



Ewa Kosycarz

Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
e-mail autora: ewa.kosycarz@sgh.waw.pl

Kamila Garbarczyk

Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
e-mail autora: garbarczykkamila@gmail.com

METODY FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PODEJŚCIE KONCEPCYJNE

Streszczenie

Celem autorów artykułu jest przedstawienie podstawowej charakterystyki wybranych mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych po stronie podaźowej oraz analiza ich wpływu na postępowanie świadczeniodawców opieki zdrowotnej (pod kątem efektywności świadczonych usług oraz ich wolumenu).

Jak wskazują analizy, każdy z istniejących mechanizmów finansowania oddziałuje na zachowanie świadczeniodawców. Oddziaływanie może być obserwowane zarówno w krótkim, jak i długim okresie, a także na poziomie podmiotu leczniczego i pacjenta (efekty mikro) oraz całego systemu (efekty makro).

Artykuł jest pierwszym z minicyklu artykułów poświęconych metodom finansowania świadczeń zdrowotnych. Kolejne planowane artykuły będą poświęcone: powszechności stosowania opisywanych metod w wybranych państwach oraz implementacji opisywanych koncepcji w polskim systemie rozliczeń płatnika publicznego z podmiotami leczniczymi.

Słowa kluczowe: świadczenia zdrowotne, finansowanie świadczeń zdrowotnych, stawka kapitacyjna, *fee for service*, budżet globalny, JGP, *pay for performance*

Klasyfikacja JEL: I11, I13, I18

Wprowadzenie

Finansowanie opieki zdrowotnej należy do istotnych aspektów zarządzania finansami publicznymi. Stworzenie właściwie funkcjonującego systemu, zapewniającego realizację usług zdrowotnych na odpowiednim poziomie dostępności i jakości pozostaje w gestii ustawodawcy. Ma on do dyspozycji wiele rozwiązań w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, które odpowiednio implementowane, powinny się przyczyniać do zapewnienia szeroko pojętego dobra pacjenta oraz możliwie jak najlepszej efektywności wydatkowania środków publicznych.

Jak wskazuje Kevin Quinn (2015, s. 300–306), metody płatności mają wyraźny wpływ na to, czy, w jaki sposób i ile świadczeń medycznych zostanie udzielonych. Mogą one wpływać na długość pobytu w szpitalu, obrazowanie diagnostyczne w gabinetach lekarskich, wizyty w domowej opiece zdrowotnej, koordynację między lekarzami i szpitalami, strukturę i wielkość zestawu usług opłacanych w formule *fee for service* i wiele więcej. Zachęty finansowe wbudowane w metodę płatności wydają się szczególnie silne w sytuacjach niejasności klinicznych (przekładają się np. na: testy diagnostyczne i wizyty kontrolne). Efekty zachęt finansowych często stają się wraz z upływem czasu coraz bardziej widoczne i odczuwalne w większej skali. Przejawia się to np. w rezygnacji z udzielania pewnych świadczeń przez podmioty lecznicze, a nawet zamykaniu oddziałów szpitalnych. Mogą oddziaływać w długiej perspektywie na cały system ochrony zdrowia, np. poprzez wybór specjalizacji przez studentów medycyny.

Metody finansowania świadczeń można podzielić na dwie grupy: finansowanie/płatności od strony podaży i finansowanie/płatności od strony popytu. W pierwszym układzie na rynku świadczeń rozpatrujemy trzy strony: świadczeniodawcę, świadczeniobiorcę (pacjenta) oraz płatnika publicznego lub ubezpieczyciela. W drugim przypadku mamy do czynienia z sytuacją, gdzie świadczeniodawca otrzymuje zapłatę bezpośrednio od pacjenta.

Celem autorów niniejszego artykułu jest analiza wybranych mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych po stronie podażowej oraz analiza ich wpływu na postępowanie świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Artykuł jest pierwszym z minicyklu artykułów poświęconych metodom finansowania świadczeń zdrowotnych. Kolejne planowane artykuły będą poświęcone: powszechności stosowania

opisywanych metod w wybranych państwach oraz implementacji opisywanych koncepcji w polskim systemie rozliczeń płatnika publicznego z podmiotami leczniczymi.

W artykule zostały przedstawione założenia koncepcyjne finansowania świadczeń zdrowotnych oraz międzynarodowe przykłady obrazujące ich implementacje. Dla czytelniejszego przedstawienia zagadnienia przytoczono też definicję świadczenia zdrowotnego w polskim systemie prawnym.

1. Definicja i rodzaje świadczeń zdrowotnych

Usługom medycznym można przypisać cechy usług rynkowych, takie jak: niematerialność, niepodzielność, różnorodność (związana z problemem standaryzacji) czy nietrwałość (brak możliwości magazynowania). Usługi medyczne są jednak traktowane w sposób szczególny. Posiadają one wpływ na ludzkie życie i zdrowie oraz wykazują pewne, charakterystyczne wyłącznie dla siebie, właściwości spowodowane specyfiką rynku świadczeń zdrowotnych.

