

O finansowaniu ochrony zdrowia w Europie



Fot. gettyimages/ Oliver Buiston

JGP – czyli jak, gdzie i po co finansować i rozliczać działalność szpitali

System oparty na jednorodnych grupach pacjentów (JGP) jest przeważającą metodą rozliczania i zarazem finansowania leczenia w szpitalach europejskich – takie wnioski nasuwają się po lekturze raportu „DRGs as a financing tool” European Hospital and Healthcare Federation (HOPE). W obliczu nadchodzących zmian w sposobie finansowania szpitali w Polsce warto poznać mechanizmy działania takich systemów w innych krajach europejskich.

Komentarz redaktora naukowego polskiej wersji raportu, Jarosława Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali i gubernatora Europejskiej Federacji Szpitali HOPE

Raport HOPE jest aktualnym odniesieniem w sytuacji, kiedy planuje się zmianę finansowania z systemu płatności za usługę (*fee-for-service*), który jest oparty zazwyczaj na JGP, na system budżetowania szpitali. Tymczasem, jak wynika z raportu oraz aktualnych doświadczeń członków HOPE, system oparty na JGP jest przeważającą metodą rozliczania i zarazem finansowania leczenia pacjentów w szpitalach europejskich. Nie został on jednak wynaleziony w Europie, ale w Stanach Zjednoczonych, gdzie początkowo stosowano stawki oparte na rachunkach wystawianych dość dowolnie przez szpitale. Następnie wprowadzono stawki zależne od długości pobytu oraz wykonanych procedur, aby przejść do tzw. grup diagnostycznych (DGR), w ostatnich latach powiązanych z procedurami koordynowanej ochrony zdrowia.

Niektóre kraje europejskie, na przykład Niemcy, postanowiły przetłumaczyć i dość bezpośrednio zastosować amerykańskie DGR, a niektóre (np. Wielka Brytania) rozwiązania amerykańskie zmodyfikowały i zaadaptowały przynajmniej do części rozliczeniowej. Z raportu wynika, że wiele szpitali europejskich jest finansowanych w sposób zdecentralizowany, zwłaszcza tak często podawane u nas za wzór szpitale skandynawskie. Zasady finansowania opracowywane są jednak na szczeblu centralnym za porozumieniem wszystkich interesariuszy. Raport podkreśla także udział krajowych organizacji szpitali w tworzeniu oraz poprawianiu systemu finansowania. Ciekawe są mechanizmy oparte na kombinacji JGP oraz działalności niezarobkowej (*non profit*), a także systemu ubezpieczeniowego. Należy wspomnieć o systemie funkcjonującym u mistrzów Europy w ochronie zdrowia, czyli Holendrów (według Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia). Podstawą holenderskiego systemu opieki zdrowotnej



Fot. Archiwum

(w tym wprowadzenia kombinacji diagnostyczno-leczniczych – DBC) był nacisk na popyt, a nie na stronę podaźową, rozliczanie świadczeń po ich wykonaniu, a nie z góry, decentralizacja obowiązków, przeniesienie ryzyka finansowego na ubezpieczycieli zdrowotnych, a nie na szpitale oraz maksymalne odpolitycznienie sektora. Z raportu nie wynika, że system finansowania leczenia pacjentów w szpitalach *fee-for-service* z wykorzystaniem JGP powoduje niekontrolowany wzrost kosztów, chyba dlatego, że wiele szpitali europejskich, nawet tych prywatnych, działa w formule *non profit*, czyli nie dla zysku.

Wypada jednak dodać, że chodzi o działanie nie dla zysku dzielonego wśród właścicieli w postaci dywidendy, ale jednak dla zysku w postaci dobrych zarobków menedżerów i pracowników oraz na potrzeby inwestycji. Jeśli nawet szpitale, na mocy decyzji politycznej, miałyby otrzymywać budżety globalne na podstawie właściwie oszacowanych potrzeb zaopatrywanych przez nie pacjentów i z uwzględnieniem wzrostu kosztów, a szczególnie konieczności uwzględnienia rosnących kosztów pracy personelu – to i tak nie będzie lepszego rozwiązania niż stosowanie JGP. W takim przypadku taryfikacja świadczeń na podstawie poszczególnych JGP powinna uwzględniać wszystkie składniki, w tym marżę zysku „niedywidendowego”. Wartym polecenia rozwiązaniem, zgodnym z trendem koordynowanej ochrony zdrowia, mogłoby być powierzenie budżetów większym konsorcjom, złożonym ze szpitali, AOS i POZ. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby konsorcja koordynowanej ochrony zdrowia stosowały rozliczenia w ramach JGP, które będą prowadzone przez profesjonalne i apolityczne zarządy, a nadzorowane przez tak samo profesjonalne i apolityczne organy nadzoru.

System JGP i jego otoczenie

Szpitale są silnie zakorzenione w politycznej i administracyjnej strukturze organizacyjnej poszczególnych krajów, stanowią element systemu ochrony społecznej

oraz – rzecz jasna – krajowych systemów opieki zdrowotnej. Retrospektywna ocena sposobu finansowania szpitali pomaga zrozumieć przyczyny i sposób wdrożenia systemu JGP, niezależnie od ich przeznaczenia.

Tabela 1. Zróżnicowanie systemów opieki zdrowotnej w krajach europejskich

	Struktura systemu opieki zdrowotnej	Finansowanie systemu opieki zdrowotnej	Status/forma własności szpitali
Anglia	<ul style="list-style-type: none"> – Służba zdrowia (NHS) podlega departamentowi zdrowia, który działa w ramach krajowej administracji rządowej – Gwarantami opieki zdrowotnej są fundusze zdrowia i niezależni świadczeniodawcy prywatni – Zlecaniem realizacji świadczeń opieki zdrowotnej zajmują się fundusze podstawowej opieki zdrowotnej (PCT) w imieniu lokalnych społeczności 	<ul style="list-style-type: none"> – Opodatkowanie w ramach krajowej administracji rządowej – Dobrowolne ubezpieczenia prywatne 	<ul style="list-style-type: none"> – Opieka szpitalna w większości jest realizowana w szpitalach należących do NHS – Rysuje się tendencja różnicowania puli świadczeniodawców. W efekcie można się spodziewać zwiększenia świadczeń ze strony placówek niezależnych/prywatnych
Walia	<ul style="list-style-type: none"> – Służba zdrowia w Walii podlega administracji rządowej, która działa w imieniu Walijskiego Zgromadzenia Narodowego – Świadczenia w ramach specjalistycznej lub wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej są realizowane w ramach 14 funduszy NHS i jednej lokalnej rady zdrowia, realizującej obowiązki w zakresie zlecenia i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej – Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane przez niezależnych wykonawców (lekarze ogólni, dentyści itp.) – Zlecaniem zadań z zakresu opieki zdrowotnej zajmują się 22 lokalne rady zdrowia, które pokrywają się obszarem z jednostkami walijskiego samorządu terytorialnego oraz Walijską Komisją Zdrowia, która zleca świadczenia specjalistyczne (głównie wysokospecjalistyczne) w skali całego kraju 	<ul style="list-style-type: none"> – Walijska służba zdrowia jest finansowana z grantu blokowego Walijskiego Zgromadzenia Narodowego. Środki na ten cel zapewnia rząd Wielkiej Brytanii – Około 10% ludności Walii ma prywatne ubezpieczenie medyczne 	<ul style="list-style-type: none"> – Opieka szpitalna w Walii w większości jest realizowana w szpitalach publicznych w ramach NHS – Działa niewielka liczba szpitali prywatnych, nie są jednak dostępne dane na temat liczby łóżek w placówkach publicznych i prywatnych
Francja	<ul style="list-style-type: none"> – Rolą organów na szczeblu krajowym jest ustalanie obowiązujących reguł, przy czym rola rządu krajowego w ostatnim czasie wzrosła w związku z rozpoczęciem programu T2A (<i>tarification a l'activite</i> – system płatności przyszłych, którego podstawę stanowi przyjęty we Francji JGP). W rezultacie obecnie wysokość budżetów szpitalnych ustala się na szczeblu krajowym – Rolą organów na szczeblu regionalnym (ARH: <i>agence régionale de l'hospitalisation</i>) jest planowanie i zawieranie „kontraktów celowych” – W efekcie można stwierdzić, że system francuski jest systemem krajowym, w pewnym stopniu dostosowanym do potrzeb regionalnych 	<ul style="list-style-type: none"> – Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne wszystkich obywateli 	<ul style="list-style-type: none"> – 66% łóżek znajduje się w placówkach publicznych, przy czym w szpitalach publicznych znajduje się 57% łóżek na potrzeby opieki krótkoterminowej – 14% łóżek znajduje się w placówkach prywatnych, niezarobkowych, przy czym 12% łóżek w tych placówkach jest na potrzeby opieki krótkoterminowej – 20% łóżek znajduje się w szpitalach zarobkowych; w placówkach szpitalnych tego typu znajduje się 31% wszystkich łóżek na potrzeby opieki krótkoterminowej
Niemcy	<ul style="list-style-type: none"> – Kształt systemu opieki zdrowotnej określają przede wszystkim zasady i ustawodawstwo na szczeblu krajowym – Kraje związkowe (16) odpowiadają za inwestycje rzeczowe i gwarantują odpowiednią podaż świadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> – Obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne (fundusze) – Dodatkowe opłaty z tytułu ubezpieczeń prywatnych – Podatki (tylko na inwestycje rzeczowe dla szpitali) 	<ul style="list-style-type: none"> – 53,6% łóżek znajduje się w szpitalach publicznych – 36,4% łóżek znajduje się w szpitalach prywatnych niezarobkowych – 10% łóżek znajduje się w szpitalach prywatnych zarobkowych

Tabela 1. Cd.

