

Taryfikacja świadczeń – komu i po co jest potrzebna



Czy można zbudować świadczeniomierz?

W ostatnim czasie sporo się mówi o działaniach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w aspekcie taryfikowania przez nią usług medycznych. Najczęściej przekazywaną informacją jest obniżka lub groźba obniżki kolejnej taryfy, natomiast w przypadku ich podwyższenia słychać komentarze o niedostatecznym wzroście. Może więc pora, aby podyskutować nad potrzebą właściwej taryfikacji usług medycznych, ponieważ jest ona jednym z narzędzi potrzebnych do zrównoważenia systemu.

Bezsporne jest to, że podstawowymi problemami systemu opieki zdrowotnej są jego głębokie niedofinansowanie i brak kadr medycznych. Można nawet postawić śmiałą tezę, że przy tej wielkości finansowania usług medycznych oferuje się Polakom relatywnie bardzo dobry ich poziom. Aby jednak nastąpiła dalsza poprawa, niezbędny jest wzrost nakładów i zwiększenie liczby kształconych profesjonalistów medycznych.

Niezależnie jednak od tych podstawowych problemów – system jest źle zorganizowany, co teoretycznie ma poprawić wprowadzana sieć szpitali. Kolejnym zadaniem, z którym trzeba się zmierzyć, jest właściwa wycena usług zdrowotnych, aby płacić podmiotom leczniczym za wykonywane przez nie usługi adekwatnie do ponoszonych kosztów.

Cele taryfikacji

Czym jest taryfikacja świadczeń? Najprościej rzecz ujmując: jest to ustalenie dla każdego świadczenia medycznego takiej wartości punktowej (taryfy), aby jej iloczyn z wartością tzw. punktu rozliczeniowego dawał wartość równą wycenie świadczenia. Powszechnie jest oczekiwanie stałego wzrostu wartości punktu rozliczeniowego, który w przypadku leczenia szpitalnego od 2011 r. wynosi 52 zł. Tymczasem podniesienie samej wartości punktu prowadzi do podwyższenia wyceny zarówno niedoszacowanych, jak i przeszacowanych świadczeń. Zdecydowanie rozsądniejszym postępowaniem byłaby zmiana samych taryf, gdyż prowadziłyby to do zbliżenia rentowności wszystkich wykonywanych usług, tzn. podniesienia wyceny świadczeń niedoszacowanych i czasami nieprzyjemnego obniżenia wycen świadczeń przeszacowanych. Efektem ostatecznym właściwej taryfikacji powinno być doprowadzenie do zbliżonej rentowności wszystkich wykonywanych świadczeń. Taryfikacja ma też inne cele – z punktu widzenia organizatora opieki zdrowotnej. Może mobilizować do wykonywania pewnych usług medycznych poprzez lepszą niż średnia wycenę, ale też demotywować do wykonywania tych usług, które – zdaniem odpowiedzialnych za system – są wykonywane w nadmiarze bądź stanowią np. przestarzałą technologię. Właściwa taryfikacja w połączeniu ze stałym przebudowywaniem jednorodnych grup pacjentów (JGP) może też prowadzić do ograniczenia zjawiska tzw. *upcodingu*, czyli takiego rozliczania, aby uzyskać maksymalną płatność niezależnie od wykonanej procedury medycznej.

Taryfikacja świadczeń jest procesem ciągłym, gdyż taryfy muszą się zmieniać nie tylko w związku ze zmianą kosztów (wynikającą chociażby z nieuniknionego wzrostu wynagrodzeń pracowników), lecz także z pojawianiem się i zanikaniem technologii medycznych.

Płatnik i kreator w jednym

Do końca 2014 r. ustalaniem wartości taryf dla poszczególnych świadczeń zajmował się Narodowy

„Właściwa taryfikacja może prowadzić do ograniczenia zjawiska tzw. *upcodingu*, czyli takiego rozliczania świadczeń, aby uzyskać maksymalną płatność niezależnie od wykonanej procedury medycznej”

