

FINANSE SYSTEMU

**POPRAWIĆ KOSZYK,
TARYFIKACJĘ
I WYCENĘ ŚWIADCZEŃ**

FINANSE SYSTEMU

**POPRAWIĆ KOSZYK,
TARYFIKACJĘ
I WYCENĘ ŚWIADCZEŃ**

**STRATEGIE
2050**

Autorzy:

Prof. dr hab. Urszula Demkow

Mgr piel. Piotr Bany-Moskal

Prof. dr hab. Michał Chmielewski

Dr n. med. Przemysław Duda

Stud. med. Grzegorz Kardas

Dr n. med. Małgorzata Leźnicka

Dr n. farm Piotr Merks

Dr hab. Cezary Pakulski

Dr hab. Marian Simka

Dr hab. Dawid Sześciło

Prof. dr hab. Piotr Wiland

INSTYTUT STRATEGIE 2050

Spis treści

1. KOSZYK ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH	8
2. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE DOTYCZĄ NASTĘPUJĄCYCH SEKTORÓW SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	10
3. PATOLOGIE KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W POLSKIM SOZ	12
4. JAK NALEŻY NAPRAWIĆ KOSZYK ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH?	14
5. OKREŚLENIE PRIORYTETÓW ZDROWOTNYCH	17
6. KRYTERIA WŁĄCZANIA I WYKLUCZANIA ŚWIADCZEŃ Z KOSZYKA	19
6.1. TECHNOLOGIE NIELEKOWE	19
6.2. LEKI	20
6.3. ANALIZA EFEKTYWNOŚCI	21
7. WYCENA I TARYFIKACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH ORAZ KOSZYK ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH	23
7.1. PATOLOGIE POLSKIEGO SYSTEMU WYNIKAJĄCE Z NIEPRAWIDŁOWEJ WYCENY ŚWIADCZEŃ	23
7.2. DLACZEGO WYCENA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W POLSCE JEST ZŁA?	24
7.3. ROLA PŁATNIKA W TYM BAŁAGANIE	26
8. PROPOZYCJA UREALNIENIA WYCN PROCEDUR MEDYCZNYCH	28
8.1. JAK NALEŻY WYCENIAĆ PROCEDURY MEDYCZNE?	28
8.2. KONCEPCJA KALKULACJI KOSZTÓW	32
8.3. CYFRYZACJA NIEZBĘDNA DLA POWODZENIA REFORMY FINANSOWANA SYSTEMU	33

Finanse systemu – poprawić koszyk, taryfikację i wycenę świadczeń

Dyskusję o finansach systemu ochrony zdrowia zwykle rozpoczyna się od rozważań na temat dodatkowej kwoty (odsetka PKB) niezbędnej do jego naprawy. Strategia zwiększenia finansowania systemu jest niezwykle ważnym tematem do dyskusji, a propozycje zmian w tym zakresie zaprezentowano w dokumencie „Co po pandemii? Plan dla zdrowia”. Jednakże równie, a może nawet bardziej istotna jest dyskusja o tym, jak efektywniej wydawać środki przeznaczone na zdrowie. W tym zakresie brakuje jednak systematycznych analiz oraz odpowiednich planów naprawczych.

Szpitala próbują zmniejszać zadłużenie wykonując najdroższe świadczenia i manipulując kodami rozpoznań oraz optymalizując koszty. NFZ wycenia świadczenia niżej i tak trwa wyścig „do dna”. Proponujemy to zmienić. W Polsce tzw. „pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych”, czyli oficjalny spis świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze świadczeń publicznych (a więc wchodzących w zakres gwarancji z art. 68 Konstytucji RP) funkcjonuje od 2009 roku, kiedy to do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznej wpisano upoważnienie dla ministra zdrowia do wydawania tzw. „rozporządzeń koszykowych”.

Koszyk od lat jest krytykowany jako nieprecyzyjny, nieaktualny, skonstruowany chaotycznie i stwarzający złudne wrażenie, że państwo jest w stanie każdemu zagwarantować dowolne świadczenie w rozsądnym czasie. **Dlatego konieczna jest wyłożona analityczna praca, wykonywana przede wszystkim przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ażeby utworzyć nowy, precyzyjny koszyk świadczeń.** Celem istnienia koszyka świadczeń gwarantowanych musi być zagwarantowanie dostępności świadczeń medycznych najważniejszych z punktu widzenia zdrowia obywateli, o udowodnionej skuteczności klinicznej, najbardziej efektywnych kosztowo spośród alternatywnych, możliwych do sfinansowania w ramach dostępnych środków¹. Cały proces tworzenia koszyka powinien być transparentny, opierać się na fachowej i wszechstronnej wiedzy i przewidywać konsultacje

¹ K. Łanda, Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care, 2013, dostęp: https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/WU/Spec_zdrowie/04_landa.pdf

z interesariuszami, tj. przede wszystkim środowiskami medycznymi oraz środowiskami pacjentów.

Innym kluczowym aspektem okazuje się wycena świadczeń zdrowotnych, która w wielu obszarach od lat pozostaje poniżej ich realnej wartości rynkowej. Dostęp obywateli do tych świadczeń jest znacznie ograniczony (czas oczekiwania na wizytę u genetyka klinicznego to około 2 lata, po wizycie czas oczekiwania na wynik badania genetycznego – kolejne 2 lata) lub prowadzi do zadłużania się placówek ochrony zdrowia posiadających odpowiednie oddziały (np. oddziały chorób wewnętrznych czy chirurgiczne)². Duże obciążenie finansowe stanowią też oddziały wewnętrzne, które powoli znikają z polskich szpitali. **Zaniżony poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej skutkuje ujemnym wynikiem finansowym placówek medycznych, co prowadzi do likwidacji oddziałów nierentownych i zaniechania planów tworzenia nowych. Natomiast podmioty zarówno prywatne, jak i publiczne, świadczące wybiórczo rentowne (czyli wysoko wyceniane) usługi wyrastają jak grzyby po deszczu.** W wielu wypadkach wynagrodzenie lekarzy jest powiązane z wyceną świadczeń przez NFZ. Przykładowo za dyżur na oddziale kardiologii inwazyjnej lekarz otrzymuje bardzo wysokie wynagrodzenie, a dyżur na chirurgii ogólnej jest słabo opłacany. Wycena świadczeń medycznych ma zatem realny wpływ na zmniejszenie atrakcyjności niektórych specjalizacji medycznych i zawodów medycznych, co przekłada się na liczbę wykwalifikowanej kadry (np. niedobór specjalistów chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, psychiatrii dziecięcej czy pielęgniarek). **Postulujemy zmiany wycen wszystkich procedur dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych. Potrzebne jest wprowadzenie taryfikatora, który odzwierciedlałby realne ceny procedur.**

Warunkiem bezwzględnym rzetelnego oszacowania cen świadczeń, pozwalających zachować równowagę finansową, powinno być szczegółowe określenie procedur postępowania medycznego tj. tego, jakie standardowe czynności terapeutyczne należy wykonać w przypadku wystąpienia konkretnej choroby. Ich ustalenie oznaczać będzie konieczność określenia przedmiotu kalkulacji kosztów. **Najbardziej odpowiednią podstawą dla wyceny świadczeń są rzeczywiste jednostkowe koszty.** Kształtowanie cen świadczeń zdrowotnych na podstawie kosztów wymaga przede wszystkim **określenia standardów w zakresie rachunku** kosztów oraz kategorii kosztów, mających

² System Ochrony Zdrowia w Polsce, Raport NIK, 2018, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>

stanowić bazę kalkulacji. **Polska jest jednym z nielicznych krajów Europy, w których nie wdrożono obowiązkowego modelu rachunku kosztów, nie określono również standardów w zakresie rachunku kosztów, a wycena świadczeń zdrowotnych nie jest prowadzona na bazie danych o kosztach rzeczywistych³.**

Podstawą wyceny świadczeń zdrowotnych, i jedyną drogą rozwoju systemów Jednorodnych Grup Pacjentów (JPG), jest określenie kosztów leczenia na bazie indywidualnych kosztów leczenia pacjentów. Rachunek kalkulacyjny świadczeń zdrowotnych może być realizowany na bazie licznych mierników działalności podmiotu leczniczego o zróżnicowanym stopniu agregacji danych. Wiarygodne analizy wykazały, że miernikiem oddającym rzeczywisty charakter procesu leczenia konkretnego pacjenta jest indywidualny koszt leczenia pacjenta (IKLP).⁴ Indywidualne koszty leczenia pacjenta są podstawą realnej wyceny świadczeń zdrowotnych, bez względu na przyjęte mechanizmy finansowania. Koncepcja IKLP polega na rozłożeniu kosztu leczenia szpitalnego na składowe, tj. koszty osobodni pobytu pacjenta w szpitalu, koszty procedur medycznych, leków, wyrobów medycznych oraz koszty transportu⁵. Taka konstrukcja umożliwia wycenę świadczeń zdrowotnych niezależnie od mechanizmu finansowania leczenia szpitalnego – w systemie podmiotowym rodzaj mierników działalności przyjętych dla celów kalkulacji nie ma znaczenia, a w przedmiotowych mechanizmach finansowania, tj. płatności za procedurę, osobodzień lub hospitalizację, poszczególne elementy IKLP mogą być dowolnie agregowane, stanowiąc punkt wyjścia do ustalenia kosztów jednostkowych produktów rozliczeniowych⁶. Trzeba też weryfikować koszty w oparciu o porównanie różnych podmiotów oferujących identyczne świadczenia. Aby informacje otrzymywane od różnych podmiotów były wiarygodne i porównywalne, należy przygotować obowiązujący standard rachunku kosztów oraz zaopatrzyć podmioty lecznicze w odpowiednie narzędzie cyfrowe do ich kalkulacji i sprawozdawania.