Wyróżnia się takie cechy usług medycznych, jak: niepewność popytu (niepewność co do tego, jakich świadczeń zdrowotnych będziemy potrzebowali w przyszłości), asymetria informacji (spowodowana znaczną przewagą wiedzy ze strony świadczeniodawcy względem świadczeniobiorcy), niepewność efektów leczenia, losowy i nierównomierny popyt na opiekę zdrowotną czy nieracjonalność zachowań pacjentów (Ostrowska, 2016). Zniekształcenia te odgrywają istotną rolę w zależności od systemu i organizacji finansowania opieki medycznej.

Pojęcie świadczenia opieki zdrowotnej jest pojęciem szerszym od pojęcia świadczenia zdrowotnego, ponieważ obejmuje ono nie tylko świadczenie zdrowotne, ale również świadczenia rzeczowe i towarzyszące (Dziubińska, Janus, Kosturbiac, Sroka, Szczęśniak, 2014).

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenie opieki zdrowotnej składać się może z: świadczenia zdrowotnego, świadczenia zdrowotnego rzeczowego i świadczenia towarzyszącego¹. Wyróżnia się następujące świadczenia zdrowotne:

- gwarantowane – jest to świadczenie finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie,
- specjalistyczne – świadczenie zdrowotne we wszystkich dziedzinach medycyny, oprócz świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,

¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2018 poz. 1510, art. 5.

- wysokospecjalistyczne – udzielenie takiego świadczenia musi wymagać wysokiego zaawansowania technicznego i kwalifikacji świadczeniodawcy oraz generować wysoki koszt jednostkowy,
- zdrowotne – służące m.in.: profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia.

Przez pojęcie świadczenia szpitalnego rozumie się wykonywane całodobowo, kompleksowe świadczenie zdrowotne, polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie może być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te udzielane są, zgodnie z ich nazwą, przez szpitale.

2. Koncepcje finansowania świadczeń zdrowotnych

W systemie ochrony zdrowia sposób finansowania świadczeń zdrowotnych niejako jest kształtowany przez możliwości finansowe płatnika oraz stosowany model finansowania opieki zdrowotnej. Oprócz realizacji celów w zakresie ochrony zdrowia istotne jest, aby płatnik zarządzał swoimi finansami w sposób umożliwiający mu utrzymywanie równowagi finansowej (Tambor, 2015, s. 426). Dobór odpowiednich metod finansowania świadczeń zdrowotnych umożliwia zwiększanie efektywności świadczeniodawców, zapewnianie trafniejszej alokacji środków finansowych oraz zapobieganie ich marnowaniu. Kluczową rolę w finansowaniu świadczeń zdrowotnych odgrywają mechanizmy ustalania i przekazywania środków finansowych świadczeniodawcom przez płatnika. Mają one wpływ na sposób działania zarówno płatnika, jak i świadczeniodawców.

Wyróżnić można prospektywne i retrospektywne metody płatności. W pierwszej metodzie zapłata za wykonanie świadczeń lub ich wycena następuje przed ich zrealizowaniem. Mówiąc o retrospektywnych metodach płatności, rozumie się ustalenie wysokości i dokonanie zapłaty po wykonaniu świadczenia. Wiąże się to albo z brakiem ustaleń ceny za świadczenie przed jego udzieleniem, albo z brakiem limitów odnośnie liczebności świadczeń (a cena za świadczenie jest ustalana na początku). Moment wyceny wysokości zobowiązania płatnika determinuje jego wpływ na możliwości kształtowania jego wydatków. Z tego względu większość płatników preferuje prospektywne metody płatności (Tambor, 2015, s. 256–257). Metody prospektywne mogą doprowadzać do zaniżonej podaży świadczeń, natomiast metody retrospektywne mogą zachęcać do powstawania zawyżonej podaży świadczeń zdrowotnych (Ellis, McGuire, 1986). Stąd też w praktyce stosuje się rozwiązania łączące oba podejścia. Metody prospektywne mają elementy skłaniające świadczeniodawców do zwiększenia

efektywności kosztowej (Widmer, 2015). Metody retrospektywne raczej zwiększają koszty świadczeń zdrowotnych (Maceira, 1998, s. 4).

