

MARIA ŚWIDEREK*

Stacjonarna opieka medyczna, systemy *case-mix* – organizacja, finansowanie i zarządzanie

Przy projektowaniu współczesnych systemów ochrony zdrowia jednym z podstawowych założeń jest zagwarantowanie w dalekiej przestrzeni czasowej świadczeń zdrowotnych, przy jednoczesnym zapewnieniu długofalowej stabilności tego systemu. Perspektywa długiego horyzontu czasowego staje się ważna z kilku powodów: z jednej strony procesy demograficzne zachodzące w Europie w ciągu ostatnich 50 lat wskazują m. in. na wydłużenie się przeciętnej długości życia Europejczyka, z drugiej zaś postęp, jaki dokonał się w technologiach medycznych, spowodował szybki wzrost kosztów w ochronie zdrowia w latach 70–90. XX w.

Ze względu na fakt, iż największy udział w całkowitych kosztach leczenia stanowią koszty leczenia szpitalnego, organizacja i sposób finansowania świadczeń w opiece stacjonarnej jest bardzo ważną kwestią, szczególnie w tych krajach, gdzie opieka zdrowotna jest finansowana ze środków publicznych.

Celem niniejszych rozważań jest analiza organizacji i finansowania świadczeń w stacjonarnej opiece zdrowotnej oraz próba oceny rozwiązań wprowadzonych w Polsce w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów jako jednej z metod efektywnego zarządzania w systemie opieki zdrowotnej.

1. Przeciętne dalsze trwanie życia

Jednym ze wskaźników demograficznych mających istotny wpływ na generowanie kosztów w ochronie zdrowia jest przeciętne dalsze trwanie życia. Analiza tego parametru w krajach OECD w ciągu ostatnich prawie 50 lat (1960–

* Dr, Katedra Zarządzania Miastem i Regionem, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Łódzkiego.

2007) wykazała, że średnia długość życia w krajach OECD wydłużyła się w badanym okresie o około 10 lat. Polska na tym tle nie wypada najlepiej, ponieważ przeciętne trwanie życia wzrosło o ok. 7,6 roku (tabela 1). Wśród krajów OECD Polska znajduje się w ostatniej „dziesiątce” razem z większością krajów Europy Środkowo-Wschodniej (wykres 1).

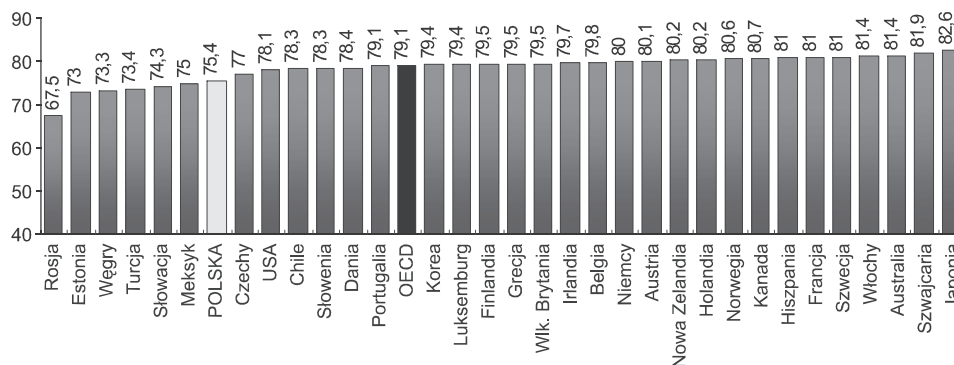
Tabela 1

Przeciętne dalsze trwanie życia

| Kraj | 1960 | 2007 ^a | Przyrost w latach 1960–2007 |
|---------------|-------------|-------------------|-----------------------------|
| | (1) | (2) | (3)= (1) – (2) |
| Austria | 68,7 | 80,1 | 11,4 |
| Belgia | 69,8 | 79,8 | 10 |
| Czechy | 70,6 | 77 | 6,4 |
| Finlandia | 69 | 79,5 | 10,5 |
| Francja | 70,3 | 81 | 10,7 |
| Niemcy | 69,1 | 80 | 10,9 |
| Grecja | 69,9 | 79,5 | 9,6 |
| Węgry | 68 | 73,3 | 5,3 |
| Irlandia | 70 | 79,7 | 9,7 |
| Włochy | 69,8 | 81,4 | 11,6 |
| Japonia | 67,8 | 82,6 | <u>14,8</u> |
| Korea | 52,4 | 79,4 | 27 |
| Norwegia | 73,8 | 80,6 | 6,8 |
| Polska | 67,8 | 75,4 | 7,6 |
| Portugalia | 63,9 | 79,1 | <u>15,2</u> |
| Słowacja | 70,6 | 74,3 | 3,7 |
| Hiszpania | 69,8 | 81 | 11,2 |
| Szwecja | 73,1 | 81 | 7,9 |
| Szwajcaria | 71,4 | 81,9 | 10,5 |
| Turecja | 48,3 | 73,4 | <u>25,1</u> |
| Wlk. Brytania | 70,8 | 79,5 | 8,7 |
| USA | 69,9 | 78,1 | 8,2 |
| OECD średnia | 68,5 | 79,1 | 10,6 |

^a Lub najbliższy dostępny rok.

Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD Health Data 2010, June. http://www.oecd.org/statisticsdata/0,3381,en_2649_34631_1_119656_1_1_1,00.html (02.09.2010)



Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2007 r.

Źródło: OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics – ISBN 92-64-08356-1 - © OECD Health Data 2010, June.

