



foto: PAP

# Kijem i marchewką

Rozmowa z Kazimierzem Łukawieckim, dyrektorem Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Czy program rejestru usług medycznych zdał egzamin?

Pilotażowy program RUM zaczęliśmy realizować na Opolszczyźnie w 1996 r. Od tamtego czasu bezustannie go modyfikujemy i dzisiaj – po wielu zmianach – fundusz czerpie z niego wiele wymiernych korzyści. W województwie śląskim RUM funkcjonuje prawdopodobnie jeszcze lepiej – ze względu na wprowadzenie elektronicznych kart pacjenta.

Co miał pan na myśli, mówiąc o *wymiernych korzyściach*?

Przede wszystkim jest to użyteczne narzędzie, umożliwiające kontrolowanie, jak są realizowane kontrakty przez świadczeniodawców. Ponadto ułatwia przygotowywanie planów na następne lata. Dzięki danym gromadzonym przez RUM wydział kontroli może efektywniej wykonywać i planować swoją pracę. Warto bowiem zauważyć, że w bazie danych są

szczególne informacje na temat pacjenta, kodu i rodzaju usługi, terminu jej wykonania, instytucji zlecającej oraz świadczącej usługi, a także kod rozpoznania wg IC 10 i IC 9. Analizy świadczeń, wykonywane w różnych konfiguracjach, służą także innym wydziałom pracującym w ramach RUM. To pozwala nam, np. na prognozowanie regionalnych tendencji w ochronie zdrowia oraz zagwarantowanie dostępności usług medycznych. Nade wszystko jednak RUM w naszym regionie, dzięki kuponom usług medycznych służy potwierdzaniu udzielonego pacjentowi świadczenia. Dzięki temu zapewne rejestrujemy mniej afer i patologicznych zachowań, które w nieuprawniony sposób wyciągają pieniądze z systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

### Jakiś przykład?

Choćby taki, że robimy zestawienia demograficzne, obserwując, jakie wydatki ponosimy na leczenie dziesięciu 40-latków. Dysponując danymi na temat kosztów świadczeń i leków ordynowanych w tej grupie wiekowej, możemy ekstrapolować rozwój sytuacji na najbliższe dziesięciolecie, a także przewidywać, ile wydamy na nich za kilka lat. Za pomocą tego systemu płatnik i świadczeniodawca na bieżąco mogą monitorować stopień realizacji kontraktu, jak również logicznie planować zmiany finansowe.

**Ale jeszcze nie weszliście w XXI wiek, bo książeczki RUM są nadal papierowe.**

Zgadza się – na razie jesteśmy na etapie czeku bankowego i na karty chipowe trzeba jeszcze poczekać. Ale nasz kupon jest skierowaniem, receptą i oprócz spersonifikowanych, niezwykle szczegółowych, danych o pacjencie, ma niepowtarzalny numer, dzięki czemu możemy identyfikować świadczeniodawcę i każdą wykonaną usługę. Również dzięki temu pacjent nie może być równocześnie zarejestrowany w kilku gabinetach, bo każda wizyta i każde skierowanie jest wydawane na wspomnianym kuponie.

**To, o czym pan mówi, jest rodzajem biernego nadzoru. Czy możecie również prowadzić aktywny nadzór i wpływać np. na to, jakie preparaty ordynują lekarze?**

Ciągle modyfikujemy system. Jedną ze zmian jest wprowadzenie monitoringu ordynacji lekarskiej. Dzięki personifikacji danych pacjentów i lekarzy w książeczkach RUM, każda ordynacja jest nam znana i to w dowolnej konfiguracji – np. wiemy, kto generuje największe koszty, ile opakowań danego leku jest sprzedawanych i kto jest producentem najczęściej przepisywanych specyfików.

**Co w takim razie robicie z lekarzami przepisującymi najwięcej leków, ergo generującymi najwyższe koszty?**

Najpierw muszę powiedzieć, że do Internetu wprowadziliśmy, w poszczególnych grupach ATC, uśrednione dane na temat ordynacji leków i informacje o tym, jaka jest średnia wojewódzka dla wszystkich specjalności. Każdy lekarz ma własny kod dostępu do utworzonego przez nas specjalnego portalu internetowego i może porównać swoje ordynacje ze średnią regionalną we własnej grupie lekarzy tej samej specjalności.



foto: Sławomir Miśnik/NTO/Fotozepa

**„ Niemal wszyscy opolscy lekarze zrozumieli nasze intencje i RUM stał się narzędziem dyscyplinującym, a także motywującym do oszczędności. Dlatego refundacja leków w Opolskiem jest jedną z najniższych w kraju ”**

W Izbie Lekarskiej zaprezentowaliśmy nasz projekt i uświadomiliśmy lekarzom, że nie chcemy robić akcji w stylu *łap złodzieja*. W Opolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ wszelkie tego typu inicjatywy konsultujemy ze środowiskiem medycznym, co bez wątpienia powoduje, iż są one ukierunkowane na rzeczywiste potrzeby pacjentów i środowiska medycznego.