	Struktura systemu opieki zdrowotnej	Finansowanie systemu opieki zdrowotnej	Status/forma własności szpitali
Włochy	<ul style="list-style-type: none"> – Istnieją trzy główne szczeble instytucjonalne: <ul style="list-style-type: none"> • odpowiedzialność na szczeblu państwowym dotyczy zgodności i spójności całego systemu opieki zdrowotnej • jednostki na szczeblu regionalnym odpowiadają za planowanie, organizację i nadzór na podległym im terenie • jednostki na szczeblu lokalnym odpowiadają za wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli – Trwa proces przenoszenia większej odpowiedzialności na szczeble regionalny i lokalny – Regiony wraz z rządem krajowym określają wspólne cele w zakresie zdrowia, których realizacja odbywa się na szczeblu regionalnym 	<ul style="list-style-type: none"> – Podatki na szczeblu lokalnym (36,07%) – VAT (35,67%) – Składki na ubezpieczenia prywatne (1,05%) – Kwoty z własnej kieszeni (27,21%) 	<ul style="list-style-type: none"> – 66,54% łóżek znajduje się w szpitalach publicznych – 5,86% łóżek znajduje się w szpitalach prywatnych niezarobkowych – 27,59% łóżek znajduje się w szpitalach prywatnych zarobkowych
Hiszpania	<ul style="list-style-type: none"> – W skład systemu krajowej służby zdrowia wchodzi ministerstwo zdrowia szczebla państwowego oraz wspólnot autonomicznych (WA) – Uprawnienia krajowe obejmują ogólną organizację i koordynację spraw z zakresu zdrowia, zdrowia międzynarodowego, międzynarodowych stosunków w obszarze zdrowia i umów, a także zarządzania Krajowym Instytutem Zdrowia – W ramach swoich statutów autonomiczne poszczególne WA stopniowo przejęły uprawnienia w obszarze zdrowia. Proces przekazywania uprawnień w obszarze zdrowia, które znajdowały się w gestii de National Health Institute (INSALUD), rozpoczął się w 1981 r. i został ukończony w 2002 r. Administracja centralna na szczeblu państwowym jest odpowiedzialna za zarządzanie kwestiami zdrowia w autonomicznych miastach Ceuta i Melilla, co odbywa się za pośrednictwem Krajowego Instytutu ds. Zdrowia (INGESA). Obecne uprawnienia WA dotyczą: planowania w zakresie zdrowia, zdrowia publicznego oraz opieki zdrowotnej – Każda WA ma własną regionalną służbę zdrowia, która odpowiada w sensie administracyjnym i zarządczym za wszystkie placówki, świadczenia i obiekty na terenie danej WA, niezależnie od tego, czy organizacyjnie podlegają one radom regionalnym, radom miejskim czy międzywspólnotowym jednostkom administracyjnym 	<ul style="list-style-type: none"> – Opieka zdrowotna w Hiszpanii ma charakter bezpłatny (finansowanie publiczne powszechnych świadczeń, które są darmowe w chwili korzystania z nich; opieka zdrowotna ma charakter całościowy, a jej celem jest wysoka jakość, której towarzyszą odpowiednie mechanizmy oceny i kontroli) – Świadczenia opieki zdrowotnej opłaca się z podatków, uwzględniając je w ogólnym budżecie każdej WA – Dwa dodatkowe fundusze to Fundusz Spójności, którym zarządza Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumenckich, a także Program Oszczędności na Wypadek Tymczasowej Niezdolności do Pracy 	<ul style="list-style-type: none"> – 40,1% szpitali to placówki publiczne – 47,5% szpitali to placówki prywatne niezarobkowe – 12,4% szpitali to placówki zarobkowe – 72,5% łóżek znajduje się w szpitalach publicznych – 27,4% łóżek znajduje się w szpitalach prywatnych

Tabela 1. Cd.

	Struktura systemu opieki zdrowotnej	Finansowanie systemu opieki zdrowotnej	Status/forma własności szpitali
	<ul style="list-style-type: none"> – Zasady koordynacji działań w zakresie zdrowia na szczeblu krajowym określa ustawa powszechna o ochronie zdrowia (14/1986), która wskazuje także narzędzia współpracy i powołuje do życia w roli organu koordynującego 		
Szwecja	<p>Międzyterytorialną Radę Krajowego Systemu Opieki Zdrowotnej. Ustawa 16/2003 o spójności i jakości w krajowym systemie ochrony zdrowia w bardziej szczegółowy sposób określa rolę Rady Międzyterytorialnej oraz ogólne zasady koordynacji i współpracy w ramach krajowej służby zdrowia</p>		
Holandia	<ul style="list-style-type: none"> – Zdecentralizowany publiczny system finansowania, realizacji i oceny działań z zakresu opieki zdrowotnej – Rząd centralny pełni funkcję organu nadzoru – Rady powiatowe odpowiadają za finansowanie i realizację prawie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej – Lokalne władze gminne mają te same obowiązki co władze powiatowe, ale dotyczą one wyłącznie opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi – Tradycyjnie podstawową rolę w zakresie planowania i regulacji sektora opieki zdrowotnej odgrywa rząd Holandii – Od 2006 r. holenderski system opieki zdrowotnej przechodzi poważne zmiany. Celem jest funkcjonowanie na warunkach bardziej rynkowych, z uwzględnieniem popytu na świadczenia. Władze centralne przekazują obowiązki świadczeniodawcom opieki zdrowotnej i instytucjom oferującym ubezpieczenia zdrowotne. Większa samoregulacja z uwzględnieniem zasad rynkowych – Przesunięcie punktu ciężkości z podaży na popyt wiąże się z koniecznością uzyskania nowych informacji, które w przejrzysty sposób pozwolą zrozumieć procesy tworzenia/powstawania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. W związku z tym wdrożono nową koncepcję, w ramach której podstawę przekazywanych informacji stanowią produkty lecznicze. Produkty lecznicze klasyfikuje się wg metodologii DBC (kombinacje diagnostyczno-lecznicze), która tworzy ramowe systemy klasyfikacji produktów i alokacji kosztów 	<ul style="list-style-type: none"> – Głównie podatki dochodowe na szczeblu lokalnym i powiatowym – Współpłatności pacjentów (2,5%) – Od stycznia 2006 r. w Holandii działa nowy system ubezpieczeń w zakresie leczniczej opieki zdrowotnej. Zgodnie z nową ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym (<i>Zorgverzekeringswet</i>), wszystkie osoby mieszkające w Holandii muszą mieć ubezpieczenie zdrowotne – Nowy system tworzą prywatne ubezpieczenia zdrowotne, lecz uwzględnia on uwarunkowania społeczne. System obsługują prywatne firmy oferujące ubezpieczenia zdrowotne; ubezpieczyciele są zobowiązani objąć nim każdą osobę, która mieszka w rejonie objętym ich działalnością. System wyrównywania ryzyka umożliwia realizację obowiązku akceptacji każdej osoby i uniemożliwia bezpośredni lub pośredni wybór ryzyka – Ubezpieczeni płacą na rzecz zakładu ubezpieczeń zdrowotnych składkę w nominalnej wysokości. Posiadacze tej samej polisy płacą identyczną składkę ubezpieczeniową. Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym przewiduje, że ubezpieczeni płacą składkę w wysokości uzależnionej od dochodu. Pracodawcy wnoszą obowiązkowe płatności na poczet składek ubezpieczeniowych uiszczanych przez pracowników – Nowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje standardowy pakiet podstawowych świadczeń zdrowotnych. Pakiet zapewnia podstawowe świadczenia lecznicze na podstawie kryteriów sprawdzonej skuteczności, opłacalności oraz potrzeby zbiorowego finansowania 	<ul style="list-style-type: none"> – 87 szpitali to placówki publiczne (które stanowią własność powiatów i są przez nie finansowane) – 3 szpitale to placówki prywatne zarobkowe – Nieduży odsetek szpitali prywatnych niezarobkowych – Niemal wszystkie szpitale w Holandii nadal są w rękach prywatnych i działają jako organizacje niezarobkowe – W szpitalach opieki krótkoterminowej znajduje się 47 458 łóżek przeznaczonych na potrzeby tej opieki. W klinikach uniwersyteckich znajduje się 7795 łóżek tego rodzaju

