

Maria Węgrzyn

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

EWALUACJA EKONOMICZNA SPOSOBU ROZLICZANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Streszczenie: W artykule przedstawiono zmiany w sposobie zawierania umów ze świadczeniodawcami w Polsce na przestrzeni lat 1999-2010 w aspekcie niedociągnięć i wad kolejnych form rozliczeń. Istotnym tłem do rozważań są możliwości finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia, uzależnione od poziomu dochodów obywateli. Analiza metod obejmuje nie tylko polskie, ale także światowe doświadczenia z tego zakresu.

Słowa kluczowe: świadczenia medyczne, metody rozliczania świadczeń, jednorodne grupy pacjentów.

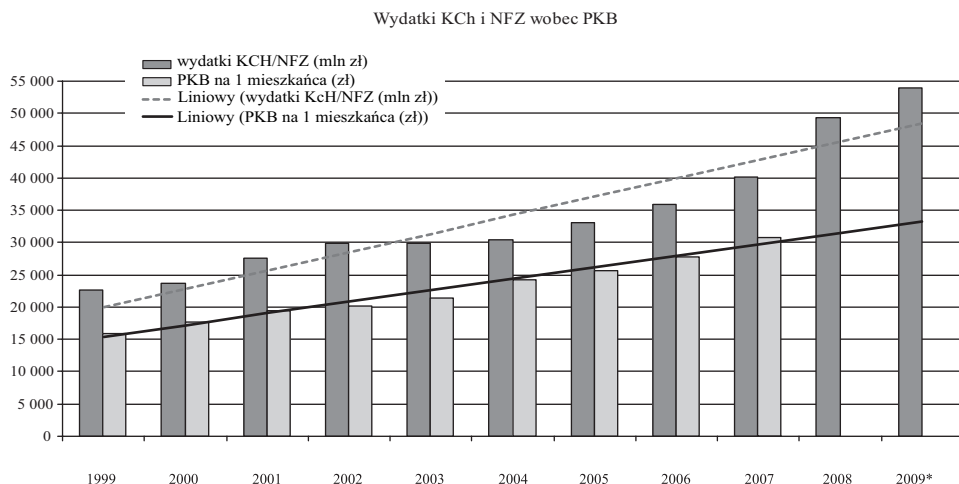
1. Wstęp

Koniec lat 90. XX w. był dla systemu ochrony zdrowia w Polsce okresem szczególnym. Konsekwentnie wprowadzane zmiany wpływały w zasadniczy sposób na funkcjonowanie nowego systemu. Obszarów przeobrażeń było bardzo wiele, począwszy do zmiany formy prowadzenia działalności i odejścia od gospodarki budżetowej, poprzez uzyskanie samodzielności finansowej uzależnionej tylko w ograniczonym stopniu od organów właścicielskich, aż do możliwości zawierania indywidualnych umów na finansowanie świadczeń z publicznym płatnikiem. Innym istotnym elementem reformy 1999 r. było rozdzielenie lecznictwa podstawowego od usług specjalistycznych. Udoskonalona instytucja podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nabyła kompetencje z zakresu funkcji „sita” racjonalizującego dostęp do bardziej kosztownych usług specjalistycznych i szpitalnych. Działanie to miało nie tylko ograniczyć liczbę nieuzasadnionych porad i hospitalizacji, ale również wpłynąć na optymalizację wydatków w systemie.

2. Możliwości finansowe i bieżące problemy

Poziom środków wpływających do systemu ochrony zdrowia po reformie w 1999 r. miał od początku istnienia trend wzrostowy, aż do roku 2009, gdy nastąpił światowy

kryzys finansowy. Wzrost środków wynikał zarówno z zapisów ustawy¹, jak i z rosnącej zasobności polskiego społeczeństwa, liczonej wielkością PKB na 1 mieszkańca. Zgromadzona większa pula środków w systemie przekłada się bezpośrednio na wzrost poziomu wydatków na zdrowie.



Rys. 1. Poziom wydatków Kas Chorych i Narodowego Funduszu Zdrowia wobec PKB w latach 1999-2009

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrali NFZ.

Trend ten nie znalazł, niestety, odzwierciedlenia ani we wzroście zadowolenia pacjentów z opieki medycznej i realizacji zgłaszanego popytu na usługi medyczne, ani we wzroście „poczucia” pokrycia kosztów przez świadczeniodawców w związku ze świadczeniem usług². Nieustannie rosnące kolejki oczekujących na świadczenia zdrowotne³ oraz wciąż rosnący poziom niezapłaconych tzw. nadwykonań⁴ są doskonałym tego przykładem.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135, z późn. zm..

² Szeroką analizę na temat oceny systemu prowadzi P. Krasucki w: *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2006, s. 69-103.

³ Zgodnie z zapisem art. 106, ust. 10, pkt 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, każdy oddział wojewódzki NFZ przedstawia realizację przez świadczeniodawców obowiązku przekazywania informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia w podziale na rodzaje świadczeń.