Restrukturyzacja sektora zdrowotnego poprzedzona musi zostać kompleksową informatyzacją sektora publicznego, w tym szpitali. Całościowy plan cyfryzacji sektora ochrony zdrowia przedstawiamy w oddzielnym

³ E. Rabiej, Rachunek kosztów leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych, 2013, dostęp: www.we.ur.edu.pl

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

⁶ Tamże.

dokumencie. Europejskie doświadczenia w zakresie reformowania mechanizmów finansowania w ochronie zdrowia wskazuje m.in. na dwie istotne determinanty powodzenia reformy, tj. na rolę technologii cyfrowych oraz zaplanowanie odpowiednio długiej fazy przygotowawczej i przejściowej dla przeprowadzanych zmian, niezbędnej dla stworzenia bazy informacyjnej o kosztach leczenia⁷. Rozłożenie w czasie reformy finansowania leczenia szpitalnego jest istotnym warunkiem sukcesu.

Niżej podane zostaną szczegółowe elementy diagnozy i główne propozycje zmian dotyczących konstrukcji koszyka i systemu taryfikacji / wyceny. Nie mamy wątpliwości, że ich wdrożenie będzie długą i skomplikowaną drogą. Jesteśmy jednak przekonani, że nie ma alternatywy, jeśli chcemy dokonać prawdziwej jakościowej zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

⁷ Tamże.

1. Koszyk świadczeń gwarantowanych

W większości państw, dbających o zdrowie obywateli, istnieje system refundacji świadczeń oparty na zdefiniowanym koszyku świadczeń zdrowotnych. **Koszyk świadczeń podstawowych to wykaz procedur medycznych finansowanych ze środków publicznych, dostępnych dla ubezpieczonych w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego.** Choć deklaratywnie system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce jest oparty m.in. o zasadę powszechności i o zasadę solidaryzmu społecznego, to jednak w rzeczywistości często ciężko ustalić, jakie świadczenia przysługują rzeczywiście w ramach opłacanej składki.

Podstawową chorobą systemu ochrony zdrowia w Polsce okazuje się dysproporcja pomiędzy deklaratywną zawartością koszyka a wielkością środków na ich finansowanie. System ochrony zdrowia w naszym kraju nie jest sprawiedliwy, gdyż dysproporcja pomiędzy potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa a możliwością opłacenia świadczeń ze środków zebranych ze składki prowadzi do licznych patologii (kolejki, limity, korupcja, znajomości, korzystanie z przywilejów).⁸ Funkcjonujący dziś w Polsce publiczny system ochrony zdrowia jest niewypłacalny, a kolejki są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych – nawet tych podstawowych – skutecznych i tanich (wizyta u specjalisty), jest powszechna. Konsekwencją są nadmiarowe zgony, niepełnosprawność, pogarszanie stanu zdrowia obywateli. W efekcie dochodzi również do wzrostu kosztów społecznych (alternatywnych) z tytułu niepełnosprawności i niezdolności do pracy.

W istniejącym systemie w najtrudniejszej sytuacji są osoby ubogie, gdyż osoby zamożne i mające odpowiednie znajomości ominą istniejące przeszkody w dostępie do świadczeń. Należy więc stwierdzić, że obowiązujący system nie spełnia konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych

Obecny rząd porzucił prace nad systemową reformą świadczeń gwarantowanych, nie wiadomo również nad czym pracuje obecnie około 100 analityków zatrudnionych w AOTMiT do tworzenia koszyka przez byłego

⁸ Łapówka najlepsza polisą na zdrowie, Gazeta Prawna, 2012, dostęp: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/617502.lapowka-najlepsza-polisa-na-zdrowie.html>

wiceministra zdrowia Krzysztofa Łandę. Za kadencji ministrów Szumowskiego i Niedzielskiego nie doszło praktycznie do żadnych istotnych zmian w koszyku.

Jednym z podstawowych założeń przyszłej reformy systemu ochrony zdrowia musi być kontynuacja prac nad weryfikacją i uporządkowaniem koszyka świadczeń gwarantowanych.

Celem istnienia koszyka świadczeń gwarantowanych powinno być zapewnienie obywatelom dostępności świadczeń medycznych⁹:

- najważniejszych z punktu widzenia zdrowia obywateli,
- udowodnionej skuteczności klinicznej,
- najbardziej efektywnych kosztowo spośród alternatywnych,
- możliwych do sfinansowania w ramach dostępnych środków.

Prace nad koszykiem ruszyły intensywnie w 2009 roku, kiedy w życie weszła ustawa z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach.¹⁰ Zgodnie z ustawą, zawartość poszczególnych części koszyka świadczeń gwarantowanych określana jest przez ministra zdrowia za pomocą stosownych rozporządzeń (tzw. rozporządzenia koszykowe).

⁹ Kryteria włączania i wykluczania z koszyka świadczeń gwarantowanych w wybranych krajach – możliwości wykorzystania w Polsce, red. K. Łandy, 2006, dostęp: https://www.ceestahc.org/pliki/nasze_publicacje/przeglady/kryteria_wlaczania_i_wykluczania_z_koszyka_swadczen.pdf

¹⁰ ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, Dz. U. Nr 118, poz.989, dostęp: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20091180989>

2. Świadczenia gwarantowane dotyczą następujących sektorów systemu ochrony zdrowia¹¹

1. Podstawowa opieka zdrowotna
2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
3. Leczenie szpitalne
4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
5. Rehabilitacja lecznicza
6. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
7. Leczenie stomatologiczne
8. Lecznictwo uzdrowiskowe
9. Zaopatrzenie w wyroby medyczne
10. Ratownictwo medyczne
11. Opieka paliatywna i hospicyjna
12. Świadczenia wysokospecjalistyczne
13. Programy zdrowotne
14. Leki

Konieczność tworzenia listy świadczeń podstawowych finansowanych ze środków publicznych wynika z¹²:

- ograniczoności zasobów na finansowanie świadczeń zdrowotnych,
- konieczności oceny i wprowadzania do praktyki nowych technologii,
- tworzenia barier do wprowadzania do koszyka podstawowego świadczeń, które charakteryzują się brakiem efektywności klinicznej, niską opłacalnością w stosunku do innych dostępnych opcji lub są mało

¹¹ Zarys systemu ochrony zdrowia, NFZ, 2012, dostęp: https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_tresci.pdf

¹² Kryteria włączania i wykluczania z koszyka świadczeń gwarantowanych w wybranych krajach – możliwości wykorzystania w Polsce, red. K.Landy, 2006, dostęp: https://www.ceestahc.org/pliki/nasze_publicacje/przeglady/kryteria_wlaczania_i_wykluczania_z_koszyka_swadczen.pdf

- istotne dla zapewnienia zdrowotności społeczeństwa (np. niektóre procedury z zakresu chirurgii plastycznej, część procedur dentystycznych, zabiegów sanatoryjnych czy metod psychoterapii),
- konieczności eliminowania procedur o udowodnionym szkodliwym wpływem na zdrowie – poprzez tworzenie tzw. koszyka negatywnego.

Reguły tworzenia koszyka powinny obejmować¹³:

- jasno określony cel funkcjonowania koszyka i precyzyjne jego umiejscowienie w systemie ochrony zdrowia,
- transparentność, czyli jasne kryteria włączania i wykluczania elementów koszyka w oparciu o wyniki rzetelnych analiz,
- określenie, jakie procedury przysługują w określonym stanie zdrowia,
- wybór świadczeń najbardziej skutecznych oraz najbardziej efektywnych kosztowo spośród dostępnych,
- stabilność prawną systemu tj. brak gwałtownych i niezapowiedzianych zmian. Aktualizacja koszyka powinna być dokonywana co kwartał.