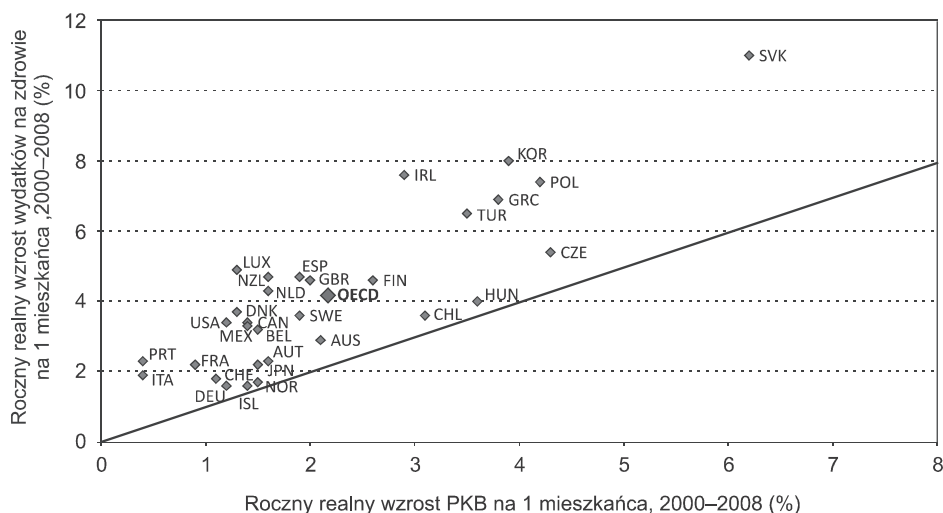
Analiza danych demograficznych potwierdza powszechnie znaną zależność, iż mężczyźni żyją krócej niż kobiety. W krajach OECD różnica ta wynosi przeciętnie 5,6 lat, natomiast w Polsce prawie 9 lat. W Polsce mężczyźni żyją przeciętnie tylko 71 lat, zaś średnia dla Unii wynosi 76,3 lat. Obserwuje się, że to Polki dorównują Europejkom pod względem wieku (średnia dla krajów OECD 81,9 lata, średnia dla Polski prawie 80 lat). Spośród krajów OECD kobiety najdłużej żyją w Japonii – 86 lat i w Szwajcarii, Francji i Hiszpanii – 84 lata; mężczyźni natomiast najdłużej żyją w Szwajcarii i Japonii – nieco ponad 79 lat.

2. Wydatki na ochronę zdrowia

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią istotną część Produktu Krajowego Brutto. Co warto zauważyć, realny wzrost wydatków na ochronę zdrowia przypadający na 1 mieszkańca w latach 2000–2008 był we wszystkich krajach OECD wyższy niż wzrost PKB (wykres 2). Najwyższy wzrost wydatków na ten cel w analizowanym okresie odnotowano na Słowacji (prawie dwukrotność wzrostu PKB). Również Polska znalazła się w grupie krajów, gdzie wzrost wydatków na ochronę zdrowia był istotnie wyższy od wzrostu PKB. Warto zauważyć, że mimo iż wydatki na ochronę zdrowia rosną szybciej niż PKB, to ocena funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej wcale nie wzrasta. Według Euro-Canada Health Consumer Index 2010¹ kraje, których wydatki rosły

¹ Euro-Canada Health Consumer Index 2010 to taksonomiczny rodzaj wskaźnika dotyczącego rozwoju danego kraju ze względu na system opieki zdrowotnej. Indeks bada: 1) przestrzeganie praw pacjenta i dostęp do informacji, 2) czas oczekiwania na wizytę u lekarza, 3) dostęp do

najszybciej, nie znalazły się w pierwszej dziesiątce krajów o najlepszym wskaźniku (Słowacja 26 miejsce, Grecja 19, Polska 30).



Wykres 2. Roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do Produktu Krajowego Brutto, 2000–2008^a

^a Luksemburg i Portugalia – 2000–2006; Australia, Dania, Grecja, Japonia i Turcja – 2000–2007; Irlandia – 2000–2009.

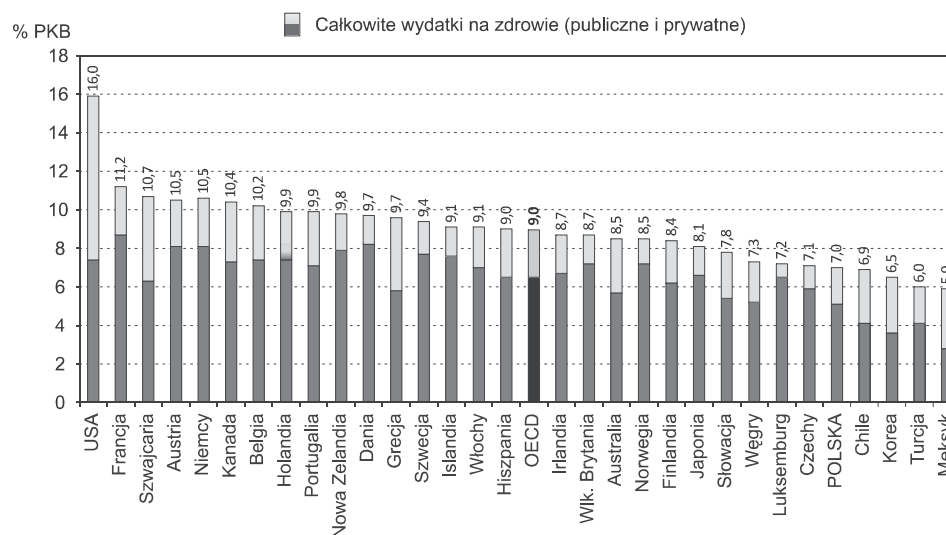
Źródło: OECD Health Data 2010, June.

Najwięcej środków na ochronę zdrowia przeznaczają Stany Zjednoczone. W roku 2008 wydatki te stanowiły 16% PKB (wykres 3). W porównaniu z rokiem 1976, czyli w okresie 40 lat, wydatki na ochronę zdrowia wzrosły o 8 pkt proc. Analizując wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w USA w roku 2008 na obywatela przypadało 7538 US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej – wykres 4, a wzrost w ciągu ostatnich 12 lat był prawie dwukrotny – w roku 1996 wydatki te wyniosły 3803 US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej).

Należy pamiętać, że w USA do roku 2009 zapewnienie świadczeń zdrowotnych obywatelom nie było zadaniem państwa, większość wydatków na zdrowie to wydatki prywatne. Dodać trzeba również, że większość nowych technologii medycznych powstaje w USA. Obecnie Stany Zjednoczone przygotowują szeroko zakrojoną reformę finansowania opieki zdrowotnej, która ma polegać na wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdzie państwo będzie ponosić pewną odpowiedzialność za zdrowie swoich

wybranych świadczeń medycznych, np. operacja zaćmy, mammografia, endoproteza stawu biodrowego, 4) nieformalne płatności.

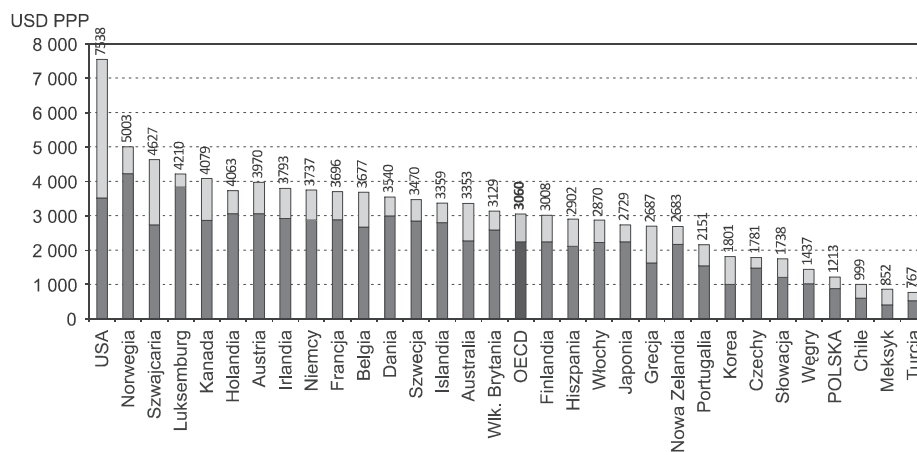
obywateli. Literatura przedmiotu wskazuje, iż dotychczas w Stanach Zjednoczonych ok. 15% społeczeństwa nie posiadało żadnego dobrowolnego, prywatnego ubezpieczenia.



