

Magdalena KLUDACZ\*

## ZASADY WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WE FRANCUSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

### 1. Wstęp

W wielu krajach, w tym w Polsce, zauważa się problemy związane z niedoskonałością stosowanych metod wyceny usług medycznych, które wpływają na efektywność finansowania szpitali i innych podmiotów leczniczych. W literaturze przedmiotu ocenia się, że jedną z najlepszych metod wyceny na potrzeby procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych stanowi system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP; ang. DRG – *diagnosis related groups*), który pozwala na połączenie w procesie wyceny danych medycznych i kosztowych. Jego wdrożenie w wielu krajach europejskich miało na celu uproszczenie systemu finansowania podmiotów leczniczych i dostosowanie go do możliwości finansowych całego systemu ochrony zdrowia.

W Polsce system Jednorodnych Grup Pacjentów obowiązuje już od 2008 r., jednak do tej pory wycena świadczeń w tym systemie odbywa się jedynie na podstawie możliwości finansowych płatnika i jest całkowicie oderwana od informacji kosztowych usług medycznych, które można byłoby pozyskać ze szpitali. Z drugiej strony, w wielu krajach europejskich już dawno opracowano zasady pozyskania informacji kosztowych ze szpitali na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym, które są systematycznie udoskonalane. W wielu przypadkach opracowano również ujednoczone zasady rachunku kosztów, które są stosowane w szpitalach uczestniczących w procesie gromadzenia

---

\* Dr, Zakład Finansów i Rachunkowości, Politechnika Warszawska, Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych w Płocku; e-mail: m.kludacz@pw.plock.pl

danych kosztowych na potrzeby centralnej wyceny świadczeń. Jednym z takich państw jest Francja.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie i ocena zasad wyceny świadczeń medycznych, przede wszystkim z zakresu leczenia zamkniętego, jakie obowiązują we Francji. Szczególną uwagę zwrócono na specyfikę francuskiego systemu ochrony zdrowia; francuski system jednorodnych grup pacjentów GHM, który jest podstawą wyceny świadczeń medycznych szpitali; proces zbierania danych kosztowych potrzebnych do ustalania średnich kosztów referencyjnych oraz zasady kalkulacji taryf cenowych obowiązujące na szczeblu centralnym.

## 2. Charakterystyka francuskiego systemu ochrony zdrowia

We Francji obowiązuje ubezpieczeniowy model finansowania ochrony zdrowia. Jest on oparty o powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego (CMU) uzupełniony o finansowanie z budżetu państwa i komplementarne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Zdecydowana większość wydatków na ochronę zdrowia jest zatem pokrywana ze środków publicznych (79%). Pozostała część wydatków na ochronę zdrowia jest pokrywana z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (około 14%) i opłacana bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (około 7%)<sup>1</sup>. Większość środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia pochodzi z kas obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a pozostałą część stanowią wpływy ze środków budżetowych ministerstwa zdrowia, samorządów lokalnych, składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne. Warto dodać, że aż 95% Francuzów ma wykupione dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W celu ograniczenia wydatków ponoszonych przez fundusze ubezpieczeniowe, rząd wyznacza cele finansowe oddzielnie dla opieki szpitalnej, ambulatoryjnej oraz społecznej i długoterminowej.

Francuski system ochrony zdrowia jest centralnie regulowany przez państwo oraz w sposób rozproszony przez poszczególne Regionalne Agencje Zdrowia (ang. *Agence Regionale de Sante* – ARS), które odpowiadają za realizację polityki zdrowotnej na szczeblu regionalnym. Poza tym we francuskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje wiele różnych instytucji i agencji działających w różnych formach prawnych na szczeblu krajowym i lokalnym.

<sup>1</sup> Dane z 2008 r. za: J. Kalecińska; White&Case W. Daniłowicz, W. Jurcewicz i Wspólnicy – Kancelaria Prawna sp. k., *System ochrony zdrowia we Francji*, [w:] J. Kalecińska, I. Herbst (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Fundacja Centrum PPP, Warszawa 2011, s. 31.