⁴ „Nadwykonania”, czyli świadczenia udzielone ubezpieczonym w związku ze zgłoszonym popytem, ale bez pokrycia w umowie zawartej z NFZ.

Tabela 1. Zbiorne zestawienie kolejek oczekujących w wybranych komórkach organizacyjnych w Dolnośląskim Oddziale NFZ w latach 2008 i 2010

Nazwa komórki organizacyjnej – procedury	Oczekujący [liczba osób]	Średni rzeczywisty czas oczekiwania [liczba dni]	Oczekujący [liczba osób]	Średni rzeczywisty czas oczekiwania [liczba dni]
	2008		2010	
Poradnia endokrynologiczna	9 303	140	10 963	734
Rehabilitacja lecznicza	13 411	814	23 446	1 950
Poradnia kardiologiczna	13 990	112	19 415	273
Pracownia USG	857	49	1 426	183
Poradnia hematologiczna	1 446	56	2 970	151
Poradnia okulistyczna – zabiegi w zakresie soczewki	22 441	595	44 298	362
Poradnia chirurgii urazowej – endoprotezoplastyka stawu biodrowego	4 166	1 213	20 017	150

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Jak wynika z tab. 1, okresy oczekiwania na niektóre rodzaje świadczeń wynoszą obecnie nawet rok i więcej, są też zakresy, w których notuje się znacząco poprawę. Co do „nadwykoniań”, to dynamika ich powstawania w ostatnich latach jest bardzo interesująca.

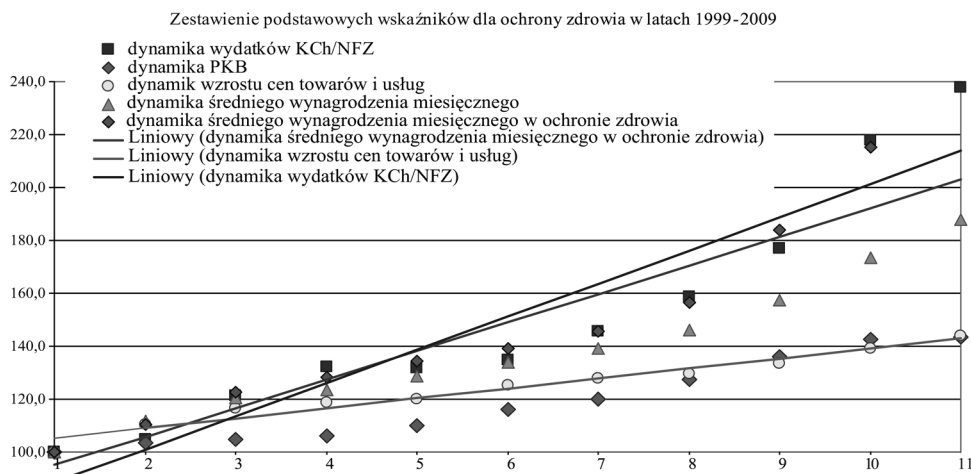
Tabela 2. Poziom zgłoszonych przez świadczeniodawców do NFZ „nadwykoniań” w latach 2005-2009

Rok	Kwota zgłoszonych i zweryfikowanych nadwykoniań [w mln zł]
2005	247
2006	229,9
2007	96,6
2008	418,8
2009	1602,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie planów finansowych NFZ.

Kwota zweryfikowanych nadwykoniań, jej dynamika wzrostu jest zmienna, ale też ogromna. Przyczyną, obok zgłaszanego popytu, mogą być tutaj zarówno obietnice składane przez właściwe podmioty administracji państwowej, zapewniające o pokryciu wszystkich dobrze zdefiniowanych potrzeb, jak i poprawa wyceny po-

jedynczych świadczeń. Inne, równie istotne wskaźniki dla ochrony zdrowia, przedstawia rys. 2.



Rys. 2. Zestawienie podstawowych wskaźników dla ochrony zdrowia w latach 1999-2009

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrali NFZ.

Pomimo wzrastającej wartości środków przekazywanych do systemu ubezpieczeń zdrowotnych popyt zgłaszany przez potencjalnych pacjentów wciąż nie był, i nadal nie jest, zaspokajany. Specyfika usług zdrowotnych oraz rozbudzenie potrzeby dbałości o zdrowie w polskim społeczeństwie przekształcone zostało nie w kierunku realizacji potrzeb o charakterze profilaktycznym, lecz od razu w kierunku realizacji usługi leczniczej. W konsekwencji szpitale nie są w stanie zaspokoić zgłaszanego popytu w oparciu o środki finansowe pozyskiwane od płatnika. W związku z tym płatnik dokonuje ustawicznych zmian i korekt systemu zawierania i rozliczania umów ze świadczeniodawcami w celu zrównoważenia możliwości finansowych systemu i potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych pacjentów.