Wykres 3. Wydatki na ochronę zdrowia jako procent PKB w 2008 r.^a

^a lub najbliższy dostępny rok.

Źródło: jak do wykresu 2.



Wykres 4. Wydatki na ochronę zdrowia przypadające na 1 mieszkańca w 2008 r.^a (US\$ PPP)

^a lub najbliższy dostępny rok.

Źródło: jak do wykresu 2.

Spośród krajów Unii Europejskiej najwięcej na zdrowie wydają Niemcy. W roku 2008 całkowite wydatki na ochronę zdrowia wyniosły prawie 10,5 % PKB, gdzie *per capita* przypadało 3737 US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej) (wykresy nr 3 i 4).

W Polsce na jednego obywatela w roku 2008 przeznaczano 7% PKB, czyli około 1213 US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej) (wykres 3 i 4). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce jest na niskim poziomie w porównaniu z krajami takimi jak Niemcy czy Szwecja (por. tabela 2).

Tabela 2

Całkowite wydatki na zdrowie w wybranych krajach

| 1976 | 1986 | 1996 | 2006 | 2008 |
|--|------|------|------|------|
| Stany Zjednoczone | | | | |
| Całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB | | | | |
| 8,1 | 10,2 | 13,2 | 15,3 | 16,0 |
| Całkowite wydatki na zdrowie na obywatela, US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej) | | | | |
| 670 | 1877 | 3803 | 6714 | 7538 |
| Szwecja | | | | |
| Całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB | | | | |
| 7,8 | 8,2 | 8,2 | 9,2 | 9,4 |
| Całkowite wydatki na zdrowie na obywatela, US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej) | | | | |
| 588 | 1292 | 1861 | 3202 | 3470 |
| Niemcy | | | | |
| Całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB | | | | |
| 8,4 | 8,7 | 10,4 | 10,6 | 10,5 |
| Całkowite wydatki na zdrowie na obywatela, US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej) | | | | |
| 638 | 1455 | 2399 | 3371 | 3737 |
| Polska | | | | |
| Całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB | | | | |
| – | – | 5,9 | 6,2 | 7,0 |
| Całkowite wydatki na zdrowie na obywatela, US\$ PPP (wg parytetu siły nabywczej) | | | | |
| – | – | 478 | 910 | 1213 |

Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD Health Data 2008 – Version: December 2008, OECD Health Data 2010, June.

W opinii autorki nie jest to jednak główna przyczyna źle funkcjonującej w Polsce opieki zdrowotnej. W sytuacji gdy płatnik nie dysponuje wiedzą ekonomiczną na temat kosztów opieki zdrowotnej, trudno jest odpowiedzieć na pytanie, ile powinny wynosić średnie nakłady na pacjenta. Dodatkowo konstrukcja organizacyjno-prawna polskiego systemu opieki zdrowotnej powoduje rozmycie odpowiedzialności za jego poprawne funkcjonowanie.

Z jednej strony istnieje płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia), który nie odpowiada za sposób zarządzania podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych oraz nie finansuje infrastruktury medycznej, ale finansuje świadczenia zdrowotne, z drugiej zaś strony mamy Ministerstwo Zdrowia, które kształtuje politykę państwa w zakresie opieki zdrowotnej i decyduje o koszyku świadczeń gwarantowanych, ale już sposób kontraktowania i liczba tych świadczeń należy do kompetencji NFZ – to tylko niektóre przykłady podwójnej zadaniowości w systemie opieki zdrowotnej.

3. Systemy organizacji ochrony zdrowia

Organizacja opieki zdrowotnej jest bardzo złożonym zagadnieniem i właściwie każdy kraj ma swój własny specyficzny system w tym zakresie.

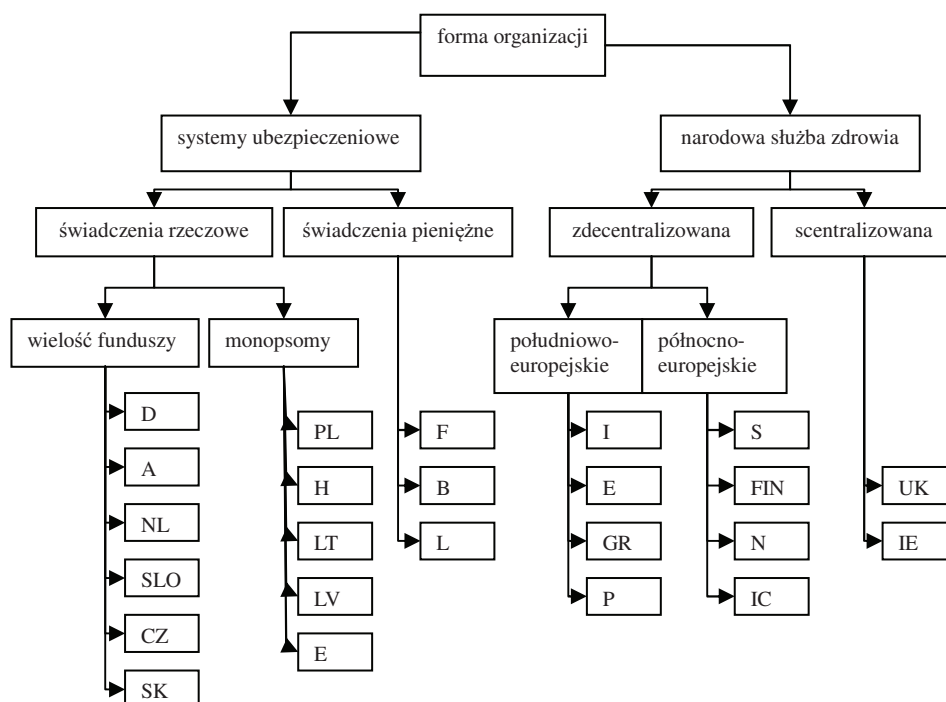
Historycznie jako pierwsze powstały systemy ubezpieczeniowe (Niemcy, 1833 r.) oparte na składce ubezpieczeniowej. Ewolucja tych systemów doprowadziła do wykształcenia się finansowania świadczeń rzeczowych lub świadczeń pieniężnych. Najczęściej występuje model finansowania świadczeń rzeczowych za pośrednictwem jednego płatnika (tak jak ma to miejsce obecnie w Polsce, na Litwie i Łotwie czy na Węgrzech) lub też za pośrednictwem kilku ubezpieczalni (przykładem są tutaj Niemcy, Austria, Czechy czy Słowacja). We Francji natomiast funkcjonuje model ubezpieczeniowy, gdzie finansowane są świadczenia pieniężne (wykres 5).