¹³ Tamże

3. Patologie koszyka świadczeń gwarantowanych w polskim SOZ

Funkcjonujący dziś w Polsce system ochrony zdrowia jest niewypłacalny, a dysproporcja pomiędzy stale rosnącą zawartością koszyka a wielkością środków z podstawowej składki zdrowotnej okazuje się coraz większa. Istniejący koszyk jest słabo zdefiniowany i dziurawy. Zawiera procedury o udowodnionym braku efektywności, nieudowodnionej efektywności klinicznej oraz świadczeń o udowodnionej szkodliwości, nie istnieją jasne kryteria wprowadzania czy usuwania procedur z koszyka. Istniejącą patologią jest uznaniowość wprowadzania procedur do koszyka, bez odpowiednich analiz, za to zgodnie z interesami wybranych grup. Od wielu lat eksperci wskazują, że polski koszyk jest przeładowany i bardziej przypomina chaotyczny worek, do którego wpadają wszystkie świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszyk powstał w 2009 roku poprzez przepisanie katalogów NFZ, jako następstwo wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 roku¹⁴. TK stwierdził, że obywatele mają prawo wiedzieć, co im się należy w ramach świadczeń gwarantowanych¹⁵. To sprawia, że prawa pacjentów do leczenia konkretnymi metodami w określonych wskazaniach są słabo określone, a więc wciąż nie wypełniono podstawowego obowiązku, jaki nakłada na rządzących Konstytucja RP. Najgorzej zdefiniowanymi elementami są procedury pozalekowe i szpitalne¹⁶. Przy obecnym stanie koszyka środki publiczne marnuje się w wielkiej skali. W szpitalach próbuje się bilansować dobro chorego i finanse szpitala opierając się na nieprawidłowo wycenionych procedurach i niedookreślonym koszyku świadczeń. Wszystko dzieje się wbrew zasadom ekonomii, ale zgodnie z zasadą przetrwania finansowego, bo z tego rozliczani są dyrektorzy szpitali. Wybierane są świadczenia opłacalne a nie te najbardziej potrzebne, skuteczne i efektywne kosztowo. Wśród świadczeń gwarantowanych można również wskazać drogie technologie medyczne, pozostawione bez dokładnego określenia kryteriów i warunków realizacji świadczenia, a także wymagań dotyczących jakości i oczekiwanego efektu zdrowotnego. Może to

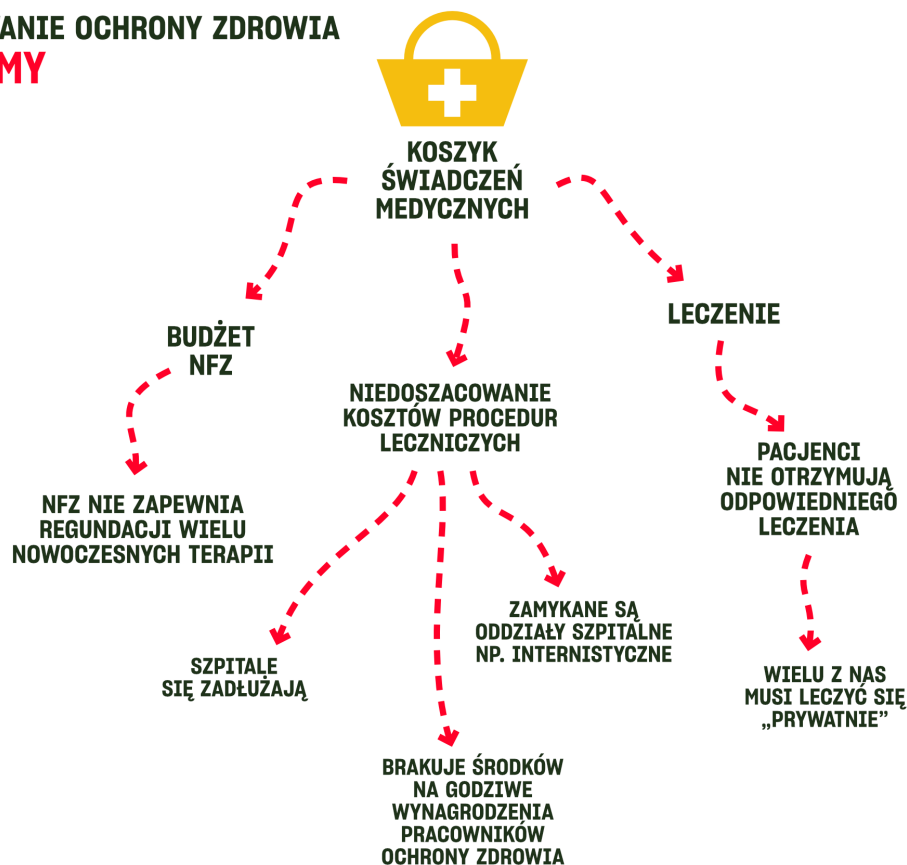
¹⁴ Wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r., Syng.akt K 14/03, Dostęp: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040050037/T/D20040037TK.pdf>

¹⁵ Tamże

¹⁶ Kryteria włączania i wykluczania z koszyka świadczeń gwarantowanych w wybranych krajach – możliwości wykorzystania w Polsce, red. K.Landy, 2006, dostęp: https://www.ceestahc.org/pliki/nasze_publicacje/przeglady/kryteria_wlaczania_i_wykluczania_z_koszyka_swadczen.pdf

sprzyjać nieodpowiedzialności i niegospodarności w wydatkowaniu publicznych funduszy oraz niedostosowaniu stosowanych metod leczenia do potrzeb pacjenta. Generuje to bardzo wysokie i nieuzasadnione koszty w systemie. Przekonanie, że koszyk obejmuje prawie wszystkie dostępne świadczenia wynika z niedookreśloności jego zawartości¹⁷. W niektórych obszarach są dostępne prawie wszystkie technologie medyczne, ale są też obszary, gdzie brakuje zwłaszcza nowych technologii, charakteryzujących się potwierdzoną skutecznością zarówno kliniczną, jak i kosztową. Dodatkowo z koszyka świadczeń usuwane są po cichu terapie ratujące życie, efektywne kosztowo, jak np. ostatnio terapia ratunkowa w raku jajnika¹⁸. Ze względu na wymienione i powszechnie znane patologie **konieczne jest opracowanie szczegółowych kryteriów, zapewniających powtarzalność decyzji urzędowych, dotyczących tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych.**

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA PROBLEMY

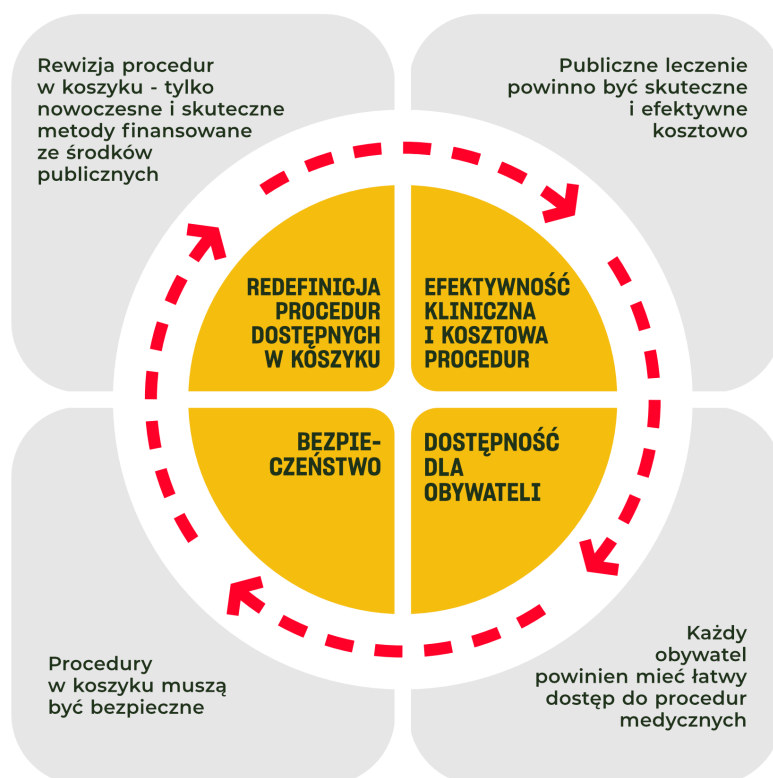


¹⁷ Tamże

¹⁸ Lek na raka jajnika bez refundacji. "Nierozumiąta dyskryminacja, Dziennik, 2021, dostęp: <https://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/8191251,lek-rak-jajnik-refundacja-dyskryminacja.html>

4. Jak należy naprawić koszyk świadczeń gwarantowanych?

Koszyk świadczeń gwarantowanych w Polsce powinien być **przebudowany wraz z modyfikacją aktów prawnych (rozporządzenia koszykowe) a zasób środków finansowych na jego realizację musi zostać zwiększony**. W pierwszej kolejności trzeba załatać koszyk, a dopiero potem dodawać pieniędzy do systemu. Tak istotne zmiany należy przygotowywać w formie dialogu i dyskusji społecznej, a ustalenie nowych zasad korzystania ze świadczeń w ramach publicznego finansowania wymaga społecznej akceptacji. Dlatego konieczna jest publiczna debata na ten temat, którą zapoczątkujemy. Prowadzenie prac nad koszykiem wymaga też szerokiej dyskusji ze środowiskiem medycznym, w tym z konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach oraz z towarzystwami naukowymi. Trzeba działać w sposób otwarty, uczciwie, bez nacisków grup lobbingowych, z klarownymi zasadami oraz w sposób skoordynowany i na podstawie przejrzystego planu zadań.