Finansowanie świadczeń zdrowotnych można realizować na podstawie czterech typów systemów płatności. Pierwszy rodzaj, oparty na kosztach, zakłada retrospektywną płatność za świadczoną usługę (np. *fee for service*). W ramach tego rodzaju systemu świadczeniodawcy wybierają liczbę, rodzaj i jakość usług, nie przejmując się zbytnio konsekwencjami finansowymi, ponieważ otrzymują zwrot poniesionych kosztów. Drugi rodzaj to pakietowy system płatności, w którym płatności są oparte na z góry określonej umowie, określającej warunki między płatnikiem a usługodawcą i nie rekompensuje bezpośrednio zwiększonej liczby świadczeń. Płatności pakietowe mogą być systemem płatności prospektywnych lub retrospektywnych, w zależności od konstrukcji wyceny świadczeń w umowie. Płatności w pakiecie mogą obowiązywać przez określony okres lub być związane ze zdarzeniem leczniczym (jednorodne grupy pacjentów). Trzeci rodzaj systemu płatności to system budżetowy, który opiera się na całościowym oszacowaniu kosztów (Cid, Ellis, Vargas, Wasem, Prieto, 2016, s. 3–4). Czwartym rodzajem systemu płatności są systemy płatności mieszanych, zwane również planami podziału ryzyka, które łączą cechy płatności prospektywnych oraz retrospektywnych w celu osiągnięcia kompromisu między efektywnością a doborem pacjentów (Cid i in., 2016, s. 4; Newhouse, 1996, s. 1236–1263). Interesujące ujęcie klasyfikacji metod finansowania świadczeń zdrowotnych po stronie podaży prezentują Randall P. Ellis i Bruno Martins (Ellis, Martins, McKinnon, 2015). Zaproponowali między innymi podział finansowania ze względu na źródło informacji pozyskiwanych do wyliczenia poziomu finansowania. Wyodrębnili trzy odrębne źródła: charakterystykę pacjenta, świadczeniodawcy i samego świadczenia. Finansowanie oparte wyłącznie na charakterystyce pacjenta to np. opłata kapitacyjna. Finansowanie oparte wyłącznie na charakterystyce świadczeniodawcy to np. stałe pensje lub budżety dla lekarza/podmiotu leczniczego. A przykładem metody finansowania opartej na charakterystyce świadczenia jest np. *fee for service*. W praktyce, poza wymienionymi metodami, stosuje się rozwiązania, które są hybrydą tych metod i są oparte na dwóch albo nawet trzech charakterystykach (np. jednorodne grupy pacjentów).

W dalszej części artykułu zostaną zaprezentowane wybrane metody finansowania świadczeń zdrowotnych, poczynając od metod opartych na jednej charakterystyce (ale ze wskazaniem, jak można rozbudowywać ich funkcjonalność, czerpiąc z innych charakterystyk), oraz zostaną omówione dwie metody hybrydowe.

Stawka kapitulacyjna

Stawka kapitulacyjna jest spotykana w systemach opieki zdrowotnej na całym świecie. Jest to metoda prospektywna. Należy do mechanizmów finansowania świadczeniodawców usług medycznych opartych na populacji (czyli z punktu widzenia charakterystyki pacjenta). Metoda ta zakłada, że świadczeniodawcy usług medycznych są opłacani według liczby pacjentów, nad którymi są zobowiązani do sprawowania opieki medycznej. Świadczeniodawcy otrzymują finansowanie bez względu na to, czy pacjenci korzystają z usług przez nich świadczonych i jak często, wystarczy, że są zarejestrowani jako ich pacjenci (w ten sposób świadczeniodawca ma możliwość generować większe koszty leczenia niż opłata kapitulacyjna dla jednego pacjenta, kosztem opłaty przypadającej na innego, zdrowszego pacjenta).

Kwota, którą świadczeniodawcy otrzymują od płatnika w celu realizacji swoich zadań jest wyliczana jako iloczyn liczby osób objętych ich opieką i stawki przypadającej na jednego pacjenta lub grupę pacjentów, do której dana osoba się zalicza. Możliwe jest bowiem zróżnicowanie wysokości stawki kapitulacyjnej ze względu na cechy poszczególnych pacjentów, takie jak na przykład płeć, wiek czy przewlekłe choroby. Rozwiązanie takie ma na celu przeciwdziałanie ewentualnej dyskryminacji ze strony świadczeniodawców.

Finansowanie w postaci stawki kapitulacyjnej świadczeniodawcy otrzymują na dany okres – może być to na przykład miesiąc albo rok. W ramach tej opłaty zobowiązują się oni do pokrycia zdefiniowanego wcześniej zakresu ochrony zdrowotnej (Tambor, 2015, s. 260). Może być tak, że stawka ta pokrywać będzie wyłącznie usługi świadczone bezpośrednio i wyłącznie przez świadczeniodawcę, ale istnieją również rozwiązania zakładające, że w ramach danej stawki kapitulacyjnej są również finansowane usługi świadczone przez innych świadczeniodawców, do których świadczeniodawca pierwszego kontaktu kieruje swoich pacjentów, jest to tzw. kapitulacja z fundholdingiem.

Metoda stawki kapitulacyjnej zwiększa efektywność kosztową, może jednak przy tym dojść do obniżenia jakości udzielanych świadczeń. Występuje też ryzyko reglamentacji, jeśli wysokość stawki jest za niska. Wskazuje się, że taka metoda finansowania zwiększa ciągłość opieki (Maceira, 1998, s. 5).