Na podstawie obserwacji sektora usług medycznych na przestrzeni minionych lat można stwierdzić, że cel skoncentrowania opieki na tańszych usługach podstawowej opieki oraz silniejszej kontroli nad usługami specjalistycznymi i szpitalnymi nie został osiągnięty. Według wskaźników⁵ częstotliwość korzystania z usług szpitalnych i specjalistycznych w okresie 1999-2006 zwiększyła się, a odsetek ludności korzystających z usług POZ z 47% w 1999 r. spadł do 24% w 2003 r. W efekcie więc obserwujemy koncentrację środków finansowych w segmencie specjalistycznego le-

⁵ Dane Centrali NFZ.

czenia szpitalnego kosztem dalszego ograniczania możliwości diagnostycznych i terapeutycznych lekarzy pierwszego kontaktu.

3. Metody rozliczania usług – wady i zalety

Mechanizm finansowania opieki zdrowotnej jest zatem jednym z podstawowych i najistotniejszych elementów każdego systemu zdrowotnego⁶. Poprzez jego modyfikację wprowadza się zachęty bądź bariery dla uczestników systemu w kierunku realizacji założeń i priorytetów stawianych przez kreatorów polityki zdrowotnej. Takie zapisy mają swoje miejsce w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w ramach tzw. kontraktów. Istotą systemu kontraktowego jest konkurencja świadczeniodawców o pieniądze publiczne. Kontrakty zawierają przede wszystkim informacje o warunkach i sposobach pozyskania i rozliczenia świadczonych usług. Możliwości, założenia kontraktów mogą być bardzo różnorodne. W międzynarodowej praktyce stosuje się wiele różnych metod rozliczania usług medycznych. Do najczęściej występujących zaliczymy:

1. **Kapitację**, czyli finansowanie *per capita* stosowane głównie w kontraktowaniu podstawowej opieki medycznej wraz z towarzyszącą jej diagnostyką. Stawka kapitacyjna często bywa różnicowana według wieku (zwykle dzieci i osoby starsze mają wyższą stawkę niż większość populacji objętej opieką). Takie działanie ma na celu równoważenie negatywnego wpływu dużej liczby świadczeń, która jest większa u dzieci i starszych pacjentów. Ryzykiem kapitacji jest niekontrolowany wzrost liczby świadczeń w stosunku do kwoty kapitacji, co może spowodować ograniczenie ich dostępności. W Wielkiej Brytanii⁷ na przykład ten sposób kontraktacji obejmuje koszty porad specjalistycznych i diagnostyki zlecanej przez lekarza podstawowej opieki. System brytyjski stawia na szeroko wykwalifikowanego lekarza rodzinnego, który rzadko kieruje do specjalistów. Podejście to doprowadziło w praktyce do znacznego ograniczenia liczby badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych na rzecz powiększania zysków lekarzy rodzinnych. Ostatecznym efektem takiego postępowania było wyraźne zmniejszenie liczby specjalistów w stosunku do lekarzy rodzinnych, co spowodowało konieczność importu specjalistów z innych krajów.

2. **Płatność za usługę**, czyli *free for service* – bezpośrednia płatność, zgodna z cennikiem, za każdą wykonaną usługę. Jest to podstawowy system płatności dla osób nieubezpieczonych, kupujących usługi na rynku, ale także dla firm ubezpieczeń zdrowotnych. System ten był bardzo powszechnie stosowany w latach 70. w USA. Powszechną praktyką w systemie była kreacja popytu przez podaż, polegająca na kierowaniu pacjentów do kolegów, którzy w zamian rewanżowali się tym samym.

⁶ Klasyfikację metod finansowania usług szpitalnych, ich opis i ocenę szeroko prezentuje J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 142-160.

⁷ M. Ajewski, *Kontraktowanie świadczeń*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2007, lipiec.

Zjawisko to nazwane „piramidą świadczeń” doprowadziło do gwałtownego wzrostu kosztów leczenia i prawie dwukrotnego wzrostu kosztów ubezpieczenia zdrowotnego. Rozwiązaniem tego problemu było powstanie pierwszych systemów zarządzania opieką zdrowotną, tzw. *manager care organizations* (MCO) lub *health maintenance organizations* (HMO), w których połączono funkcje ubezpieczyciela i dostawcy usług. Podstawą ich działania było zarządzanie kosztami i ich optymalizacja.

3. **System oparty na budżecie** to system, którego ogólna istota polega na ustaleniu okresowego budżetu dla jednostki medycznej i uwalnianiu odpowiednich środków finansowych zgodnie z określonym i przyjętym planem. Ten typ systemu jest wyjątkowo nieefektywny, ponieważ pieniężne przychody nie są zależne od wykonanych świadczeń, odzwierciedlają jedynie założenia planu finansowego. W systemie budżetowym obserwuje się największy wzrost kosztów w stosunku do realizacji świadczeń medycznych. Na ogół w systemie budżetowym prognozy na następne okresy opierają się na kosztach poprzednich okresów. Promuje się w ten sposób najmniej efektywnych świadczeniodawców.