Drugim odrębnym modelem finansowania ochrony zdrowia jest model budżetowy (model narodowej służby zdrowia), który może przybierać formę scentralizowaną (Wielka Brytania) lub zdecentralizowaną (kraje skandynawskie, Włochy, Portugalia).

Należy podkreślić, że zarówno model ubezpieczeniowy, jak i budżetowy ciągle podlegają ewolucji i wciąż borykają się z problemem równowagi między podażą a popytem na świadczenia zdrowotne przy jednoczesnym ograniczeniu budżetowym. Zjawisko to należy uznać za prawidłowość związaną z rozwojem nowych technologii, a co za tym idzie ciągłą potrzebą wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz poprawę efektywności ich wykorzystania.

W Polsce funkcjonuje mieszany system finansowania opieki zdrowotnej, tj. publiczny i prywatny. Wydatki publiczne stanowią ok. 70% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są składki na ubezpieczenie zdrowotne opłacane przez osoby ubezpieczone, przekazywane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 9% pobierane są obowiązkowo od dochodów większości osób. W Polsce uprawnionych do korzystania ze

świadczeń zdrowotnych jest około 98% społeczeństwa. Świadczenia zdrowotne na rzecz nieubezpieczonych, bezrobotnych, rolników oraz osób wymagających skomplikowanej i kosztownej opieki medycznej finansowane są z budżetu państwa lub budżetów samorządów lokalnych.



Wykres 5. Typologia systemów ochrony zdrowia w krajach UE i EFTA
(z wyjątkiem Cypru, Malty)

Źródło: A. Kozierkiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów. Przewodnik po systemie*, Wyd. NFZ – Centrala, Warszawa 2009, s. 16.

Instytucją zarządzającą środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) składający się z 16 oddziałów wojewódzkich oraz centrali. NFZ rozpoczął swoją działalność w 2003 r. jako następcą 16 Kas Chorych. Opieka medyczna w Polsce dzieli się na:

- 1) podstawową opiekę zdrowotną (tzw. medycyna rodzinna z lekarzem pierwszego kontaktu), skąd pacjent może być kierowany do opieki specjalistycznej;
- 2) specjalistyczną opiekę ambulatoryjną;
- 3) opiekę szpitalną.

4. Organizacja lecznictwa zamkniętego

Organizacja, finansowanie, zarządzanie, tworzenie, przekształcanie i likwidacja szpitali w Polsce są regulowane przez ustawę o zakładach opieki zdrowotnej². Zakład opieki zdrowotnej jest niezależną jednostką pod względem organizacji, personelu i środków majątkowych. Jest tworzony i zarządzany w celu zapewniania świadczeń zdrowotnych i promowania zdrowia. W Polsce w latach 2000–2008 liczba szpitali publicznych zmniejszyła się o ponad 100 jednostek. W wyniku procesu przekształceń własnościowych liczba szpitali prywatnych wzrosła o ok. 150 podmiotów (szczegółowe informacje w tabeli 3).

Tabela 3

Szpitale (stan na dzień 31 grudnia)

| Rok | Szpitale | | | Udział szpitali | |
|------|----------|-----------|--------------|----------------------|-------------------------|
| | ogółem | publiczne | niepubliczne | publicznych (w %) | niepublicznych (w %) |
| 2000 | 716 | 686 | 30 | 96 | 4 |
| 2005 | 781 | 611 | 170 | 78 | 22 |
| 2006 | 742 | 589 | 153 | 79 | 21 |
| 2007 | 748 | 578 | 170 | 77 | 23 |
| 2008 | 732 | 546 | 186 | 75 | 25 |

Źródło: *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Szpitale ogólne*, GUS, Warszawa 2009.

Szpitale tworzone są przez powiatowe jednostki samorządu terytorialnego jako publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Wojewódzki samorząd terytorialny tworzy szpitale wojewódzkie. Minister Zdrowia, a także Minister Spraw Wewnętrznych i Minister Obrony Narodowej są organami założycielskimi niektórych szpitali o szczególnym znaczeniu.

Szpitale, których organem założycielskim są akademie medyczne, prowadzą badania medyczne, służą do kształcenia, ale przede wszystkim udzielają świadczeń wysoko specjalistycznych. Nazywane są klinikami lub szpitalami uniwersyteckimi. Szczegółowe informacje dotyczące podziału szpitali ze względu na organ założycielski przedstawia tabela 4.

Szpitale powiatowe dostarczają świadczenia medyczne w czterech podstawowych zakresach: choroby wewnętrzne, chirurgia, położnictwo i ginekologia oraz pediatria. Można je uznać za podstawowy poziom referencyjny szpitali. Dla większości z nich organem założycielskim są samorządy powiatowe. Dla drugiego poziomu referencyjnego szpitali najczęściej organem założycielskim

² Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU, 07.14.89 z późn. zm.

jest samorząd wojewódzki. Dostarczają one świadczeń medycznych w wielu specjalnościach, np. kardiologii, dermatologii, onkologii, urologii czy neurologii i nazywane są zwykle wojewódzkimi szpitalami specjalistycznymi. Istnieją też specjalistyczne szpitale jednoimienne, jednak należą one do rzadkości. Trzeci poziom referencyjny szpitali, przeważnie klinicznych szpitali uniwersyteckich, bądź szpitali dla których organem założycielskim jest minister, dostarcza wysoko specjalistycznych świadczeń medycznych. Poziomy referencyjne odnoszą się do okresu funkcjonowania Regionalnych Kas Chorych, obecnie nie ma oficjalnie takiego podziału, ale określenie nadal funkcjonuje.

Tabela 4

Podział szpitali ze względu na organ założycielski (stan na 31 grudnia 2009)

| Rodzaje szpitali ze względu na organ założycielski | Udział procentowy |
|--|-------------------|
| Niepubliczne | 46 |
| Powiatowe, gminne, miejskie | 27 |
| Wojewódzkie | 18 |
| Szpitala kliniczne | 6 |
| Inne | 3 |
| Razem | 100 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informatycznych za rok 2009.