Cele budżetowe na finansowanie sektora szpitalnego są określane przez państwo oddzielnie dla każdego regionu. Podział prognozowanych środków na poszczególne regiony kraju i ustalanie wysokości stawek na świadczenia zdrowotne należy do Ministra Zdrowia. Są one wypłacane w formie dotacji regionalnych poszczególnym regionalnym agencjom zdrowia, a one z kolei rozdzielają środki pomiędzy poszczególne szpitale w regionie. Szpitale są zobowiązane do podpisania odpowiedniej umowy z ARS, która określa działalność szpitala i jego potrzeby finansowe. Poza tym, w celu ograniczenia wydatków ponoszonych przez fundusze ubezpieczeniowe, rząd wyznacza cele finansowe oddzielnie dla opieki szpitalnej, ambulatoryjnej oraz społecznej i długoterminowej.

Od 2004/2005 r. we Francji obowiązuje perspektywny system finansowania według wykonanych świadczeń (ang. *Tarification a l'Activite* – TAA lub T2A). W systemie tym finansowane są koszty bieżące publicznych, jak i prywatnych jednostek (koszty świadczeń medycznych, wynagrodzenia, koszty leków, koszty zakupu sprzętu). W systemie T2A nie są jednak pokrywane koszty badań i kształcenia personelu (finansowane w formie specjalnych dotacji) oraz inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie szpitali (finansowane głównie z dotacji przyznawanych przez ARS).

Generalnie większość usług szpitalnych jest obecnie finansowana przy wykorzystaniu taryf ustalonych dla poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów. Nie dotyczy to jednak opieki psychiatrycznej, rehabilitacyjnej i opieki długoterminowej, które są finansowane z budżetu globalnego. Z budżetu państwa są również finansowane działania dotyczące tzw. misji użyteczności publicznej. Działania te są określane przez ministra, przydzielane do poszczególnych regionów i dotyczą one np.: badań i nauczania, innowacji, programów ochrony zdrowia publicznego. Poza tym szpitale otrzymują dodatkowe dofinansowanie do drogich leków i wyrobów medycznych. Niektóre procedury medyczne (np. aborcja, radioterapia, dializy) są opłacane według oddzielnego katalogu cen, określonego na poziomie krajowym. Z kolei w przypadku intensywnej opieki medycznej, pomocy w nagłych wypadkach i przeszczepów jest stosowane finansowanie w postaci rocznego ryczałtu. Na podstawie stawek rynkowych są z kolei finansowane np. konsultacje zewnętrzne.

### 3. Charakterystyka francuskiego systemu DRG

Większość usług szpitalnych jest obecnie finansowana przy wykorzystaniu taryf ustalonych dla poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów, które we Francji funkcjonują pod nazwą *Groupes Homogenes de Malades* (GHM)<sup>2</sup>. Stawka wypłacana za pobyt pacjenta w szpitalu zależy zatem od jego przyporządkowania do odpowiedniej kategorii GHM. Oprócz opieki szpitalnej wymagającej hospitalizacji, systemem GHM są objęte takie świadczenia jak: hospitalizacja jednego dnia, chirurgia ambulatoryjna, domowa hospitalizacja, dzienne leczenie (chemioterapia, radioterapia, dializy)<sup>3</sup>.

Warto podkreślić, że początki systemu DRG sięgają już lat 70. System ten został opracowany w Stanach Zjednoczonych na Uniwersytecie w Yale i miał na celu standaryzację usług medycznych oraz przyporządkowanie im jak najbardziej wiarygodnych wartości dotyczących zużycia zasobów rzeczowych, ludzkich i finansowych<sup>4</sup>. System DRG jest zatem wykorzystywany do tworzenia grup pacjentów o zbliżonych do siebie cechach medycznych i ekonomicznych i służy do szacowania kosztów świadczeń zdrowotnych wykonanych na rzecz pacjentów z określonych grup diagnostycznych i całego procesu ich leczenia. W chwili obecnej większość systemów DRG, które funkcjonują w Europie, w tym system francuski, jest oparta na amerykańskiej wersji systemu.

Do opracowania francuskiego systemu GHM wykorzystano dwie bazy danych<sup>5</sup>:

- francuską narodową bazę działalności szpitali (PMSI), która istnieje od 1996 r. (dla szpitali prywatnych od 1998 r.) i zawiera informacje dotyczące pacjenta, diagnozy pierwotnej i wtórnej, długości pobytu w szpitalu, procedur medycznych, kategorii GHM, do których pacjent jest przypisany;

<sup>2</sup> **ATIH**, *Manuel des GHM, version definitive 11f*, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Lyon (lipiec) 2014; <http://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-11d>; stan na dzień 20.11.2014 r.