Bazą do tworzenia koszyka powinien być katalog wszystkich aktualnie stosowanych w medycynie procedur (klasyfikacja procedur medycznych). Najważniejszym celem musi być **wybór świadczeń najbardziej potrzebnych z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa, które muszą być łatwo dostępne dla wszystkich obywateli**. Ograniczenia dostępu do najważniejszych świadczeń (podstawowa diagnostyka, wizyta u specjalisty) mają poważne konsekwencje oraz uderzają w najślabszych. Niedostatek w zakresie najistotniejszych świadczeń zdrowotnych prowadzi do przerzucenia kosztów diagnostyki i leczenia na budżety rodzinne, co skutkuje znacznym pogorszeniem stanu zdrowia społeczeństwa oraz wzrostem takich zjawisk patologicznych, jak łapówkarstwo i korzystanie ze „znajomości”.

Konieczne jest również wyodrębnienie puli środków publicznych na finansowanie programów polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia publicznego, gdyż są one chronicznie niedofinansowane.

Nie musimy wywierać otwartych drzwi. Wiele działań dotyczących koszyka świadczeń było już prowadzonych, wiele dokumentów i analiz powstało i niektóre działania zostały zapoczątkowane. Prace nad reformą koszyka zostały jednak wstrzymane, a istniejące patologie należą do istotnych czynników pogłębiających chaos w systemie. Planujemy oprzeć się, między innymi, na wynikach prac nad koncepcją koszyka prowadzonych przez ekspertów holenderskich na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, finansowanych z pożyczki Banku Światowego i zakończonych w roku 2001. Kolejne wybory parlamentarne oraz przejęcie władzy w Polsce przez polityków niechętnych idei koszyka wstrzymały cały proces. Eksperti holenderscy zaproponowali metodykę tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych¹⁹.

Ważną propozycją, do której warto się odwołać, było wskazanie mechanizmu oceny włączanego do katalogu świadczeń i procedur oraz podkreślenie, że winien się on opierać o współpracujące ze sobą instytucje, szczególnie AOTMiT, która powinna być głównym uczestnikiem procesu tworzenia listy świadczeń gwarantowanych, czy tworzenia polityki refundacyjnej. Zasady pracy tej instytucji również wymagają istotnych zmian, do czego się ustosunkujemy w odpowiednim dokumencie. Opracowanie listy będzie procesem długotrwałym ze względu na ogromną liczbę świadczeń medycznych, a listy cały czas będą ulegały modyfikacjom. Ważne jest jednak,

¹⁹ Kryteria włączania i wykluczania z koszyka świadczeń gwarantowanych w wybranych krajach – możliwości wykorzystania w Polsce, red. K.Landy, 2006, dostęp: https://www.ceestahc.org/pliki/nasze_publicacje/przeglady/kryteria_wlacznania_i_wykluczania_z_koszyka_swiadczen.pdf

aby jasno nakreślić cele, stworzyć plan pracy z określeniem punktów czasowych jego realizacji i systematycznie podążać w wybranym kierunku. Jeśli pojawią się wątpliwości w związku z aktualnym katalogiem świadczeń w koszyku, dodanie lub usunięcie świadczeń powinno się odbywać regularnie, raz na kwartał (podobnie do obowiązujących zasad dotyczących zmiany listy leków refundowanych). Ważne jest, by ocena technologii medycznych (HTA) rozwijała się w każdym szpitalu. Dlatego należy powołać zespoły zajmujące się HTA na poziomie każdego szpitala. Będzie to zadanie regionalnych instytucji koordynujących system, co przedstawimy w oddzielnym dokumencie.. AOTMiT powinna analizować raporty szpitalne w tym zakresie.

5. Określenie priorytetów zdrowotnych

Jak wspomniano powyżej, w pierwszej kolejności dokonamy analizy procedur priorytetowych, przyjmując jako podstawowe kryteria – skuteczność i społeczną istotność. W każdym systemie ochrony zdrowia konieczne jest podjęcie decyzji, które interwencje powinny być finansowane w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, a które znajdują się poza tym obszarem. W przypadku definiowania priorytetów zdrowotnych podstawową przesłanką będzie zasada równości, czyli wyrównywanie dysproporcji pomiędzy pacjentami a populacjami, oraz otwarte (transparentne) i uczciwe podejście. Otwarta priorytetyzacja celów zdrowotnych to ważna cecha demokratycznych społeczeństw. Decyzje w tym zakresie podejmiemy na podstawie wyników analiz efektywności klinicznej oraz analiz opłacalności, a nie lobbingu grup interesów. **Istnieją jednak sytuacje, w których ze względów społecznych, ważniejsze jest finansowanie procedur przynoszących niższe korzyści zdrowotne lub mniej opłacalnych, ale stosowanych w leczeniu poważnych schorzeń (np. udar mózgu, zawał serca), niż procedur pozwalających uzyskać wyższe korzyści zdrowotne lub bardziej opłacalnych, ale stosowanych w mniej istotnych problemach klinicznych (np. leczenie ortodontyczne).** W wielu przypadkach rozróżnienie pomiędzy chorobami istotnymi z punktu widzenia priorytetów zdrowotnych społeczeństwa a mniej istotnymi jest bezproblemowe i intuicyjne. Mimo to, w celu zapewnienia sprawnego i przejrzystego funkcjonowania systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, konieczne jest przyjęcie jasnych kryteriów umożliwiających określenie, które choroby są istotne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, a które mają niższy priorytet zdrowotny – i z uwagi na ograniczenia budżetowe muszą się znaleźć poza publicznym systemem finansowania opieki zdrowotnej (ustalenie hierarchii ważności świadczeń zdrowotnych). Żaden kraj ani żaden system nie jest w stanie zapewnić dostępu do wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych. W związku z tym konieczne staje się rozsądne ograniczenie dostępu do świadczeń mniej istotnych, dla zachowania zdrowotności społeczeństwa, a przez to poprawienie dostępu do świadczeń najważniejszych dla zdrowia obywateli. W przypadku istnienia takiej hierarchicznej listy świadczeń zdrowotnych możliwe byłoby wprowadzenie priorytetowego finansowania tych świadczeń, które znajdują się na szczycie listy oraz ograniczenie finansowania lub rezygnacja z tych, które zostaną uznane za mniej istotne. W przypadku wzrostu finansowania sektora zdrowia możliwe będzie rozszerzanie zakresu świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach

ubezpieczenia podstawowego. Decyzje dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych powinny być także podejmowane przy uwzględnieniu oczekiwań społecznych oraz wpływu świadczeń na ogólny stan zdrowia społeczeństwa. Istnieją bowiem stany kliniczne, których diagnozowanie i leczenie leży w dobrze pojętym interesie społecznym, zarówno długo- jak i krótkoterminowym. Do stanów takich należą na przykład:

- choroby zakaźne,
- niektóre choroby przewlekłe (np. cukrzyca),
- choroby wieku dziecięcego,
- opieka nad kobietami w ciąży, leczenie niepłodności.

Finansowanie świadczeń w tych obszarach zdrowotnych powinno stanowić priorytet każdego kraju i każdego systemu ochrony zdrowia.

Bardzo istotne jest zweryfikowanie koszyka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Najwięcej zmian w koszyku będzie dotyczyć świadczeń szpitalnych. W tym katalogu jest mnóstwo procedur, które powinny zostać przesunięte do trybu ambulatoryjnego, co przyniesie istotne oszczędności dla publicznego płatnika. Szczegółowo opisujemy ten problem w dokumencie dotyczącym organizacji opieki zdrowotnej.

6. Kryteria włączania i wykluczania świadczeń z koszyka

6.1. Technologie nielekowe

Ocena opiera się (powinna się opierać) na kryteriach bezpieczeństwa oraz skuteczności klinicznej, a także analizie kosztów i opłacalności technologii nielekowych. Przede wszystkim konieczne są analizy z perspektywy społecznej. Głównymi kryteriami powinny być:

- kliniczna potrzeba wprowadzenia danego świadczenia,
- ocena możliwości finansowania danego świadczenia w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

W koszyku podstawowym powinna się znaleźć przynajmniej jedna interwencja w każdym wskazaniu. Reguła ta podyktowana jest solidaryzmem społecznym, rozumianym w ten sposób, że każdy ubezpieczony, który wymaga leczenia (niezależnie od tego, czy choroba jest ciężka czy lekka; czy znajduje się na liście chorób istotnych z punktu widzenia społecznego czy też nie, czy stać go na ubezpieczenie komplementarne czy jest posiadaczem wyłącznie ubezpieczenia podstawowego) powinien mieć zapewniony dostęp do jednej z metod terapeutycznych czy diagnostycznych o udowodnionej efektywności klinicznej. Przyczyną przyjęcia tej zasady jest zarówno solidaryzm społeczny, jak i zapewnienie zgodności z polską konstytucją.

