

Zmiana zasad kontraktowania

Atmosfera niepewności

Michał Grzegorowski, Jerzy Czernik

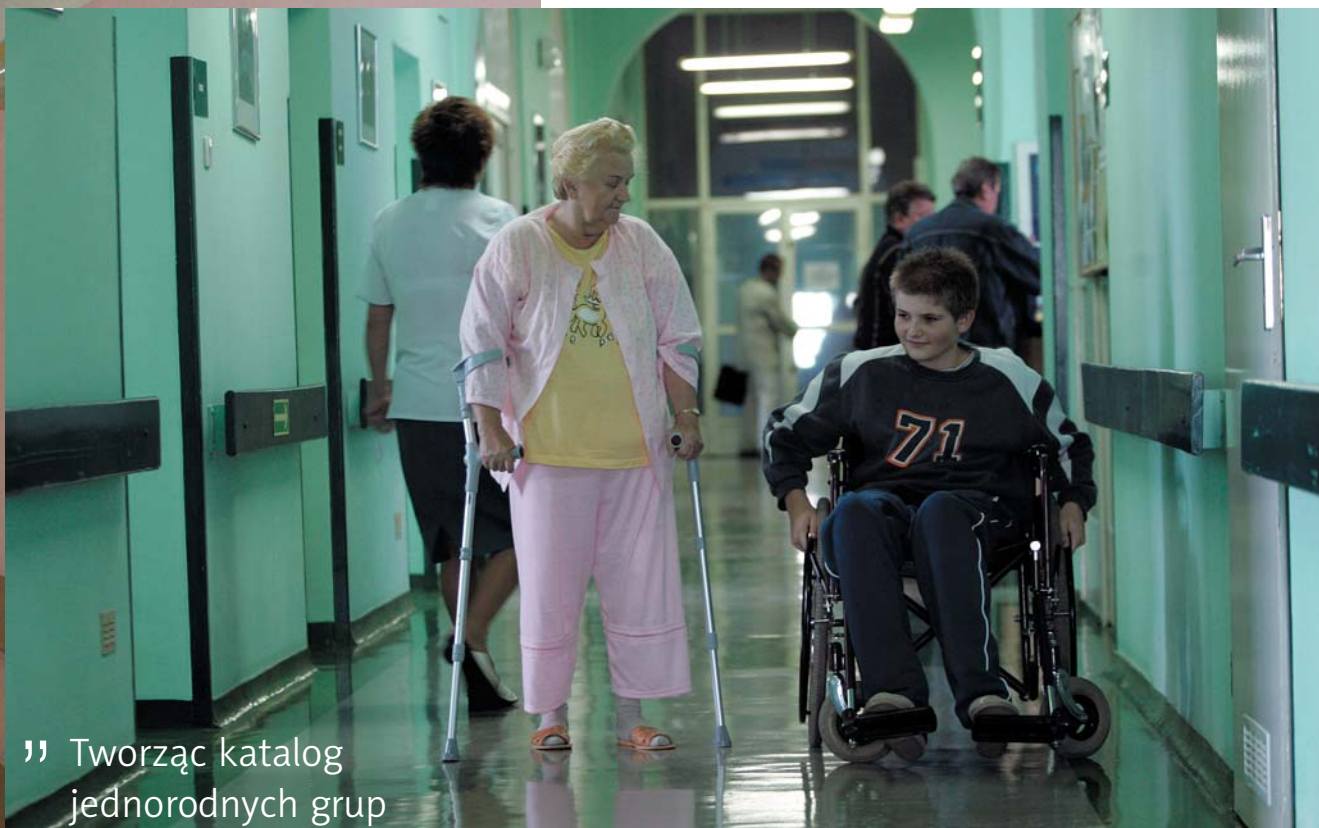
Zaproponowane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmiany w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie zaskakują. Dlaczego? Dlatego że Andrzej Sońnierz je zapowiadał. Ponadto dotychczasowy system finansowania świadczeń był wadliwy, jeśli chodzi o nazewnictwo świadczeń, warunki ich wykonywania i wycenę. Nie zaskakują i dlatego, że są wprowadzane zbyt szybko, bez konsultacji z towarzystwami naukowymi i konsultantami krajowymi.