<sup>3</sup> **HCAAM**, *Note sur la situation des établissements de santé, Avril 2009*, Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie, Paris 2009.

<sup>4</sup> **M. Macuda**, *Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów w planowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych na przykładzie szpitali w Szwajcarii*, Zesz. Nauk. AE w Poznaniu 2006/82, s. 119–128.

<sup>5</sup> **Z. Or, M. Bellanger**, *France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market*, [w:] **R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley** (ed.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, World Health Organization 2011, Open University Press, s. 227.

- francuską bazę kosztów szpitali (ENCC), która zawiera informacje o kosztach pobytu w szpitalu pozyskane od kilkudziesięciu szpitali.

Pierwszą wersję francuskiego systemu GHM wprowadzono do szpitali w latach 1990–1993. Jednak do 2004 r. system DRG we Francji nie stanowił bezpośredniego mechanizmu płacenia szpitalom publicznym za leczenie określonych przypadków chorobowych, a jedynie narzędzie służące do prowadzenia analiz porównawczych dotyczących efektywności wykorzystania zasobów w szpitalach publicznych. Od 1996 r. system DRG wykorzystywano również w celu dostosowania budżetów globalnych szpitali do ich aktywności, mierzonej liczbą i strukturą leczonych przypadków chorobowych. Na podstawie wyników oceny efektywności działania poszczególnych szpitali publicznych dokonywano korekty wielkości środków publicznych, przyznawanych szpitalom i modyfikowano kolejne ich budżety w celu motywowania ich do poprawy efektywności.

Warto podkreślić, że do 2004 r. szpitale publiczne i prywatne były finansowane za pomocą dwóch różnych mechanizmów. Szpitale publiczne oraz niekomercyjne szpitale prywatne były finansowane za pomocą budżetu globalnego ustalanego na podstawie kosztów historycznych. Natomiast komercyjne szpitale prywatne były finansowane na podstawie opłat za osobodni pobytu oraz opłat za usługi.

W 2004 r. nastąpiła zmiana systemu finansowania szpitali publicznych na tzw. system prospektywny, oparty na stawkach określonych dla poszczególnych kategorii GHM – T2A. Od 2005 r. również szpitale prywatne są finansowane na podstawie tego samego systemu. Początkowo w systemie GHM finansowano jedynie 10% wartości opieki szpitalnej. Udział ten był jednak systematycznie zwiększany i od 2008 r. system T2A, oparty na kategoriach GHM, obejmuje całą opiekę szpitalną – zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych. Warto jednak podkreślić, że mimo wdrożenia systemu T2A, krajowe ceny GHM były nadal częściowo oparte na budżecie historycznym. Miało to na celu ochronę szpitali przed nadmiernymi cięciami budżetowymi.

Najnowsza wersja systemu GHM (wersja 11) została wprowadzona w styczniu 2009 r. i od tego czasu jest corocznie aktualizowana. Celem jej wprowadzenia było uwzględnienie w wycenie stopnia złożoności przypadków GHM po to, aby zlikwidować problem niedofinansowania tych szpitali, które zajmują się leczeniem bardziej skomplikowanych przypadków. W chwili obecnej system GHM obejmuje ponad 2500 kategorii diagnostycznych ujętych w 27 podstawowych grupach kategorii diagnostycznych CMD (*Catégorie majeure de diagnostic*)<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> **ATIH**, *Manuel des GHM – version definitive 11f*, <http://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-11-version-complete>; stan na dzień 20.11.2014 r.

Warto podkreślić, że wcześniejsza wersja systemu obejmowała mniej niż 800 kategorii diagnostycznych.