W przypadku technologii nielekowych, szczególnie drogich terapii, zapisy muszą być dalece bardziej szczegółowe niż w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10²⁰. Dla drogich technologii konieczne będzie bardzo dokładne definiowanie wskazań medycznych. Z koszyka świadczeń podstawowych usunięte zostaną świadczenia o wątpliwej lub nieznannej efektywności klinicznej. W sytuacji, w której konieczne jest efektywne gospodarowanie wydatkami na opiekę zdrowotną większość interwencji stosowanych w celach kosmetycznych lub w stanach, które nie spełniają kryterium niezbędności z medycznego punktu widzenia zostanie również usuniętych z koszyka. Opracowanie zawartości negatywnej listy będzie wymagało konsensusu środowiska medycznego, przedstawicieli MZ, przedstawicieli pacjentów oraz ekspertów AOTMiT i innych zainteresowanych stron.

²⁰ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 – Wikipedia, wolna encyklopedia

Przyjmiemy model oceny procedur medycznych, które włączane są do koszyka świadczeń podstawowych oparty na następujących etapach:

1. Identyfikacja technologii poddawanych ocenie;
2. Określenie wysokości priorytetu;
3. Przegląd systematyczny doniesień naukowych, w tym synteza dostępnych, wiarygodnych informacji dotyczących: • bezpieczeństwa, • skuteczności, • implikacjach społecznych i etycznych, opcjonalnych lub alternatywnych sposobów postępowania;
4. Analiza kosztów, ekonomiczna i finansowa;
5. Konsultacje eksperckie i przygotowanie ostatecznych wniosków, (kluczową rolę będzie tu odgrywać Rada Przejrzystości - działania AOTMiT zostaną poddane analizie w oddzielnym opracowaniu);
6. Opracowanie propozycji refundacyjnej opartej na wnioskach płynących z powyższych etapów i jest podejmowana przez odpowiednie gremium.

6.2. Leki

Leki przechodzą przez szczegółowy proces rejestracji oraz proces refundacyjny. Leki i technologie lekowe, które są tanie i skuteczne, mogą znaleźć się w koszyku w pełnym zakresie wskazań klinicznych i zastosowań. Należy unikać zapisów zbyt szczegółowych dla tanich i efektywnych leków (np. niektóre beta-blokery, leki hipotensyjne, kortykosteroidy, leki hipoglikemizujące). Jeśli chodzi o stosunkowo niedrogie technologie, państwo nie musi ingerować w decyzje lekarza. W przypadku drogich leków wskazania refundacyjne i kryteria kwalifikacji muszą być bardziej szczegółowe niż w charakterystyce produktu leczniczego. Konieczne jest również utworzenie negatywnej listy leków nieobjętych refundacją – przykładowo pewne leki stosowane w opryszczce, zapaleniu gardła (syropy, tabletki do ssania), środki zobojętniające. Leki te nie powinny być refundowane ze względu na ograniczoną skuteczność i ich zastosowanie w łagodnych samoograniczających się chorobach.

Dodatkowo niektóre leki i terapie ratunkowe w chorobach rzadkich powinny być, jak dotąd, finansowane z innych źródeł (bezpośrednio z budżetu państwa) w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych poza

koszykiem świadczeń. Jednakże procedury zaliczenia leku do RTDL należy poddać szerokiej analizie, umożliwiając uwzględnienie wielu aspektów związanych z ocenianą technologią, takich jak istnienie alternatyw terapeutycznych, wpływ na jakość życia chorego, stan zagrożenia życia. Kryteria, według których leki są refundowane w ramach RTDL budzą liczne wątpliwości – przykładem jest niedawne usunięcie leku stosowanego w raku jajnika²¹. Inne zagadnienia związane z farmaceutykami, farmakoterapią i rynkiem farmaceutycznym zostaną szeroko omówione w innym rozdziale programu.

6.3. Analiza efektywności

W skład koszyka świadczeń gwarantowanych mogą wchodzić tylko świadczenia o udowodnionej efektywności klinicznej, potwierdzone na podstawie dowodów naukowych (EBM). Będziemy się opierać na analizach ekonomicznych i analizach typu health impact assessment (HIA) wysokiej jakości. Konieczne jest przygotowanie wytycznych dotyczących opracowywania, transparentności, powtarzalności i wymogów jakościowych wobec takich analiz (pierwszorzędowe punkty końcowe, surogaty w dalszej kolejności). Wytyczne powinny zostać poddane analizie i ocenione pod względem zgodności ze standardami na świecie przez polskich, ale również przez światowych ekspertów z rządowych agencji HTA. Ważna jest również zgodność z oceanami typu EBM, a także innymi profesjonalnymi konsultacjami. Polskie wytyczne nie mogą być w sprzeczności z wytycznymi analiz ekonomicznych uznanymi w krajach wysokorozwiniętych – szczególnie wytycznymi opracowanymi przez inne rządowe Agencje HTA na świecie. Hierarchia wiarygodności badań klinicznych oraz preferencje dotyczące badań kosztów powinny być jasno przedstawione i oparte na profesjonalnym konsensusie. Należy wykonać przegląd dostępnych badań klinicznych, przeprowadzając przeglądy systematyczne zgodnie z wytycznymi Cochrane Collaboration, czy NHS Centre for Reviews and Dissemination.

W przypadku świadczeń medycznych występuje asymetria informacji w relacji pomiędzy producentem leku a klientem (urzędnik decydujący o refundacji, lekarz, pacjent). Brak przejrzystych kryteriów i niska podaż rzetelnych analiz efektywności, ekonomicznych oraz finansowych prowadzi do

²¹ Przerwa w refundacji leku na raka jajnika. Dramat pacjentek onkologicznych, Rynek Zdrowia, 2021, dostęp <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Przerwa-w-refundacji-leku-na-raka-jajnika-Dramat-pacjentek-onkologicznych,222416,1013.html>

sytuacji, w której klient (nawet lekarz) nie jest w stanie w racjonalny sposób wybrać najlepszego z opcjonalnych świadczeń w danym wskazaniu. Niezwykle ważne jest też uzyskanie społecznej akceptacji racjonowania świadczeń poprzez prowadzenie dialogu z różnymi interesariuszami oraz działania edukacyjne.

7. Wycena i taryfikacja świadczeń medycznych oraz koszyk świadczeń gwarantowanych

Wycena świadczeń zdrowotnych jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na równowagę w sektorze ochrony zdrowia. **Niedostatecznie finansowanie podstawowych procedur medycznych ma wpływ na realizację prawa pacjenta do ochrony zdrowia, co pozostaje w sprzeczności z zapisem art. 68 Konstytucji RP**, na mocy którego państwo zobowiązane jest do zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Odpowiednia wycena procedur medycznych, której podstawą są rzeczywiste koszty świadczeń, mają decydujące znaczenie dla zapewnienia racjonalności i gospodarności przy wydatkowaniu ograniczonych zasobów finansowych, którymi dysponuje publiczny system opieki zdrowotnej.

7.1. Patologie polskiego systemu wynikające z nieprawidłowej wyceny świadczeń

Wycena świadczeń zdrowotnych poniżej ich realnej wartości rynkowej zauważalna jest w wielu dziedzinach medycyny, zwłaszcza w anestezjologii i intensywnej terapii, genetyce klinicznej, urologii, chirurgii ogólnej, onkologii i hematologii dziecięcej, otorynolaryngologii dziecięcej, medycynie paliatywnej, psychiatrii. Dostęp obywateli do tych świadczeń jest znacznie ograniczony (czas oczekiwania na wizytę u genetyka klinicznego – około 2 lata, po wizycie czas oczekiwania na wynik badania genetycznego – kolejne 2 lata) lub prowadzi do zadłużania się placówek ochrony zdrowia posiadających odpowiednie oddziały (oddziały intensywnej terapii czy chirurgiczne). Duże obciążenie finansowe dla szpitali stanowią też oddziały chorób wewnętrznych, które powoli znikają z polskich szpitali. Zaniżony poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej skutkuje ujemnym wynikiem finansowym placówek medycznych, co prowadzi do likwidacji oddziałów nierentownych i zaniechania planów tworzenia nowych. Natomiast podmioty, zarówno prywatne i publiczne, świadczące wybiórczo rentowne usługi (wycenione tak, że można na nich zarobić) wyrastają jak grzyby po deszczu (np. kardiologia inwazyjna, okulistyka). W wielu wypadkach wynagrodzenie lekarzy jest powiązane z wyceną świadczeń przez NFZ. Przykładowo za dyżur na oddziale kardiologii inwazyjnej lekarz otrzymuje bardzo wysokie wynagrodzenie, a dyżur na chirurgii ogólnej jest opłacany

słabiej. Wycena świadczeń medycznych ma zatem realny wpływ na zmniejszenie atrakcyjności niektórych specjalizacji medycznych i zawodów medycznych, co przekłada się na liczbę wykwalifikowanej kadry (np. niedobór specjalistów chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, psychiatrii dziecięcej czy pielęgniarek). Przykładowo średni wiek chirurga ogólnego wynosi 58 lat, przy niedostatku chętnych do kształcenia się w ramach tej specjalizacji. Natomiast kliniki okulistyki, dermatologii czy kardiologii mają nadmiar chętnych młodych lekarzy do podjęcia specjalizacji.