**Mimo to udało wam się złapać kilku lekarzy.**

Oczywiście, jeśli jakiś lekarz – mimo że ma święte prawo zalecać różne specyfiki – zaczyna przepisywać zbyt dużo jakiegoś leku, natychmiast wiemy, kto wystawił receptę i w jakiej aptece była ona realizowana. W kilku wypadkach zawiadomiliśmy prokuraturę i zapadły wyroki. Ostatnio, np. zauważyliśmy, że

w systemie rozliczanych jest 505 opakowań testosteronu. Natychmiast przeprowadziliśmy kontrolę zasadności zapisanych recept przez lekarza i okazało się, że zasadne było zapisanie jedynie 3 opakowań. W tej sprawie zapadł już wyrok sądowy, a z lekarzem została rozwiązana umowa na wypisywanie recept refundowanych. To jednak marginalne wypadki – niemal wszyscy opolscy lekarze zrozumieli nasze intencje i RUM stał się narzędziem dyscyplinującym, a także motywującym do oszczędności. Dlatego refundacja leków w Opolskiem jest jedną z najniższych w kraju.

### Co dzieje się z lekarzami, na których nie działa publikacja danych o ordynacji?

Prowadzimy ranking lekarzy generujących najwyższe koszty i co jakiś czas musimy z nimi rozmawiać. Pytam ich, dlaczego zapisują tak wiele drogich leków. Rozebranie na czynniki pierwsze każdej sytuacji często pokazuje, że świadomie lub nieświadomie popełniono błędy. Po takiej rozmowie na ogół sytuacja zmienia się. Przeprowadzone w roku 2005 i 2006

Pacjenci mają niepodważalne prawo do refundacji i dlatego monitorujemy także koszty refundacji generowane przez lekarzy niezwiązanych z nami umowami na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Okazało się, że na farmaceutyki dla leczonych w prywatnych gabinetach NFZ wydaje o 30 proc. więcej niż na chorych, którzy korzystają z pomocy w placówkach mających kontrakt z NFZ. Z tego można wyciągnąć wniosek, że lekarze w prywatnych gabinetach leczą drożej. Uznaliśmy, że przyczyną takiej sytuacji jest to, że chorzy mają utrudniony dostęp do poradni, i zaczęliśmy to zmieniać. Zapisywanie leków przez lekarzy specjalistów w gabinetach prywatnych – niezwiązanych z nami umową na świadczenia zdrowotne jest przedmiotem naszego szczególnego zainteresowania, gdyż pozwalają na rzeczywistą ocenę dostępności do usług i zapotrzebowania na te usługi. 8 lat temu mieliśmy jedną poradnię kardiologiczną, a dzisiaj jest ich 19. Systematycznie zwiększamy kontrakty na poradnie specjalistyczne, a tym samym poprawiamy dostępność do tych usług.



fot. Sławomir Mielnik/NTD/fotografpa

„ Kasa chorych w Brandenburgii, która ma 700 tys. ubezpieczonych, zatrudnia 1400 urzędników, zaś nasz oddział, obsługujący milion osób, ma jedynie 100 pracowników. Tego nikt nie zauważa, a w efekcie nie chce analizować i zastanawiać się, czy funkcjonujące w oddziałach NFZ mechanizmy można zastosować w całym kraju ”

analizy wykazały, iż lekarze, którzy generowali wysokie koszty refundacji w kolejnym roku modyfikowali swoje nawyki przy wypisywaniu recept. Płynnie stąd wniosek, iż działanie przez zwiększanie świadomości jest zasadne i skuteczne.

### Ile udało wam się zaoszczędzić dzięki RUM?

W porównaniu z najwyższymi średnimi krajowymi ok. 20 proc. Na leki wydajemy 160 mln zł, co oznacza to, że zredukowaliśmy koszty o ponad 30 mln zł. A to tylko efekt zdyscyplinowania ordynacji lekarskiej.