Grupowanie pacjentów w systemie GHM odbywa się obecnie przy wykorzystaniu specjalistycznego oprogramowania komputerowego na podstawie wytycznych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Warto podkreślić, że pacjent może zostać przyporządkowany tylko do jednej kategorii diagnostycznej, przy czym klasyfikacja pacjentów do poszczególnych kategorii diagnostycznych odbywa się na podstawie informacji klinicznych i administracyjnych. Dane kliniczne są przekazywane przez lekarzy i obejmują diagnozę główną (reprezentuje przyczynę hospitalizacji) i diagnozy wtórne zakodowane przy wykorzystaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, a także procedury medyczne zakodowane przy wykorzystaniu francuskiej klasyfikacji procedur CCAM. Dane administracyjne, które są wykorzystywane do ustalenia stopnia złożoności choroby pacjentów obejmują długość pobytu, dane demograficzne (wiek, płeć) przyczynę zwolnienia ze szpitala. Dodatkowo są również przekazywane informacje o masie ciała i wieku (w dniach) noworodków.

#### **4. Pozyskiwanie danych kosztowych do wyceny świadczeń medycznych**

Instytucją, która odpowiada za klasyfikację pacjentów GHM i wycenę świadczeń zdrowotnych we Francji jest niezależna instytucja administracji publicznej, która funkcjonuje pod nazwą Technicznej Agencji Informacji Szpitalnych (ATIH). Instytucja ta została utworzona w 2002 r. i jest współfinansowana przez rząd krajowy oraz fundusze ubezpieczeń zdrowotnych. Od 2005 r. Agencja ATIH dokonuje regularnych przeglądów klasyfikacji pacjentów GHM w celu uwzględnienia w niej zmian w praktyce i technologii medycznej oraz w celu dostosowania klasyfikacji do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10). Algorytm klasyfikacji pacjentów jest zatem nieustannie korygowany.

W celu wyceny świadczeń medycznych, Techniczna Agencja Informacji Szpitalnych (ATIH) zbiera informacje na temat pobytu pacjentów w szpitalu, w tym zarówno informacje medyczne, jak i szczegółowe raporty kosztowe. Potrzeba zbierania szczegółowych informacji o kosztach szpitali pojawiła się w momencie wdrożenia perspektywnego systemu finansowania T2A w oparciu o kategorie GHM.

Każdego roku informacje o pełnych kosztach leczenia poszczególnych przypadków GHM są gromadzone i przetwarzane w ramach systemu Narodowej Analizy Kosztów (ENCC) wprowadzonego w 1992 r. Techniczna Agencja Infor-

macji Szpitalnych wykorzystuje te informacje do ustalenia skali średnich kosztów referencyjnych, która jest co roku aktualizowana. Koszty te stanowią później podstawę ustalania cen będących podstawą rozliczania szpitali z płatnikiem.

Informacje kosztowe są dostarczane na zasadzie dobrowolności przez niewielką grupę około stu szpitali, które reprezentują różne rejony Francji<sup>7</sup>. Znajdują się wśród nich zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne, kliniczne oraz ośrodki onkologiczne<sup>8</sup>. Szpitale te mają obowiązek stosować ujednolicony model rachunku kosztów zwany rachunkowością analityczną. Pozostałe szpitale obowiązują w tym zakresie mniejsze wymagania.

Warto podkreślić, że dane kosztowe zebrane w danym roku są wykorzystane do ustalenia cen dopiero po upływie dwóch lat. Przykładowo dane dotyczące kosztów hospitalizacji pochodzące z 2010 r. były analizowane w roku następnym i dopiero w 2012 zostały wykorzystane do ustalenia cen usług medycznych<sup>9</sup>.

## 5. Wycena świadczeń medycznych na szczeblu centralnym

Na podstawie zebranych danych kosztowych, Techniczna Agencja Informacji Szpitalnych ATIH ustala i publikuje co roku informacje o średnich kosztach usług medycznych, określanych mianem kosztów referencyjnych. Warto jednak dodać, że przed obliczeniem kosztów referencyjnych dokonywane są określone korekty. W pierwszej kolejności z bazy kosztów, stanowiącej podstawę obliczeń, odejmuje się koszty, które nie są w ogóle finansowane na podstawie kategorii GHM, np. kwoty otrzymane na kształcenie i badania, dopłaty do drogich leków i wyrobów medycznych, koszty dializ i radioterapii. Poza tym w obliczeniach nie są uwzględniane dopłaty dla szpitali z okolic Paryża i terytoriów zamorskich, dla których przy ustalaniu taryf cenowych jest stosowany dodatkowy współczynnik regionalny, korygujący cenę ze względu na wyższe koszty pracy.