Fee for service

Fee for service (FFS) – opłata za usługę – jest najbardziej tradycyjnym modelem finansowania usług zdrowotnych, zalicza się do grupy metod płatności opartych na rozliczeniu za wykonanie świadczenia (charakterystyka świadczenia). Jest klasycznym przykładem metody retrospektywnej. Jednostką rozliczeniową jest zatem

każde pojedyncze świadczenie, które zostało wykonane na rzecz pacjenta. W skrócie oznacza to, że świadczeniodawca otrzymuje finansowanie według liczby wykonanych przez niego usług – płatnik pokrywa opłaty za usługi bez względu na to, ile świadczeń medycznych miało miejsce. Może on jednak ustalić górne limity finansowania dla danego świadczeniodawcy lub rodzaju świadczenia (Tambor, 2015, s. 265). *Fee for service* jest najstarszym na świecie sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych.

Mechanizm opłaty za usługę zakłada, że płatnik jest zobowiązany do finansowania wybranych usług zdrowotnych świadczonych przez świadczeniodawców, którzy zawarli z nim umowę. Wysokości opłat za poszczególne usługi są zazwyczaj negocjowane między płatnikiem a świadczeniodawcami przed wykonaniem przez nich usług i stanowią jednolite stawki dla wszystkich świadczeniodawców – podejście takie jest powszechnie spotykane. Możliwe jest również rozliczanie się między płatnikiem a świadczeniodawcami po zrealizowaniu przez nich usług medycznych (*fee for service* jest wtedy jednostronnie ustalana przez świadczeniodawcę). Rozwiązanie to uniemożliwia jednak skuteczną kontrolę nad finansami ze strony płatnika. Alternatywnie, rozliczając się w ramach *fee for service*, można przypisywać każdej usłudze pewną liczbę punktów i ustalić kwotę finansowania za jeden punkt. Może się to odbywać w taki sposób, że płatnik będzie dzielił posiadany przez niego budżet przez sumę punktów wszystkich wykonanych w danym okresie usług przez świadczeniodawców, a następnie na tej podstawie się z nimi rozliczał. Podejście takie powinno umożliwiać płatnikowi kontrolę jego wydatków (Tambor, 2015, s. 264).

Warto zauważyć, że w mechanizmie *fee for service* świadczeniodawcy otrzymują finansowanie po spełnieniu kryterium wykonania danej usługi medycznej, nie brana jest natomiast pod uwagę jakość świadczenia czy jego ostateczny rezultat (Miller, 2009).

Budżet globalny

Budżety globalne mają za zadanie ograniczanie wydatków w pewnej części sektora opieki zdrowotnej. Szpitale są najpopularniejszymi miejscami zastosowania tej metody finansowania. Jednakże są one stosowane również wobec świadczeń udzielanych przez lekarzy w opiece ambulatoryjnej, jak i firmy farmaceutyczne (Belgia). Omawiana metoda najczęściej jest spotykana w odniesieniu do szpitali, ponieważ w ich przypadku można zmierzyć determinanty kosztów pobytu pacjenta w szpitalu (tj. zestaw usług, wykorzystanie procedur, długość pobytu) i związane z nim koszty operacyjne. W ten sposób można oszacować budżet operacyjny, który przypuszczalnie jest bardzo podobny do budżetu z poprzedniego roku (Wolfe, Morgan, 1993, s. 55–76). Globalne budżetowanie okazało się popularną techniką ograniczania kosztów w większości krajów w latach 70. i 80. XX wieku. Jest to metoda perspektywna.

Jak sugerują doświadczenia Niemiec i Francji, stosowanie tylko takiej formy płatności budzi obawy, czy są zapewnione adekwatne bodźce do stosowania przez lekarzy intensywnych, drogich terapii i diagnostyki (McClellan, 1997, s. 91–128). Obserwowane jest, że wyposażenie szpitali w zaawansowany technologicznie sprzęt chirurgiczny i diagnostyczny jest zwykle znacznie niższe w krajach stosujących globalne budżetowanie szpitali (budżet globalny zazwyczaj dotyczy kosztów operacyjnych) (Wolfe, Morgan, 1993). Inne obawy dotyczą dostępności świadczeń: jeżeli ryczałt pokrywa ograniczoną liczbę świadczeń, może wystąpić ich reglamentacja (Maceira, 1998, s. 5). Niewątpliwie w krótkiej perspektywie czasowej wprowadzenie budżetu globalnego powoduje kontrolę wzrostu kosztów (Liu, 2017).

Metoda budżetu globalnego może dotyczyć również finansowania regionu² (Hurley, Lomas, Goldsmith, 1997, s. 343–364) lub obszaru pewnych usług (sektora)³ (Benstetter, Wambach, 2006, s. 146–169).