Powyższa tabela w czytelny sposób obrazuje różnicowanie systemów opieki zdrowotnej w krajach europejskich. Determinanty tego różnicowania można oczywiście znaleźć w klasycznym podziale na „systemy oparte na podatkach” i „systemy ubezpieczeniowe”. Warto jednak podkreślić (co wyraźnie wynika ze sposobu wykorzystania JGP) rolę decentralizacji systemów opieki zdrowotnej. Decentralizacja ta jest zróżnicowana treściowo pod względem finansowania, organizacji i realizacji świadczeń. Przyjrzyjmy się, jak powyższe czynniki wpłynęły na sposób wykorzystania JGP. Czy sposób wykorzystania JGP odzwierciedla decentralizację opieki zdrowotnej? Czy uwarunkowania wcześniejszego systemu wpłynęły na wykorzystanie JGP? W jaki sposób na korzystanie

z systemu JGP wpływa połączenie elementów publicznych i prywatnych oraz zarobkowych i niezarobkowych?

Mechanizmy stosowane w krajach UE

Także w tym wypadku odpowiedzialność za odpowiednią podaż opieki szpitalnej wynika z politycznej i administracyjnej organizacji opieki w danym kraju i lokuje się na szczeblu krajowym lub niższym. Stosowane mechanizmy są jednak zróżnicowane: od kontroli na szczeblu centralnym aż po elementy bardziej subiektywne, choćby takie jak naciski polityczne...

Pomimo dużej decentralizacji systemów opieki zdrowotnej w Europie niemal we wszystkich wypadkach decyzję o wdrożeniu JGP podejmował resort zdrowia.

Tabela 2. Mechanizmy gwarantujące odpowiednią podaż świadczeń szpitalnych

Anglia	<ul style="list-style-type: none"> – Listy oczekujących – tu jednak mamy do czynienia z zarządzaniem bardziej popytem niż podażą – Panuje przekonanie, że wprowadzenie zasad rynkowych zapewni większą konkurencję, skracając listy oczekujących
Niemcy	<ul style="list-style-type: none"> – Kraje związkowe zapewniają odpowiednią podaż opieki szpitalnej poprzez planowanie i inwestycje finansowe – W systemie JGP szpitale i kasy chorych mogą negocjować aneksy zapewniające opiekę w obszarach odizolowanych, jednak skuteczność tego instrumentu w przyszłości stoi pod znakiem zapytania
Włochy	<ul style="list-style-type: none"> – W latach 90. XX w. szpitale i lokalne jednostki ochrony zdrowia uzyskały wsparcie w celu wprowadzenia narzędzi zarządczych do budżetowania i rachunku kosztów, umożliwiających planowanie odpowiedniego finansowania – Oprócz narzędzi zarządczych stosuje się także mechanizmy kontroli ogólnego poziomu kosztów zarówno w szpitalach, jak i w lokalnych jednostkach ochrony zdrowia, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • ograniczenia wydatków (limity zatrudnienia personelu, limity umów z konsultantami itp.) • ograniczenia w dostępie do rynku kapitałowego (szpitale publiczne muszą uzyskać zgodę na taki dostęp) • inne mechanizmy, tworzone bezpośrednio w regionach
Szwecja	<ul style="list-style-type: none"> – Prawo nakłada na powiaty obowiązek zapewnienia podaży świadczeń zdrowotnych dla ich mieszkańców – Powiaty mogą wytwarzać świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach publicznych, nabywać je od dostawców prywatnych lub w innych powiatach – Gminy i rady powiatowe ponoszą także odpowiedzialność polityczną na szczeblu lokalnym – za pośrednictwem swoich zgromadzeń wybieranych w bezpośrednich wyborach
Holandia	<ul style="list-style-type: none"> – Panuje przekonanie, że wprowadzenie zasad rynkowych zapewni większą konkurencję, skracając listy oczekujących – Od reformy holenderskiego systemu opieki zdrowotnej w latach 2005 i 2006 w rynku opieki zdrowotnej uczestniczą nowi świadczeniodawcy

Tabela 3. Władze/institucje, które podjęły decyzję o wprowadzeniu JGP. Opis pełnionych przez nie funkcji

Anglia	<ul style="list-style-type: none"> – Departament zdrowia w rządzie krajowym – Wszystkie informacje nt. JGP mają związek z działalnością i finansowaniem – Oczekuje się, że w przyszłości ustalaniem taryf zajmie się inny podmiot niż departament zdrowia, ale decyzja w tej sprawie jeszcze nie zapadła
Walia	<ul style="list-style-type: none"> – Grupy zasobów opieki zdrowotnej (HRG) wdrożono jako podstawę ewidencji przypadków chorobowych w 2000 r. Wymóg ewidencjonowania działalności wg HRG został ustanowiony przez rząd Walii i obowiązuje fundusze działające w strukturach walijskiej służby zdrowia – Przed 2000 r. fundusze prowadziły ewidencję działalności wg JGP
Francja	<ul style="list-style-type: none"> – Minister zdrowia
Niemcy	<ul style="list-style-type: none"> – Rząd Niemiec: <ul style="list-style-type: none"> • przyjął ustawę o reformie systemu opieki zdrowotnej (GKV – Gesundheitsreformgesetz, 2000 r.), która zapoczątkowała wprowadzenie systemu JGP w finansowaniu szpitali • zezwolił samorządom na wybór i wdrożenie odpowiedniego systemu JGP

Tabela 3. Cd.

	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnia ramy prawne finansowania szpitali wg JGP • w razie braku porozumienia pomiędzy partnerami samorządowymi Ministerstwo Opieki Zdrowotnej i Ubezpieczeń Społecznych ma prawo podjąć działania wdrażające <p>– Samorząd (umawiające się strony w sprawach dotyczących opieki szpitalnej, tj. Niemiecka Federacja Szpitali oraz Stowarzyszenia Obowiązkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych i Prywatnego Ubezpieczenia Zdrowotnego):</p> <ul style="list-style-type: none"> • podejmuje decyzję w sprawie wprowadzenia i dalszego rozwoju systemu JGP • w 2000 r. podjął decyzję o przeniesieniu australijskiego systemu AR-DRG na grunt niemiecki • w 2001 r. powołał do życia Instytut ds. JGP (InEK GmbH) • opracował podręcznik kalkulacji kosztów w szpitalach • opracował wytyczne kodowania świadczeń • co roku podejmuje decyzję o nowym katalogu świadczeń • negocjuje i tworzy uregulowania dotyczące sposobu rozliczenia JGP, dodatkowych płatności oraz zmian uwzględniających innowacje z zakresu diagnostyki i leczenia <p>– Do zadań InEK GmbH należy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie corocznego katalogu JGP w drodze analizy danych liczbowych ze szpitali • stosowanie metod wynikających z przyjętych zasad • ustalenie wag kosztów • określenie dodatkowych opłat i ustalenie ich wysokości <p>– Organizacje eksperckie zrzeszające pracowników służby zdrowia, a także inni specjaliści mogą zgłaszać propozycje zmian w ramach uporządkowanego dialogu z Instytutem ds. JGP</p>
Włochy	<p>– Decyzja polityczna o wprowadzeniu JGP została podjęta przez rząd włoski</p> <p>– Wsparcia w zakresie technicznego przygotowania systemu JGP udzieliły:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministerstwo Zdrowia • Krajowy Instytut Badań nad Opieką Zdrowotną • wybrana grupa szpitali oraz instytucji zajmująca się badaniem i przystosowaniem programu prowadzonego przez amerykańską Agencję Finansowania Opieki Zdrowotnej do lokalnych uwarunkowań
Hiszpania	<p>– Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem Międzyterytorialnej Rady Zdrowia wyraziło zgodę na użycie JGP jako miernika przypadków chorobowych stosowanego w lecznictwie szpitalnym na terenie całej Hiszpanii. Ponadto dokonano wyboru AP-DRG jako systemu grupującego na szczeblu krajowym, choć regiony, w których wcześniej wdrożono system CMS-DRG, od ponad dekady używają tego systemu</p>
Szwecja	<p>– JGP są stosowane od początku lat 90. XX w.</p> <p>– System JGP został wprowadzony przez Szwedzki Instytut Rozwoju Służby Zdrowia (SPRI) i jest stosowany przez niektóre rady powiatowe jako system rozliczania świadczeń krótkoterminowej opieki stacjonarnej od 1991 r.</p> <p>– Odpowiedzialność za opracowanie i rozwój szwedzkiej wersji systemu NordDRG spoczywa na Centrum ds. Systemu Klasyfikacji Pacjentów (CPK)</p> <p>– Jeśli chodzi o stosowanie systemu JGP, szwedzkie powiaty można obecnie podzielić na 4 grupy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pierwsza grupa stosuje system JGP do refundacji szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych w szpitalach (w ramach opieki stacjonarnej oraz – do pewnego stopnia – ambulatoryjnej) • powiaty w drugiej grupie korzystają z JGP jako elementu systemu refundacji kosztów w mniejszym zakresie świadczeń (np. w ramach rozliczeń kosztów leczenia pacjentów pomiędzy powiatami) lub w pojedynczych szpitalach • trzecia grupa stosuje JGP wyłącznie w charakterze narzędzia analitycznego na potrzeby klasyfikacji przypadków chorobowych oraz powiatów • czwarta grupa nie stosuje JGP (2 powiaty) <p>– Ogółem w Szwecji w systemie NordDRG refundowanych jest ponad 50% wszystkich przyjęć w ramach krótkoterminowej opieki szpitalnej</p>
Holandia	<p>– Minister zdrowia za radą tzw. komisji Biesheuvel (2000 r.)</p>

