

Utwórzmy Agencję Taryfikacji Kosztów Świadczeń Medycznych

Ceny z sufitu na ziemię

Bartłomiej Leśniewski



Jak to możliwe, że dziesięć lat po zmianie zasad finansowania służby zdrowia nadal nie możemy ustalić rzeczywistych kosztów usług medycznych? Jak to zmienić?

Punkt powinien kosztować 51 zł – twardo obstawał na przelomie lat 2008–2009 NFZ. – Nie 51 zł, lecz 57 zł – protestowali dyrektorzy szpitali. Swoje postulaty dokładali przedstawiciele związków zawodowych. Nikt nie potrafił jednak przekonująco odpowiedzieć na pytanie, dlaczego 51 zł, a nie 57 zł czy 54 zł. Za kolejnymi pseudowycenami nie stały bowiem konkretne obliczenia kosztów świadczeń.

Z kapelusza

W Polsce takich obliczeń nie ma. Są ceny świadczeń, ale nie opierają się na wyliczeniach kosztów, lecz na niepisanej diagramie, którego podstawą są ceny

wynegocjowane dziesięć lat temu. Podczas wprowadzania reformy Buzka szpitale mogły indywidualnie negocjować wartości kontraktów. Ceny wyznaczał rynek lokalny, siła przebojowa negocjatorów. Kto miał większą siłę przebicia, dostawał więcej – różnice były ogromne. Sejmowa Komisja Zdrowia usiłowała wtedy – bezskutecznie – dojść, dlaczego na przykład w dwóch oddziałach o porównywalnym poziomie referencyjnym w tym samym mieście operacja wyrostka robaczkowego kosztowała raz 850 zł, innym razem zaś 2100 zł.

Z czasem NFZ zaczął ceny ujednolicać, wyciągać średnie, odmawiał podpisywania umów na sumy o wiele wyższe niż średnia krajowa. Był w tym stosunkowo skuteczny. Fundusz nie potrafił jednak wymóc na świadczeniodawcach przedstawienia rzeczywistych kosztów usług medycznych. – *Także dlatego, że wielu świadczeniodawców nie liczy realnych kosztów. Zwyczajnie nie chce im się rzetelnie przyjrzeć. Rzeczywista wycena mogłaby osłabić pozycję całych grup specjalistów. Mogłoby się*

bowiem okazać, że niektórzy doceniani specjaliści swoje zadania wykonują nieefektywnie, a inni są ewidentnie niedoceniani. To mogłoby zaburzyć wypracowany w szpitalnych załogach spokój i kompromis. A ten spokój to w warunkach ciągłej groźby protestów płacowych dobro cenione – mówi Leszek Sikorski, były minister zdrowia.

Tajemnica handlowa

Ta niemoc Funduszu nie budzi i nie może budzić niczyjzego sprzeciwu. Według obowiązujących w Polsce reguł gry, Fundusz jest płatnikiem, firmą reprezentującą pacjentów – nabywców, a świadczeniodawca sprzedawcą usługi medycznej. Sprzedawca nie ma obowiązku przedstawiania nabywcy szczegółów dotyczących poniesionych kosztów i sposobu ich liczenia. Nikomu nie przyjdzie do głowy, by żądać od właściciela supermarketu rozliczenia, ile z ceny detalicznej marchewki stanowi koszt zakupu surowca, ile prąd i płać pracowników. Sprzedawca może tą wiedzą się podzielić, ale nie musi, bo jest to jego chroniona prawnie tajemnica handlowa.

Szpitaly i inne placówki świadczące usługi medyczne zasłaniają się właśnie tajemnicą handlową. Nadal nie wiadomo zatem, jakie dokładnie koszty dodatkowe szpital w kalkulowuje w cenę zabiegu usunięcia wyrostka robaczkowego, i jaki ma z niego zysk. Nie można też rzetelnie porównać wycen różnych szpitali, bo mają różne systemy księgowania. Cenę nadal zatem reguluje... rynek? Nie. Ten w sposób wynaturzony zastępują w Polsce przepychanki negocjacyjne z NFZ, toczone w oderwaniu od kosztów i to mimo że zrobiono pierwszy krok ku ich rzetelnemu zliczaniu – wdrożono system jednorodnych grup pacjentów.