Ostatnie wyniki badań wpływu zastąpienia metody *fee for service* przez metodę globalnego budżetu, przeprowadzonych w szpitalu w stanie Maryland, wskazują na znaczący statystycznie, jednak niewielki liczbowo, stopień ograniczenia liczby przyjmowanych pacjentów (badanie dotyczyło okresu dwóch lat funkcjonowania nowej metody płatności) (Galarraga i in., 2019). Jednak analizując inne przypadki, okazuje się, że wpływ wprowadzenia budżetu globalnego na ograniczenie przyjmowanych pacjentów jest niejednoznaczny. Z analiz przeprowadzonych reform w tym zakresie wynika, że dużo zależy od dodatkowych czynników, wynikających od przyjętego szczegółowego rozwiązania. W literaturze poświęconej systemom budżetu globalnego z korektą ceny *ex post* i alokacją budżetu na poziomie regionalnym lub sektorowym stwierdzono wzrost wykorzystania świadczeń zdrowotnych w wyniku przyjęcia budżetu globalnego. Takie wyniki otrzymano dla dwóch prowincji w Kanadzie (Hurley, Lomas, Goldsmith, 1997), w niemieckiej opiece ambulatoryjnej (Benstetter, Wambach, 2006), a ostatnio w opiece szpitalnej na Tajwanie. Autorzy we wszystkich trzech analizach twierdzą, że płatność z budżetu globalnego z korektą ceny i jednoczesnymi dostawcami usług *fee for service* jest formą, w której lekarz stara się indywidualnie maksymalizować przychody prowadzące do dużej liczby świadczeń, przy stosunkowo niskich cenach (Gaspar, Portrait, van der Hijden, Koolman, 2019).

² Przykładowo, takie rozwiązanie zastosowano w latach 90. XX wieku w prowincjach w Kanadzie (Alberta i Nova Scotia).

³ W 1993 roku w Niemczech wprowadzono budżet globalny na świadczenia ambulatoryjne.

Jednorodne grupy pacjentów

Jednorodne grupy pacjentów (JGP) stanowią kolejny sposób finansowania świadczeń zdrowotnych. Mechanizm ten wywodzi się z doświadczeń opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych z lat 60. i 70. XX wieku, kiedy to zapoczątkowana została tam idea podejścia do zarządzania kosztami produkcji świadczeń zdrowotnych oparta na przypadku chorobowym. System ten został opracowany w celu zmiany sposobu zarządzania szpitalami, zmiany sposobu postępowania lekarzy w szpitalach oraz zmiany relacji między lekarzami a zarządem szpitala (Rosenberg, Browne, 2001). Amerykański odpowiednik systemu JGP – system DRG (*diagnosis-related groups*) został wprowadzony w Stanach Zjednoczonych do rozliczeń z publicznym płatnikiem (Medicare) w 1983 roku. Wyszczególniał 467 grup pacjentów⁴ (Stern, Epstein, 1985, s. 18–24). Klasyfikacja pacjentów do poszczególnych grup zależy od kilku kluczy podziału, takich jak: diagnoza główna, procedury sali operacyjnej, choroby współistniejące i powikłania (diagnozy wtórne), wiek, a w niektórych przypadkach status wypisu (Fetter, Freeman, 1986, s. 41–54). DRG mają strukturę drzewa decyzyjnego, w której każdy pacjent jest przypisywany do jednej z głównych kategorii diagnostycznych, a następnie jest mu przydzielana procedura chirurgiczna lub medyczna (postępowanie lecznicze)⁵ (Fetter, Freeman, 1986, s. 44). Procedura lecznicza ma ogromne znaczenie w kreowaniu grup DRG i potem przypisywaniu do konkretnej grupy. Jak wskazuje Mark McClellan, w 1993 roku 220 grup DRG z 480 wynikało z procedury inwazyjnego leczenia, a nie z jednostki chorobowej (McClellan, 1997, s. 93). Każda grupa reprezentuje klasę pacjentów o podobnych procedurach klinicznych i pakietach usług medycznych (Chilingerian, 2008, s. 4–33). Co sprowadza się do typów przypadków (leczonych pacjentów) o podobnych oczekiwanych wzorcach wykorzystania zasobów (szerzej Fetter, Freeman, 1986, s. 45). W ten sposób DRG opisują produkty, jakie dostarcza „przedsiębiorstwo szpitalne”. Liczebność i rodzaj DRG ulega zmianie wraz ze zmianami technologicznymi i epidemiologicznymi.

Koncepcja DRG ma na celu między innymi:

- zapewnienie administratorom szpitali i lekarzom mechanizmu kontroli kosztów poprzez dokładniejsze zrozumienie procesu produkcyjnego szpitala,
- umożliwienie zaprojektowania systemu kontroli w taki sposób, aby monitorował proces produkcji w sposób kompleksowy,
- pomoc w procesie decyzyjnym, jakie usługi dostarczać, jak profilować szpital przy posiadanych zasobach,

⁴ Liczba wyodrębnionych grup zmienia się z roku na rok, ze względu na zmiany epidemiologiczne i technologii medycznych.

⁵ Dobrze zilustrowany przykład podaje McClellan (1997, s. 97).