W kontekście wdrożenia systemu JGP w poszczególnych krajach uzyskane wyniki dają dobry obraz istniejącej różnorodności. Znaczące różnice występują nawet w krajach, które stosują ten sam system – NordDRG. W ich wypadku zróżnicowanie oznaczało zgodę na dodatkowe inwestycje.

Techniczna wartość dodana może być mniej istotna niż korzyść wynikająca z posiadania systemu krajowe-

go akceptowanego przez większą liczbę zainteresowanych stron.

Wyraźnie widać także, że istniejące różnice powiększają się z upływem czasu, utrudniając współdziałanie systemów. Dotyczy to zwłaszcza stosowanych procedur. Kategorie diagnostyczne mogą być bardziej porównywalne. Obecnie nie występuje poziom, na którym można przeprowadzić bezpośrednie porównanie.

Tabela 4. Różne wykorzystanie systemu JGP w różnych regionach tego samego państwa członkowskiego

Anglia	– Jednolite stosowanie systemu Grup Zasobów Opieki Zdrowotnej (HRG) w Anglii
Walia	– Rząd Walii nigdy formalnie nie zobowiązał jednostek krajowej służby zdrowia do stosowania JGP lub HRG jako podstawy systemu finansowania. Sprawa ta jest regulowana w umowach lokalnych – Obecnie rozważana jest możliwość wprowadzenia na terenie Walii taryfy krajowej, której podstawę mogą stanowić HRG
Francja	– Jednolite w skali całego kraju stosowanie systemu JGP (GHM)
Niemcy	– Jednolite w skali całego kraju stosowanie systemu JGP
Włochy	– W latach 90. XX w. regiony uczestniczyły jedynie w fazie wdrożenia JGP1 – Obecnie regiony mają także uprawnienia w zakresie decydowania o JGP i ustalania związanych z nimi zasad. W rezultacie regiony mogą zmieniać narzędzia i taryfy dla poszczególnych przypadków chorobowych, a także wprowadzać umowne obniżki cen lub ustanawiać współpłatności
Hiszpania	– Stosowanie JGP jest regulowane w ramach Regionalnych Służb Zdrowia (Servicio de Salud), których rola zazwyczaj obejmuje zarządzanie świadczeniami publicznymi, a w razie potrzeby również zakup świadczeń od szpitali prywatnych. Służba zdrowia podlega Ministerstwu Zdrowia w każdym z regionów. W każdym regionie minister zdrowia wyznacza dyrektora
Szwecja	– Powiaty w dalszym ciągu we własnym zakresie podejmują decyzje o sposobie korzystania z JGP w ramach systemów refundacji oraz o stosowanych zasadach uzupełniających (refundacja kosztów świadczeń odstających/nietypowych, limity kosztów itp.). Powiaty odpowiadają także za badanie przypadków oszustw i innych nieprawidłowości w systemie – Przyjęcie i rozwój systemu JGP należały do kompetencji rad powiatowych – Zmiany w zakresie współpracy pomiędzy różnymi powiatami zaowocowały powstaniem w 1999 r. Centrum ds. Systemu Klasyfikacji Pacjentów (CPK) – W rezultacie w Szwecji nastąpiła pewna centralizacja systemu JGP
Holandia	– Jednolite stosowanie systemu w skali kraju

Pierwotne przyczyny wprowadzenia JGP

Ustalenie oficjalnych przyczyn wprowadzenia systemu JGP we wszystkich krajach europejskich raczej nie nastrocza trudności. Próba wskazania innych przyczyn, nieoficjalnych lub niewyraźnych, jest dość ryzykowna, a jej wynik może zależeć od osobistego stanowiska autora odpowiedzi. Niemniej za interesują-

ce należy uznać cztery podawane oficjalnie przyczyny wdrożenia systemu. Na pierwszym miejscu znalazła się większa transparentność, a zaraz za nią wykorzystanie JGP w charakterze narzędzia do rozliczeń finansowych. Jako istotne przyczyny wskazano również zapewnienie jakości i możliwość prowadzenia porównań (*benchmarking*).

Tabela 5. Przyczyny wprowadzenia systemu JGP w krajach europejskich

	Pierwotne przyczyny (oficjalne)	Inne przyczyny	Zmiany oficjalnych przyczyn i celów
Anglia	– Celem, który przyświecał pierwszemu systemowi JGP w 1994 r., było uszczegółowienie klasyfikacji procedur szpitalnych: <ul style="list-style-type: none"> • na potrzeby zarządzania • w celu monitorowania i pomiaru działalności szpitali 	– Początkowo niektóre środowiska przyjęły wprowadzenie systemu JGP sceptycznie. Dotyczyło to zwłaszcza personelu lekarskiego, mimo iż stosowne informacje zostały uzgodnione przez samorządy zawodowe lekarzy (Royal Colleges). Na lepsze zrozumienie systemu i jego większą akceptację wpłynęło stopniowe poszerzenie zakresu JGP – Rozszerzenie systemu JGP o finansowanie świadczeniodawców wywołało żywą debatę na temat adekwatności systemu w kontekście innych zabiegów niż planowane. Celem administracji rządowej jest jednak zapewnienie różnorodności świadczeń i skutecznych sposobów realizacji zasady, że pieniądź idzie za pacjentem. Uznano, że podjęte kroki sprzyjają realizacji tych celów	– Obecnie: sposób finansowania świadczeniodawców w celu: <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienia większej transparentności w działaniach szpitali • bardziej uczciwego wynagrodzenia świadczeniodawców w powiązaniu ze stałymi cenami na szczeblu krajowym • zwiększenia różnorodności świadczeń i zapewnienia pacjentom większego wyboru („pieniądz idzie za pacjentem”) • stworzenia zachęt do rozwoju dodatkowego potencjału i zapewnienia środków finansowych na ten cel

Tabela 5. Cd.