4. **Oplata za dzień**, czyli *per diem*, polega na ustaleniu uśrednionej stawki dziennej za hospitalizację i płatności na podstawie faktycznej długości pobytu w szpitalu. Zatem placówki opłacane według tego systemu maksymalnie wydłużają czas hospitalizacji bez względu na faktyczne potrzeby pacjenta. Dodatkowym efektem ubocznym tego systemu jest wyraźne wydłużanie się kolejek do łóżek szpitalnych, preferowanie pacjentów lżej chorych, którym nie trzeba wykonywać badań i zabiegów (generują mniejsze koszty), oraz niepotrzebne przyjmowanie osób zdrowych do szpitala, np. na obserwację.

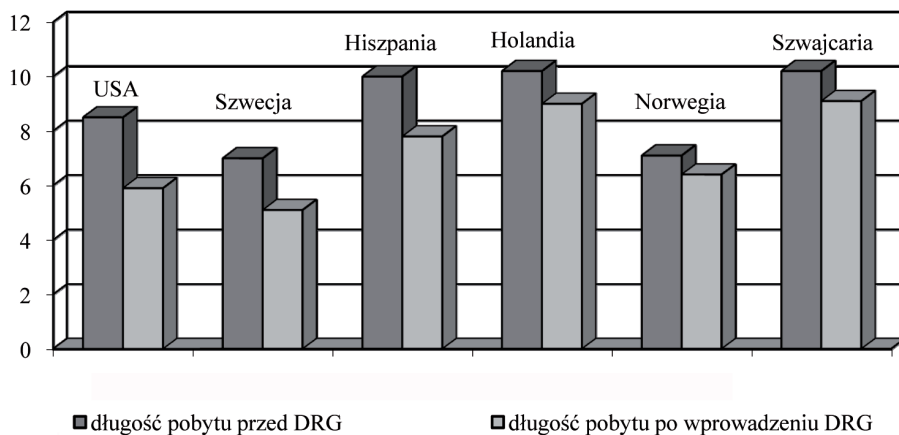
5. **Płatność za przypadek**, czyli *per case*, dominuje w kontraktach za usługi szpitalne. Oznacza to, że za każde przyjęcie szpital ma płaconą ustaloną stawkę, niezależnie od zastosowanego leczenia czy długości pobytu w szpitalu. Zaletą tego systemu jest fakt skracania pobytu w szpitalu i wyższa efektywność niż w innych wcześniej przedstawionych systemach. Ma też jednak poważne wady. Ponieważ opiera się na uśrednionych w czasie kosztach dla jednej hospitalizacji, to jest całkowicie nieodporny np. na zmiany wzrostu poziomu zachorowalności (gdy wzrośnie liczba ciężkich zawałów, wzrośnie faktyczny koszt hospitalizacji), przez co system łatwo może stać się niewydolny. Równocześnie ten typ rozliczania świadczeń zachęca do częstego wypisywania pacjenta z placówki medycznej po to, aby po bardzo krótkiej przerwie od nowa wprowadzić go do ewidencji szpitalnej. Odmianą tego systemu jest system *case – mix*, czyli mieszanka przypadków, polegająca na okresowej weryfikacji stopnia komplikacji przypadków. System ten wymaga jednak bardzo precyzyjnych danych służących wykrywaniu istotnej dla systemu zwiększonej zachorowalności. W Polsce (poza Śląskiem, gdzie działają chipowe karty pacjentów) nie ma takich instrumentów.

6. **Koszty grup diagnostycznych**, czyli tzw. JGP⁸ – ideą tego rozwiązania jest stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania danego

⁸ JGP – przewodnik po systemie, NFZ, Biuro Komunikacji Społecznej, czerwiec 2008.

świadczenia do pewnej grupy (już po jego wykonaniu), ze ściśle zdefiniowanej listy, celem rozliczenia usługi przed płatnikiem. Praktyczna konstrukcja tego systemu wynika z obserwacji, że pewne grupy pacjentów, często znacznie się różniących, w zasadzie wymagają dość podobnego postępowania, z drugiej strony ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami wymaga często całkiem innego postępowania. Kwalifikację do grupy wykonuje się albo na podstawie rozpoznania definiowanego międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 (dotyczy głównie leczenia niezabiegowego), albo wymienioną w stosownej liście procedurą leczniczą, wymienioną w liście JGP identyfikowaną kodem klasyfikacji ICD-9.

Od czasu wprowadzenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów dla pacjentów w USA Medicare w 1983 r. metoda DRG/JGP⁹, oparta na płaceniu za dany przypadek chorobowy, stopniowo stała się głównym sposobem finansowania usług szpitalnych w wielu krajach rozwiniętych, włączając w to większość państw europejskich. Tego typu mechanizmy finansowania zastąpiły innego typu systemy opłat szpitalnych, jak np. opłatę za osobodzień, typu *Social Health Insurance* (Społeczna Służba Zdrowia), ale są też coraz częściej stosowane w systemach typu NHS *National Health Service* (Narodowa Służba Zdrowia) finansowanych z podatków. Systemy oparte na oddzieleniu nabywcy od dostawcy, zastępując wcześniej zintegrowane systemy usług, wymuszają przepływ środków finansowych od nabywcy do dostawcy według z góry określonych kryteriów.