- stworzenie systemu do rozliczeń finansowych pomiędzy płatnikami świadczeń medycznych a szpitalami.

W latach 90. XX wieku zapoczątkowano wprowadzanie takiego podejścia do systemów opieki zdrowotnej w Europie, zazwyczaj jednak z pewnymi modyfikacjami. Systemy oparte na DRG spotkać można obecnie między innymi w Anglii, Austrii, Estonii, Finlandii, Francji, Niemczech, Irlandii, Holandii (szerszej van Herwaarden, Wallenburg, Messelink, Bal, 2018), Hiszpanii czy Szwecji. Modele te, mimo że często bazujące na wzajemnych doświadczeniach, różnią się od siebie. Model wprowadzony w Anglii (2004 rok) ma charakterystyczny podział na grupy Healthcare Resource Groups – HRGs. Płatności HRG odzwierciedlają mieszankę średnich kosztów leczenia na dwóch różnych poziomach – leczenia stacjonarnego i dziennego. Występują w nim liczne elementy różnicujące wysokość opłaty za leczenie, ale faktem jest, że ta sama stawka płatności HRG dotyczy pacjentów leczonych zarówno na oddziałach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych (szerzej Ellis, Vidal-Fernández, 2007, s. 435–444).

W implementacji modelu DRG kluczowe jest wyodrębnienie i ustalenie wartości poszczególnych grup (które to wartości – w punktach – przekładają się potem na ceny poszczególnych świadczeń). Do tego dochodzą dodatkowe wątki, jak rozliczać leczenie pacjenta, który ze względów klinicznych jest przekazywany pomiędzy szpitalami, jak rozliczać leczenie pacjenta, który wraca do szpitala?

Fee for performance

Fee for performance inaczej *pay for performance* (P4P) polega na dodatkowym wynagradzaniu za wyniki świadczeń zdrowotnych. Jest to stosunkowo nowe podejście do finansowania świadczeniodawców opieki medycznej. Zapoczątkowane zostało kilkanaście lat temu w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii (Zysk, 2012, s. 32–35). W modelu tym dodatkowe finansowanie jest powiązane z osiąganymi wynikami (Tambor, 2015, s. 267–268). Z jednej strony, zgodnie z założeniami, P4P powinno przyczyniać się do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych, a z drugiej umożliwiać lepszą efektywność wydatków w sektorze ochrony zdrowia⁶.

Koncepcja wynagradzania za wyniki pojawiła się początkowo w sektorze prywatnym. Do sektora publicznego (nie ogranicza się to do zdrowia) została wprowadzona kilkadziesiąt lat temu w ramach działań mających na celu poprawę efektywności wydatków. Podstawowym założeniem było czytelne zdefiniowanie celów, które w połączeniu z nagrodami za osiągnięcie tych celów, miało pomóc motywować

⁶ Strona internetowa Uniwersytetu w Minnesocie, www.p4presearch.umn.edu (dostęp: 30.04. 2019).

pracowników i zwiększyć odpowiedzialność całego sektora publicznego (Montoya, Graham, 2007, s. 3–6).

Model P4P jest powiązany z teoriami ekonomicznymi, takimi jak teoria:

- agencji – uwypukla rolę zachęt w wynagrodzeniu, w sytuacji, gdy pracownik może być skłonny do unikania efektywnego wykonywania pracy, przy jednoczesnym wysokim koszcie kontroli pracownika przez pracodawcę (Montoya, Graham, 2007; Maceira, 1998),
- oczekiwań – pracownicy zareagują na nagrodę motywacyjną, jeśli będzie w ich odczuciu wartościowa oraz jeśli będą przekonani, że ich wysiłek będzie miał zasadnicze znaczenie dla uzyskania nagrody i jeśli wierzą, że mogą osiągnąć oczekiwaną wydajność swojej pracy (Montoya, Graham, 2007),
- niechęci do straty – awersja względem straty większa niż chęć osiągnięcia zysku, np. w przypadku systemów wprowadzających system karania (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018, s. 686),
- księgowania umyślowego – sposób wypłaty nagrody może mieć przełożenie na chęć osiągania lepszych wyników (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018, s. 686),
- wyznaczania celów – podkreśla siłę motywującą wynikającą z określania celów pracy i zaangażowania pracowników w realizację tych celów; potencjalne wprowadzenie nagród uważa się za drugorzędne w tej teorii (Montoya, Graham, 2007).

Na podstawie wspomnianych teorii powstają różne warianty rozwiązań P4P stosowane w ochronie zdrowia.