	Pierwotne przyczyny (oficjalne)	Inne przyczyny	Zmiany oficjalnych przyczyn i celów
Walia	<ul style="list-style-type: none"> – Ewidencjonowanie pacjentów wg przypadków chorobowych funkcjonuje w Walii od szeregu lat. Nie ma łatwego dostępu do dokumentów określających przyczyny wprowadzenia systemu. Prawdopodobnie wdrożenie systemu miało wesprzeć proces kształtowania relacji finansowych pomiędzy komisarzami ds. zdrowia (organami właściwymi w sprawach zdrowia i praktykami lekarzy rodzinnych w modelu <i>GP fundholding</i>) a świadczeniodawcami (fundusze NHS). Świadczenia zamawiane przez lekarzy w programie <i>GP fundholding</i> klasyfikowano zgodnie z kodami procedur OPCS, jednak ten poziom klasyfikacji prawdopodobnie byłby zbyt szczegółowy jako podstawa do poszerzania katalogu zamawianych świadczeń (<i>case mix</i>) – Okólnik Urzędu ds. Walii (poprzednika Zgromadzenia Narodowego) z 1996 r. wskazuje, iż rozważano zastosowanie JGP w procesie zamawiania świadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> – Innych przyczyn nie stwierdzono 	<ul style="list-style-type: none"> – Brak dostępnych informacji
Francja	<ul style="list-style-type: none"> – Korzystanie z podobnego systemu dla szpitali działających w celach zarówno zarobkowych, jak i niezarobkowych, wraz ze zbliżeniem taryf pomiędzy sektorami zarobkowym i niezarobkowym oraz w ramach każdego sektora – Dostosowanie budżetu do faktycznej działalności szpitali – Zachęcenie szpitali do analizy swoich przypadków chorobowych, wyników działalności i struktur kosztowych – Wspieranie określonych działań (zabiegi przeprowadzane w trybie dziennym) i zahamowanie stałego wzrostu innych 	<ul style="list-style-type: none"> – Dziennikarze korzystają z krajowej bazy danych i w swoich publikacjach klasyfikują szpitale lub kliniki z wykorzystaniem metod, które nie podlegają kontroli i walidacji 	<ul style="list-style-type: none"> – Brak
Niemcy	<ul style="list-style-type: none"> – Nadzieja na większą przejrzystość i sprawiedliwsze wynagrodzenia w finansowaniu szpitali – Stworzenie zachęt do oszczędniejszej realizacji świadczeń – Wzrost wydajności i wykorzystania zasobów w szpitalach – Promocja wydajnych szpitali – Zmniejszenie liczby nieopłacalnych placówek 	<ul style="list-style-type: none"> – Niemiecka federacja szpitali liczy na wstrzymanie dalszego stosowania systemu ograniczonych budżetów 	<ul style="list-style-type: none"> – Nie
Włochy	<ul style="list-style-type: none"> – Wzmocnienie odpowiedzialności za finansowe i kliniczne aspekty zamawiania świadczeń w celu poprawy wyników (efektywność kliniczna i ekonomiczna) – Przekazanie regionom i lokalnym jednostkom służby zdrowia prostego, a jednocześnie klinicznie istotnego narzędzia w celu usprawnienia procesów planowania świadczeń i zarządzania nimi 	<ul style="list-style-type: none"> – Wdrożenie systemu JGP stanowi część szerszego planu reformy służby zdrowia, który rozpoczęto w 1992 r. w celu stworzenia nowego modelu jej organizacji poprzez przekazanie regionom odpowiedzialności za kwestie finansowania oraz wprowadzenie rynków wewnętrznych i konkurencji – Wprowadzenie nowego paradygmatu opieki, która koncentruje się na pacjentach 	<ul style="list-style-type: none"> – Nie

Tabela 5. Cd.

	Pierwotne przyczyny (oficjalne)	Inne przyczyny	Zmiany oficjalnych przyczyn i celów
Hiszpania	<ul style="list-style-type: none"> – Wprowadzenie i wdrożenie systemu odbywało się w różnym czasie i z użyciem różnych strategii w różnych regionach. W opisie mowa o pionierach procesu – Katalonia powołała do życia publiczną instytucję zajmującą się zakupem świadczeń szpitalnych od różnych świadczeniodawców. Z systemu JGP zaczęto korzystać w 1994 r. w celu oceny nowego systemu budżetowania. Przez 2–3 lata z systemu korzystano w celach sprawozdawczych i do analizy różnych wariantów procesu budżetowania. W 1996 r. wdrożono nowy system budżetowania oparty na JGP. Działania te wywołały natychmiastowy skutek w postaci podjęcia przez dyrekcje szpitali działań mających na celu poprawę jakości danych szpitalnych (MBDS) oraz wewnętrzne wykorzystanie JGP w celu podniesienia poziomu wiedzy na temat działalności szpitali i przygotowania organizacji na wprowadzenie nowego systemu – Prawie w tym samym czasie z systemu JGP zaczęła korzystać Wspólnota Walencka, głównie na potrzeby monitorowania i zarządzania. System stosuje się w tym celu do tej pory. W późniejszym okresie zaczęto go wykorzystywać do ustalenia cen świadczeń szpitalnych przy przenoszeniu pacjentów do innych szpitali niż te, do których ich przypisano (podstawę finansowania świadczeń stanowi metoda kapitacyjna) – Insalud (największa instytucja zarządzająca opieką zdrowotną przed 2002 r.) zaczęła wdrażać system JGP jako narzędzie służące do wyznaczania celów w zawieranych co roku kontraktach ze szpitalami oraz tworzenia budżetów „alternatywnych” opartych na JGP, podczas gdy podstawę tradycyjnego budżetu stanowiły produkty pośrednie (tóżkodni i in.). Z chwilą przeniesienia zadań Insaludu do 10 wspólnot autonomicznych szpitale i miejscowe organy ds. opieki zdrowotnej miały już doświadczenie w korzystaniu z JGP na potrzeby sprawozdawcze oraz do zarządzania i wyznaczenia celów. Sytuacja ta nie uległa zmianie, zmieniły się jedynie stosowane zasady i intensywność korzystania z systemu 	<ul style="list-style-type: none"> – Przed jego przyjęciem przez władze ds. zdrowia nad systemem JGP pracowały zespoły badawcze. Prowadzone badania dotyczyły pierwotnie walidacji systemu w warunkach hiszpańskich. Następnie objęły one kwestie związane z wagami kosztów i metodami analitycznymi (świadczenia odstające/nietypowe, korekty itp.). Od chwili wdrożenia systemu JGP stanowią podstawę licznych opracowań i badań dotyczących opieki zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> – Przyczyny zasadniczo nie uległy zmianie – Niektóre władze zakończyły proces budżetowania świadczeń szpitalnych, a inne nie. Niemal we wszystkich administracjach regionalnych większość szpitali przygotowuje dane statystyczne z użyciem JGP, wykorzystując je do monitorowania wyników działalności, ustalania celów, zawierania kontraktów i oceny ich realizacji – Od początku lat 90. część szpitali zaczęła korzystać z systemu JGP na potrzeby wewnętrzne w celu monitorowania wyników działalności i porównywania ich z wynikami innych placówek. W znacznym stopniu wpłynęło to na kulturę zarządzania szpitalami. Choć pomiędzy szpitalami, które korzystają z danych, zachodzą istotne różnice, w dużej liczbie placówek lekarze rutynowo porównują efektywność swoich działań oraz wyniki kliniczne
Szwecja	<ul style="list-style-type: none"> – Na początku lat 90. głównym powodem wdrożenia systemu było wprowadzenie w niektórych powiatach nowego (opartego na klasyfikacji JGP) systemu finansowania świadczeń w celu: <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenia wydajności • ograniczenia lub racjonalizacji wydatków na opiekę zdrowotną 		<ul style="list-style-type: none"> – Obecnie system JGP wykorzystuje się w dużo bardziej zróżnicowany sposób do: <ul style="list-style-type: none"> • analiz porównawczych • statystyki zdrowotnej • pomiaru efektywności działania szpitali • ustalania wydajności na wszystkich szczeblach służby zdrowia

Tabela 5. Cd.