Ponadto nie zaskakują, bo tworzą atmosferę niepewności z powodu braku informacji i wielu błędów w przedstawionych materiałach. Stanowisko środowiska lekarskiego w sprawie proponowanego zachodniego systemu statystyczno-rozliczeniowego jest umiarkowanie pozytywne. Zmiany są konieczne, wybór sprawdzonego zachodniego modelu wydaje się właściwy, umiarkowanie dotyczy zaś obawy o to, co rodzimi *politycy zdrowotni* potrafią w tym systemie zepsuć, nim go wprowadzą.

Pytania, pytania...

Czy nie jest błędem wprowadzanie tylko jednego elementu systemu? Jak sprawdzi się sposób rozliczania

hospitalizacji metodą HRG w oderwaniu od angielskiego systemu lekarza rodzinnego (GP)? Jak zmieni się sytuacja ekonomiczna szpitali, które mają być finansowane zgodnie z angielskim systemem, opartym na znanym budżecie kształtowanym historycznie (i zmienianym co roku na podstawie analizy wykonywanych świadczeń, które zostają sprawozdane w systemie HRG)? Wreszcie, jak będzie finansowany szczególnie pacjent, jakim jest dziecko? Z analizy przedstawionych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia materiałów regulujących rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej wynika, że w chirurgii dziecięcej i otolaryngologii dziecięcej nie uwzględniono odpowiednich pozycji katalogowych, umożliwiających rozliczenie świadczeń u dzieci.



„ Tworząc katalog jednorodnych grup pacjentów, nie poproszono o pomoc konsultantów krajowych w dziedzinach chirurgii dziecięcej i otolaryngologii dziecięcej ”

foto: Paweł Bonk/fotymne/fotorepa

Bez konsultacji

Nie wykorzystano także potencjału wiedzy medycznej Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej i Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Dziecięcych. Nie zaproszono do tworzenia katalogu jednorodnych grup pacjentów konsultantów krajowych chirurgii dziecięcej i otolaryngologii dziecięcej. Mityczne myślenie kreatorów systemu rozliczeniowego, że leczenie dzieci jest tańsze niż dorosłych, wynika z przeświadczenia, że potrzebują one mniejszych łóżek, mniej leków oraz krótszych nici chirurgicznych. Czy w sklepach mniejsze opakowania tych samych produktów są tańsze? Raczej nie – to najlepiej wskazuje, że teorie urzędników NFZ oparte są na fałszywym założeniu. Materiały i leki nie są najpoważniejszymi elementami przesądzającymi o kosztach leczenia dzieci, ale i one są droższe niż w wypadku leczenia dorosłych, gdyż wiele produktów leczniczych dopuszczonych jest do stosowania powyżej 3., 7. czy 10. roku życia. Produkty stosowane u dzieci muszą być więc dodatkowo testowane klinicznie, co stanowi dodatkowy koszt wy-

tworzenia i ma wpływ na ich cenę. Podobnie jest z wydatkami związanymi z wykorzystaniem sprzętu i aparatury medycznej. Rurka intubacyjna, cewnik naczyniowy czy cewnik pęcherzowy Foleya dla noworodków są znacznie droższe niż dla dorosłych. Również wskaźniki finansowe są gorsze, ponieważ sprzęt ten jest stosowany rzadziej. Wynika to z wielkości populacji – po prostu dzieci jest mniej niż dorosłych.