W roku 2007 liczba łóżek szpitalnych wyniosła w Polsce 45,9 na 10 tys. mieszkańców. Liczba konsultacji ambulatoryjnych udzielanych przez lekarzy wynosiła 84 306 w zakładach publicznych i 167 511 w zakładach niepublicznych. Szczegółowe dane na temat liczby łóżek szpitalnych oraz pacjentów przedstawiono w tabelach 5 i 6.

Tabela 5

Liczba łóżek w szpitalach ogólnych (stan na 31 grudnia)

| Specyfikacja | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | Dynamika 2007/2000 (w %) |
|--|---------|---------|---------|---------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ogółem | 190 952 | 179 493 | 176 673 | 175 023 | -8 |
| W tym oddziały: chorób wewnętrznych | 37 999 | 36 782 | 36 527 | 35 904 | -6 |
| w tym kardiologicznych | 6 430 | 7 887 | 7 715 | 7 666 | 19 |
| chirurgiczne | 47 987 | 43 538 | 42 703 | 42 042 | -12 |

Tabela 5 (cd.)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|-----|
| pediatryczne | 12 344 | 11 271 | 11 137 | 11 154 | -10 |
| ginekologiczno-położnicze | 22 769 | 19 848 | 19 467 | 19 207 | -16 |
| onkologiczne | 3 738 | 3 902 | 3 970 | 4 149 | 11 |
| intensywnej terapii | 2 524 | 2 777 | 2 748 | 2 830 | 12 |
| chorób zaraźliwych | 5 430 | 4 208 | 4 030 | 3 861 | -29 |
| gruźlicze i chorób płucnych | 10 553 | 9 219 | 8 757 | 8 430 | -20 |
| dermatologiczne | 3 131 | 2 220 | 2 163 | 2 094 | -33 |
| neurologiczne | 7 145 | 7 459 | 7 226 | 7 091 | -1 |
| psychiatryczne | 4 590 | 5 183 | 5 299 | 5 232 | 14 |

Źródło: jak do tabeli 3.

Tabela 6

Pacjenci w szpitalach ogólnych

| Specyfikacja | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | Dynamika 2007/2000 (w %) |
|---|-------|-------|-------|-------|--------------------------------|
| Ogółem (z wyłączeniem przenoszenia pacjentów między oddziałami) | 6007 | 6739 | 6791 | 6850 | 14 |
| chorób wewnętrznych | 1 430 | 1 601 | 1 619 | 1 577 | 10 |
| w tym kardiologicznych | 270 | 419 | 414 | 420 | 56 |
| chirurgiczne | 1 680 | 1 861 | 1 875 | 1 851 | 10 |
| pediatryczne | 416 | 433 | 447 | 473 | 14 |
| ginekologiczno-położnicze | 979 | 1038 | 1049 | 1080 | 10 |
| onkologiczne | 143 | 192 | 210 | 229 | 60 |
| intensywnej terapii | 103 | 94 | 92 | 92 | -11 |
| chorób zaraźliwych | 134 | 135 | 141 | 144 | 7 |
| gruźlicze i chorób płucnych | 197 | 218 | 215 | 221 | 12 |
| dermatologiczne | 58 | 57 | 56 | 51 | -12 |
| neurologiczne | 206 | 241 | 245 | 242 | 17 |
| psychiatryczne | 53 | 78 | 70 | 69 | 30 |

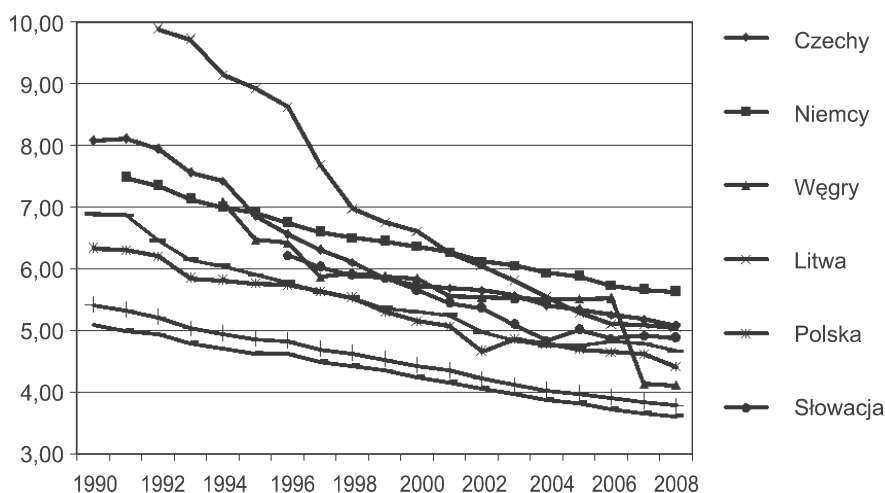
Źródło: jak do tabeli 3.

Analizując liczbę łóżek w latach 2000–2007, można zauważyć stopniowe ogólne zmniejszanie całkowitej liczby łóżek szpitalnych. W roku 2007 liczba łóżek szpitalnych zmniejszyła się o 8% w porównaniu z rokiem 2000. Odwrotny trend zaobserwowano na oddziałach kardiologicznych, onkologicznych, inten-

sywnej opieki i psychiatrycznych, gdzie liczba łóżek szpitalnych zwiększyła się średnio o ponad 10% (tabela nr 5).

Mimo że liczba łóżek w analizowanym okresie (2000–2007) zmniejszyła się, całkowita liczba pacjentów leczonych w szpitalach wzrosła o 14%. Wzrost liczby pacjentów zaobserwowano głównie na oddziałach onkologii (o 60%) i kardiologii (o 56%), co jest zgodne z głównymi przyczynami zgonów w Polsce.

Polska z liczbą 4,41 ostrych łóżek przypadających na 1000 mieszkańców w roku 2008 plasuje się poniżej średniej dla nowych krajów członkowskich Unii Europejskiej (4,67). Jest to jednak ciągle powyżej średniej dla tzw. starej Unii Europejskiej, która wynosi 3,6 (wykres 6).



Wykres 6. Liczba łóżek „ostrych” przypadających na 1000 mieszkańców w latach 1990–2008

Źródło: WHO Regional Office for Europe Health for All database, July 2010.