7.2. Dlaczego wycena świadczeń medycznych w Polsce jest zła?

W naszym kraju nigdy nie oszacowano wiarygodnie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze. Obawy rządzących wywołuje sama świadomość, że ewentualna wycena świadczeń oparta na rzeczywistych kosztach jednostkowych może nie znaleźć pokrycia w posiadanych środkach finansowych.

Wycena w polskim systemie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) została dokonana szacunkowo na podstawie danych o realizacji świadczeń i wydatkach NFZ w latach 2006–2007, wartości punktowej grup diagnostycznych w brytyjskim systemie HRG, oraz przewidywanego poziomu finansowania leczenia szpitalnego w 2008 roku, w którym system JGP został wdrożony. **Wycenę przeprowadzono bez znajomości jednostkowych kosztów procedur²².**

Liczne późniejsze próby oszacowania rzeczywistych kosztów niektórych procedur potwierdzały wadliwość systemu, były wycinkowe, fragmentaryczne, podparte lobbieniem ze strony grup interesów (np. specjalizacji kolejnych ministrów zdrowia). Większość procedur medycznych jest niedoszacowana, niektóre jednak nadal są przeszacowane – np. kardiologia inwazyjna. Minister Zdrowia oraz płatnik (NFZ) nie mają rzetelnej wiedzy o rzeczywistych kosztach kontraktowanych świadczeń. Podmioty medyczne skarżą się od lat, że kwoty, jakie proponuje im NFZ za badania, zabiegi, specjalistyczne porady, nie uwzględniają rzeczywistych kosztów, jakie trzeba ponieść na ich wykonanie. Wycena grup diagnostycznych w polskim systemie JGP jest niedokładna i ma charakter makroekonomiczny, co wynika z braku informacji o kosztach

²² J. Grabowski, A. Kozierkiewicz, F. Gajek, Polski system jednorodnych grup pacjentów, Służba Zdrowia nr 80-81, 2001

jednostkowych świadczeń zdrowotnych. Wycena makroekonomiczna leczenia szpitalnego, w warunkach ograniczoności zasobów finansowych, obciąża szpitale wysokim ryzykiem gospodarczym. Audyt, jaki został przeprowadzony w 2019 roku w kilku instytutach podległych Ministerstwu Zdrowia, potwierdził powszechnie znany fakt, że np. w Centrum Onkologii znajdują się kliniki, które nie są w stanie być rentowne - nie z uwagi na złe zarządzanie, ale na niewłaściwą wycenę procedur. Do tych klinik ustawiają się kolejki chorych na nowotwory, oczekujących na „nierentowną” operację. Dyrekcje szpitali nie są zainteresowane skracaniem kolejek poprzez wzrost zatrudnienia personelu czy zwiększenie dostępu do sal operacyjnych, gdyż im więcej nierentownych procedur wykonują, tym bardziej narasta dług szpitala.

Z drugiej strony podmioty lecznicze „generują” więcej procedur bardziej rentownych, nawet jeśli nie jest to zgodne z potrzebami zdrowotnymi pacjentów. Dzieje się tak, ponieważ podmiot wynagradzany jest na zasadzie płatności za wykonane świadczenie, a nie za uzyskany efekt zdrowotny. Zatem **są „choroby lepsze i gorsze”, „chorzy lepsi i gorsi”, co znów jest sprzeczne z przytoczoną wyżej konstytucyjną zasadą równości.** Świadczeniodawca może zwiększyć swoją marżę przez niewłaściwe kodowanie – upcoding lub udzielenie pacjentowi dodatkowego świadczenia. Około połowa szpitali skontrolowanych przez NIK korzystała ze specjalnych programów tzw. optymalizatorów, wyszukujących dodatkowych procedur medycznych, pozwalających na zaliczenie danego świadczenia do lepiej opłacanej grupy w katalogach JGP, niezależnie od rzeczywistej potrzeby wykonania procedury²³.

Systemy takie umożliwiały zwiększenie przychodów szpitala, kosztem szybszego wykorzystania limitu środków wynikających z kontraktów zawartych z NFZ i wydłużanie kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń. Wykorzystanie takiego oprogramowania powodowało nieefektywne wykorzystanie środków publicznych na leczenie pacjentów, a nawet mogło prowadzić do wyłudzenia środków publicznych. Zatem brak realnych wycen „sprzedawanych” usług w medycynie zmusza menadżerów szpitali do kombinatorstwa. Zarazem powstaje „deficyt” świadczeń nierentownych, choć istnieje większe, uzasadnione zapotrzebowanie na takie świadczenia. Dalszą konsekwencją są kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczeń i negatywne oceny społeczne funkcjonującego systemu. Nieprawidłowe kodowanie z kolei fałszuje statystyki zapadalności na różne choroby i powoduje

²³ Informacja o wynikach kontroli „Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe”, Raport NIK, 2014, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/14/061/LKA/>

pograżanie się w chaosie informacyjnym. W sytuacji braku rzetelnej wiedzy o kosztach dochodzi do uśredniania ceny, co dzieje się z korzyścią dla szpitali leczących pacjentów niskiego ryzyka i przysparza poważnych problemów finansowych szpitalom leczącym najcięższe przypadki chorobowe. **Bez wprowadzenia jednolitego standardu rachunku kosztów w publicznym systemie ochrony zdrowia, a także wprowadzenia ustawowego obowiązku przekazywania danych kosztowych nie będzie możliwe rzetelne rozliczanie świadczeń.**

U podstaw braku wiarygodnych danych leży różnorodność ich szacowania w poszczególnych podmiotach leczniczych z uwagi na różne klucze podziałowe kosztów, różne ośrodki ich powstawania lub w ogóle brak takich szacunków, gdyż podmioty nie są zainteresowane dzieleniem się taką wiedzą. Analizy ujawniły równocześnie niską jakość danych kosztowych przekazywanych płatnikom przez podmioty lecznicze oraz brak powszechnie przyjętej jednolitej metodyki kalkulacji kosztów jednostkowych. Przyczyną istniejącej patologii w zakresie wyceny świadczeń jest również niedostrzeganie przez płatnika wzrostu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych, szczególnie uwarunkowanych wzrostem wynagrodzeń, w tym minimalnego wynagrodzenia, oraz inflacji, która w sektorze ochrony zdrowia jest wyższa niż w innych sektorach gospodarki²⁴. Przykładowo, jeżeli koszty osobowe w związku z podniesieniem płacy minimalnej zwiększą się np. ponad 15% (jak miało to miejsce 1.01.2020 roku), to natychmiast powinna zwiększyć się wycena dziesiątek tysięcy wycen świadczeń w koszyku.

7.3. Rola płatnika w tym bałaganie

NFZ wielokrotnie oskarżano o nadużywanie pozycji dominującej na rynku poprzez narzucanie rażąco niskich wycen świadczeń. NFZ zobowiązany jest do przestrzegania zasady równoważenia kosztów z przychodami, co przy ograniczonych zasobach finansowych systemu uniemożliwia ustalenie ceny, która z jednej strony zabezpieczyłaby ubezpieczonym właściwą dostępność świadczeń zdrowotnych, a z drugiej zapewniłaby pełną refundację kosztów świadczeniodawcom. Ze względu na ciągłe modyfikacje systemu finansowania świadczeń zdrowotnych bardzo trudne jest dokonanie analizy porównawczej funkcjonowania mechanizmu wyceny świadczeń. Kolejną determinantą

²⁴ Podwyżki płac lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, 202, dostęp: <https://www.prawo.pl/zdrowie/podwyzki-plac-lekarzy-pielengniarek-fizjoterapeutow-farmaceutow,507161.html>

funkcjonowania systemu finansowania świadczeń zdrowotnych może okazać się spowolnienie gospodarcze, którego efektem będą niższe niż planowano przychody NFZ ze składki ubezpieczenia zdrowotnego. Zadłużanie monopsonisty - płatnika jest przerzucane na budżet państwa. Zadłużanie się publicznych świadczeniodawców, niezależnie od tego, kto jest ich właścicielem i organem założycielskim, powoduje konieczność okresowych oddłużeń i wzrost długu publicznego. Na systemowy problem obciążania podmiotów właścicielskich podmiotów leczniczych (w większości samorządów) zadłużeniem wynikającym z błędnej wyceny świadczeń zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny swoim orzeczeniem z 20 listopada 2019 roku, w którym uznał, że obowiązek oddłużania szpitali przez samorządy jest niezgodny z konstytucją.²⁵

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA NASZA PROPOZYCJA



²⁵ Wyrok TK z 20.11.2019 r., sygn. akt K4/17.