Fundusz Zdrowia. Była to sytuacja dość nieszczęśliwa, ponieważ w ręku publicznego płatnika znajdowały się wszystkie narzędzia do kształtowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Fundusz, który w zasadzie powinien być wyłącznie płatnikiem, był kreatorem polityki zdrowotnej państwa. To od niego zależało, ile będzie podmiotów leczniczych realizujących konkretne usługi, gdzie one będą i jakie będą wartości ich kontraktów, ale też ile za poszczególne usługi będzie płacił. Przy braku map potrzeb zdrowotnych i wynikającego z nich planu zabezpieczenia podmioty powstawały i rozwijały się żywiołowo w miejscach, gdzie niekoniecznie istniały potrzeby zdrowotne, ale był potencjał do uruchomienia określonej działalności. Jak się można domyślać, najbardziej rozwijały się te zakresy medycyny, gdzie wycena świadczeń była szczególnie dobra. Efekty można różnie oceniać: rozwinęła się kardiologia interwencyjna, ale zabrakło ośrodków rehabilitacji kardiologicznej czy poradni kardiologicznych, zwłaszcza poza dużymi miastami. Ponieważ lepiej wyceniano świadczenia specjalistyczne, szczególnie w dużych miastach, zniknęły oddziały wewnętrzne i dziecięce, a na ich miejsce powstały oddziały wąskospecjalistyczne. Często profilowano oddziały do leczenia procedur dobrze opłacanych, segregując pacjentów. Powstawały więc placówki, o których wręcz mówiono, że „wyjadają rodzynki z ciasta”.

Błędna alokacja

Ten błędny w założeniu model spowodował, że struktura miejsc udzielania świadczeń z każdym rokiem ulegała deformacji. Jak wspomniałem wyżej, sieć szpitali z biegiem czasu ma doprowadzić do bardziej sensownego rozmieszczenia ośrodków w liczbach potrzebnych do zabezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa. Drugim elementem naprawy jest wyprowadzenie z gestii płatnika taryfikacji świadczeń.

Już w 2004 r., w tzw. planie Hausnera, postulowano utworzenie dwóch odrębnych agencji oceny technologii medycznych, ale też taryfikacji. Początkowo powstała tylko jedna, ale po dziesięciu latach zdecydowano o zajęciu się także tym drugim zadaniem. Od 1 stycznia

„Szpital w okresie rozliczeniowym będzie się rozliczał ryczałtem, ale sprawozdawane świadczenia staną się podstawą modyfikacji ryczałtu w kolejnych latach”



2015 r. zadanie ustalania należnych taryf zostało przekazane Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jednocześnie AOTMiT rozpoczęła mozolną pracę dostosowywania taryf do rzeczywiście ponoszonych kosztów.

W bezsensownym szukaniu ideału

Nie ma idealnej metody taryfikowania świadczeń. Wycenianie pojedynczych procedur jest obarczone dość istotnym błędem, ponieważ nie sposób precyzyjnie oszacować w nich kosztów utrzymania gotowości podmiotów leczniczych, zwłaszcza że koszty te są w miarę stałe, a wielkości kontraktów zróżnicowane. Podobnie jest z kosztami wynikającym z już istniejących poziomów referencyjnych niektórych oddziałów. Ale z drugiej strony wątpliwe jest różne wycenianie procedur medycznych, których koszt jednostkowy jest bardzo zbliżony. Trudno na przykład znaleźć uzasadnienie wyższej płatności za zabieg wycięcia wyrostka robaczkowego w szpitalu wojewódzkim niż szpitalu powiatowym, zwłaszcza że w wielkich miastach duże szpitale leczą wszystkich pacjentów, ze wszystkimi chorobami.

Agencja przyjęła za podstawową metodę tzw. analizę mikrokosztów, czyli sprawozdawanych przez szpitale kosztów leczenia w ujednoliconym formacie. Gdyby te dane przekazywały wszystkie szpitale, to można by uzyskać pewną średnią wartość, odpowiadającą rzeczywiście ponoszonym kosztom. Powracającym problemem jest jednak to, że dane przekazuje tylko część szpitali, co wpływa na reprezentatywność próby.

Drugą metodą modyfikującą analizę mikrokosztów jest tzw. jednostka optymalna, czyli opracowywany przy współudziale ekspertów model wirtualnego oddziału czy pracowni, do którego dopasowuje się sprawozdawane koszty. Metoda ta w większym stopniu pozwala ująć koszty utrzymania gotowości. Do tego dochodzi jeszcze tzw. metoda podaży-popytu, czyli modyfikowanie taryf w zależności od tego, czy organizator opieki zdrowotnej chce ceną stymulować wykonywanie większej liczby świadczeń, czy przeciwnie – ograniczać je na korzyść metod alternatywnych.

Dodatkowe korekty

W każdym z tych przypadków taryfy są dodatkowo korygowane np. o przewidywany wzrost kosztów w okresie od sprawozdania danych przez szpitale do momentu ich wejścia w życie. Metodologia stosowana przez AOTMiT jest zresztą jawna i dostępna na jej stronach internetowych dla wszystkich zainteresowanych.