Rys. 3. Efekt wprowadzania nowych systemów finansowania w różnych krajach w odniesieniu do długości pobytu pacjenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Koncepcja Jednorodnych Grup Pacjentów – szanse i zagrożenia*, NFZ – Centrala, Warszawa 2007, listopad.

⁹ A. Kozierkiewicz, K. Łanda, *DRG – skazani na gospodarność*, materiały przeznaczone dla szkoleń Banku Światowego, Kraków 2008.

Podstawowym celem systemu JGP jest zatem zaproponowanie precyzyjnej wyceny kosztów leczenia danego pacjenta z uwzględnieniem zauważalnych i wymiernych cech pacjenta, przede wszystkim w związku z diagnozą, ale – w różnym stopniu – również z wybranymi interwencjami.

4. Polskie doświadczenia w rozliczaniu usług

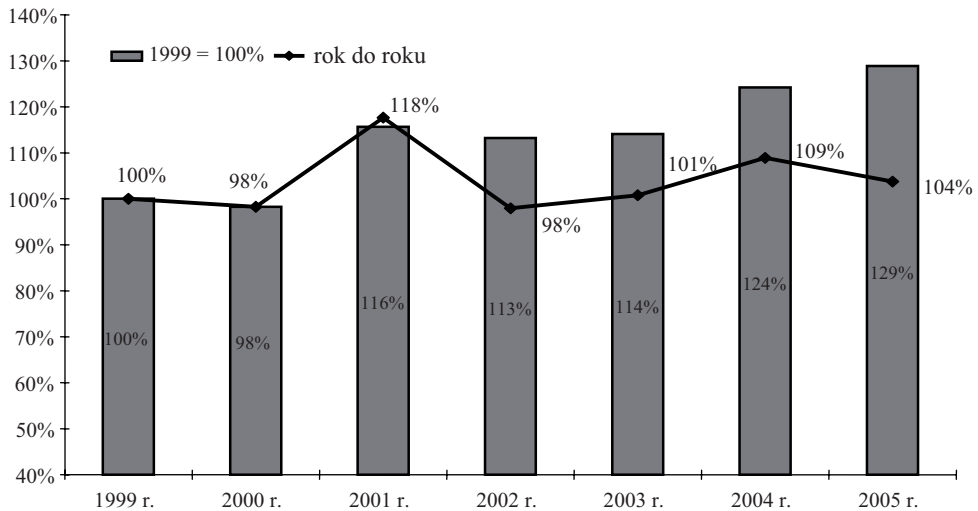
W zasadzie każda z wcześniej wymienionych metod rozliczania usług medycznych była w swoim czasie obecna w polskim systemie ochrony zdrowia. Z uwagi na wykazywane niedoskonałości kolejne metody zastępowano następnymi. Wszystkie stosowane rozwiązania miały charakter finansowania za wykonaną usługę.

W 1999 r. stosowano dość szeroką różnorodność kontraktowania, choć w lecznictwie zamkniętym koncentrowano się głównie na hospitalizacji ryczałtowej. Samodzielność ówczesnych kas chorych pozwalała na wszelkie możliwe rozwiązania i dlatego dość powszechnie stosowano jej lokalne odmiany. Funkcjonowały wówczas:

- płatność za ryczałtową hospitalizację określoną czasem pobytu; na oddziałach niezabiegowych – hospitalizacje w zależności od czasu trwania (np. do 24 h, do 72 h, powyżej 72 h, powyżej 72 h z ruchem międzyoddziałowym) oraz osobodzień na oddziałach rehabilitacyjnych, psychiatrycznych, przewlekłych (powyżej 30 dni), intensywna terapia w OIT. Niektóre kasy chorych ogłosiły wspólnie konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez instytuty naukowo-badawcze, kliniki, ośrodki ponadregionalne – na oddziałach niezabiegowych jako hospitalizacje, a na oddziałach zabiegowych jako procedury;
- płatność w systemie jednorodnych grup pacjentów stosowana była w Dolnośląskiej RKCH, Podkarpackiej RKCH z modyfikacjami, Łódzkiej RKCH w zakresie ginekologii i położnictwa;
- płatność za szczegółowo opisaną w katalogu procedurę medyczną, wycenioną punktowo, stosowano w Kujawsko-Pomorskiej RKCH, Lubelskiej RKCH, Łódzkiej RKCH, Opolskiej RKCH, Podlaskiej RKCH, Pomorskiej RKCH, Świętokrzyskiej RKCH, Warmińsko-Mazurskiej RKCH, Zachodniopomorskiej RKCH;
- na podstawie hospitalizacji kontraktowano świadczenia w Małopolskiej RKCH oraz Wielkopolskiej RKCH.

