

Joanna Rogozińska-Mitrut

Akademia Morska w Szczecinie

MECHANIZMY FINANSOWANIA USŁUG ZDROWOTNYCH

1. Etyczne i ekonomiczne aspekty podejmowania decyzji finansowych w opiece zdrowotnej

Przy wyborze odpowiedniego mechanizmu finansowania świadczeń zdrowotnych należy przede wszystkim kierować się ich możliwościami gwarantującymi zapewnienie finansowania leczenia na odpowiednio wysokim poziomie. Spośród wielu mechanizmów finansowania na szczególną uwagę zasługują:

- 1) budżet globalny,
- 2) retrospektywna opłata za wykonaną usługę według ceny (tzw. *fee for service*),
- 3) prospektywna opłata za przypadek (DRG, hospitalizacja),
- 4) opłata za osobodzień,
- 5) opłata kapitaacyjna.

Wymienione powyżej mechanizmy należy traktować jako pewne typy, w ramach których może pojawiać się wiele odmian. Warto też na występie zaznaczyć, że mechanizmów tych nie należy utożsamiać z rodzajami kontraktów, bowiem ustalenie jednostki będącej podstawą finansowania i kwoty płatności jednostkowej to tylko jeden, choć niezmiernie ważny, z elementów kontraktu. Kontrakty zawierają inne istotne postanowienia, w tym te określające liczbę i strukturę jednostek przyjętych za podstawę płacenia, jak też różnorodne klauzule dotyczące jakości i zasad dostępności świadczeń oraz rozwiązania finansowe przewidziane w przypadkach zwiększenia lub zmniejszenia liczby świadczeń. Kolejna uwaga dotyczy faktu, że z reguły w kontraktach nie wybiera się jednego mechanizmu, ale często stosuje się ich kombinacje, odzwierciedlające specyfikę różnych typów świadczeń czy różnych specjalności medycznych oraz cel płatnika.

2. Budżet globalny

Budżet globalny to mechanizm przydzielający *a priori* globalną kwotę (z reguły wypłacaną w kilku transzach), pokrywającą koszty usługodawcy ponoszone

na wykonanie określonego zakresu usług zdrowotnych w ciągu danego okresu rozliczeniowego (zazwyczaj jednego roku). Pozwala na swobodne gospodarowanie środkami finansowymi w ramach całościowego limitu. Budżet globalny stanowi swego rodzaju barierę finansową, a patrząc z drugiej strony – gwarancję finansową, określoną z góry. Jest dobrym mechanizmem służącym kontroli kosztów. W czystej postaci budżet globalny całym ryzykiem finansowym i ryzykiem związanym z nakładem pracy obarcza szpital, zakłada bowiem nielimitowany dostęp do świadczeń. Te rodzaje ryzyka wynikają z większych niż przewidywane potrzeb zdrowotnych i wyższych niż zakładane kosztów realizacji świadczeń.

Przy takim mechanizmie finansowania naturalną strategią zakładu opieki zdrowotnej jest ograniczanie tych obciążeń przez limitowanie liczby wykonywanych świadczeń, np. tworzenie barier przy przyjęciu do szpitala (w przypadkach nieostrych), ograniczanie liczby wykonywanych procedur diagnostycznych i leczniczych, wybór mniej kosztownych metod diagnostyki i leczenia, ograniczanie czasu pracy w szpitalu i przychodni itp. Wszystko to może odbijać się negatywnie na dostępności i jakości usług zdrowotnych oraz powodować ograniczenie korzyści zdrowotnych pacjentów.

Takie negatywne rezultaty zastosowania budżetów globalnych są bardzo wyraźne w warunkach, gdy:

- kupujący nie określa jakościowych i ilościowych miar realizacji zadań szpitala ani nie kontroluje ich wykonania,
- całkowita kwota budżetu przewidzianego dla zakładu opieki zdrowotnej jest drastycznie niska w relacji do zgłaszanego popytu na świadczenia.