Według danych GUS za lata 2004 i 2008 dane dotyczące liczby łóżek średniego czasu pobytu pacjenta kształtowały się odpowiednio:

- liczba łóżek szpitalnych wyniosła odpowiednio 4,87 oraz 4,81 na 1000 mieszkańców,
- liczba przyjęć wyniosła odpowiednio 17,3 oraz 20,87 na 100 mieszkańców,
- przeciętny pobyt chorego wyniósł 7,7 dnia w roku 2004 oraz 5,9 dnia w roku 2008,
- wskaźnik obłożenia łóżek wyniósł 75,1% w roku 2004.

Spośród wszystkich wydatków na ochronę zdrowia wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną stanowią największą grupę kosztów w systemie opieki zdrowotnej i w dominującej większości są finansowane ze środków publicznych.

W krajach UE udział usług stacjonarnych waha się od 25 do 50% i jednocześnie w przynajmniej 80% wydatki te pokrywane są ze środków publicznych. W Polsce w roku 2009 koszty leczenia szpitalnego stanowiły 47% wszystkich kosztów opieki zdrowotnej. Na drugim miejscu znalazły się koszty refundacji leków (15%), a na trzecim podstawowa opieka zdrowotna (13%) – por. tabela 7.

Tabela 7

Charakterystyka kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wg rodzajów (w zł)

| Rodzaje świadczeń | 2008 | | 2009 | | Dynamika $5 = (3 - 1)/1$ |
|--|-------------------|------------|------------|------------|-----------------------------|
| | liczba | udział (%) | liczba | udział (%) | |
| Podstawowa opieka zdrowotna | 5 833 901 | 12 | 7 385 970 | 13 | <u>27</u> |
| Ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 3 940 396 | 8 | 4 218 779 | 8 | 7 |
| <u>Leczenie szpitalne</u> | <u>23 802 149</u> | 48 | 25 775 385 | 47 | 8 |
| Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 1 677 905 | 3 | 1 926 550 | 4 | 15 |
| Rehabilitacja lecznicza | 1 561 335 | 3 | 1 754 051 | 3 | 12 |
| Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna | 911 956 | 2 | 1 029 002 | 2 | 13 |
| Leczenie stomatologiczne | 1 738 770 | 4 | 1 849 403 | 3 | 6 |
| Lecznictwo uzdrowiskowe | 475 408 | 1 | 636 473 | 1 | 34 |
| Pomoc doraźna i transport sanitarny | 30 543 | 0,1 | 34 046 | 0,1 | 11 |
| Profilaktyczne programy zdrowotne | 94 942 | 0,2 | 119 165 | 0,2 | <u>26</u> |
| Świadczenia odrębnie kontraktowane | 1 156 047 | 2 | 1 285 903 | 2 | 11 |
| Sprzęt ortopedyczny | 577 033 | 1 | 587 480 | 1 | 2 |
| <u>Refundacja leków</u> | <u>7 367 045</u> | 15 | 8 238 157 | 15 | 12 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Sprawozdania finansowego NFZ za 2009 rok*.

W roku 2008 koszty na lecznictwo stacjonarne wzrosły o 28% w porównaniu z rokiem poprzednim. Wprowadzone dodatkowe środki do systemu udało się pozyskać dzięki bardzo dobrej koniunkturze gospodarczej, która miała miejsce przez kilka ostatnich lat w Polsce. W roku 2009 w porównaniu z poprzednim największy wzrost (o 27%) środków finansowych odnotowano w podstawowej opiece zdrowotnej (zmiana zasad finansowania poprzez zwiększenie ryczałtów) oraz w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych (wzrost o 26% – szczególnie na programy nowotworowe).

Z danych dotyczących ochrony zdrowia krajów OECD przedstawionych w tabeli 8 wynika, że zarówno średni koszt konsultacji lekarskiej, jak i średni koszt pobytu w szpitalu jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych krajach. Najniższe koszty konsultacji medycznej są na Węgrzech (ok. 2 €), największe natomiast w Danii (90 €) – tabela 8. Podobnie rzecz się ma ze średnimi kosztami pobytu na oddziale szpitalnym, w Polsce i na Węgrzech jest to podobny poziom ok. 550 €, w Niemczech jest to kwota 3,5 tys. €, a w Danii 5,5 tys. €.

Tabela 8

Średni koszt konsultacji lekarskiej i pobytu szpitalnego, w euro

| Kraje | Średni koszt | |
|-----------|-------------------|------------------------|
| | pobytu w szpitalu | konsultacji lekarskiej |
| Węgry | 537 | 2 |
| Polska | 564 | 10 |
| Czechy | 808 | 9 |
| Hiszpania | 2 825 | 45 |
| Niemcy | 3 563 | 38 |
| Dania | 5 589 | 90 |

Źródło: A. Kozierkiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów. Przewodnik po systemie*, Wyd. NFZ – Centrala, Warszawa 2009, s. 19.

Mimo iż z usług szpitalnych korzysta się rzadziej niż z porad ambulatoryjnych, to obciążenie finansowe, jakie wynika z finansowania lecznictwa szpitalnego, jest znacznie większe. Najczęściej z konsultacji lekarskiej korzystali Czesi i Węgrzy – średnio ok. 13 razy w ciągu roku, najrzadziej Szwedzi, średnio tylko 3 razy w ciągu roku. Odnośnie do pobytów w szpitalu najczęściej przebywali tam Francuzi (na 100 obywateli przypadało średnio ok. 28 pobytów w szpitalu), najrzadziej Portugalczycy ok. 9 pobytów na 100 obywateli w ciągu roku³. Ta różnica skali obciążenia pomiędzy lecznictwem ambulatoryjnym a stacjonarnym powoduje, iż staje się ono przedmiotem szczególnego traktowania.

Powyższa analiza bardzo wyraźnie wskazuje na wagę zagadnienia, jakim jest lecznictwo szpitalne; wynika to z faktu, że ten rodzaj świadczeń generuje najwyższe koszty i jednocześnie jest związany z szybkim wzrostem kosztów spowodowanym rozwojem nowych technologii. Z takich powodów należy uznać, że organizacja i sposób finansowania świadczeń szpitalnych stają się jedną z najważniejszych kwestii w ochronie zdrowia.

³ A. Kozierkiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów. Przewodnik po systemie*, Wyd. NFZ – Centrala, Warszawa 2009, s. 20.

5. Charakterystyka systemów DRG

Większość systemów organizacji stacjonarnej opieki zdrowotnej w UE została oparta na systemach *case-mix*, które wywodzą się z amerykańskiego systemu Diagnosis Related Groups (DRG). System DRG powstał na Uniwersytecie w Yale w latach 70. XX w.; opracował go Robert Fetter. Wprowadzony został w roku 1983 w systemie Medicare – quasi-publicznym systemie skierowanym do osób po 65 roku życia. Systemy oparte na DRG funkcjonują od 20 lat w różnych odmianach m. in. w USA, Francji, Wielkiej Brytanii, Bułgarii, Grecji, Rumunii, na Węgrzech, w Czechach, Finlandii, Norwegii, Szwecji, Austrii, Belgii, Holandii i we Włoszech; obecnie również Malta i Chiny przygotowują się do wprowadzenia takiego rodzaju rozwiązań. Polska wprowadziła ten system 1 lipca 2008 r. pod nazwą Jednorodne Grupy Pacjentów (tabela 9).

