycena wielu świadczeń i zaniżona wycena innych służy głównie zachowaniu stabilizacji finansowej NFZ (monopsonistyczny płatnik, uprzywilejowany w systemie, z mocną pozycją polityczną, chroni przede wszystkim własne interesy) oraz interesom różnych grup zawodowych, politycznych i lobby przemysłowych. Na pewno wycena wie-

„ W Polsce można często łatwo i bez kolejki otrzymać superdrogie, wysokospecjalistyczne świadczenie, podczas gdy dostęp do podstawowych procedur jest poważnie ograniczony ”

lu świadczeń nie ma nic wspólnego z podstawową funkcją regulatora, jaką jest zapewnienie wysokiej podaży świadczeń zdrowotnych podstawowych – potrzebnych, efektywnych i najbardziej opłacalnych.

### Rola regulatora

Regulator, niestety, nie przywiązuje odpowiedniej wagi do polityki cenowej, nie analizuje podaży najważniejszych świadczeń zdrowotnych dla społeczeństwa i nie dokonuje wyceny tych świadczeń, żeby zapewnić ich wysoką dostępność. Często można w Polsce łatwo i bez kolejki otrzymać superdrogie, wysokospecjalistyczne świadczenie zdrowotne, podczas gdy dostęp do podstawowych jest poważnie ograniczony (*vide*: rankingi na [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl) i [www.barometrwhc.pl](http://www.barometrwhc.pl)). Przekłada się to oczywiście na wskaźniki zdrowotne populacji oraz niską satysfakcję społeczeństwa z ochrony zdrowia w Polsce. Wkrótce jednak może się to radykalnie zmienić, gdy pod koniec 2013 r. obejmie nasz kraj dyrektywa UE o opiece transgranicznej. Bądźmy więc dobrej myśli.

Reasumując – Agencję Taryfikacji należy traktować jako funkcjonalność systemu, niekoniecznie jako oddzielną instytucję (choć takie rozwiązanie wydaje się najlepsze). Powinna się ona zajmować wyceną świadczeń nielekowych, niezależnie od części koszyka, do której zostały przypisane. Wycena świadczeń powinna tylko w wyjątkowych wypadkach – nie więcej niż 10–15 proc. wszystkich świadczeń nielekowych w systemie – wykorzystywać aktualne analizy kosztów, przeprowadzone z perspektywy świadczeniodawców z różnych poziomów referencyjnych i przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie. Agencja Taryfikacji musi pełnić podobne funkcje jak Komisja Ekonomiczna, więc do jej zadań należałoby zajmowanie się porozumieniami podziału ryzyka w wypadku szczególnie kosztownych technologii nielekowych oraz negocjacjami cen świadczeń z grupami zawodowymi, szpitalami i producentami. Jestem przekonany, że Agencja Taryfikacji powstanie w Polsce i to raczej wcześniej niż później, dlatego że po prostu jest taka paląca potrzeba.

Krzysztof Łanda

Autor jest prezesem Fundacji Watch Health Care