W ramach *fee for performance* wynagradza się świadczeniodawców za poprawę ich wyników, ale mogą istnieć również modele wprowadzające system kar w przypadku niespełnienia przez nich wyznaczonych kryteriów. W systemach P4P spotkać można zdecydowanie rzadziej również niefinansowe zachęty, polegające na przykład na tworzeniu rankingów (Tambor, 2015, s. 268), które mogą być niekiedy wyceniane przez świadczeniodawców nawet jako cenniejsze niż nagrody finansowe. Efektywność finansowych albo niefinansowych bodźców zależy przede wszystkim od sytuacji finansowej podmiotu, którego dotyczy wynagradzanie – w sytuacji niedoboru środków finansowych w danej placówce skuteczniejsze okazują się zachęty finansowe (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018).

System *fee for performance* powinien być zatem skonstruowany w taki sposób, aby świadczeniodawcom stało zależało na osiągnięciu coraz lepszych rezultatów. Ważne zatem jest, aby płatnik potrafił umiejętnie dopasować rodzaj nagród i sposób wynagradzania tak, by rzeczywiście zachęcały one do postępowania zgodnego z jego zamierzeniami, a jednocześnie były adekwatne do osiągniętych rezultatów. System wynagradzania powinien być motywujący i atrakcyjny dla świadczeniodawców. Według badań statystycznych bodźce finansowe mniejsze niż 5% standardowo

otrzymywanego finansowania nie mają istotnego wpływu na polepszanie osiągnięć przez świadczeniodawców. Wpływ zachęt na motywację jest obserwowany wtedy, gdy dodatkowe finansowanie, które może otrzymać świadczeniodawca, przekracza 5% kwoty, którą standardowo otrzymuje od płatnika (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018). Zależność ta jest prawdziwa zarówno w przypadku kar, jak i nagród.

Jednak wysokość możliwych do uzyskania nagród to nie jedyny aspekt mający istotny wpływ na skuteczność programów P4P.

W modelach P4P istotne jest ustalenie jasnego celu przez płatnika – może być to na przykład: poprawa jakości świadczeń lub ich dostępności, lepsza kontrola kosztów czy poprawa rezultatów leczenia (Tambor, 2015, s. 268). Świadczeniodawcy powinni być zainteresowani dążeniem do jego realizacji. Właściwie sprecyzowany cel określa, na których aspektach działalności powinni się skupić i jakie działania są najbardziej pożądane z punktu widzenia płatnika. Jednocześnie cel taki powinien być możliwy do realizacji, w przeciwnym razie nie będzie miał znaczącego wpływu na poprawę działalności świadczeniodawców – przyczyni się raczej do ich demotywacji. Istotne jest ustalenie miarodajnych wskaźników, które umożliwią przejrzystą ocenę efektów działalności przez nich prowadzonej i weryfikację postępów lub ich braku – zarówno przez płatnika, jak i przez samych świadczeniodawców. Przykładowe wskaźniki to: liczba wykrytych zachorowań u pacjentów, poziom ciśnienia tętniczego krwi, wskaźniki uczestnictwa w różnego rodzaju badaniach (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018).

Wynagradzanie może być zależne od spełnienia wyznaczonego przez płatnika kryterium, przykładowo: zbadanie ciśnienia krwi u 70% zarejestrowanych u świadczeniodawcy pacjentów, ale może być też stopniowane z podziałem na progi, wraz z osiągnięciem których wzrasta finansowanie, na przykład: zbadanie ciśnienia krwi u 60%, 70% lub 80% pacjentów. W teorii podział na progi jest bardziej efektywnym rozwiązaniem – powinien powodować długofalową zmianę zachowania u świadczeniodawców, którym powinno zależeć na dążeniu do stałej poprawy osiąganych przez nich wyników (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018). Skala progowa w teorii przeciwdziała utracie motywacji ze strony świadczeniodawców.

Istnieją również schematy wynagradzania, w których zamiast z góry określonych wartości brane są pod uwagę rezultaty wszystkich świadczeniodawców na koniec okresu rozliczeniowego i na tej podstawie wynagradza się tych najlepszych – na przykład przekroczenie mediany liczby wykonanych szczepień na liczbę mieszkańców. Jednak sposób ten wiąże się z niepewnością co do otrzymania wynagrodzenia i może działać demotywująco na świadczeniodawców. Niepewność ma bowiem wpływ na wzrost postrzegania ryzyka nieotrzymania dodatkowego wynagrodzenia przez świadczeniodawców i odgrywa istotną rolę w działaniu całego modelu P4P. Im większa niepewność, tym mniej zmotywowani będą świadczeniodawcy do osiągnięcia

lepszych wyników. Poczucie ryzyka wzrasta również wówczas, gdy świadczeniodawcy nie posiadają odpowiednich narzędzi do kontrolowania wskaźników, za które płatnik wynagradza. Tak samo dzieje się, gdy wskaźniki, które osiągać mają świadczeniodawcy w dużej mierze nie zależą od nich, lecz na przykład od stylu życia ich pacjentów, na który świadczeniodawcy mają ograniczony wpływ. Co ciekawe, wpływ na skuteczność systemu *fee for performance* ma również pewność co do otrzymania wynagrodzenia i czas oczekiwania na nie – w państwach rozwijających się, z gorzej funkcjonującym aparatem administracyjnym, otrzymanie takiego finansowania jest często mniej pewne, a okres oczekiwania na nie wydłużony – zniechęca to świadczeniodawców do starania się o poprawę wyników (Ogundeji, Sheldon, Maynard, 2018).