Drogą udoskonalania mechanizmu finansowania zakładu opieki zdrowotnej w formie budżetu globalnego, po to, by poza celem kontroli kosztów zapewnić jeszcze efektywność i dostępność świadczeń, jest przede wszystkim powiązanie wielkości tego budżetu z miarami wykonania, np. przez wyznaczenie liczby przypadków, liczby wykonywanych świadczeń określonego rodzaju lub innych miar ilościowych wyników albo miar charakteryzujących efektywność procesu realizacji świadczeń (średni czas hospitalizacji, wykorzystanie łóżek itp.), w tym także klauzul określających ich jakość. Trzeba być jednak bardzo ostrożnym przy wyborze kryteriów ilościowych i jakościowych do oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej, szczególnie gdy za tymi ocenami idą decyzje o poziomie finansowania. Wybór niewłaściwych kryteriów może mieć negatywne skutki, np. uzależnienie finansowania od wskaźnika poziomu obłożenia łóżek szpitalnych doprowadzi z dużym prawdopodobieństwem do indukowanego popytu, niezależnie od obiektywnych potrzeb zdrowotnych.

Umiejętne finansowanie za pomocą budżetów globalnych wymaga zazwyczaj umieszczenia w kontraktach wielu dodatkowych zapisów, które doprowadzają do wyrównania ryzyka finansowego między zakładem opieki zdrowotnej a kupującym, jak też zawarcia w nich miar efektywności działania, jakości i efektów zdrowotnych. Liczba parametrów, które należy umiejętnie regulować, jest więc znaczna,

niemniej musi być uwzględniona, by system finansowany przez budżet globalny działał sprawnie. Sam budżet globalny gwarantuje bowiem tylko i wyłącznie kontrolę kosztów, co jest często nie tylko priorytetem, ale też niestety dominującym celem płatnika.

3. Retrospektywna opłata za usługę (*fee for service*)

Jednostką płatności jest w tym przypadku każda wyróżniona pojedyncza usługa, którą wykonano na rzecz pacjenta, np. określone badanie diagnostyczne, procedura medyczna, konsultacja, lek itp. Istotą mechanizmu jest uiszczenie *ex post* płatności za wykonane świadczenie, uwzględniającej wszystkie faktycznie poniesione przez usługodawcę koszty (plus zysk w szpitalach typu *for-profit*). Przy tym mechanizmie usługodawca ma bodźce do wykonywania zbyt dużej liczby pojedynczych fragmentarycznych świadczeń, składających się na całość usługi i będących nośnikami kosztów. Ma również bodziec do zastosowania najdroższych technologii, metod, materiałów, zatrudnienia pracowników o najwyższych kwalifikacjach. Generalnie będzie dążyć do zwiększenia liczby wszelkich możliwych rodzajów świadczeń cząstkowych, w tym szczególnie najdroższych, by w ten sposób zwiększyć swój dochód.

Ze strony usługodawcy nie ma tendencji do wyboru zdrowszych pacjentów czy też blokowania dostępu do świadczeń. Jediną blokadą dostępu jest brak pieniędzy u płatnika. Ten dąży zatem do obniżenia kosztów pojedynczych świadczeń i kwestionuje potrzebę ich wykonania. Kontrakty oparte na mechanizmie płacenia za pojedynczą usługę z reguły zawierają klauzule zobowiązujące do przestrzegania przyjętych i wzajemnie uzgodnionych przez strony standardów medycznych, mówiące o obowiązku potwierdzenia konieczności wykonania określonej usługi, sporządzania protokołów leczenia, określające limity kosztów dla pojedynczych usług i kategorii przypadków, limity liczby świadczeń danego rodzaju, limity cen za usługę, a także wprowadzające współpłatności pacjentów powyżej limitu, przy wyborze nowocześniejszych i intensywniejszych metod leczenia. Charakterystyczne dla tych umów jest zapewnienie płatnikowi szerokich uprawnień do kontroli kosztów usługodawcy itp. Tylko w taki sposób może on zapobiec eksplozji kosztów i finansowemu bankructwu. Należy zauważyć, że konieczny do zastosowania system kontroli usługodawcy przez płatnika dodatkowo podraża koszty systemu.

W czystej postaci mechanizm nie daje możliwości kontroli kosztów, przeciwnie – wyzwala zjawisko wzrostu kosztów, spowodowane wywołanym przez usługodawców popytem na świadczenia zdrowotne. Nie tworzy też warunków do osiągnięcia wysokiej ekonomicznej efektywności działania, w istocie swojej stwarza usługodawcom warunki do rozrzutnego używania zasobów. Co więcej, ta rozrzutność wcale nie musi być pozytywnie skorelowana z wyższą jakością usług. Niekiedy nadmiar badań lub zastosowanie droższej procedury mogą okazać się szkodliwe lub co najmniej nieprzydatne dla pacjenta.

