

Taryfikacja: krótka historia, duże wyzwania



Fot. iStockphoto.com 2x

Kalkulator czy kalkulacja

System taryfikacji świadczeń czekają poważne zmiany. Warto zauważyć, że żadna taryfa ustalona według wciąż obowiązujących reguł nie miała jeszcze okazji wejść w życie. Ocena zmian jest zatem o tyle utrudniona, że nie sposób rozstrzygnąć, czy instytucja taryfikacji miała okazję sprawdzić się w praktyce.

„Zwykle potrzeba taryfikacji pojawiała się jako rezultat negocjacji pomiędzy płatnikami a świadczeniodawcami. Wprowadzana była albo dobrowolnie, albo poprzez rozjemcze decyzje państwa”

Część zmian, nawet po „suchym” teście funkcjonowania, jest niezbędna. Inne mogą budzić kontrowersje, a na pewno staną się przedmiotem ożywionej dyskusji nie tylko wśród kadry zarządzającej systemem ochrony zdrowia.

Geneza

Taryfikacja świadczeń jest instytucją znaną dość powszechnie w systemach ochrony zdrowia w innych krajach. Zwykle potrzeba taryfikacji pojawiała się jako rezultat negocjacji pomiędzy płatnikami a świadczeniodawcami. Wprowadzana była albo dobrowolnie, albo poprzez rozjemcze decyzje państwa. To ostatnie rozwiązanie znane jest na przykład ze Szwajcarii, gdzie federalny departament świadczeń zdrowotnych gra rolę arbitra pomiędzy poszczególnymi interesariuszami. W krajach, w których funkcję ubezpieczyciela i płatnika pełni państwo (w tym poprzez samorząd), taryfy są jedną z metod administrowania ochroną zdrowia i alokacji zasobów. Anglia, Włochy czy Szwecja – to przykłady takiego rozwiązania.

W Polsce

Co ciekawe, gdy w Polsce rozpoczęła się dyskusja o taryfach, system oparty był na Kasach Chorych. Każda kasa tworzyła własny system taryfowy na podstawie różnych założeń i definiowania „produktów” rozliczeniowych. Utworzenie NFZ doprowadziło do konieczności przyjęcia ujednoliconego systemu, który z niewielkimi modyfikacjami funkcjonuje do dzisiaj.

Wraz ze scaleniem funkcji płatnika w jednej organizacji problem taryfikacji nie został jednak rozwiązany w sposób kompleksowy. Skargi świadczeniodawców trafiały do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który rozstrzygnął – ostatecznie przed sądem – w kilku przypadkach kwestie nieadekwatności taryf, co oczywiście nie rozwiązało problemu całkowicie.

W 2012 r. centrala NFZ podjęła bardziej usystematyzowane kroki w celu przeprowadzenia wyceny według jednolitej metodologii opartej na badaniu kosztów. Niewielka grupa badanych podmiotów oraz

relatywnie ograniczony zakres analiz i zmian nie pozwoliły na ocenę, czy taka metoda byłaby skuteczna. Praktycznie bowiem już w 2013 r. minister zdrowia podjął decyzję o przeniesieniu kompetencji wyceny do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Agencja ta miała uzyskać nie tylko wydłużenie nazwy o „i Taryfikacji”, lecz także kilkadziesiąt milionów złotych z odpisu od składki na ubezpieczenie zdrowotne na wykonanie tego zadania.

Działa, ale nie do końca

Agencja uzyskała ostatecznie te kompetencje 1 stycznia 2015 r., gdy nowelizacja ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej weszła w życie. Było dość oczywiste, że w pierwszej kolejności do oceny zostaną wzięte pod uwagę te procedury, które prawdopodobnie były niedoszacowane. Sprzyjała temu zarówno dobra koniunktura gospodarcza, która przełożyła się na większe wpływy ze składek, jak i okres przedwyborczy. W rezultacie opublikowane taryfy były wyższe od dotychczas obowiązujących, ale... pojawiły się inne problemy.

Po pierwsze należy zwrócić uwagę, że wycena agencji musi być w myśl ustawy „względna” i wyrażona w punktach. Czyli faktyczna wycena może być, zgodnie z prawem, zmieniona przez płatnika (w przypadku np. niedysponowania wystarczającymi zasobami), poprzez korektę wartości samego punktu. Ostatecznie na rozstrzygnięcie tego dylematu mamy czas do końca roku.