Najwyższe koszty

Największy udział w kosztach leczenia dzieci stanowią jednak wydatki na opiekę medyczną. Ustawodawca określił, a płatnik finansów publicznych zaakceptował, że 56 proc. kosztów leczenia szpitalnego to koszty pracy personelu (w tym medycznego). Każdy, kto chociaż raz w życiu był na oddziale, gdzie hospitalizowane są dzieci, wie, że personel musi być tam liczniejszy niż na innych oddziałach. Na oddziałach, na których leczone są noworodki, potrzebne są dwie pielęgniarki na dwóch pacjentów. Liczba lekarzy odpowiedniej specjalności determinowana jest nie liczbą pacjentów, lecz głównie potrzebą zapewnienia tzw. obsady dyżurowej. Koszty jej utrzymania należy ponosić bez względu na liczbę hospitalizowanych czy liczbę wykonywanych zabiegów. Czynniki te powinny być uwzględnione przy wycenie świadczeń związanych z opieką medyczną nad dziećmi. Wyodrębnienie takich specjalności, jak chirurgia dziecięca czy otolaryngologia dziecięca spowodowane było wzrostem możliwości udzielania pomocy medycznej w przypadkach wad rozwojowych dzieci. Szczególnie spektakularne jest to w leczeniu zarośniętego przetyku, zarośniętych nozdrzy tylnych czy zwężenia krtani u noworodków. Pacjenci z tymi wadami bez operacyjnej pomocy lekarza specjalisty nie



„ Na leczenie osób powyżej 18. roku życia przeznaczają się rocznie 46,2 zł, natomiast na leczenie pacjentów do 18. roku życia 23,8 zł. Ta dysproporcja nie ma żadnego uzasadnienia ”

„ Mityczne myślenie kreatorów systemu rozliczeniowego, że leczenie dzieci jest tańsze niż dorosłych, wynika z przekonania, że potrzebują one mniejszych łóżek, mniej leków i krótszych nici chirurgicznych ”



mogliby przeżyć. Po odpowiednim leczeniu rozwój takiego dziecka przebiega prawidłowo.

Tańszy pacjent?

Należy również zaakcentować dysproporcję w wysokości funduszy przeznaczanych na chirurgiczne leczenie dorosłych i pacjentów do 18. roku życia. W 2006 r. liczba mieszkańców Polski wynosiła 38 157 055 osób. Potencjalnych pacjentów powyżej 18. roku życia było 30 293 256, a do 18. roku życia 7 863 799. Fundusze przeznaczone przez oddziały wojewódzkie NFZ na leczenie w zakresie chirurgii ogólnej i chirurgii dziecięcej obliczane *per capita* w grupach populacyjnych ujawniają znaczną dysproporcję. Na leczenie chorych powyżej 18. roku życia przeznaczają się rocznie 46,2 zł, natomiast do 18. roku życia 23,8 zł. Dysproporcja ta nie ma uzasadnienia epidemiologicznego ani finansowego i wymaga radykalnej zmiany, a być może interwencji Rzecznika Praw Dziecka.

Propozycje zmian

Jednakże, uwzględniając proponowane przez prezydenta Andrzeja Sośnierzę zmiany i mając na uwadze to,

że pominął on w nich chirurgię i otolaryngologię dziecięcą, proponujemy dwa rozwiązania tej sytuacji. Środowisko specjalistów od wielu lat bierze udział w dyskusji nad udoskonaleniem sposobu rozliczania świadczeń i przygotowało własne propozycje, które mogą być wprowadzone jako odrębne grupy rozliczeniowe. Drugim rozwiązaniem jest system wskaźników wiekowych, które mogą być zastosowane do obecnego katalogu grup. Rozwiązanie to było już wielokrotnie proponowane i nie uzyskało akceptacji z powodu rzekomego niedostosowania systemu informatycznego NFZ. Nie bardzo chce nam się w to wierzyć, ponieważ bez problemów rozliczane są wskaźnikami 0,6 procedury chirurgiczne wykonywane w trakcie pobytu pacjenta na oddziałach intensywnej terapii. Chyba że system NFZ nie akceptuje wskaźników większych od jednego, a jedynie takie (mimo że pacjent jest mniejszy) powinny być zastosowane do rozliczania procedur zabiegowych u dzieci.

*Profesor Michał Grzegorowski
jest konsultantem krajowym
w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej.*

*Profesor Jerzy Czernik
jest konsultantem krajowym
w dziedzinie chirurgii dziecięcej.*