Przed ustaleniem średnich kosztów referencyjnych prowadzona jest analiza i kontrola poszczególnych kategorii GHM w celu wyeliminowania tzw. przypad-

<sup>7</sup> Przykładowo, w 2010 r. dane kosztowe pozyskano z 43 prywatnych i 62 publicznych szpitali na 2760 szpitali funkcjonujących we Francji. **Haute Autorité de Santé** (French National Authority for Health), *Day surgery tariffs in France and in other countries, Current situation and future prospects*, Documentation Department – Public Information, June 2013, s. 18.

<sup>8</sup> Ministère de la Santé, *Guide méthodologique de Comptabilité analytique hospitalière du ministère de la santé*, 2012 r.

<sup>9</sup> **M. Kludacz**, *Wycena usług szpitalnych na szczeblu centralnym w wybranych krajach europejskich*, [w:] **R. Lewandowski, M. Kautsch, L. Sułkowski** (red.), *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, PiZ 2013/XIV/10, cz. 1.

ków skrajnych (ang. *outliers*) na podstawie informacji o długości pobytu i kosztach. W pierwszym przypadku z bazy GHM usuwane są wszystkie przypadki, przekraczające 2,5 krotność średniej długości pobytu pacjenta w szpitalu. Przy okazji dokonuje się również korekt dotyczących tzw. przypadków nietypowych, które mogą dotyczyć, np.:

- błędnie zakodowanych kategorii diagnostycznych,
- przypadków, na leczenie których poniesiono zbyt wysokie lub zbyt niskie koszty.

Procedura ustalenia średnich kosztów referencyjnych wymaga wykorzystania różnych metod statystycznych i ekonometrycznych<sup>10</sup>. Ze względu na niewielką grupę szpitali dostarczających informacji do wyceny świadczeń, średnie koszty są wrażliwe ze względu na rodzaj szpitali wchodzących w skład grupy uczestniczącej w dostarczaniu informacji kosztowych na potrzeby wyceny kategorii GHM. Z tego względu zakłada się, że średnie koszty referencyjne powinny być liczone przy wykorzystaniu średniej ważonej, przy czym wagami powinny być różne czynniki, które są skorelowane z kosztami całkowitymi. Wyróżnia się przy tym wagi ilościowe i jakościowe.

Koszty GHM są ważne przede wszystkim z uwzględnieniem rodzaju szpitala. Dla sektora publicznego wyróżnia się pięć typów szpitali, takich jak: duże szpitale ogólne (z liczbą leczonych przypadków przekraczającą 16 tys. rocznie), małe szpitale ogólne, szpitale kliniczne związane z uniwersytetami, centra onkologiczne i prywatne szpitale niekomercyjne. Z kolei do ustalania ilościowych wag kosztowych Techniczna Agencja Informacji Szpitalnych ATIH wykorzystuje takie informacje jak: średnia długość pobytu pacjenta w szpitalu, średnia długość pobytu pacjenta na oddziale ratunkowym i średnia liczba procedur medycznych wykonanych przez poszczególne szpitale według rodzaju. Zakłada się zatem, że koszty GHM zależą głównie od długości pobytu pacjenta w szpitalu oraz od rodzaju szpitala. Średnie koszty referencyjne GHM są liczone według następującego wzoru<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Procedura ustalania średnich kosztów została opisana w: **M.M. Bellanger, L. Tardif**, *Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France*, Health Care Manage Sci 2006/9, s. 300–302; **ATIH**, *Guide technique présentant les modalités de calcul du référentiel national de coûts*, Données ENCC 2011; <http://www.atih.sante.fr/donnees-de-couts/enc-mco>; (maj 2013); stan na dzień 20.03.2014 r.

<sup>11</sup> **ATIH**, *Guide technique présentant...*, s. 8.



$$\overline{K_r} = \frac{\sum_{i=1} W_i * K_i}{\sum_{i=1} W_i}$$

gdzie:

$W_i$  – waga przypisana  $i$ -temu przypadkowi,

$K_i$  – koszty  $i$ -tego przypadku.