W roku 2001 paleta metod kontraktowych była jeszcze szersza. Obejmowała bowiem szereg zmodyfikowanych lokalnie systemów i zawierała między innymi: poradę, zabieg, badanie, punkt przeliczeniowy, wizytę, sesję terapeutyczną, hospitalizację domową, cykl zabiegów na podstawie jednego skierowania, hospitalizację, osobodzień opieki stacjonarnej. Pomimo tak szerokiej różnorodności metod rozliczania świadczeń ze środków publicznych nie udało się stworzyć systemu najlepszego – idealnego – zapewniającego optymalną równowagę między potrzebami a możliwościami systemu. Nakłady na finansowanie świadczeń szpitalnych wykazujące

wciąż rosnącą tendencję w kontekście braku idealnego modelu ich rozliczania spowodowały podjęcie decyzji o ujednoczeniu sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń zdrowotnych.



Rys. 4. Finansowanie świadczeń szpitalnych: nakłady ogółem – dynamika

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrali NFZ.

W 2004 r. dokonana została kolejna, bardzo istotna zmiana systemowa. Dotychczasowe samodzielne kasy chorych zastąpiono jednym płatnikiem – Narodowym Funduszem Zdrowia. Wprowadzono jednolite na terenie całego kraju zasady zawierania i rozliczania umów ze świadczeniodawcami. Jednakże z uwagi na ich niedoskonałość w dalszym ciągu ulegały one poprawkom i modyfikacjom. Przegląd najważniejszych zmian¹⁰ w zakresie kontraktowania świadczeń w kolejnych latach wygląda następująco:

- rok 2005
 - opisano w rozporządzeniu ministra zdrowia ogólne warunki zawierania umów,
 - wprowadzono zakaz stosowania indywidualnych decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego w sprawach świadczeń;
- rok 2006
 - ujednoczono treść i formę materiałów informacyjnych,

¹⁰ Zmiany wprowadzane były na podstawie kolejnych rozporządzeń ministra finansów oraz zarządzeń prezesa NFZ.

- ujednolicono i nakazano stosować jednolitą procedurę przebiegu procesu kontraktowania,
- wprowadzono zasadę przygotowania postępowań w oparciu na zasadach planowania zakupów,
- sformalizowano kryteria oceny ofert;
- rok 2007
- wprowadzono finansowanie wzrostu wynagrodzeń odrębnym strumieniem środków,
- rok 2008
- wprowadzono obowiązek wskazywania wykonanych procedur zgodnie z ICD-9,
- wprowadzono system jednorodnych grup pacjentów.

System JGP, oparty na sprawdzonych międzynarodowych klasyfikacjach chorób i procedur, stanowi nowoczesne rozwiązanie stosowane w większości krajów europejskich, a nawet zalecane jest przez Unię Europejską. Obecnie funkcjonuje już m.in. na Węgrzech i w Czechach.

W systemie opartym na katalogu świadczeń szpitalnych, obowiązującym w Polsce do połowy 2008 r., nośnikiem kosztów było świadczenie wycenione w punktach. Płatnik kupował od szpitala pozycje katalogowe dopisane do pacjenta, które nie zawsze miały związek z rozpoznaniem schorzeniem. Świadczenie katalogowe w danym szpitalu kosztowało zawsze tyle samo i nie uwzględniało indywidualnego przebiegu leczenia, które w przypadku różnych pacjentów mogło wyglądać zupełnie inaczej. Zatem system, w którym nośnikiem kosztów jest procedura nie uwzględniająca indywidualnych aspektów leczenia i związanych z nimi określonych kosztów, stał się za mało precyzyjny i wskazał na potrzebę wprowadzenia nowego, jeszcze lepszego systemu rozliczania świadczeń medycznych – JGP¹¹. Podstawowym celem systemu JGP jest zaproponowanie precyzyjnej wyceny kosztów leczenia danego pacjenta, uwzględniającej zauważalne i wymierne cechy pacjenta, postawioną diagnozę, a także (w różnym stopniu) wybrane interwencje. Dotychczas systemy JGP poprzedzała raczej metoda korekty wyników dostawców z uwzględnieniem różnych typów leczonych przez nich pacjentów (*patient – mix*) niż mechanizm płatności dla dostawców świadczeń. W tym przypadku główne wyzwanie ma charakter techniczny i polega na próbach zapewnienia, by z uwzględnieniem takich zmiennych, jak wiek, czas hospitalizacji, diagnoza (podstawowa) i inne diagnozy w przypadku innych współistniejących chorób, proces korekty ryzyka był obiektywny i dokładny.

Podstawowe cechy grupy JGP to:

- każda grupa posiada znaczenie kliniczne, które kojarzy się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów,
- poszczególne JGP obejmują pacjentów o podobnej kosztochłonności w sensie zużycia zasobów szpitala związanego z leczeniem badanego pacjenta,

¹¹ JGP – przewodnik po systemie, „Menedżer Zdrowia” 2008, nr 3.