Tabela 9

Ewolucja systemów DRG

| | | | | | |
|------|---------------------|-----------------|----------|-----------|--------|
| 1970 | Yale DRG (USA) | | | | |
| 1983 | HCFA DRG (USA) | | | | |
| 1986 | | GHM 1 (Francja) | | | |
| 1988 | | | | AP DRG | |
| 1991 | | | | | |
| 1992 | | | | | |
| 1993 | Węgry | | | | |
| 1995 | Włochy | | | | |
| 1996 | | | Nord DRG | | |
| 1997 | | GHM 2 (Francja) | | Hiszpania | |
| 1999 | | EfP (Francja) | | | AR DRG |
| 2002 | | | Dania | | |
| 2003 | HRG (Wlk. Brytania) | | | | Niemcy |
| 2004 | | PPS (Francja) | | | |
| 2008 | JGP (Polska) | | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Health Care Manage Sci. (2006), s. 216.

Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że jak dotąd najlepszą metodą finansowania świadczeń szpitalnych są systemy DRG, które pozwalają na połączenie danych medycznych i kosztowych. Istotą tego rodzaju systemów działających w USA i wielu innych krajach europejskich jest ich otwarty charakter. Każdego roku poszczególne państwa przyjmują nową wersję systemu, a działania podejmowane przez poszczególnych uczestników systemu wpływają na proces ciągłego ulepszania i rozwoju tego mechanizmu.

5.1. Główne założenia systemów DRG

System DRG polega na klasyfikacji pacjentów do odpowiednich grup jednorodnych pod względem medyczno-kosztowym. O przynależności do grupy decydują następujące czynniki: rozpoznanie zasadnicze i współistniejące, zastosowane procedury medyczne, wiek pacjenta oraz płeć (tabela 10).

Każda grupa powinna posiadać znaczenie kliniczne, które kojarzy się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju wykonanych procedur zabiegowych, diagnostycznych, leków itp.

Poszczególne grupy powinny obejmować pacjentów o podobnej „kosztowności” w sensie zużycia zasobów szpitala. Grupy są definiowane na podstawie ogólnodostępnych danych występujących w dokumentacji szpitala, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii.

Tabela 10

System klasyfikacji pacjentów w wybranych krajach europejskich

| Kraj | System klasyfikacji (PCS) | Kody rozpoznań medycznych | Kody procedur medycznych |
|---------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Wlk. Brytania | HRG | ICD-10 | OPCS-4.4 |
| Austria | LDF | ICD-10 | ACP |
| Belgia | APR DRG | ICD-9 CM | ICD-9 CM |
| Bułgaria | IR DRG | ICD-9 CM | ICD-9 CM |
| Czechy | AP DRG, IR DRG | ICD-10 | ICPM |
| Dania | NORD DRG, DK DRG | ICD-10 | NCSP |
| Finlandia | NORD DRG | ICD-10 | NCSP |
| Francja | GHM, PŹE | ICD-10 | CDAM |
| Niemcy | G DRG, (AR DRG) | ICD-10-SGBV | OPS-301 v.2.0 |
| Grecja | HCFA DRG | ICD-9 CM | ICD-9 CM |
| Włochy | HCFA DRG | ICD-9 CM | ICD-9 CM |
| Norwegia | NORD DRG | ICD-10 | NCSP |
| Polska | JGP | ICD-10 | ICD-9 CM |
| Portugalia | HCFA DRG | ICD-9 CM | ICD-9 CM |
| Rumunia | HCFA-, AP-, IR- DRG | ICD-10 | ICPM |
| Hiszpania | HCFA DRG | ICD-9 CM | ICD-9 CM |
| Szwecja | NORD DRG | ICD-10 | NCSP |
| Szwajcaria | AP DRG | ICD-10 | ICD-9 CM |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Health Care Manage Sci. (2006) 9, s. 216.

5.2. Jednorodne Grupy Pacjentów

Przed wprowadzeniem w Polsce systemu JGP finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywało się w oparciu o zdefiniowane katalogi świadczeń z przypisaną im wyceną punktową, gdzie cena punktu była przedmiotem negocjacji pomiędzy świadczeniodawcą i NFZ. W katalogu świadczeń szpitalnych z roku na rok zwiększała się liczba kolejnych pozycji, co powodowało brak przejrzystości systemu oraz istnienie takich pozycji w katalogu świadczeń szpitalnych, które w kolejnych latach nie były sprawozdawane przez świadczeniodawców, bo w ich miejsce pojawiały się nowe.

Punktem wyjścia dla stworzenia systemu JGP w Polsce stały się doświadczenia brytyjskie i system Healthcare Resource Groups (HRGs) w wersji 3.5, który został mocno zmodyfikowany i przystosowany do polskich warunków. System JGP składa się z 16 klinicznie powiązanych sekcji – zestawu 518 grup w układzie anatomiczno-fizjologicznym. Każda grupa zawiera listę rozpoznań i/lub procedur, które stanowią charakterystykę hospitalizacji pacjenta. Zmienne wpływające na kwalifikację do danej grupy w polskim systemie Jednorodnych Grup Pacjentów to rozpoznanie medyczne, wykonane procedury medyczne, powikłania i choroby współistniejące, wiek pacjenta oraz czas pobytu.

W systemie JGP możemy wyróżnić 233 grupy zachowawcze i 285 zabiegowych. Kluczowym czynnikiem w klasyfikacji danej hospitalizacji do grupy zachowawczej są kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, a do grupy zabiegowej – wybrane kody Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 PL. Każda z grup (JGP) ma znaczenie kliniczne, które kojarzy się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów (w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju wykonanych procedur zabiegowych, diagnostycznych, leków itd.). Poszczególne grupy JGP obejmują pacjentów o podobnej „kosztochłonności” w sensie zużycia zasobów szpitala związanych z leczeniem danego pacjenta. Każda grupa JGP jest definiowana na podstawie ogólnodostępnych danych występujących w dokumentacji szpitala, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii. Ponadto każda z grup JGP musi spełniać warunek minimalnej liczby wystąpień w skali kraju – w polskich warunkach jest to nie mniej niż 300 przypadków lub o sumarycznej wartości świadczeń powyżej 1,5 mln zł w ciągu roku.