Ceny świadczeń zdrowotnych we Francji ustala każdego roku Ministerstwo Zdrowia, które bierze pod uwagę cele budżetowe dla sektora szpitalnego. Do 2010 r. stawki cen były ustalane na podstawie średnich kosztów kategorii diagnostycznych, które poddawano jednak określonym modyfikacjom, uwzględniającym priorytety ustanowione na szczeblu centralnym, budżety historyczne szpitali i różnice między sektorem publicznym i prywatnym<sup>12</sup>.

Pierwszym czynnikiem wpływającym na ostateczne ceny świadczeń zdrowotnych były określone na szczeblu centralnym priorytety w zakresie zdrowia publicznego (np. opieka paliatywna, onkologia, udary mózgu). Ceny ustalone na szczeblu centralnym miały zatem zapewnić osiągnięcie określonych przychodów w zakresie promowanych działań, a także motywować lub zniechęcać szpitale do wykonywania określonych świadczeń, np. motywować do zabiegów chirurgicznych w trybie jednego dnia, zniechęcać do wykonywania cesarskich cięć itp.

Drugi czynnik wpływający na ostateczne ceny świadczeń zdrowotnych stanowiły koszty historyczne szpitali. W celu uniknięcia zbyt dużych zmian w corocznych budżetach szpitali, ceny ustalone na szczeblu centralnym były bowiem dodatkowo korygowane o tzw. współczynnik przejściowy, obliczony dla każdego szpitala na podstawie relacji jego kosztów historycznych do ceny.

Średnie koszty referencyjne stanowiły podstawę ustalania cen do 2010 r. W 2011 r. nastąpiła zmiana polegająca na tym, że podstawą ustalania taryf cenowych stały się ceny z poprzedniego okresu. Podlegają one jednak określonym modyfikacjom przy uwzględnieniu informacji kosztowych.

Podstawowym motywem służącym do wprowadzania korekt cenowych od 2011 r. stało się badanie prowadzone przez ATIH, dotyczące porównania kosztów i cen GHM na koniec każdego roku. Badanie to umożliwia np. rozpoznanie kate-

<sup>12</sup> P.L. Bras, J.L. Vieilleribiere, P. Lesteven, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Inspection générale des affaires sociales, RM 2012-024P marzec 2012, s. 19.

gorii GHM, rodzajów działalności, głównych kategorii diagnostycznych CMD, które są niedofinansowane i tych, które są nadmiernie uprzywilejowane pod względem dofinansowania. Dzięki temu na szczebel centralny trafiają informacje, które można wykorzystać do bardziej sprawiedliwego rozdziału środków finansowych w kolejnym roku budżetowym. Z uwagi na to, że informacje o kosztach i cenach nie są spójne, gdyż pochodzą z dwóch różnych zbiorów danych, obejmujących różne obszary, bezpośrednie porównanie tych dwóch kategorii danych nie jest jednak w chwili obecnej możliwe. Porównanie to jest zatem dokonywane przy wykorzystaniu specjalnej metodologii opracowanej przez ATIH<sup>13</sup>.

Płatności dla szpitali przy faktycznym rozliczaniu świadczeń ustala się mnożąc cenę danej kategorii GHM przez ilość przypadków, zakwalifikowanych do tej kategorii leczonych w szpitalu. Standardowa cena GHM uwzględniana w końcowych rozliczeniach dotyczy tylko tych przypadków, które mieszczą się w standardowym przedziale pod względem długości pobytu pacjenta w szpitalu. W tym celu dla każdej kategorii GHM oblicza się dolny i górny próg standardowego pobytu pacjenta w szpitalu. W przypadku pobytów długoterminowych na każdy dodatkowy dzień pobytu powyżej ustalonego progu szpitale otrzymują specjalną dopłatę. Natomiast w przypadku pobytów krótkoterminowych (poniżej obliczonego progu) płatności dla szpitali są zmniejszane w celu zniechęcenia ich do wcześniejszego, niż jest to uzasadnione klinicznie, wypisywania pacjentów ze szpitala<sup>14</sup>.