- każda JGP jest definiowana na podstawie występujących w dokumentach szpitala ogólnodostępnych danych, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii,
- każda z grup JGP spełnia warunek minimalnej liczby wystąpień w skali kraju.

W Polsce wycena grup diagnostycznych w zakresie JGP została dokonana empirycznie przez ekspertów Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie danych sprawozdawczych z puli monitorowanych szpitali z okresu 2002-2007. Obecnie wycena opiera się na danych sprawozdawczych, przekazywanych przez wszystkie szpitale oddziałom NFZ, i jest dostosowywana do rzeczywistych kosztów z częstotliwością około 6 miesięcy. Metoda kosztów grup diagnostycznych wydaje się najbardziej obrazującą rzeczywiste koszty realizacji usług medycznych.

- od 2009 r.
 - wskazywanie zasobów poprzez portal świadczeniodawcy,
 - rozdzielenie opieki paliatywnej i świadczeń opiekuńczych.
- Od nowego systemu rozliczeń oczekuje się:
- jednoznacznych definicji i opisów świadczeń,
 - uproszczenia zasad i zmniejszenia liczby pozycji katalogowych,
 - powiązania finansowania z rzeczywistymi kosztami wytworzenia świadczenia,
 - ograniczenia możliwości oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii,
 - obligatoryjnego stosowania klasyfikatorów (ICD-10, ICD-9-CM) do celów statystycznych i modyfikacji systemu rozliczeń,
 - nowy system ma być narzędziem umożliwiającym wiarygodne analizy kosztowe funkcjonujące po obydwu stronach – płatnika i szpitala.

5. Efekty zmian

Praktycznym sprawdzianem oczekiwań względem nowego systemu a rzeczywistością była realizacja programu pilotażowego, przeprowadzonego tuż przed wprowadzeniem systemu w całej Polsce¹². W programie uczestniczyły 42 szpitale z 12 województw. Głównym celem przeprowadzenia pilotażu było sprawdzenie, jak rozliczenie wg JGP wpłynie na finansowanie szpitali. Należy podkreślić, że przy opracowaniu nowego systemu rozliczeniowego jednym z podstawowych założeń było utrzymanie przynajmniej dotychczasowego poziomu łącznych przychodów świadczeniodawców przy jednoczesnej poprawie rentowności poszczególnych specjalności medycznych uznawanych do tej pory za deficytowe. Pilotaż miał skorygować elementy systemu JGP w zakresie relacji kosztowych pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń, a także sprawdzić praktyczne działanie stosowanego tu algorytmu grupera JGP oraz zmienionej klasyfikacji procedur medycznych i charakterystyk grup.

¹² *Praktyczny sprawdzian – Jednorodne Grupy Pacjentów*, „Menedżer Zdrowia” 2008, nr 7 lipiec, s. 42-45.

W efekcie przeprowadzonego pilotażu symulacja i porównanie wyników finansowych w obecnym i nowym systemie rozliczeniowym, przy zróżnicowanym stopniu przypisania hospitalizacji do grup JGP, wykazała, że finansowanie u ponad 60% świadczeniodawców będzie na porównywalnym poziomie. U pozostałych świadczeniodawców uzyskany wynik obarczony był bardzo dużym błędem wynikającym z nieprawidłowości przypisania do grupy, a zatem błędu o charakterze technicznym. Ostatecznie, na podstawie wyników analiz prognozowano wynik finansowy szpitali po wprowadzeniu JGP na poziomie powyżej 12% wzrostu wynikającego z wyceny poszczególnych grup oraz rozliczania dodatkowych osobodni. Prognozy z pilotażu znalazły tylko częściowe potwierdzenie w rzeczywistości gospodarczej. Polska praktyka medyczna bowiem, polskie szpitale nie wykazały już tak pozytywnych wyników. Nowa metoda rozliczania świadczeń nie wpłynęła na poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców, lecz wpłynęła znacząco na inny aspekt prowadzenia działalności. Spowodowała konieczność innego patrzenia na pacjenta i sposób jego leczenia. Dlatego wydaje się, iż dopiero w kilkuletniej perspektywie zmiany te będą mogły być widoczne i korzystne dla całego systemu¹³.