**Lekarze to tzw. wolny zawód i nie wszyscy muszą mieć podpisane umowy z NFZ. Jak kontrolujecie tych, którzy działają poza systemem?**

### Czy RUM jest także pomocny, jeśli chodzi o analizę kontraktów z nzo-ami?

Oprócz portalu lekowego mamy stronę poświęconą poradom lekarskim. Każda z nich jest przez nas monitorowana. Dzięki temu wiemy, jak często każdy pacjent pojawia się u konkretnego lekarza. Jeśli takich wizyt jest 5 lub 7 rocznie, pytamy lekarza o uzasadnienie takiego postępowania. Czy leczy tak źle, czy pacjent jest tak chory? Monitorujemy więc nie tylko prostą realizację liczby porad specjalistycznych, lecz analizujemy średnią liczbę porad udzielanych przez lekarza na rzecz tego samego pacjenta i dane te porównujemy ze średnią wojewódzką dla danej specjalności medycznej. Daje to lekarzom wiedzę, jak

prowadzone jest leczenie w ich poradni na tle porównywalnych praktyk prowadzonych przez kolegów. Oczywiście jest, iż respektujemy argumenty, uzasadniające częstsze wizyty. I tutaj znowu sama świadomość takiej obserwacji powoduje, iż maleją zapędy do wielokrotnego, niezasadnego przyjmowania w gabinecie tego samego pacjenta.

**Czyli jest pan złym policjantem?**

Nie złym, ale też nie dobrym, bo np. na Opolszczyźnie wypowiedziałem wojnę promocjom *leków za grosz*. Dlaczego? Bo ludzie zaczęli kupować preparaty jak cukierki. Inny przykład to paski glukometryczne, na które średnio wydawaliśmy 2 mln zł rocznie. Po promocjach wydatki na ten cel wzrosły do 5 mln zł, a paski mają gwarancję na pół roku! Po kilku akcjach kontrolnych wyperswadowaliśmy aptekarzom takie promocje. Stosujemy metodę kija i marchewki. Marchewką było np. stworzenie programu zamienników leków. Najpierw wybranym aptekom udostępniliśmy komputery, w których pacjent mógł sprawdzić, czy jest tańszy zamiennik zapisanego leku. Potem udostępniliśmy również oprogramowanie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej.

**Żaden szpital na Opolszczyźnie nie ma długów. Na tym terenie najwięcej placówek zostało też przekształconych w spółki prawa handlowego. Na ile przyczynił się do tego RUM?**

Na rynku usług medycznych jest czterech aktorów – pacjent, płatnik, świadczeniodawca i właściciel. Jeżeli osiągnie się konsensus oraz wymusi myślenie ekonomiczne każdego z tych podmiotów, można odnieść sukces. To jednak musi być poparte akcjami informacyjnymi i zmianą świadomości samorządowców. Oczywiście, nie poprzestaliśmy na tym, bo jak np. likwidowaliśmy mały, nierentowny szpital, to dawaliśmy danemu rejonowi zespół wyjazdowy pogotowia. Dzięki temu zapewnialiśmy spokój lokalnym władzom samorządowym oraz pacjentom, którym nie pogarszaliśmy dostępu do *ostrych* usług medycznych. W efekcie, np. każdy pacjent kardiologiczny na Opolszczyźnie jest leczony inwazyjnie. O tym, że działanie wszystkich szpitali nie jest niezbędne, przypominamy samorządowcom na przykładzie powodzi w 1997 r. Wtedy nie działała połowa szpitali, a mimo to spadła śmiertelność i niemal o połowę (ze 170 tys. do 90 tys.) – liczba hospitalizacji. Dane z RUM dostarczają wiarygodnych argumentów i pozwalają na obiektywne podejmowanie decyzji przez współpracujące z nami samorządy.

**Skoro tak dobrze jest na Opolszczyźnie, dlaczego tak źle jest w innych regionach? Czy waszego modelu nie można zastosować w całej Polsce?**



foto: Sławomir Mielnik/NTO/Fotorepa

„ Nie jestem złym policjantem, ale też nie dobrym, bo np. na Opolszczyźnie wypowiedziałem wojnę promocjom *leków za grosz*. Dlaczego? Bo ludzie zaczęli kupować preparaty jak cukierki ”

W Polsce przyjęło się, że na piedestale stawia się negatywnych bohaterów, nie zwracając uwagi na szefów szpitali, którzy potrafią zarządzać i władze samorządowe umiejętnie bilansujące swoje fundusze. Praca organiczna nie jest doceniana. Nasz oddział jest tego dobrym przykładem. Zaprzyjaźniona z nami kasa chorych w Brandenburgii, która ma 700 tys. ubezpieczonych, zatrudnia 1400 urzędników, zaś nasz oddział, obsługujący milion osób, ma jedynie 100 pracowników. Tego nikt nie zauważa, a w efekcie nie chce analizować i zastanawiać się, czy funkcjonujące w oddziałach NFZ mechanizmy można zastosować w całym kraju. Być może powodem takiej, a nie innej sytuacji w naszym regionie jest stałe prowadzenie restrukturyzacji, szczególnie w sytuacji, kiedy trzeba wdrażać nowoczesne drogie technologie medyczne. Współpraca w tej mierze z samorządami jako właścicielami szpitali, całym środowiskiem lekarskim, to niezbędne elementy, które decydują o naszym sukcesie.

Rozmawiał Jacek Szczęsny