Po drugie wycena dotyczy istniejących procedur. Ustawodawca nie wziął pod uwagę, że stworzony jeszcze przez prezesa Millera system rodzajów i zakresów świadczeń mógłby z czasem ewoluować. To oznaczało konieczność rozstrzygnięcia problemów kompetencyjnych, które ostatecznie znalazły stosowny zapis w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów.

Po trzecie, mimo podwójnych zachęt (wynagrodzenie za sam udział w programie dla szpitali oraz dodatkowe punkty w ocenie ofert) i objęcia badaniami obszarów potencjalnie niedoinwestowanych, chętnych do dzielenia się tajnikami swoich finansów nie było wielu. Przyczyny były zapewne o tyle fundamentalne, o ile zarządcze i część z nich mogłaby zostać poprawiona nie tyle przez zmianę przepisów, ile praktyki ich stosowania.

Tymczasem jednak stoimy przed kolejną ewolucją prawa w tym zakresie i warto przyrzeć się, jakie konsekwencje nowe regulacje mogą przynieść dla praktyki funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Nowy projekt

Po pierwsze, zgodnie ze „świecką tradycją” projekt ustawy zwiększa dyskrejonalną władzę ministra w zakresie tworzenia, a tym samym realizacji planów



taryfikacji. W praktyce agencja będzie musiała przeprowadzić taryfikację danego świadczenia, którą kierownictwo resortu uzna za słuszną. Zmiana ma zachodzić w szczególnie uzasadnionych przypadkach, jednak w praktyce będzie oznaczała wyłom w zasadzie stabilnego stanowienia taryf świadczeń. Zgodnie z projektem nowej regulacji samo formalne ogłoszenie i ustanowienie taryfy przestaje być domeną prezesa agencji, a staje się kompetencją ministra zdrowia.

Zmienia się w pewnym zakresie procedura tworzenia taryfy. Agencja będzie miała szersze możliwości jej konsultowania i zbierania uwag. W raporcie przygotowanym dla rady prezes musi uwzględnić więcej analiz i decyzję dużo głębiej uzasadnić. Ta zmiana powinna sprzyjać jakości ustalanych taryf. Jakości sprzyjać będzie także obowiązkowy udział podmiotów leczniczych w tym procesie, ponieważ pozwoli agencji na dobór bardziej reprezentatywnej próby spośród świadczeniodawców realizujących umowy z publicznym płatnikiem.

Wątpliwości nie budzi ocena wpływu danego świadczenia na stan zdrowia populacji. Taka ocena jest oczywiście kluczowa dla wprowadzenia danego świadczenia jako gwarantowanego, zatem analiza pomoże w tej do-

„Zgodnie z projektem nowej regulacji samo formalne ogłoszenie i ustanowienie taryfy przestaje być domeną prezesa AOTMiT, a staje się kompetencją ministra zdrowia”

celowej decyzji. Pośrednio może mieć wpływ na współfinansowanie przez pacjentów.

Ciekawy jest też postulat przedstawienia wariantów taryfy. Kusząc się o interpretację celów, można przypuszczać, że celem może być właśnie określenie poziomu współfinansowania, ale także określenie na przykład trzech stawek, z których nawet najniższa pokrywa koszty bazowe, a wyższe zapewniają większą motywację do wykonywania danego świadczenia. Dochodzimy bowiem do sedna celów projektu regulacji.

„Nierozstrzygnięty pozostaje problem ewentualnego współfinansowania świadczeń”

Ocena pożądaney podaży

Szczególnie rewolucyjna jest zresztą nie sama obowiązkowa analiza wpływu zmiany taryfy na system ochrony zdrowia i podmioty lecznicze. Znacznie poważniejszą zmianą jest wymóg uzyskania oceny pożądaney podaży danego świadczenia. Nie ulega wątpliwości, że praktycznie na całym świecie część świadczeń jest realizowana, a pozostałe nie – z innych powodów niż względy czysto medyczne. Intencją zapisu jest, jak się wydaje, uzależnienie poziomu taryfy od tego, czy dany rodzaj świadczenia jest „niedowykonywany”. W tym przypadku wycena mogłaby pójść w górę w stosunku do analizy kosztowej. W przypadkach nadużywanych świadczeń wycena mogłaby pójść w dół.