W chwili obecnej podstawę ustalania cen GHM w szpitalach prywatnych i publicznych stanowią inne kategorie kosztowe. Wycena świadczeń medycznych w szpitalach publicznych oparta jest na wszystkich kategoriach kosztów, natomiast w szpitalach prywatnych nie uwzględnia się w niej kosztów pracy lekarzy i części kosztów wyposażenia szpitali, które są rozliczane w innym systemie. Poza tym różnice cenowe między sektorami wynikają również z innych kosztów historycznych<sup>15</sup>. W przyszłości planuje się jednak ujednoczenie zasad wyceny dla szpitali sektora prywatnego i publicznego.

Na szczeblu centralnym jest również stosowany mechanizm kontroli budżetu przeznaczanego dla szpitali z wykorzystaniem cen i ilości świadczeń. Przykładowo, w sytuacji gdy ilość świadczeń zaplanowana dla całego sektora zostanie przekroczona, następuje obniżenie cen świadczeń zdrowotnych. Ceny usług

<sup>13</sup> ATIH, *Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs*, maj 2013.

<sup>14</sup> M. Kludacz, *Wycena usług szpitalnych na szczeblu...*, s. 265.

<sup>15</sup> Cour des comptes. La Sécurité Sociale, chapitre 7, La mise en place de la T2A: Bilan à mi-parcours. Paris: Cour des comptes, February 2009. <http://www.ccomptes.fr/content/download/1263/12378/file/Chap7-mise-en-oeuvre-T2A.pdf>; stan na dzień 20.11.2014 r.

medycznych są zatem w pewnym stopniu wynikiem decyzji politycznych i mogą ulegać zmianie w ciągu roku. W rezultacie bardzo trudno jest określić wszystkie elementy, które wpływały na zmianę ceny na szczeblu centralnym, a co za tym idzie, przewidzieć zmiany cen GHM w kolejnych latach<sup>16</sup>.

## 6. Zakończenie

Wdrożenie systemu GHM we Francji miało na celu zwiększenie wydajności szpitali i poprawę efektywności leczenia. Stała taryfa cenowa GHM miała motywować szpitale do skrócenia długości pobytu pacjentów w szpitalu i – w związku z tym – leczenia większej ilości pacjentów. Jednak ze względu na wiele niejasności w zasadach ustalania cen na szczeblu centralnym i możliwości zmiany tych cen w ciągu roku, francuskie szpitale nie mają pewności, czy zwiększenie ich wydajności poprzez większą liczbę wykonanych usług medycznych doprowadzi do zwiększenia ich przychodów w przyszłości.

Ocenia się, że wdrożenie nowych zasad finansowania świadczeń zdrowotnych we Francji w oparciu o system GHM doprowadziło jedynie do poprawy sytuacji szpitali prywatnych<sup>17</sup>. Z kolei sytuacja finansowa szpitali publicznych pogorszyła się. W dużym stopniu wynika to z tego, że szpitale publiczne mają obowiązek, w odróżnieniu od szpitali prywatnych, przyjmowania wszystkich pacjentów, a więc również tych, którzy wymagają długiego, skomplikowanego i kosztownego leczenia. Pogorszenie sytuacji szpitali publicznych było w dużym stopniu wynikiem braku pozytywnych efektów finansowych w związku ze zwiększeniem wydajności ich działania. Zwiększenie świadczeń w obecnej sytuacji może bowiem prowadzić jedynie do wzrostu kosztów. Tak naprawdę nie do końca też wiadomo, czy wzrost efektywności szpitali jest efektem wzrostu liczby świadczeń, czy też został spowodowany nieprawidłowym kodowaniem w systemie GHM.

Podsumowując: obowiązujące obecnie zasady finansowania świadczeń zdrowotnych we Francji są mało przejrzyste. Nie do końca wiadomo, co Ministerstwo Zdrowia uwzględni przy ustalaniu ceny GHM na szczeblu centralnym. Z jednej strony są zatem ponoszone znaczne zasoby finansowe i czasowe na pozyskanie i przetworzenie informacji kosztowych ze szpitali, a z drugiej – dane te nie są

<sup>16</sup> Z. Or, M. Bellanger, *France: Implementing...*, s. 236–237.