Ze względu na retrospektywny charakter i ewidentne ograniczenia możliwości kontroli poziomu i dynamiki kosztów mechanizm ten jest generalnie odrzucany bądź istotnie modyfikowany w kontraktach przez płatników instytucjonalnych, również w przypadku komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, które w trosce o zachowanie i rozszerzenie rynku muszą zapobiegać gwałtownemu wzrostowi kosztów polis ubezpieczenia zdrowotnego.

Mechanizm *fee-for-service* występuje na rynku prywatnych usług zdrowotnych i jest limitowany możliwościami uiszczania bezpośrednich płatności przez pacjenta.

4. Prospektywna opłata za przypadek

Za pomocą tego mechanizmu zakład opieki zdrowotnej rozliczany jest za wykonanie pakietu usług, związanych z określoną potrzebą zdrowotną, albo za przypadek, na podstawie wcześniej ustalonej kwoty. Nie bierze się więc pod uwagę rzeczywiście poniesionych przez zakład opieki zdrowotnej kosztów, ale płatność uzgodnioną z góry. Z tego powodu mechanizm opłaty za przypadek należy do prospektywnych mechanizmów finansowania świadczeniodawców. Przez ustalenie sztywnej kwoty za przypadek płatnik kontroluje poziom kosztów jednostkowych. Poza jego kontrolą pozostają jednak poziom i dynamika kosztów całkowitych, bowiem te zależą od zgłoszonego i zrealizowanego popytu, czyli od liczby leczonych przez zakład opieki zdrowotnej przypadków danej kategorii. W trosce o kontrolowanie kosztów globalnych płatnik może ustalić w kontrakcie górne limity przypadków określonego rodzaju. Jeśli tego nie zrobi, ponosi ryzyko zwiększonej liczby wykonanych świadczeń określonej kategorii oraz ryzyko zmiany struktury kategorii przypadków na rzecz kategorii droższych. Zakład opieki zdrowotnej natomiast ponosi ryzyko zwiększonych faktycznych kosztów przypadku ponad poziom kwoty płaconej przez płatnika. Usługodawca musi wykazać się umiejętnością zarządzania kosztami zakładu tak, by koszt rzeczywisty leczenia przypadków nie przekroczył przychodów z ich sprzedaży. Ryzyko wynika też częściowo z czynników pozostających poza możliwościami oddziaływania usługodawcy (stan pacjenta, jego poprzednie obciążenia zdrowotne, reakcja na typową terapię).

Przy tym mechanizmie finansowania usługodawca ma bodźce do:

- zwiększenia liczby pacjentów,
- skrócenia czasu realizacji usługi zdrowotnej,
- zmniejszenia liczby i ograniczenia kosztów zastosowanych procedur medycznych, w tym nowoczesnych technologii medycznych gwarantujących lepsze efekty zdrowotne,
- selekcji lżejszych przypadków,
- przekłamań w zaliczaniu pacjentów do poszczególnych kategorii, raportowania zwiększonej nieprawdziwej liczby przypadków zaliczonych do kategorii drożej wycenionych,

- intensyfikacji leczenia, czyli stosowania skuteczniejszych metod optymalnego wykorzystania czasu pobytu pacjenta w szpitalu,
- redukcji kosztów jednostkowych.

Ze względu na wyraźnie rysujące się zagrożenia jakości świadczeń i uzyskanych przez pacjenta korzyści zdrowotnych w kontraktach opartych na tym mechanizmie finansowania szczególnie dużo uwagi poświęca się klauzulom zapewnienia jakości. Należą do nich np. zapisy penalizujące powtórne hospitalizacje, zasady określające stopień sprawności chorego po hospitalizacji lub po wykonaniu zabiegu, ustalające obowiązek stosowania się do wzorców postępowania diagnostycznego i terapeutycznego itp. Ma to przeciwdziałać wzrostowi kosztów opieki w danym zakładzie oraz przeliczaniu kosztów na inne zakłady opieki zdrowotnej (szpitale, przychodnie, domy opieki, opiekę pielęgniarstwa) lub nadmiernemu obciążaniu rodziny opieką nad chorym.