Nie chodzi tu wyłącznie o motywację ekonomiczną lub precyzyjniej nie tylko o bezpośrednie korzyści związane z wykonaniem większej liczby procedur dla większego grona pacjentów. I nie tylko o wybór procedury, której realizacja jest bardziej opłacalna niż dostępna alternatywa. Należy także brać pod uwagę opinie pacjentów i ich preferencje, zabezpieczenie się przed potencjalnymi roszczeniami odszkodowawczymi czy nawet oczekiwany przez lekarza efekt placebo danego działania.

Nie jest zatem łatwo odpowiedzieć na pytanie, jaki jest pożądaney poziom realizacji danego świadczenia. Tym bardziej, że w projekcie ustawy minister nie określił wcale, dla kogo jest pożądaney, jakimi kryteriami się posługiwać oraz jak ważny dla określenia danej taryfy ten czynnik ma być. Pewne jest natomiast, że stanie się przedmiotem bardzo intensywnych dyskusji i sporów.

Współfinansowanie

Zmiany w taryfikacji, jakkolwiek ważne, nie powinny przesłonić jeszcze istotniejszego kontekstu. Zgodnie z zapowiedziami, że sposób określenia finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych powinien być podobny i spójny z metodyką określania finansowania technologii lekowych, minister zdrowia przyznaje sobie tu jeszcze większe uprawnienia. Przede wszystkim minister będzie mógł łatwiej, działając z urzędu lub na wniosek, skreślić świadczenie gwarantowane z listy lub zmodyfikować jego zakres, a także samą technologię. Jest to niezbędne, ponieważ przepisy ustawy utrudniały do tej pory takie porządkujące działania.

Problemem, który pozostaje nierozstrzygnięty, jest ewentualnie kwestia współfinansowania świadczeń. Co prawda i obecnie minister mógł zmienić poziom (kwotowy lub procentowy) świadczenia gwarantowanego, jednak z drugiej strony ustawa przewiduje, pod obstrzeceniami, sposób współfinansowania części kosztów bytowych z zakresu opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej, sanatoriów i zakładów rehabilitacji. Przepisy pozostają zatem nadal niespójne, ponieważ trudno będzie na ich podstawie stwierdzić, co zrobić, jeśli minister nie skreśli danego świadczenia z listy świadczeń gwarantowanych, ale zmieni poziom jego finansowania procentowo, np. na poziomie 50 proc. wyceny taryfowej?

Na razie rozważania takie są czysto teoretyczne, niemniej mogłoby to być swego rodzaju kompromis dla świadczeń o umiarkowanym lub wręcz wątpliwym wpływie na zdrowie mieszkańców.

Dyskusja

W projekcie brakuje odniesienia do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. Co prawda zapowiadana jest odrębna regulacja, zakładająca ustalenie minimalnych wynagrodzeń pracowników. Niemniej brak wskazanych przedstawicieli „białego” personelu zarówno na etapie tworzenia raportu, jak i konsultacji przez Radę ds. Taryfikacji wydaje się poważnym mankamentem, ponieważ z pewnością będzie to jedna z najbardziej zainteresowanych procesem taryfikacji grup społecznych.

Należy pamiętać, że taryfikacja będzie wpływała na rozwój medycyny transgranicznej. Przy tworzeniu powyższej regulacji nie przeprowadzono analizy, jak nowa regulacja wpłynie na leczenie polskich pacjentów za granicą i zagranicznych w naszych szpitalach i przychodniach. Będzie to wymagało prawdopodobnie kolejnych korekt legislacyjnych.

Olbrzymią szansą kontynuacji budowy nowoczesnego systemu zabezpieczenia zdrowotnego są rozwiązania mocniej wiążące taryfikację z systemem rozwoju koszyka. Jest to jednocześnie olbrzymie wyzwanie ze względu na bezwładność całego systemu, aktywność silnych grup reprezentujących sprzeczne interesy oraz trudność w przetłumaczeniu działań na język zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy.

To ostatnie jest warunkiem sukcesu, ponieważ tylko wtedy zostanie on zaakceptowany, gdy po pierwsze będzie oznaczał pozytywne zmiany, przede wszystkim dla pacjentów, a po drugie zakres i tempo zmian będą akceptowalne zarówno dla organizacji ochrony zdrowia, jak i jej pracowników.

*Tadeusz Jędrzejczyk
Autor jest ekspertem z zakresu medycyny społecznej,
organizacji ochrony i zdrowia publicznego.
Do marca 2016 r. był prezesem NFZ.*