	Pierwotne przyczyny (oficjalne)	Inne przyczyny	Zmiany oficjalnych przyczyn i celów
	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienia większej transparentności • uczestnictwa świadczeniodawców i nabywców w systemie, w którym obowiązywałby jaśniejszy podział obowiązków i podział ryzyka finansowego (w niektórych powiatach) 		<ul style="list-style-type: none"> – W gestii powiatów pozostaje decyzja o wykorzystaniu systemu w procesie refundacji kosztów – Obserwuje się odejście od wykorzystania systemu JGP jako „metody refundacji kosztów działalności” i stosowanie go w celu „opisu wyników działalności”
Holandia	<ul style="list-style-type: none"> – Punktem wyjścia dla przyjęcia nowego systemu opieki zdrowotnej (w tym wprowadzenia kombinacji diagnostyczno-leczniczych – DBC) były: <ul style="list-style-type: none"> • nacisk na popyt, a nie stronę podażową • rozliczanie świadczeń po ich wykonaniu, a nie z góry • decentralizacja obowiązków • przeniesienie ryzyka finansowego na ubezpieczycieli zdrowotnych – Działania te powinny doprowadzić do indywidualizacji opieki i większej wydajności. Realizacji zamierzonej zmiany służą wprowadzenie zasad rynkowych i stworzenie przestrzeni negocjacji pomiędzy ubezpieczycielami a świadczeniodawcami opieki zdrowotnej. Zmiana systemu będzie przebiegać w etapach. Tempo wdrożenia będzie zależeć od realizacji warunków rynkowych – W modelu docelowym punktem wyjścia będzie świadczenie niezbędnej opieki zdrowotnej. Składki nie stanowią już ograniczenia budżetowego w procesie finansowania, lecz są ustalane na podstawie faktycznych wyników – Ubezpieczyciele zdrowotni porównują świadczeniodawców pod względem cen i jakości i na tej podstawie negocjują umowy o realizację świadczeń. W pewnym sensie wprowadzona zostaje konkurencja, co powinno sprzyjać dążeniu do wyższej jakości i wydajności, a przez to do lepszej i szybszej opieki – Dochody szpitali i specjalistów będą bezpośrednio związane z realizacją świadczeń, pobudzając ich podaż (zachęta do eliminacji list oczekujących) – Modernizacja systemu z pewnością stworzy większą przestrzeń do odpowiedzialnej społecznie działalności gospodarczej i powinna pozytywnie wpłynąć na entuzjazm i zaangażowanie pracowników sektora – Do zasadniczych wymogów negocjacji należą transparentność i wspólny język. W tym celu wdrożono metodologię DBC, którą oparto na „produktach” medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> – Oczekuje się, że oparte na systemie DBC umowy zawierane pomiędzy ubezpieczycielami, szpitalami i lekarzami specjalistami doprowadzą do: <ul style="list-style-type: none"> • lepszej alokacji zasobów • lepszej koordynacji podaży i popytu w zakresie opieki • większej wiedzy o cenach • większej wiedzy o kosztach • lepszej kontroli wewnętrznych procesów biznesowych • poprawy wewnętrznych procesów kontroli i budżetowania • poprawy jakości i wydajności dzięki analizom porównawczym • poprawy w zakresie planowania zasobów • poprawy w zakresie planowania zapotrzebowania na pracowników • większego oddziaływania międzynarodowych zasad standardów wydajności 	<ul style="list-style-type: none"> – Nie

Z powyższego jasno wynika, że co do zasady podstawowym celem wprowadzenia JGP była transparentność, a następnie aspekty finansowe. Jeśli uzyskane wyniki zestawić z historią wdrożeń, widać też, że kraje,

które zdecydowały się na implementację systemu JGP w ostatnim czasie, na pierwszym miejscu stawiają finansowe aspekty jego stosowania.

Tabela 6. Stosunek podmiotów sektora opieki zdrowotnej do JGP i jego zmiany

Anglia	<ul style="list-style-type: none"> – Początkowo niektóre środowiska przyjęły wprowadzenie systemu JGP sceptycznie. Dotyczyło to zwłaszcza personelu lekarskiego, mimo iż stosowne informacje zostały uzgodnione przez samorządy zawodowe lekarzy (Royal Colleges). Na lepsze zrozumienie systemu i jego większą akceptację wpłynęło stopniowe poszerzenie zakresu JGP – Powszechnie wyrażane są obawy, że finansowanie świadczeń w systemie JGP doprowadzi do poważnej biurokratyzacji procesu i wprowadzi finansową niestabilność
Francja	<ul style="list-style-type: none"> – Różne zainteresowane środowiska zgadzają się z zasadami wdrożenia, występują jednak dość duże rozbieżności co do szczegółowych rozwiązań w związku z brakiem przejrzystości
Włochy	<ul style="list-style-type: none"> – Początkowo wprowadzenie systemu JGP wzbudziło zainteresowanie i entuzjazm pracowników służby zdrowia, którym zależało na poprawie zarządzania w drodze wyceny świadczeń szpitalnych – Entuzjazm ten wkrótce przygasł, przeradzając się w niepokój i obawy związane z wykorzystaniem systemu również do oceny wyników pracy – W efekcie lekarze występują przeciwko systemowi JGP, uznając, że stanowi on źródło kosztów ogólnych i jest zbyt oddalony od codziennych zajęć lekarzy i kultury ich pracy
Hiszpania	<ul style="list-style-type: none"> – Obecnie system JGP jest powszechnie stosowany w większości szpitali. W początkowym okresie stosunek do wprowadzanego systemu nie był zbyt przychylny, a lekarze postrzegali go jako narzędzie o charakterze ekonomicznym/zarządczym i nie byli nim zainteresowani – Po upływie 5–10 lat system się upowszechnił i jest akceptowany i rozumiany przez lekarzy, choć występują istotne różnice w zakresie dostępności informacji na temat zróżnicowania poszczególnych regionów i szpitali pod względem medycznym. O ile uważa się, że JGP nie dość koncentrują się na aspektach klinicznych, o tyle podstawowym źródłem przydatnych dla lekarzy informacji są dane MBDS – Panuje powszechna zgoda co do tego, że jakość danych MBDS nie byłaby taka sama, gdyby nie wprowadzenie systemu JGP i jego zastosowanie w procesie zamawiania i finansowania świadczeń szpitalnych
Szwecja	<ul style="list-style-type: none"> – W początkowym okresie JGP były powiązane z niezbyt popularnym w Szwecji amerykańskim systemem ochrony zdrowia – Obecnie stosunek do systemu JGP jest co do zasady bardziej pozytywny, co wiąże się z większym zróżnicowaniem jego wykorzystania – Wiele zainteresowanych stron uznaje potrzebę zapłaty za świadczenia również w systemie publicznym
Holandia	<ul style="list-style-type: none"> – Rynek i większa konkurencja powinny wpłynąć na skrócenie list oczekujących – Nasiloną konkurencją doprowadzi także do wejścia nowych graczy na rynek ochrony zdrowia, zaowocuje innowacjami, rozwinięciem przedsiębiorczości i wprowadzi nowy sposób prowadzenia negocjacji pomiędzy ubezpieczycielami a świadczeniodawcami – System jest drogi i złożony (np. 29 000 kombinacji DBC przekłada się na 600 jednolitych grup kosztowych) – Pojawiają się obawy, że wprowadzenie rynkowych zasad działalności wywrze presję na jakość, solidarność i swobodę wyboru (jeśli chodzi o swobodę wyboru, zwłaszcza wtedy, gdy ubezpieczyciele osiągną silną pozycję rynkową – ubezpieczeni niechętnie zmieniają firmę ubezpieczeniową) – Szpitale pozytywnie odnoszą się do faktu, że kategorie DBC wspierają proces negocjowania cen i jakości realizowanych świadczeń

Do odpowiedzi udzielonych na potrzeby ankiety należy podchodzić ostrożnie, uwzględniając ich źródło. Przedstawione poglądy mogą mieć charakter oficjalny lub osobisty.

Jest również jasne, że większość pracowników służby zdrowia rzadko dysponuje dokładną wiedzą na temat systemów ochrony zdrowia, choć i tak wiedza ta jest obecnie większa niż 20 lat temu. Pracownicy służby

zdrowia rozumieją, że wdrożenie systemu ma charakter trwały.

Warianty systemu JGP używane obecnie w poszczególnych krajach

Poza Hiszpanią wszystkie kraje używają jednego wariantu systemu JGP. Jednak prawie zawsze stosowane warianty są od siebie różne.

Tabela 7. Warianty systemu JGP używane w krajach europejskich

	Liczba aktualnie stosowanych wariantów	Rodzaj stosowanego obecnie programu grupującego	Powód wyboru określonego narzędzia lub narzędzi JGP albo stworzenia własnego wariantu	Podmiot odpowiedzialny za aktualizację (różnych) aplikacji systemu JGP
Anglia	Jeden: HRG	Groupier V3.5 Report Generator V3.5 Episode to Spell Converter 3.1 (NHSIA)	Umożliwienie grupowania przypadków chorobowych w celu porównania ofert angielskich świadczeniodawców	National Health Service Information Authority (NHSIA)

Tabela 7. Cd.