Model JGP istnieje w Polsce dopiero dwa lata i trudno dokonać jednoznacznej oceny jego funkcjonowania. Jednak z dużą pewnością można stwierdzić, że brak powiązania modelu JGP z rzeczywistymi kosztami świadczeń zdrowotnych powoduje zarówno niedoszacowanie, jak i przeszacowanie taryf niektórych grup JGP. W Polsce nadal, mimo że od wprowadzenia systemu

ubezpieczeniowego minęło 10 lat, koszty świadczeń medycznych znane są raczej na zasadzie przybliżeń i są to dane o charakterze historycznym.

Tabela 7 pokazuje jak tę kwestię rozwiązują inne państwa. Wielka Brytania kalkulację kosztów przeprowadza na całej liczbie 300 szpitali. Niemcy mają autonomiczną instytucję InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), która zupełnie niezależnie liczy koszty na próbie 214 szpitali (12% wszystkich szpitali), na Węgrzech jest to grupa 30 szpitali (prawie 20% wszystkich szpitali), we Francji natomiast 52 szpitale (3% wszystkich szpitali).

Tabela 11

Liczba szpitali sprawozdających koszty świadczeń medycznych w systemie DRG w wybranych krajach

| Kraj | Liczba szpitali | | Udział szpitali sprawozdających koszty w ogólnej liczbie szpitali rozliczających się wg DRG (w %) |
|-----------|------------------------|----------------------------------|---|
| | sprawozdających koszty | rozliczających się zgodnie z DRG | |
| Anglia | 300 | 300 | 100 |
| Francja | 52 | 1 564 | 3,3 |
| Niemcy | 214 | 1 779 | 12 |
| Węgry | 30 | 160 | 18,8 |
| Włochy | 8 | 761 | 1,1 |
| Holandia | 23 | 104 | 22,1 |
| Polska | – | 1 124 ^a | – |
| Hiszpania | 18 | – | – |

^a Liczba wszystkich podmiotów, które podpisały umowę z NFZ w roku 2009 na realizację świadczeń w rodzaju lecznictwo szpitalne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Health Care Manage Sci. (2006) 9, s. 217.

W Polsce mimo obowiązującego rozporządzenia MZiOS z 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej koszty opieki zdrowotnej nie są znane płatnikowi, a z drugiej strony nie ma przepisów legislacyjnych, które nakazywałyby przekazywanie takich kosztów do NFZ. Dodatkowym problem jest brak jednoznacznych wytycznych w zakresie prowadzenia rachunku kosztów w szpitalach. Większość szpitali prowadzi taki rachunek tylko w ograniczonym zakresie (tylko zgodnie z wymogami ustawy o rachunkowości, DzU 09.152.1223). Szpitale, które prowadzą rachunek kosztów bardziej szczegółowy (do poziomu pacjenta), robią to w bardzo zróżnicowany sposób.

Jednocześnie nadal zdarzają się sytuacje, w których wycena danej grupy wynika z negocjacji i nacisków grup zainteresowanego środowiska medycznego.

Wnioski i rekomendacje

Oceniając funkcjonowanie systemu JGP, należy wskazać pozytywne i negatywne aspekty. Zalety polskiego systemu JGP to:

- przejrzystość i jawność dokumentów,
- transparentność mechanizmów grupujących,
- transparentność mechanizmów rozliczeniowych,
- wymuszenie poprawnego kodowania parametrów medycznych.

Wśród wad polskiego systemu JGP wymienić trzeba w pierwszym rzędzie:

- brak jednorodnego rozwiązania systemowego do zbierania informacji na temat kosztów świadczeniodawców i przesyłania ich do instytucji odpowiedzialnej za ustalanie i rozliczanie taryf,
- brak jasnych wytycznych dotyczących przeprowadzania rachunku kosztów,
- brak oprogramowania dotyczącego sprawozdawania kosztów,
- brak wskaźnika różnicującego świadczeniodawców,
- brak wskaźnika powiązanego z jakością udzielanych świadczeń podczas rozliczeń,
- brak powiązania między kosztami leczenia i taryfami JGP.

Wprowadzenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w rozliczeniach świadczeń lecznictwa stacjonarnego uporządkowało i poprawiło sprawozdawczość medyczną w szpitalach. Sprawozdawczość procedur medycznych (ICD-9), mimo że nadal jeszcze niedoskonała, pozwoliła na rzetelną i szczegółową analizę danych epidemiologicznych społeczeństwa.

Kolejnym etapem, który powinien mieć miejsce w systemie zarządzania zmianą, jest powiązanie wyceny punktowej danej grupy JGP z rzeczywistymi kosztami. Takie działanie umożliwi efektywne wykorzystanie środków publicznych pochodzących ze składki zdrowotnej (szczególnie istotne w czasach kryzysu gospodarczego).

Jednym z istotnych problemów systemu sprawozdawczego świadczeń zdrowotnych jest tzw. sprawozdawczość kreatywna świadczeniodawców, która nie jest zgodna z rzeczywistością postępowania medycznego. Celem takiego działania jest próba uzyskania dodatkowych środków finansowych od płatnika, w sytuacji gdzie część procedur medycznych jest niedoszacowana. Rozwiązaniem tego problemu jest poprawne oszacowanie zryczałtowanych kosztów świadczeń medycznych, a z drugiej strony nasilenie działań kontrolujących świadczeniodawców.

Na koniec należy wskazać na kierunek rozwoju wszystkich systemów rozliczeniowych z grupy DRG, mianowicie na podejście holistyczne do pacjenta. Obecnie w systemach DRG bardziej opłacalna finansowo jest kilkakrotna hospitalizacja pacjenta niż przeprowadzenie całkowitego leczenia podczas jednego pobytu w szpitalu. Takie praktyki są dopuszczalne, choć niezgodne z filozofią systemów DRG.

MARIA ŚWIDEREK

**INPATIENT HEALTH CARE, CASE-MIX SYSTEM
– ORGANIZATION, FINANCING AND MANAGEMENT**

The aim of the article is to analyse the organization and financing of the health care system. The author made an attempt to judge the solutions implemented in Poland within the framework of Homogeneous Patients Groups (Jednorodne Grupy Pacjentów – JGP), as one of the methods of patient's case-mix and the management in the health care system. The article indicates main socio-economic problems, which are caused by introduction JGP system.

In the article there was made a comparative analysis related to:

- Demographic aspects with regard for the life expectancy,
- Expenditure on health care services in the OECD countries related to GDP,
- Health care systems in chosen countries which implemented DRG system.

The main subject of analysis became financing methods of services related to inpatient health care system.