W stosowaniu mechanizmu rozliczania za przypadek ważny jest stopień agregacji świadczeń składających się na przypadek oraz precyzja w ustaleniu ceny przypadku. Chodzi więc o odpowiedź na pytanie: „co jest przypadkiem” i jaka jest jego uzasadniona cena rozliczeniowa (płatność jednostkowa). Przypadek może być definiowany jako określony rodzaj kompleksowego świadczenia, jak np.: hospitalizacja, wyjazd zespołu pomocy doraźnej, albo określona potrzeba zdrowotna, scharakteryzowana głównie przez zaliczenie pacjenta do określonej grupy diagnostycznej lub terapeutycznej. Im więcej różnorodnych, uwarunkowanych stanem pacjenta i kształtowanych przez usługodawcę świadczeń elementarnych i czynności może wystąpić lub nie wystąpić w ramach realizacji „przypadku”, tym ten „przypadek” staje się mniej stosowny, a bardziej ryzykowny jako mechanizm finansowania, zwiększając prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych efektów po stronie kosztów, efektywności i jakości świadczeń.

5. Oplata za osobodzień

W tej metodzie następuje agregacja wszystkich usług i kosztów szpitala w postaci standardowej opłaty za jeden osobodzień. Jej zastosowanie odnosi się do zakładów lecznictwa zamkniętego i jest tym bardziej właściwe, im mniej zróżnicowane są dzienne koszty świadczeń zdrowotnych, a więc np. w przypadkach zakładów leczniczo-pielęgnacyjnych, sanatoriów itp. Rozliczanie za osobodzień leczenia w oddziałach szpitalnych opieki krótkoterminowej nie umożliwia skutecznej kontroli kosztów leczenia, bowiem w interesie usługodawcy jest wydłużanie pobytu pacjenta w zakładzie z jednoczesnym stopniowym ograniczaniem udzielanych mu świadczeń medycznych. Płacenie za osobodzień skłania szpital do zwiększenia liczby przyjęć, zwiększenia wskaźnika wykorzystania łóżek oraz rozbudowy bazy łóżkowej. Nie rodzi na ogół skutków w postaci selekcji łatwiejszych przypadków ani nie stwarza sytuacji, w której szpitalowi opłaca się raportować stan chorego jako poważniejszy, niż jest on w rzeczywistości.

Ryzyko po stronie płatnika jest przy tym mechanizmie finansowania bardzo duże. Praktycznie pozbawia się on możliwości kontroli poziomu i dynamiki kosztów – zarówno jednostkowych, jak i całkowitych. W kontraktach dąży do umieszczenia klauzul pozwalających zidentyfikować przypadki nieuzasadnionego wydłużenia pobytu w szpitalu, zwłoki w realizacji procedur medycznych i zakwestionowania osiągniętych w ten sposób należności szpitala.

Mechanizm ten w czystej postaci zapewnia natomiast szeroką dostępność pacjentów do usług szpitalnych.

6. Opłata kapitacyjna

Opłata kapitacyjna jest opłatą za każdego faktycznego lub potencjalnego pacjenta, umieszczonego na liście danego usługodawcy, niezależnie od faktu realizacji bądź braku wykonania świadczeń na jego rzecz, liczby wykonanych świadczeń i ich rzeczywistych kosztów.

Ten mechanizm finansowania ma zastosowanie przede wszystkim do zakładów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, niemniej może też obejmować wszystkie usługi zdrowotne, jakich może potrzebować pacjent (subskrybent). Stała opłata za określony, szerszy lub węższy, obszar opieki zdrowotnej lub pakiet usług zdrowotnych dla każdej osoby, która może (w różnym zakresie), lecz nie musi, zgłosić efektywny popyt na te usługi, jest coraz bardziej upowszechniającym się na świecie mechanizmem finansowania usługodawców w systemach zarówno publicznych, jak i prywatnych. Z punktu widzenia dysponenta środków zasadniczą jego zaletą jest umożliwienie globalnej kontroli kosztów opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca nie ma jednak bodźców do zwiększania liczby usług na rzecz pacjenta. Istniejące z tego powodu niebezpieczeństwo nie dość starannej opieki jest w pewnym stopniu niwelowane, w systemie swobodnego wyboru lekarza i zakładu, przez troskę o utrzymanie opcji pacjenta w przyszłym okresie rozliczeniowym. Usługodawcy mogą wszakże zniechęcać do powtórnego zapisu pacjentów z dużymi potrzebami zdrowotnymi jako zbyt kosztochłonnych. Jeszcze jedno zagrożenie polega na pozyskaniu przez lekarza czy zakład zbyt dużej liczby opcji pacjentów, którym nie będą w stanie zapewnić opieki na odpowiednim poziomie.