Dyskusja niemerytoryczna

W takich warunkach każda dyskusja na temat *ile za punkt* pozbawiona jest jakiegokolwiek związku z argumentami merytorycznymi. Trudno ją sprowadzić do rzeczowego poziomu, bardziej przypomina targowanie się z arabskim przekupniem na bazarze niż rzeczowe negocjacje. – *Za mniej niż 57 zł nie operujemy* – zgodnie oświadczają świadczeniodawcy. – *Więcej niż 51 zł dać nie możemy* – odpowiada NFZ. Gdyby zaś zważnione strony zapytać, ile kosztuje sam zabieg, ile leki, ile koszty, ile z tego pójdzie na zysk, odpowiedź byłaby wyjątkowo zgodna: *nie wiadomo*. Nie ma też porównania kosztów ponoszonych w różnych szpitalach, bo nikt ich nie liczy. Zamiast odpowiedzi, że *to w Polsce przeciętnie kosztuje tyle i tyle*, można uzyskać co najwyżej częściowe wyjaśnienie sprzedawcy: *ja chcę za to tyle i tyle*.

Pacjenci i lekarze od lat słuchają tych dyskusji przekupniów z politowaniem i rosnącą niecierpliwością.

Niezależna agencja

Kto zatem powinien liczyć i zestawiać koszty usług medycznych? Kto, gdy wiadomo, że nie NFZ? Odpo-

” Wielu świadczeniodawców nie liczy realnych kosztów. Zwyczajnie nie chce im się rzetelnie przyjrzeć, bo rzeczywista wycena kosztów mogłaby osłabić pozycję całych grup specjalistów ”

wiedzi na to pytanie udzielono wiele lat temu: niezależna agencja. Podobny system obowiązuje w Wielkiej Brytanii. Tam w większości przypadków zamawiającym usługi jest samorząd, sprzedawcą zaś konkretny szpital. W razie sporu cenowego obie strony mogą się odwołać do powszechnie dostępnych wycen kosztów i taryf opracowanych przez niezależną instytucję – *National Institute for Clinical Excellence*. Wyceny te publikowane są jako wytyczne.

Podobnie miało być w Polsce. Po wielu interpelacjach poselskich, presji lekarzy i samych zainteresowanych instytucji (w tym NFZ, bo i jemu ciąży ciągle wyliczanie cen z kapelusza) zobowiązano rząd, by stworzył system wyliczania kosztów do 1 stycznia 2010 r.

Zebrane dane służyłyby wszystkim podmiotom działającym w służbie zdrowia. Właściciele placówek medycznych mogliby porównać własne koszty z kosztami ponoszonymi przez innych. Dane pomogłyby również w podjęciu działań naprawczych i optymalizacji wydatków, a świadczeniodawcom i NFZ dałyby w negocjacjach twarde argumenty do ręki. Tak twarde, że uniemożliwiłyby dalszy żaloszny ping-pong w rozmowach o tym, ile *należy się* za usługę.

Pilotaż na odczepnego

Kłopot polega na tym, że rząd nieco zaspiał. Dopiero w kwietniu ogłosił, że przedłoży projekt ustawowego *zobowiązania szpitali do sprawozdawania danych kosztowych* i zabierze się do rzetelnej oceny kosztów usług medycznych. Lepiej późno niż wcale. Niestety, nawet z zebranych w sposób siłowy danych niewiele będzie wynikać, bo nikt nie będzie ich zbierał i porównywał w skali kraju. Agencja Oceny Technologii Medycznych zajmie się tym wyłącznie w skali mikro: na przykładzie kilkudziesięciu (mówi się o 40) szpitali objętych programem pilotażowym.

Choć lepsze rozwiązanie jest w zasięgu ręki (piszemy o tym na stronie 26), wybrano gorsze, bardziej czasochłonne. Chętni do pływania w mętnej wodzie nie do końca liczonych kosztów zyskają przynajmniej rok. ■