Istnieje jednak jeszcze jeden problem, którym jest ustawowo określony czas wejścia w życie nowych taryf. Przy obecnym stanie prawnym taryfy ogłoszone przez prezesa AOTMiT przed 30 czerwca mogą wejść w życie od początku kolejnego roku. W przypadku obwieszczeń ogłoszonych po tej dacie wejście w życie może nastąpić po kolejnym roku, co może znacząco wpływać na aktualność taryf. Niewykluczone zatem, że ten zapis zostanie zmieniony, aby nowe taryfy mogły zaistnieć po niezbędnym *vacatio legis*, ale bez związku z kalendarzem.

Taryfy a jednorodne grupy pacjentów

Jednym z problemów, na które natknęła się AOTMiT, były wątpliwości co do konstrukcji niektórych JGP, których dotyczyła taryfikacja. Z założenia JGP powinny być „workami”, w których rozliczane są procedury dotyczące zbliżonej okolicy anatomicznej i o porównywalnych kosztach wykonania. W toku prac AOTMiT okazało się, że w wielu przypadkach w tych samych grupach znajdują się procedury o kosztach bardzo zróżnicowanych. Powodowało to, że uśredniona cena dla grupy nie odpowiadała rzeczywistym kosztom niektórych procedur, zwłaszcza tych bardziej złożonych. Z drugiej strony stwarzało to możliwość uzyskiwania przy stosunkowo niewielkich nakładach bardzo dobrej płatności. Dlatego w wielu przypadkach prace AOTMiT doprowadziły do przebudowy grup – przesunięcia do innych grup niektórych procedur czy utworzenia nowych, np. fakovitrektomii, czy w przypadku badań TK i NMR nieobjętych grupami JGP – do badań trzech okolic anatomicznych. Takim przykładem była też próba wyceny świadczeń perinatologicznych, uznawanych za niedoszacowane. Analiza kosztów wykazała, że nie sposób wycenić ich właściwie w ramach istniejących grup, dlatego Rada ds. Taryfikacji zarekomendowała całkowitą ich przebudowę we współpracy z odpowiednimi towarzystwami naukowymi. Jak z tego wynika, praca przy wycenach świadczeń ma dalej idące skutki.

Taryfikacja a sieć

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania szpitali sieciowych powoduje pewne niezrozumienie. Wiele osób głosi tezę, zgodnie z którą szpitale mają otrzymać ryczałt na zasadzie „czy się stoi, czy się leży”. W takiej sytuacji praca AOTMiT przy taryfikacji byłaby pozbawiona sensu. Tymczasem model opiera się na dalszym sprawozdawaniu wykonanych świadczeń, z tym że nie są one podstawą do wystawienia faktury, tak jak to było do tej pory. Szpital w okresie rozliczeniowym będzie się rozliczał ryczałtem, ale sprawozdawane świadczenia będą podstawą do modyfikacji ryczałtu w kolejnych latach, podobnie jak ma to miejsce obecnie np. w przypadku SOR-ów. Jest to model dość sprytny, bo zamyka dotychczasowy problem z tzw. nadwykonaniami, chociaż tworzący kolejny – z metodą wyliczania ryczałtów na następne okresy. W każdym razie właściwa taryfikacja również w tej nowej formie rozliczania świadczeń jest po prostu niezbędna.

Narzędzie kształtowania rynku usług medycznych

Jak wcześniej wspomniałem, rolą taryf jest nie tylko dokładne oszacowanie kosztów wykonania świadczenia. Za pomocą taryf organizatorzy systemu mogą wpływać na większe lub mniejsze zainteresowanie wykonywaniem określonych świadczeń. Obecne istnienie taryf przeszacowanych może powodować nadmierne

„Do końca 2014 r. ustalaniem wartości taryf poszczególnych świadczeń zajmował się NFZ. Była to sytuacja dość nieszczęśliwa”

wykonywanie określonych świadczeń, na pograniczu tzw. hazardu moralnego. W przypadku taryf niedoszacowanych występuje zjawisko ustawiania pacjentów w niekończących się kolejkach. Można to zwalczać kolejnymi próbami uszczelniania systemu kolejkowego, ale jest to droga donikąd.