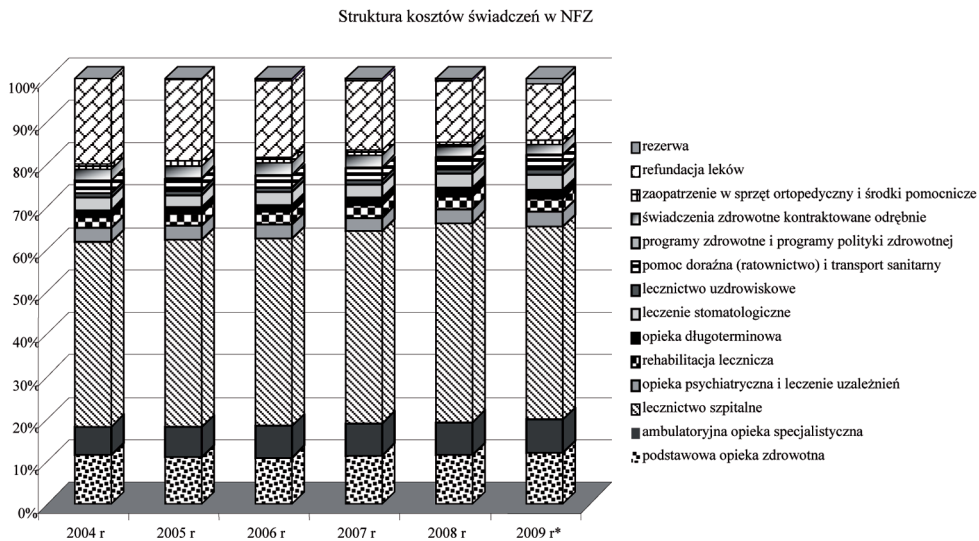
Tabela 3. Wybrane informacje o sytuacji finansowej szpitali podległych JST województwa dolnośląskiego za okres 01.2009-12.2009

Nazwa jednostki	Wynik finansowy netto [w zł]		
	I-XII 2008 r.	I-XII 2009 r.	– spadek + wzrost
Szpitale wielospecjalistyczne HP 1.1 razem	70 755 970	24 446 169	-46 309 801
Szpitale psychiatryczne i odwykowe HP 1.2 razem	-10 177 190	-7 183 409	2 993 781
Szpitale jednospecjalistyczne HP 1.3 razem	8 555 676	12 236 706	3 681 030
OGÓLEM (w tym też pogotowie ratunkowe, sanatoria i uzdrowiska...)	80 251 802	37 902 827	-42 348 975

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UMWD.

Porównania z zakresu przekształcania systemu rozliczeń świadczeń medycznych warto odnieść do zmian w strukturze kosztów świadczeń NFZ (rys. 5). W latach 2008 i 2009 wyraźnie wzrosły środki w zakresie leczenia szpitalnego, a obniżył się poziom refundacji leków. W niewielkim stopniu wzrosły też środki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Zmiany te sugerują dążenie do utrzymania obecnej struktury kosztów świadczeń NFZ i położenie nacisku na przeobrażenia wewnątrz poszczególnych zakresów. Ewaluacja metody rozliczania szpitalnych świadczeń medycznych jest tego doskonałym przykładem.

¹³ System rozliczania usług wg JGP planuje się wprowadzić w Polsce również w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (AOS) do połowy 2011 r.



Rys. 5. Struktura kosztów świadczeń NFZ

Źródło: dane NFZ.

6. Podsumowanie

Finansowanie systemu ochrony zdrowia jest zadaniem bardzo złożonym. Możliwości płatnika i zgłaszane przez pacjentów potrzeby zawsze będą trudne do zbilansowania. Kompleksowe postępowanie lecznicze wymaga rozległej wiedzy statystycznej o schorzeniach i procedurach, którym przypisano określone wartości kosztowe. Ich odniesienie do możliwości finansowych systemu jest zadaniem przypisanym menedżerom ochrony zdrowia. Dlatego też potrzebna jest stała analiza procesów zachodzących w usługach medycznych, stała ocena danych demograficznych i epidemiologicznych. Istotnym bowiem elementem dobrego, transparentnego i przejrzystego funkcjonowania systemu jest bieżący przepływ informacji od decydentów do wykonawców w zakresie podejmowanych nowych decyzji i ich skutkach dla systemu rozliczeniowego. Przeprowadzane dotychczas zmiany dają nadzieję na poprawę efektywności wykorzystania środków przeznaczonych na realizację świadczeń medycznych.

Literatura

- Ajewski M., *Kontraktowanie świadczeń*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2007, lipiec.
 Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
 JGP – przewodnik po systemie, NFZ, Biuro Komunikacji Społecznej, czerwiec 2008.

- Koncepcja Jednorodnych Grup Pacjentów – szanse i zagrożenia*, NFZ – Centrala, Warszawa 2007, listopad.
- Kozierkiewicz A., Łanda K., *DRG – skazani na gospodarność*, materiały przeznaczone dla szkoleń Banku Światowego, Kraków 2008.
- Krasucki P., *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2006.
- Praktyczny sprawdzian – Jednorodne Grupy Pacjentów*, „Menedżer Zdrowia” 2008, nr 7, lipiec.
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

ECONOMIC EVALUATION OF THE WAY MEDICAL BENEFITS ARE CLEARED

Summary: The article presents changes in the way agreements have been concluded with the providers of benefits in Poland during the years of 1999-2010 in connection with failures and flaws of successive forms of clearance. An essential backdrop for the consideration is the financial capacity of the Polish healthcare system, which is based on the citizens' income level. The methods analysis encompasses not only Polish, but also worldwide experiences in this scope.