8. Propozycja urealnienia wycen procedur medycznych

Postulujemy zmiany wycen wszystkich procedur dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych. Potrzebne jest wprowadzenie taryfikatora, który odzwierciedlałby realne ceny procedur.

Konieczna jest rewizja definicji JGP, tak, żeby każda grupa zawierała zgodnie z nazwą jednorodnie kosztowo i medycznie przypadki. To spowoduje, że przypadki proste (wysoko zyskowe) trafią do tańszej grupy. Wszystkie przypadki wchodzące w skład grupy JGP muszą mieć zbliżony koszt i wykorzystanie zasobów, inaczej zawsze będą „źli i dobrzy menadżerowie” manipulujący kodowaniem procedur lub dokonujący selekcji przyjmowanych do placówki pacjentów. Konieczny jest także monitoring przyjęć do wszystkich szpitali w regionie, co ukróci sytuacje odsyłania przypadków trudnych i powikłanych, a więc drogich.

Wycena świadczeń powinna zostać połączona ze ścisłym podziałem podmiotów leczniczych na stopnie referencyjności oraz określeniem, które świadczenia mogą być w nich wykonywane. Brak zróżnicowania wysokości finansowania świadczeń udzielonych w podmiotach leczniczych o wyższym poziomie referencyjności i placówkach mniej wyspecjalizowanym powoduje zadłużanie jednostek dużych o wysokim stopniu referencyjności. Proste, słabo wyposażone centrum może być bardzo efektywną placówką do leczenia prostych przypadków za odpowiednie wynagrodzenie. Ośrodki wyższej referencyjności, z drogim wyposażeniem i unikalnymi specjalistami, powinny cały swój potencjał przeznaczyć na przypadki trudne i powikłane, i również być proporcjonalnie finansowane. W Polsce największe długi mają duże, wieloprofilowe szpitale, szczególnie dziecięce²⁶. Wbrew rozumowaniu rządzących dziecko nie jest „połową dorosłego”, a procedury pediatryczne są zwykle dużo bardziej kosztochłonne.

8.1. Jak należy wyceniać procedury medyczne?

Warunkiem bezwzględnym rzetelnego oszacowania cen świadczeń, pozwalających zachować równowagę finansową, powinno być szczegółowe określenie procedur postępowania medycznego tj. tego, jakie standardowe

²⁶ Zadłużenie wybranych instytucji sektora finansów publicznych oraz Krajowego Funduszu Drogowego, Raport NIK, 2012, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/12/036/>

czynności terapeutyczne należy wykonać w przypadku wystąpienia konkretnej choroby. Ich ustalenie oznaczać będzie określenie przedmiotu kalkulacji kosztów. **Najbardziej odpowiednią podstawą dla wyceny świadczeń są rzeczywiste jednostkowe koszty.** Kształtowanie cen świadczeń zdrowotnych na podstawie kosztów wymaga przede wszystkim określenia standardów w zakresie rachunku kosztów oraz kategorii kosztów, mających stanowić bazę kalkulacji. **Polska jest jednym z nielicznych krajów Europy, w których nie wdrożono obowiązkowego modelu rachunku kosztów, nie określono również standardów w zakresie rachunku kosztów, a wycena świadczeń zdrowotnych nie jest prowadzona na bazie danych o kosztach rzeczywistych²⁷.**

Podstawą wyceny świadczeń zdrowotnych i jedyną drogą poprawy systemów JPG jest określenie kosztów leczenia na podstawie indywidualnych kosztów leczenia. Rachunek kalkulacyjny świadczeń zdrowotnych może być realizowany na podstawie wielu mierników działalności podmiotu leczniczego. Miernikiem oddającym rzeczywisty charakter procesu leczenia konkretnego pacjenta jest indywidualny koszt leczenia pacjenta (IKLP). Indywidualne koszty leczenia pacjenta powinny być podstawą realnej wyceny świadczeń zdrowotnych, bez względu na przyjęte mechanizmy finansowania. Koncepcja IKLP polega na rozłożeniu kosztu leczenia szpitalnego na czynniki pierwsze, tj. koszty osobodni pobytu pacjenta w szpitalu, koszty procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz koszty transportu²⁸. Takie podejście umożliwia realną wycenę świadczeń zdrowotnych, niezależnie od mechanizmu finansowania leczenia szpitalnego. W systemie podmiotowym rodzaj mierników działalności przyjętych dla celów kalkulacji nie ma znaczenia na przykład płatność za procedurę, osobodzień lub hospitalizację. Poszczególne elementy IKLP mogą być dowolnie agregowane, stanowiąc punkt wyjścia do ustalenia kosztów jednostkowych produktów rozliczeniowych²⁹.

W systemach krajów, w których istnieje taka wycena zauważono sprzężenie zwrotne, tzn. mechanizm JPG korzystnie wpływa na rozwój stosowanego modelu rachunku kosztów i odwrotnie – kosztowa baza informacyjna usprawnia JPG. Znajomość kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych jest szczególnie istotna w procesie wyceny świadczeń, których

²⁷ E. Rabiej, Rachunek kosztów leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych, 2013, dostęp: www.we.ur.edu.pl

²⁸ Tamże.

²⁹ Tamże

udzielanie wiąże się z wysokimi kosztami (przede wszystkim wszelkie formy leczenia szpitalnego). Koszty pośrednie również powinny podlegać odpowiedniej alokacji, na przykład na podstawie rzeczywistego wykorzystania lub ciągu przyczynowo-skutkowego. Sugerujemy podejście makroekonomiczne tylko do wyceny świadczeń zdrowotnych, w których oferowane na rynku technologie medyczne (leki, wyroby medyczne) odpowiadają za większość zużycia zasobów. Ceny mogą być ustalane na podstawie danych makroekonomicznych, tj. całkowitej wielkości środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym okresie. Podejście mikroekonomiczne, tj. na podstawie informacji o kosztach świadczeń generowanych przez podmioty lecznicze pozostawimy w przypadkach, gdzie znaczącą część kosztów całkowitych stanowią koszty osobowe, a także koszty pośrednie. W sytuacjach nadzwyczajnych (niezwykle skomplikowane, kosztochłonne procedury, nieoszacowane i nieuwzględnione w katalogach w uzasadnionych przypadkach) powinna być możliwa systemowa refundacja rzeczywistych kosztów leczenia pacjentów. W systemie JGP możemy wykorzystać dwie metody wyceny świadczeń w grupach diagnostycznych, tj. metoda wyceny w oparciu o wagi kosztowe, które definiują relacje między przypadkami chorobowymi według intensywności wykorzystania zasobów, oraz metoda wyceny w oparciu o rzeczywiste przeciętne koszty jednostkowe świadczeń zdrowotnych, ustalone na podstawie indywidualnych kosztów leczenia pacjentów. Aby uniknąć skomplikowanych wycen od podstaw, możemy zaadaptować rozwiązania innych krajów.

Wartości przypisane do poszczególnych grup w systemie JGP mogą być wyrażane w jednostkach pieniężnych lub w wartościach punktowych, które w następnej kolejności przeliczane są na wartości pieniężne. Od dnia 1 stycznia 2015 roku taryfikacji świadczeń dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. AOTMiT wycenia procedury z dużym opóźnieniem, a wyceny nie są urealniane. **Pomimo formalnego powierzenia zadań w zakresie taryfikacji świadczeń, nadal pierwszorzędną rolę w ustalaniu wyceny świadczeń odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia, który w zależności od potrzeb i aktualnej sytuacji dokonuje zmian w wybranych obszarach, m.in. wprowadzając współczynniki korygujące wycenę dla danych grup procedur czy kategorii świadczeniodawców.** Istniały plany, aby w kolejnych latach funkcjonowania JGP modyfikować system wyceny grup diagnostycznych, które miałyby się odbywać poprzez porównanie kosztu wytworzenia punktu JGP w szpitalach referencyjnych, które wdrożyły określony