Tego typu zachowania wskazują, że organizator może czynnie – poprzez właściwe taryfy – wpływać na zachowania realizatorów usług. I takie mechanizmy są wykorzystywane przez AOTMiT. Jako przykład można podać podwyższenie o 20% taryfy na pobranie nerki od dawcy żywego w stosunku do taryfy wynikającej ze sprawozdawanych mikrokosztów. W Polsce udział pobrań od dawców żywych jest znikomy w porównaniu z innymi krajami UE, więc może podwyższenie taryfy będzie pewnym bodźcem zachęcającym, zwłaszcza że przeszczep nerki jest znacznie tańszy i lepszy dla pacjenta niż długotrwała dializoterapia. Przeciwnym przykładem jest odrzucenie podwyższonej taryfy na zabiegi amputacyjne, ponieważ procent amputacji w Polsce jest wyższy niż w innych krajach UE. Jednocześnie Rada ds. Taryfikacji zaproponowała powrót do tej taryfy, ale równoległe do taryfikacji leczenia zachowawczego.

Jeszcze inną odsłoną możliwości wynikających z taryfikacji jest zjawisko wielokrotnego przyjmowania pacjentów, aby uzyskać lepszą płatność z NFZ. Dotychczasowe prace AOTMiT pozwoliły wskazać wiele przykładów, w których do tej pory nie istniała możliwość kompleksowego rozliczenia zabiegu czy badania, bo dotychczasowe produkty rozliczeniowe tego nie umożliwiały. Przykładami są wspomniane już stworzenie możliwości rozliczenia jednoczesnej fakovitrektomii czy wykonania badania TK lub NMR dla trzech obszarów anatomicznych.

Agencja zaczęła też wyceniać procedury dotychczas niewycenione, takie jak leczenie siatkówczaka melfalanem czy procedury bariatryczne. Wszystkie te przykłady świadczą o tym, że działalność AOTMiT, choć niepozbawiona błędów, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu i regulowaniu całego systemu opieki zdrowotnej.

Współpraca wszystkich interesariuszy

Współpraca podmiotów leczniczych z AOTMiT, polegająca na powszechnym przekazywaniu jej rzetelnych



„Za pomocą taryf organizatorzy systemu mogą wpływać na większe lub mniejsze zainteresowanie wykonywaniem określonych świadczeń”

danych, jest niezbędna do tworzenia prawidłowych taryf. Weźmy dwa przeciwstawne przykłady. Jeżeli dane przekazałyby w przeważającej części duże szpitale, to wynikająca z nich taryfa byłaby lukratywna dla mniejszych szpitali, o mniejszych kosztach własnych. W przeciwnej sytuacji, gdyby przekazały je wyłącznie małe szpitale, o niskich kosztach, to wówczas ta taryfa byłaby prawdopodobnie znacznie zaniżona dla dużych szpitali.

Także współpraca z ekspertami i towarzystwami naukowymi jest niezmiernie ważna dla prawidłowego procesu taryfikacji. Uwagi i wskazówki ekspertów wielokrotnie pozwoliły zarówno Agencji, jak i Radzie ds. Taryfikacji skorygować wcześniejsze propozycje.

Jeżeli uznamy, że właściwie ustalone taryfy są korzystniejsze dla znacznej większości interesariuszy systemu, to wydaje się naturalne, że wszystkim powinno zależeć na ich prawidłowym tworzeniu.

Kogo bolą zmiany w taryfach?

Pytanie jest przewrotne, bo chwilę wcześniej pisałem, że działalność AOTMiT wydaje się korzystna dla prawie wszystkich interesariuszy. Ale zostaje właśnie to „prawie”. System opieki zdrowotnej w Polsce przez całe lata był nietransparentny i nieregulowany. Do rangi wyroczni podnoszono dogmat samoregulacji systemu w wyniku działania mechanizmów rynkowych. Do samowyregulowania nie doszło, ale rozwinęła się grupa interesariuszy, którzy z takiej właśnie konstrukcji systemu czerpali profity. Oczywiście ich działalność była korzystna dla pewnych grup pacjentów, ale odbywała się w dużej mierze kosztem innych podmiotów leczniczych i innych pacjentów.

Gdyby AOTMiT zajęła się wyłącznie podnoszeniem taryf, jej praca pewnie byłaby lepiej oceniana. Jednak proces wzrostu nakładów na system opieki zdrowotnej postępuje bardzo powoli, wręcz niedopuszczalnie powoli. Gdyby taryfy wyłącznie podnoszono, może byłoby to dobre dla podmiotów leczniczych, ale spowodowałoby poważne ograniczenie liczby świadczeń udzielanych pacjentom. A to nie jest rozwiązanie akceptowalne dla nikogo. Dlatego pozostaje nam – cytując niedawno zmarłego Wojciecha Młynarskiego – robić swoje. Jeżeli pozostali uczestnicy systemu zechcą współpracować z AOTMiT, to może efekty jej pracy będą coraz bardziej zauważalne i coraz powszechniej akceptowane.

Maciej Biardzki
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.