

Wycena stacjonarnego świadczenia zdrowotnego w latach 2005–2006

Domykanie bilansu

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak, Jarosław Pinkas, Józef Stępień

Wprowadzenie w 1999 r. kas chorych było początkiem trudnej i żmudnej reformy systemu ochrony zdrowia. Licząc na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, w 1998 r. oddłużono zakłady opieki zdrowotnej. Z czystym – wyzerowanym kontem finansowym, zadłużone dotychczas szpitale i przychodnie miały funkcjonować sprawniej i bez generowania kolejnych zobowiązań finansowych. Po trzech kwartałach 2004 r., a więc po niespełna 6 latach, ponowne zadłużenie systemu opieki zdrowotnej, wg relacji prasowych, dochodzi do 12 mld zł.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia, sporządzony w sierpniu 2004 r., przewidywał w 2005 r. poziom finansowania opieki zdrowotnej w granicach 31,7 mld zł. Informacje przekazane przez ministra zdrowia we wrześniu 2004 r. mówią o kwocie 33,25 mld zł.

Rozkręcona spirala

Patrząc na tempo przyrastania zadłużenia całości systemu i możliwy poziom finansowania wynikający z wpłacanej przez społeczeństwo składki zdrowotnej, można się pokusić o prognozę wskazującą, że pod koniec 2006 r. zadłużenie będzie oscylowało w granicach 50 proc. całości nakładów.

cena świadczenia zdrowotnego. Bowiern reguły ekonomiczne są nieubłagane – tylko racjonalna wycena świadczeń zdrowotnych pozwoli na przeprowadzenie właściwych procesów restrukturyzacji placówek opieki zdrowotnej.

Z punktu widzenia menedżera opieki zdrowotnej istotne jest również zdefiniowanie zakresu danego świadczenia zdrowotnego i sposobu jego realizacji.

Katalog świadczeń

Zakres świadczeń jest ciągle weryfikowany z powodu wprowadzania nowych metod terapii i nowych technologii medycznych. Bezsporną zasadą

„ Reguły ekonomiczne są nieubłagane – tylko racjonalna wycena świadczeń zdrowotnych pozwoli na przeprowadzenie właściwych procesów restrukturyzacji placówek opieki zdrowotnej „

Czy jesteśmy w stanie zapanować nad spiralą zadłużenia w racjonalny sposób? Miejmy nadzieję, że intensywne prace nad rozwiązaniami systemowymi, trwające w Ministerstwie Zdrowia i Ministerstwie Finansów pozwolą na wypracowanie kierunków dalszych przekształceń. Według autorów istotnym elementem opisywanego procesu jest wy-

jego standaryzacji jest ścisła współpraca ze środowiskiem medycznym i ostateczna akceptacja ze strony konsultantów krajowych w danej dziedzinie. Podobnie wygląda problem określenia warunków realizacji, obejmujący kryteria:

- personalne (kadra medyczna mogąca wykonać dane świadczenie),

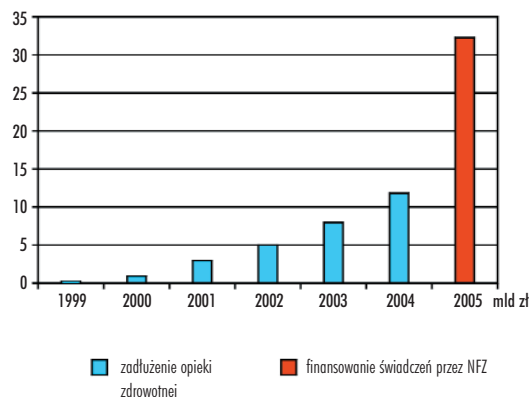
- lokalowe (m.in. sale operacyjne, OIOM, windy, sterylizacja),
- diagnostyczne (dostępność m.in. do laboratoriów, CT, NMR).

Wprowadzone kilka lat temu katalogi świadczeń zdrowotnych, początkowo obejmujące hospitalizacje zabiegowe, a następnie zachowawcze, stały się podstawą nie tylko określenia zakresu świadczenia, ale i warunków jego realizacji.

Od 2002 r. w każdym kolejnym roku wdrażano nową wersję katalogów, uaktualnianych na podstawie doświadczeń świadczeniodawcy i płatnika.

Kasy chorych, a następnie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktowały świadczenia

Szpitalny węzeł



cena świadczenia + obsługa i spłata zadłużenia ≠ oczekiwana cena świadczenia zdrowotnego

zgodnie ze wspólnie wypracowywanymi sugestiami środowiska medycznego i płatnika.

Trudno było ujednolicić nazewnictwo i zakres świadczenia w różnych zakątkach kraju, niemniej jednak takie prace dawały pozytywne efekty. Przykładem może być wspólne opracowywanie i wdrażanie katalogów przez niektóre kasy chorych (m.in. Kujawsko-Pomorską, Zachodniopomorską, Pomorską, Warmińsko-Mazurską, Podlaską czy Wielkopolską).

Fakt, że świadczeniodawcom nie domykał się bilans, nie może być podstawą do wyciągania wniosków o zły wycenienie zakupywanych hospitalizacji. Winą można obarczyć brak narzędzia, jakim jest standaryzacja wyceny świadczenia, co nie pozwala na właściwą ocenę zagadnienia.