<sup>17</sup> DREES, *Rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, septembre 2009*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris 2009.

w ostatecznym rozrachunku głównym czynnikiem, który wpływa na końcową cenę świadczeń. O ostatecznych cenach decyduje bowiem w większym stopniu zasada stabilności cen historycznych. Niewystarczające są również pomiar i monitorowanie zużycia zasobów w szpitalach i nie można w żaden sposób ustalić wpływu działalności szpitali na poszczególne kategorie przychodów (z ubezpieczenia społecznego, od prywatnych pacjentów itp.). W obecnym systemie GHM nie można dokonać analiz, tak jak to odbywa się w innych krajach, dotyczących rentowności poszczególnych grup diagnostycznych czy rodzajów działalności szpitalnej. Brakuje również wskaźników, które służyłyby do oceny jakości świadczeń szpitalnych.

## Bibliografia

### Opracowania:

- Bellanger M.M., Tardif L.**, *Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France*, Health Care Manage Sci 2006/9, s 295–305.
- Bras P.L., Vieilleribiere J.L., Lesteven P.**, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Inspection générale des affaires sociales, RM 2012-024P marzec 2012.
- Cour des comptes. La Sécurité Sociale*, chapitre 7, La mise en place de la T2A: Bilan à mi-parcours. Paris: Cour des comptes, February 2009; <http://www.ccomptes.fr/content/download/1263/12378/file/Chap7-mise-en-oeuvre-T2A.pdf>; stan na dzień 20.11.2014 r.
- DREES**, *Rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, septembre 2009*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris 2009.
- Haute Autorité de Santé** (French National Authority for Health), *Day surgery tariffs in France and in other countries, Current situation and future prospects*, Documentation Department – Public Information, June 2013.
- HCAAM**, *Note sur la situation des établissements de santé, Avril 2009*, Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie, Paris 2009.
- Kalecińska J., White&Case Danilowicz W., Jurcewicz W. i Wspólnicy – Kancelaria Prawna sp. k.**, *System ochrony zdrowia we Francji*, [w:] J. Kalecińska, I. Herbst (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Fundacja Centrum PPP, Warszawa 2011, s. 28–38.
- Kludacz M.**, *Wycena usług szpitalnych na szczeblu centralnym w wybranych krajach europejskich*, [w:] R. Lewandowski, M. Kautsch, Ł. Sułkowski (red.), *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, PiZ 2013/XIV/10, cz. 1, s. 261–273.
- Macuda M.**, *Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów w planowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych na przykładzie szpitali w Szwajcarii*, Zesz. Nauk. AE w Poznaniu 2006/82, s. 119–128.

Ministère de la Santé, *Guide méthodologique de Comptabilité analytique hospitalière du ministère de la santé*, 2012 r.

**Or Z., Bellanger M.**, *France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market*, [w:] R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (ed.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, World Health Organization 2011, Open University Press, s. 221–242.

**Strony internetowe:**

**ATIH**, *Guide technique présentant les modalités de calcul du référentiel national de coûts*, Données ENCC 2011; <http://www.atih.sante.fr/donnees-de-couts/enc-mco>; (maj 2013); stan na dzień 20.03.2014 r.

**ATIH**, *Manuel des GHM – version définitive 11f*, <http://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-11-version-complete>; stan na dzień 20.11.2014 r.

**ATIH**, *Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs*, maj 2013; [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr); stan na dzień 20.03.2014 r.

Magdalena KLUDACZ

## THE ANALYSIS OF VALUATION PRINCIPLES OF MEDICAL SERVICES IN THE FRENCH HEALTH CARE SYSTEM

( Summary )

In many countries, including Poland, there is a problem associated with *disadvantages of valuation methods* of medical services that affect the poor efficiency of health care financing system. In the literature, it is estimated that one of the best methods of valuation is system based on the Homogeneous Groups of Patients. In this system all treated patients are classified, based on selected clinical characteristics into patient groups which consume the resources of the hospital in a similar manner. Such a system already exists in many European countries. In some of them the basis for valuation of medical services are the cost data accumulated in hospitals. One of such country is France. The aim of this article is to analyze the valuation principles of medical services, especially in the hospitals, that are applied in the French health care system. Particular attention was paid to the characteristics of the French health care system and the French system of Homogeneous Groups of Patients GHM, which is the base for the valuation of medical services in hospitals. This article also describes the process of collecting cost data needed to determine the cost weights and the pricing rules for calculating the GHM tariffs at the central level.

**Keywords:** hospital, valuation of medical services, Homogeneous Groups of Patients GHM, hospital costs