	Liczba aktualnie stosowanych wariantów	Rodzaj stosowanego obecnie programu grupującego	Powód wyboru określonego narzędzia lub narzędzi JGP albo stworzenia własnego wariantu	Podmiot odpowiedzialny za aktualizację (różnych) aplikacji systemu JGP
Walia	Jeden: HRG – wersja 3.5	HRG – wersja 3.5	Walia próbuje iść w ślady Anglii w zakresie grupowania przypadków chorobowych, aby umożliwić porównanie ofert świadczeniodawców w Anglii i Walii	W Anglii pieczęć nad utrzymaniem programu grupującego HRG sprawuje Departament Zdrowia
Francja	Jeden: GHM	Oprogramowanie dostosowane do potrzeb krajowych, ok. 800 grup. W 2006 r. planowane jest 10. wydanie (CIM-10-CM)	Uwzględnienie specyfiki francuskiej praktyki klinicznej i struktur kosztowych. System obejmuje także pobyty jednodniowe, czego nie ma w oryginalnej klasyfikacji	Agencja ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), która współpracuje z komitetem ekspertów
Niemcy	Jeden: G-DRG	Co roku następuje aktualizacja specyfikacji programu. Specjalistyczne programy oferuje szereg firm prywatnych certyfikowanych przez DRG-Institute	System G-DRG stanowi wariant australijskiego systemu AR-DRG. Dostosowano go do uwarunkowań niemieckich w wyniku przeprowadzenia kalkulacji kosztów w grupie wybranych szpitali. Wyboru AR-DRG jako podstawy do opracowania własnego systemu dokonano przez wzgląd na to, że system australijski stanowi najbardziej rozwiniętą generację narzędzi tego typu, uwzględnia powikłania i schorzenia współistniejące, a także generuje niskie koszty w zakresie opłat licencyjnych	DRG-Institute został założony przez samorząd w ramach współpracy pomiędzy federacją szpitali i funduszami ubezpieczeniowymi
Włochy	Na szczeblu krajowym wykorzystuje się system HCFA, wersja 10. W związku z decentralizacją uprawnień federalnych w użyciu znajdują się różne wersje systemu HCFA/CMS DRG. W nielicznych regionach stosuje się HCFA w wersji 10, przy czym większość regionów używa systemu HCFA (USA, FY 1997). W kilku regionach funkcjonuje CMS wersja 19. Od 1 stycznia 2006 r. w skali całego kraju (na poziomie krajowym i regionalnym) stosowany jest system CMS w wersji 19. Niewielka grupa regionów używa także systemu APR-DRG, ale nie na potrzeby procesu finansowania. APR-DRG służy do oceny prawidłowości wykorzystania szpitali	Program grupujący firmy 3M	Decyzja o przyjęciu systemu HCFA DRG w wariantcie włoskim wynikała z faktu, iż we Włoszech gromadzone są te same dane administracyjne co w ramach amerykańskiego programu Medicare	Część obowiązków na szczeblu krajowym wykonuje biuro centralne w ministerstwie zdrowia. W każdym z regionów funkcjonuje stosowny urząd (w ramach lokalnego departamentu zdrowia lub jako osobna agencja), który odpowiada za sprawy związane z polityką zdrowia i zarządzaniem. Na szczeblu krajowym funkcjonuje także izba rozrachunkowa, w ramach której przedstawiciele rządów krajowych i regionalnych zawierają umowy dotyczące realizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
Hiszpania	Obecnie w Hiszpanii w użyciu są dwa programy grupujące JGP: AP-DRG (wersja 21.0) i CMS-DRG (wersja 22.0) AP-DRG przyjęto do użytku na szczeblu krajowym jako oficjalny program grupujący	Program AP-DRG dostarcza bezpośrednio, na zasadzie wyłączności, firma 3M. System CMS-DRG oferuje większą liczbę dostawców	Decyzję o użyciu dostępnego na rynku programu podjęto na podstawie badań z końca lat 80. XX w., które wykazały jego zadowalającą użyteczność w środowisku hiszpańskich szpitali. Ponadto	Aktualizacją programu AP-DRG zajmuje się firma 3M (standardowe wersje amerykańskie)

Tabela 7. Cd.

	Liczba aktualnie stosowanych wariantów	Rodzaj stosowanego obecnie programu grupującego	Powód wyboru określonego narzędzia lub narzędzi JGP albo stworzenia własnego wariantu	Podmiot odpowiedzialny za aktualizację (różnych) aplikacji systemu JGP
	w 1996 r. Wcześniej jednak, bo w 1994 r., regiony Katalonii, Walencji i Wysp Kanaryjskich zaczęły korzystać z systemu HCFA-DRG. Na Wyspach Kanaryjskich AP-DRG wszedł do użytku jako oficjalny program grupujący w 2004 r., a w Walencji – w 2006 r. Katalonia przeszła na AP-DRG w 2007 r.		w omawianym okresie nie były dostępne dane potrzebne do stworzenia hiszpańskiej wersji systemu JGP. W latach 80. informacje w postaci minimalnego zestawu danych (MBDS) były dostępne tylko w nielicznych szpitalach. Sytuacja uległa poprawie w latach 90. XX w. wraz z wprowadzeniem obowiązku gromadzenia danych MBDS w każdym szpitalu publicznym. W następnych latach obowiązek ten rozszerzono również na prywatne szpitale i kliniki (dekret królewski)	
Szwecja	Jeden: NordDRG	Programy grupujące są oferowane przez dwie licencjonowane firmy. Oprogramowanie grupujące działa w formie interaktywnej, dla poszczególnych przypadków chorobowych, lub w trybie wsadowym	W związku z brakiem porównywalności pomiędzy krajami nordyckimi stosującymi dla celów kodowania klasyfikację ICD-10 i Klasyfikację Procedur Chirurgicznych NOMESKO przystąpiono do realizacji projektu stworzenia wspólnego systemu JGP. Innym powodem było stworzenie transparentnego systemu, który kraje nordyckie mogłyby rozwijać i zmieniać we własnym zakresie	Za rozwój i utrzymanie szwedzkiej wersji systemu odpowiada centrum ds. systemu klasyfikacji pacjentów – CPK. Za aktualizację systemu NordDRG oraz algorytmy grupowania odpowiada Centrum Nordyckie
Holandia	Jeden: DBC	Oprogramowanie grupujące DBC	Rząd Holandii potrzebował narzędzia, które precyzyjnie opíše cały przebieg opieki zdrowotnej nad każdym pacjentem szpitala, z uwzględnieniem leczenia ambulatoryjnego, pobytów dziennych i rehabilitacji. DBC opierają się na opisie procesu (leczenia), a nie na klasyfikacji pacjentów (co ma miejsce w systemach JGP)	Fundacja „DBC-onderhoud” to inicjatywa, która zrzesza wszystkich najważniejszych graczy w holenderskim sektorze ochrony zdrowia: szpitale, ubezpieczycieli, lekarzy, organizacje pacjentów itp. Podstawową rolą fundacji jest udzielenie pomocy (<i>online</i>) poszczególnym użytkownikom i grupom użytkowników systemu DBC. Działalność fundacji wspiera naukowa rada doradcza

Opracowanie raportu: Krystian Lurka

prof. dr hab. n. ekon. Iga Rudawska

kierownik Zakładu Ekonomiki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Szczecińskiego, przewodnicząca Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia

Fot. Cezary Aszkiewicz/Agencja Gazeta



Mimo różnic w podejściu do szczegółów systemu opartego na JGP, z raportu wyraźnie wynika, iż system ten traktowany jest jako narzędzie ekonomiczne. Jego nadrzędnym celem jest uruchomienie mechanizmów, które w założeniu powinny sprzyjać realizacji strategii oszczędnościowej (oszczędniejsza realizacja świadczeń, redukcja świadczeń nieopłacalnych), a co za tym idzie – wzrostowi wydajności i wykorzystania zasobów szpitalnych. Słowa kluczowe, które towarzyszyły reformom w omawianych krajach, to: w skali mikro – *benchmarking*, *controlling*, a w skali makro – uszczelnianie systemu, transparentność.

Nadzieje pokładane w systemie opartym na JGP wiązały się również z podniesieniem poziomu standaryzacji świadczeń medycznych, a poprzez to jakości. Niemniej współczesna nauka nie dostarcza dowodów empirycznych na poparcie tej ostatniej tezy. Wprowadzenie omawianego modelu miało efekt projakościowy jedynie w aspekcie jakości informacji – danych szpitalnych. Doświadczenia krajów Europy pokazują natomiast, że system JGP ujawnił szereg negatywnych zjawisk, znanych od dawna ekonomice zdrowia, takich jak pokusa nadużycia (w tym przypadku przyporządkowanie pacjentów do bardziej opłacalnych kategorii diagnostycznych o wyższym ryczałcie, tzw. podkradanie grupy), efekt selekcji (odsytanie „nieopłacalnych” pacjentów do innych podmiotów leczniczych), czy też erozja jakości (poprzez niewykonywanie pewnych świadczeń, zwykle tych bardziej specjalistycznych i tym samym bardziej kosztochłonnych, czy też decydowanie się na tańsze rozwiązania). Pamiętajmy jednak, że kilkudziesięcioletnie doświadczenie z systemem JGP pozwoliło na wypracowanie mechanizmów kompensacyjnych, głównie natury kontrolnej i nadzorczej, mających przeciwdziałać ww. negatywnym zjawiskom.