Wyceny hospitalizacji szpitalnych w oparciu o ceny na rynku usług medycznych i ceny badań pełnopłatnych poza systemem ubezpieczeń stały się pod-

” Zakres świadczeń jest ciągle weryfikowany z powodu wprowadzania nowych metod terapii i nowych technologii medycznych ”

Kolejnym etapem było ustalenie, kto może realizować świadczenie zdrowotne. Próbę ujednolicenia zasad rozwiązywania tego niezwykle istotnego problemu podjęto w skali kraju w 2004 r.

Autorzy artykułu uważają, iż należy nadal doskonalić powyższe rozwiązania, wprowadzając coraz bardziej precyzyjne narzędzia standaryzacji świadczeń zdrowotnych.

Standaryzacja wyceny

Rok 1999 pokazał, że placówki opieki zdrowotnej, zasilane ze środków budżetowych, nie są w stanie zaspokoić swoich potrzeb finansowych. Kwoty przeznaczane przez płatnika na zakup świadczeń zdrowotnych były, w opinii świadczeniodawców, za niskie. Jednak do dzisiaj nikt nie odpowiedział na pytania:

- o ile za niskie,
- jakie kryteria pozwoliły na określenie poziomu niedofinansowania.

stawą pierwszych prób przyporządkowania wartości punktowej danym świadczeniom katalogowym.

Płacenie za usługę było kolejnym krokiem na drodze do porządkowania funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Realizacja świadczeń zdrowotnych przez nowe podmioty wyłonione w drodze konkursów ofert na lata 2003 i 2004 (a więc placówki nieobciążone balastem zadłużenia) pokazała, iż proponowane, wymagające jeszcze wielu korekt wyceny świadczeń katalogowych nie spowodowały krachu finansowego zakładów opieki zdrowotnej.

Ważny jest również fakt, że budżetowe finansowanie opieki zdrowotnej spowodowałoby zamknięcie rynku dla nowo powstałych placówek. Jak wyglądałaby wobec powyższego restrukturyzacja placówek opieki zdrowotnej, nad którą intensywnie pracują politycy wszystkich opcji politycznych? Jak kształtować cenę świadczenia zdrowotnego w kontekście wzajemnych rozliczeń państw członków UE?

Należy zachować właściwe relacje wyceny świadczenia zdrowotnego realizowanego w warunkach ambulatoryjnych do jego realizacji w warunkach stacjonarnych.

Nie można doprowadzić do tworzenia mechanizmu, powodującego napędzanie do szpitala pacjentów, którym można by udzielić świadczenia zdrowotnego w warunkach ambulatoryjnych.

Metodologia wyceny

Opracowanie standardu wyceny świadczenia zdrowotnego jest jednym z pilniejszych zadań w 2005 r. W wycenie należy ująć elementy kształtujące ostateczną wartość hospitalizacji:

- koszty osobowe (ważne, aby niskie pensje lekarzy specjalistów nie powodowały ich masowego exodusu za granicę),
- koszty stałe wynikające z dzierżawy gruntu, opłat za energię itd.,
- koszty pracy bloku operacyjnego,
- koszty odtworzenia bazy sprzętowej.

otrzymały stawkę wyceny punktowej wyższą, aniżeli placówki akademickie realizujące świadczenia wysokospecjalistyczne.

Perspektywy

Dotychczasowe doświadczenia wynikające z funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego powinny być wykorzystywane na bieżąco. Modyfikacja nie może być zaburzana doraźnymi, indywidualnymi lub regionalnymi interesami.

Szeroko stosowana dotychczas uznaniowość w podejściu do wyceny hospitalizacji (zarówno w systemie budżetowym, jak i w systemie katalogowym) powoduje duże perturbacje finansowe całego systemu, z czego nie wszyscy zdają sobie sprawę. Ustępstwa giną przy zastosowaniu przejrzystych zasad.

Margines odstępstw musi być minimalny i jasno określony.

Równoległych prac, opartych na zbliżonych zasadach, wymaga też wycena świadczeń w po-

” Niedomknięty bilans niektórych świadczeniodawców był potwierdzeniem braku narzędzia, jakim jest standaryzacja wyceny świadczenia ”

Po wypracowaniu wraz ze środowiskiem świadczeniodawców metodologii, należy właściwie korygować cenę hospitalizacji. Pierwsze takie działania są możliwe przy zakupie świadczeń na 2006 r. Jednak trzeba pamiętać, aby placówki odpowiedniego poziomu miały jednolitą wycenę w skali kraju.

Należy uniknąć błędu zakupu świadczenia w dowolnej cenie (konieczne jest określenie zakresu cenowego), co miało miejsce w 2004 r., kiedy placówki powiatowe posiadające 4–5 oddziałów

zostały zakresach (głównie specjalistyka ambulatoryjna i podstawowa opieka zdrowotna).

Polskie Towarzystwo Standardów Medycznych jest profesjonalnie przygotowane do prowadzenia prac w każdej z tych dziedzin.

*Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak,
Jarosław Pinkas, Józef Stępień*

*Praca oryginalna z dziedziny organizacji
ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej
Polskie Towarzystwo Standardów Medycznych
Polstmed*