standard rachunku kosztów, oraz przez porównanie kosztu wytworzenia punktu JGP dla poszczególnych oddziałów szpitalnych wraz z oceną ich rentowności. Niestety takie plany nigdy nie zostały zrealizowane. Szacunkowo obecnie tylko 20% JGP zostało poddane taryfikacji, a pozostałe 80% czeka na oszacowanie³⁰. Skala punktowa powinna być konstruowana na podstawie oceny kosztów leczenia w poszczególnych kategoriach diagnostycznych. Skala musi być zależna od krajowych relacji poszczególnych elementów kosztów (np. koszty osobowe versus koszty zużycia materiałów i energii.) Wycenę monetarną punktu możemy odnieść do danego szpitala lub wielu szpitali, a posteriori (np. po roku) lub a priori. Kolejno - koszty inwestycji powinny być finansowane poza systemem JGP, tj. z budżetów centralnych lub regionalnych, i nie powinny być uwzględniane w wycenie świadczeń zdrowotnych. Proponujemy wyłonienie dużej i różnorodnej grupy szpitali, na bazie których dokonywane będą przeliczenia i uaktualnianie systemu. Wcześniej wybrane podmioty muszą wdrożyć określone standardy rachunku kosztów. Zebrane dane kosztowe posłużą do przeprowadzenia analiz statystycznych rozkładu kosztów leczenia pacjentów w poszczególnych grupach diagnostycznych. Wycena musi być korygowana o wskaźnik inflacji. **Oprócz średnich kosztów leczenia pacjentów w poszczególnych grupach, na wysokość ceny powinny wpływać wskaźniki jakościowe np. wprowadzenie w szpitalu standardów medycznych, uzyskanie certyfikatów jakości.** Warto również wziąć pod uwagę geograficzne zróżnicowanie kosztów wytwarzania świadczeń. Ustalając koszty procedur medycznych, należy przeanalizować wszystkie możliwe warianty ich realizacji. Koszt tej samej procedury wykonywanej z zastosowaniem różnych technik może kształtować się na różnym poziomie. Istotne z punktu widzenia kalkulacji jest również wyodrębnienie procedur medycznych, które wymagają zastosowania kosztownych produktów leczniczych. Kluczowe znaczenie dla precyzji kalkulacji indywidualnego kosztu leczenia pacjenta ma właściwa alokacja kosztów pośrednich, wśród których wyodrębnia się koszty pośrednie ewidencjonowane w ośrodkach kosztów oraz koszty przenoszone z innych ośrodków. Koszty działalności pomocniczej powinny być rozliczane z zastosowaniem indywidualnych kluczy, ustalanych, w zależności od charakteru usług świadczonych, przez poszczególne ośrodki kosztów oraz możliwości zastosowania określonych podstaw rozliczeniowych.

³⁰ Taryfikacja świadczeń do końca 2019 r., Puls Medycyny, 2018, dostęp: <https://pulsmedycyny.pl/taryfikacja-swiadczen-do-konca-2019-928951>

8.2. Koncepcja kalkulacji kosztów

Im bardziej złożony jest system finansowania, bliższy kosztom rzeczywistym, tym większy powinien być nacisk na precyzję w kalkulacji kosztów jednostkowych i dążenie do optymalizacji ich struktury. **Rachunek kalkulacyjny powinien być podstawowym narzędziem racjonalnego zarządzania w lecznictwie stacjonarnym, umożliwia bowiem bilansowanie wyniku finansowego szpitali.** Podstawowym warunkiem wdrożeniowym rachunku kalkulacyjnego indywidualnych kosztów leczenia pacjenta jest dysponowanie dwoma rodzajami informacji, tj. wykazem wszystkich świadczeń zdrowotnych wykonanych na rzecz pacjenta oraz wykazem ich kosztów jednostkowych. Podstawą do uzyskania tych informacji jest kompletna ewidencja danych medycznych i ekonomicznych na wszystkich etapach procesu leczenia. **Czynniki determinujące budowę bazy medyczno-ekonomicznej dla kalkulacji indywidualnego kosztu leczenia pacjenta to przede wszystkim:**

- standaryzacja medyczna i ekonomiczna świadczeń zdrowotnych – w zakresie słownictwa i metodyki,
- kodowanie rozpoznań zgodnie z ICD-10,
- ewidencjonowanie wszystkich wykonanych procedur medycznych,
- dysponowanie zintegrowanym szpitalnym systemem informatycznym (HIS).

Jako podstawę kalkulacji kosztów jednostkowych należy przyjąć rachunek kosztów pełnych, gdyż politykę szpitali w zakresie rachunku kosztów i wyceny świadczeń należy rozpatrywać w perspektywie długoterminowej. W długim okresie przychody muszą pokrywać wszystkie koszty działalności, gdyż inaczej szpital popada w długi³¹. Opisany system pozwoli również na wykorzystanie danych kosztowych obecnie generowanych przez niektóre szpitale, co może przyspieszyć proces wyceny świadczeń zdrowotnych w systemie JGP. Bazą rachunku kalkulacyjnego świadczeń zdrowotnych powinien być rozbudowany plan kont – elastyczny, odpowiednio ustrukturyzowany, odpowiadający rodzajowi prowadzonej działalności, a także

³¹ E. Rabiej, Rachunek kosztów leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych, 2013, dostęp: www.we.ur.edu.pl

podział na ośrodki kosztów³². Przyjęte rozwiązania powinny odpowiadać Międzynarodowym Wytycznym Dobrych Praktyk w zakresie rachunku kosztów³³. Długotrwałym efektem zastosowania odpowiedniego rachunku kosztów będzie poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez kierowanie środków finansowych do podmiotów, które wykorzystują je najefektywniej.

8.3. Cyfryzacja niezbędna dla powodzenia reformy finansowania systemu

Restrukturyzacja sektora zdrowotnego poprzedzona musi zostać kompleksową informatyzacją sektora publicznego, w tym szpitali. Europejskie doświadczenia w zakresie reformowania mechanizmów finansowania w ochronie zdrowia wskazują m.in. na **dwie istotne determinanty powodzenia reformy, tj. na rolę technologii informacyjnych oraz zasadność zaplanowania odpowiednio długiej fazy przygotowawczej i przejściowej dla przeprowadzanych zmian**, w trakcie których możliwe jest stworzenie bazy informacyjnej o kosztach leczenia³⁴. Rozłożenie w czasie reformy finansowania leczenia szpitalnego okazuje się istotnym warunkiem sukcesu.

Szpitalny system informatyczny powinien:

- umożliwiać odpowiednią ewidencję księgową kosztów,
- umożliwiać indywidualną ewidencję produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- umożliwiać integrację danych medycznych z danymi kosztowymi,
- umożliwiać bieżące aktualizowanie danych o kosztach rzeczywistych.
- posiadać jednolitą organizację obiegu informacji,
- działać na podstawie centralnej bazy danych,
- posiadać precyzyjną strukturę modułową.
- umożliwiać raportowanie danych.

³² Tamże

³³ International Good Practice Guidance (2009a), Evaluating and Improving Costing in Organizations, IFAC, New York

³⁴ E.Rabiej, Rachunek leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych, dostęp: www.we.ur.edu.pl

Warunkiem wdrożenia systemu jest przygotowanie odpowiedniej infrastruktury sprzętowej i sieciowej, niezbędnej dla budowy narzędzi systemowych pozwalających na monitorowanie kosztów w szpitalach, w tym na potrzebę utworzenia elektronicznego systemu wspomagania decyzji finansowych, który umożliwiłby bieżący monitoring w zakresie poziomu przychodów, kosztów i wyników finansowych szpitali. Elementem podstawowym systemu jest elektroniczna dokumentacja medyczna, umożliwiająca sprawną integrację danych medycznych z danymi kosztowymi. Potrzebne będzie wsparcie budowy systemów informatycznych w zakresie rachunku kosztów w szpitalach korzystających ze środków publicznych, które dzięki zastosowaniu nowoczesnego modelu kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz jednolitej dla wszystkich szpitali korzystających ze środków publicznych metody kalkulacji kosztów, pozwolą na ustalenie rzeczywistego kosztu realizacji świadczeń, a także wzmocnią możliwości zarządzania szpitalem i zwiększą efektywność wykorzystania posiadanych zasobów

Obecnie nieliczne szpitale prowadzą rachunek kosztów umożliwiający obliczenie kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych, a poszczególne elementy rachunku kosztów funkcjonują fragmentarycznie. **Dane generowane przez szpitale nie są porównywalne, stąd możliwość ustalenia taryf JGP na podstawie rzeczywistych przeciętnych kosztów jednostkowych jest niemożliwa. Należy zatem ujednolicić sposób prowadzenia rachunku kosztów** na podstawie IKPL. Kluczowe znaczenie ma właściwa struktura zakładowego planu kont, umożliwiająca ewidencję analityczną według wyodrębnionych ośrodków kosztów, o uniwersalnym charakterze, możliwym do dostosowania do potrzeb i zakresu działalności danego szpitala. Standard rachunku kosztów ma również służyć podmiotowi medycznemu jako pomoc w zarządzaniu³⁵. Rachunek kosztów leczenia aktualnie nie jest uregulowany prawnie, nie obowiązują również w tym zakresie żadne ogólne standardy. Rachunek kosztów świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej uregulowany był rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22.12.1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, które uchylono w dniu 1 lipca 2011 roku.

³⁵ Tamże