Drogą do częściowego choćby wyeliminowania tych niekorzystnych zjawisk związanych z finansowaniem kapitacyjnym jest:

- zastosowanie odpowiedniego systemu „wag”, zwiększających kwotę na pacjentów z grup zwiększonego ryzyka zdrowotnego (ze względu na wiek, poziom dochodu na osobę w gospodarstwie domowym, samotność),
- określanie górnych limitów zarejestrowanych pacjentów.

Doświadczenia zagraniczne wskazują na istnienie dwóch systemów, w których nie tylko świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, ale i inne świadczenia zdrowotne, w tym usługi szpitalne różnych poziomów referencyjnych, usługi pomocy doraźnej i inne, mogą być ujęte w formie opłaty kapitacyjnej. Pierwszym z nich jest

instytucja brytyjskiego lekarza rodzinnego – dysponenta całego budżetu na usługi zdrowotne dla swoich pacjentów, odpowiedzialnego za zagwarantowanie im wszystkich potrzebnych świadczeń.

Drugi przykład pochodzi ze Stanów Zjednoczonych, chodzi o stosowany tam system *managed care* – zarządzanej opieki zdrowotnej. Organizacja zarządzanej opieki zdrowotnej (Managed Care Organization) może zawrzeć oparte na opłacie kapitałowej kontrakty z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, przychodniami i szpitalami. Każdemu z tych usługodawców może powierzyć zadanie zapewnienia całościowej opieki medycznej nad należącymi do systemu osobami. Wtedy taki usługodawca musi zawrzeć subkontrakty, gwarantujące ciągłość i wymaganą wszechstronność opieki w ramach wyneogcjowanych środków finansowych.

7. Zakończenie

Warunkiem koniecznym, aby system opieki zdrowotnej był systemem wydolnym, jest stworzenie odpowiednich mechanizmów równoważących „podaż z popytem” usług zdrowotnych. Takimi mechanizmami powinny być:

- bezpośrednie dopłaty pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych,
- możliwość zmiany wysokości składki przez płatnika – pod warunkiem istnienia konkurencji między płatnikami,
- możliwość zmiany niektórych innych warunków ubezpieczenia zdrowotnego – promocja zachowań prozdrowotnych,
- optymalny sposób płacenia za świadczenia zdrowotne, w tym za leki, badania dodatkowe, rehabilitację, leczenie uzdrowiskowe, zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy i ortopedyczny (optymalne zdefiniowanie kupowanego „produktu”) – aby uniemożliwić nieuzasadnione medycznie mnożenie świadczeń.

Powyższe mechanizmy okażą się niewystarczające, jeżeli nie określi się zakresu świadczeń gwarantowanych przez system. Naturalną konsekwencją określenia takiego zakresu jest opracowanie standardów postępowania w poszczególnych procedurach (przypadkach chorobowych itp.). Opracowanie takiego zakresu i standardów postępowania musi być przedmiotem uzgodnień specjalistów z określonych dziedzin medycyny.

Literatura

- Leowski J., *Polityka zdrowotna – finansowanie opieki zdrowotnej w świecie, jego źródła, efekty i zagrożenia*, „Zdrowie Publiczne – Polish Journal of Public Health” 2002 nr 112(1).
- Roberts M., Hsiao W., Reich M., Berman P., *Diagnostic Approaches to Assessing Strengths, Weaknesses And Change of Health Systems, Flagship Program Module 2*, World Bank Institute, 1998.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wyd. Naukowe PWN, 2007.

MECHANISMS OF HEALTH CARE FINANCE

Summary

The use of proper set of health care finance mechanisms is one of the key elements which determine the success or failure in an efficient management of health care system. The system creates a sort of a "play field" between health care institutions as service assistants and disponents of the means for health care as payers to shape the financial risk for both sides. These elements have an impact on the level of health care cost, institution running effectiveness, the quality of service, its availability etc. Every mechanism of health care finance includes a determination of two crucial parameters: payment basis and a unit sum.