Czego zatem nauczył nas, Polaków, system oparty na JGP? Przede wszystkim tego, że prawdopodobnie nie można pogodzić ze sobą dwóch konkurencyjnych celów, tj. wysokiej efektywności ekonomicznej (głównie poprzez kontrolę kosztów) i wysokiej jakości świadczeń. Czy w tej perspektywie planowana zmiana polegająca na przejściu na finansowanie szpitali poprzez budżet globalny coś zmieni? Zaletą tej formy finansowania jest niewątpliwie prostota w sensie administracyjnym i technicznym (w porównaniu z modelem wg JGP) i większa elastyczność rozporzą-

dzania powierzonym budżetem w ramach jednego podmiotu leczniczego (lub jego konsorcjum czy też planu zdrowotnego). Rodzi to jednak zagrożenie upolitycznienia dystrybucji środków na poziomie mezo (województw odpowiedzialnych docelowo, wg zarysów zapowiadanej reformy, za podział i finansowanie świadczeń zdrowotnych) oraz na poziomie mikro (szpitali, np. pomiędzy poszczególnymi oddziałami, poradniami). Jeśli jednak przyjąć optykę pacjenta, to można dostrzec i dobre strony takiego rozwiązania. Można sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której w ramach budżetu globalnego finansowana jest cała ścieżka leczenia pacjenta, a to sprzyja koordynacji opieki. Rozwiązania tego typu stosowane są przykładowo w amerykańskich HMO. Warto jednak dodać, że w tym przypadku możliwe są modyfikacje na pozór „sztywnego” budżetu, poprzez indywidualne negocjacje płatnika z poszczególnymi świadczeniodawcami.

Myśląc zatem o planowanych zmianach w sposobie rozliczania szpitali, warto zadać sobie pytanie: komu dane rozwiązanie przyniesie korzyści? System opieki zdrowotnej to bowiem przestrzeń, w której ścierają się interesy różnych grup – pacjentów, świadczeniodawców, płatników, biznesu okołomedycznego.

Krzysztof Czerkas

członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, partner i ekspert Formedis Medical Management & Consulting, ekspert Wyższej Szkoły Bankowej



Fot. Archiwum

System rozliczania kosztów leczenia metodą JGP został wprowadzony w Polsce w połowie 2008 r. i zdążył już na dobre utrwalić się w branży ochrony zdrowia jako może nie doskonałe, ale na pewno praktyczne narzędzie oceny efektywności finansowej poszczególnych procedur leczniczych, zarówno z perspektywy pojedynczego świadczeniodawcy, jak i w skali ogólnokrajowej. Wprowadzenie JGP miało skłonić szpitale do dokładnego liczenia kosztów leczenia oraz wyeliminować dość powszechne wcześniej dopisywanie pacjentom kosztów różnych badań lub procedur, których faktycznie nie wykonano, aby potem te koszty dodać do faktury wysyłanej do płatnika i więcej na tym zarobić. System ten ma sporo zalet, ale oczywiście ma też wady, wśród których za główną należy uznać monopolistyczną pozycję NFZ jako jedynego płatnika w systemie opieki zdrowotnej w Polsce i wynikające stąd spore ryzyko świadczeniodawców związane z ponoszeniem strat w przypadku zbyt niskiej wyceny świadczeń zdrowotnych lub nieracjonalnego kosztowo leczenia pacjen-

tów. Często też mamy ostatnio do czynienia z postugiwaniem się wyceną świadczeń jako instrumentem ręcznego zarządzania systemem ochrony zdrowia.

Warto jednak nadmienić, że system ten jest powszechnie stosowany w niemal wszystkich krajach europejskich, a jego głównym celem jest zmotywowanie świadczeniodawców do takiego leczenia pacjentów, aby kosztowo zmieścili się w stawce oferowanej im przez płatnika.

Podczas gdy w innych krajach od lat rozwijany i doskonalony jest system finansowania ochrony zdrowia ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, u nas ostatnio mówi się o pomysle polegającym w istocie na powrocie do systemu finansowania z budżetu państwa, czyli takiego, jaki funkcjonował w socjalistycznym PRL-u. Jak wielu z nas jeszcze pamięta, sprowadzał się on do modelu scentralizowanej opieki zdrowotnej opartej na koncepcji narodowej służby zdrowia finansowanej z budżetu centralnego, charakteryzującego się m.in. kontrolą przez instytucje rządowe i centralnym sterowaniem pozbawionym jakichkolwiek cech efektywności ekonomicznej.

Z punktu widzenia polityków finansowanie ochrony zdrowia Polaków z budżetu centralnego może brzmieć dobrze. Z punktu widzenia pacjentów – znacznie gorzej. Jaką bowiem możemy mieć pewność, że dostęp do ochrony zdrowia przeciętnego Kowalskiego nie zostanie ograniczony chociażby poprzez centralne sterowanie podażą świadczeń medycznych, limitowaną kwotą zapisaną w budżecie na dany rok, nieadekwatną do realnego popytu? Jaką siłę przebicia będzie miał minister zdrowia podczas konstruowania budżetu państwa wobec pilnych potrzeb innych ministrów resortowych, np. obrony narodowej czy spraw wewnętrznych i administracji, nie wspominając już wicepremiera i superministra sprawującego pieczę nad wszystkimi ministerstwami gospodarczymi?

Decyzje jeszcze nie zapadły, a dyskusja trwa. Trudno milczeć, kiedy padają propozycje rozwiązań ewidentnie niekorzystnych dla pacjentów. Planowane budżetowanie szpitali może oznaczać, że ich finansowanie będzie w dużej mierze zależało m.in. od dobrych relacji dyrektora szpitala z wojewódzkim urzędem zdrowia czy wręcz z ministrem, a nie np. od jakości oferowanych przez daną placówkę świadczeń zdrowotnych.

Obecnie, przy wszystkich wadach systemu JGP i często niewłaściwych wycenach, finansowanie szpitali ma jednak wciąż związek m.in. z liczbą przyjmowanych pacjentów, a więc z popytem na świadczenia zdrowotne. Nie wiemy dzisiaj nic konkretnego o tym, jak będzie to wyglądało w nowym systemie budżetowania szpitali.

Jerzy Gryglewicz

ekspert Uczelni Łazarskiego



Fot. Bosiacki Roman/Fotorepa

Przed wprowadzeniem w lipcu 2008 r. systemu JGP polskie szpitale rozliczały się z płatnikiem na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych, który opierał się tylko na sprawozdaniu jednego rozpoznania chorobowego lub jednej procedury zabiegowej. Celem

wprowadzenia w Polsce systemu JGP (opartego na brytyjskim systemie klasyfikacji pacjentów HRG) była poprawa faktycznej refundacji kosztów ponoszonych przez szpitale i zwiększenie przejrzystości realizacji świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia na swoich stronach internetowych podaje do publicznej wiadomości pełne analizy dotyczące realizacji świadczeń przez szpitale za ubiegły rok. Zestawienie obejmuje liczbę zrealizowanych produktów JGP, średni czas pobytu pacjenta z podziałem na wiek, płeć, tryb przyjęcia i wypisu, a także rozpoznania zasadnicze ICD-10 i procedury medyczne ICD-9 (udział powyżej 1 proc.) dla wszystkich JGP w latach 2009–2015. Na podstawie tych danych można porównać np. śmiertelność okołoperacyjną dla wybranych grup zabiegowych czy długość czasu hospitalizacji na oddziałach niezabiegowych. Warto zaznaczyć, że dane z systemu JGP stały się podstawą do opracowania map potrzeb zdrowotnych, które zostały opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia w kwietniu br.

Najważniejszą zaletą systemu JGP jest jednak ugruntowany model zapłaty za zrealizowane i sprawozdane świadczenie zdrowotne.

Przejsie na system budżetowy jest poważnym zagrożeniem dla przedstawionych powyżej osiągnięć związanych z wprowadzeniem systemu JGP.

Obecne propozycje budżetowego finansowania szpitali polegające na płaceniu przez płatnika publicznego z góry, czyli przed wykonaniem świadczeń, 1/12 rocznego kontraktu niewątpliwie wpłyną na pogorszenie jakości sprawozdawanych świadczeń i nadzoru ze strony płatnika w związku z ich realizacją.

Dodatkowa zapowiedź braku finansowania nadwykonan wpływnie znacząco na zmianę polityki kadry menedżerskiej, której celem nie będzie już zwiększanie przychodów szpitala, tylko zmniejszanie kosztów jego funkcjonowania. Należy się spodziewać, że te planowane rozwiązania wpłyną przede wszystkim na znaczne zmniejszenie liczby wykonywanych świadczeń szpitalnych, szczególnie kosztochłonnych, czyli tych, które obecnie mają wysoką wartość punktową w katalogu JGP.