Często *fee for performance* opiera się na analizie kilku wskaźników, a nie wyłącznie jednego, co powinno dawać szerszy obraz w zakresie działań podejmowanych przez danego świadczeniodawcę.

W pracach koncepcyjnych i implementacyjnych modelu P4P wskazuje się na kilka zagrożeń, takich jak (Mannion, Davies, 2008, s. 306–308):

- skupienie się na aspektach skuteczności klinicznej, które są mierzone, i zaniebdywanie obszarów niemierzonych,
- niekorzystna selekcja – zachęta do unikania najciężej chorych pacjentów,
- potencjalne zmniejszenie wewnętrznej motywacji zawodowej,
- kreowanie nierówności – dyskryminacja problemowych grup pacjentów,
- zbędne dodatkowe wynagradzanie dostawców, którzy już osiągnęli lub przekroczyli docelowy próg,
- manipulowanie zgłoszeniami w raportowaniu.

Obecnie model finansowania opierający się na osiągniętych wynikach staje się coraz bardziej powszechny na całym świecie, mimo że zdania na temat jego skuteczności i efektywności są podzielone. Również badania prowadzone nad P4P wykazują zróżnicowane rezultaty i często nie da się ich ze sobą porównywać, ponieważ skupiają się na różnych aspektach. Uniwersytet w Minnesocie, który prowadzi badania nad P4P, prezentuje pogląd, że taki model finansowania generalnie wykazuje skuteczność w zakresie poprawy jakości, jednak jego implementacja może pociągać za sobą niepożądane skutki, jak na przykład dyskryminacja pacjentów⁷.

Podsumowując opracowania teoretyczne oraz wyniki implementacji P4P, wydaje się, że jest to obiecująca koncepcja. Zastosowanie tego rozwiązania w praktyce napotyka jednak ograniczenia, które należy dokładnie przeanalizować. W niektórych sytuacjach może się okazać, że połączenie różnych metod płacenia za świadczenia medyczne będzie najkorzystniejsze.

⁷ Strona internetowa Uniwersytetu w Minnesocie, p4presearch.umn.edu (dostęp: 2.05.2019).

Podsumowanie

W systemie płatności za świadczenia zdrowotne występują cztery strony, które mają zróżnicowane cele. Są to podmioty lecznicze (np. szpitale), lekarze (pracujący w podmiotach leczniczych), pacjenci i płatnicy (płatnicy publiczni lub ubezpieczyciele). System płatności powinien zaspokajać oczekiwania każdej ze stron i motywować je do efektywnego, racjonalnego postępowania.

W konstruowaniu struktury modelu płatności za świadczenia zdrowotne należy wziąć pod uwagę:

- możliwości nadużywania modelu do osiągnięcia większych korzyści finansowych przez podmioty lecznicze (nadreprezentatywne występowanie DRG wysoko wycenionych (Barros, Braun, 2017, s. 600–618), zlecenie niekoniecznych badań przy *fee for service*, stosowanie nieadekwatnych dla schorzenia pacjenta niskokosztowych terapii przy DRG lub stawki kapitacyjnej, unikanie zlecenia badań w ramach stawki kapitacyjnej),
- nieprawidłowe leczenie pacjenta (brak koniecznych badań – opłata kapitacyjna, ograniczanie kosztu leczenia kosztem jakości terapii),
- niedostosowaną dla „każdego” wycenę świadczeń wynikającą ze zróżnicowania kosztocłonności terapii u różnych świadczeniodawców, która może być skutkiem charakterystycznych cech danego świadczeniodawcy, np. kosztu utrzymania zabytkowego budynku, istnienia lub braku efektu skali, zróżnicowania skomplikowania jednostek chorobowych pacjentów, praktyki zarządzania, w tym np. czy jest przywiązywana waga do jakości (Malcomson, 2007, s. 429),
- zapewnienie prawidłowej alokacji pacjentów pomiędzy podmiotami leczniczymi – dotyczy to zarówno lokowania pomiędzy leczeniem ambulatoryjnym a szpitalnym, jak również w odpowiednio wyspecjalizowanych szpitalach, np. pacjenci nowotworowi,
- powszechność dostępu do świadczeń medycznych.

System płatności za świadczenia zdrowotne powinien stwarzać zachęty do dostarczania świadczeń wysokiej jakości, utrzymania kontroli kosztów w podmiotach leczniczych oraz w całym systemie, jak również zapewnić odpowiedni podział pacjentów między różne rodzaje placówek. Pierwotne jest wymaganie, że powinien zabezpieczać opiekę zdrowotną dla wszystkich potrzebujących pomocy lekarskiej, a uprawnionych do niej. Wyzwaniem jest spełnienie wszystkich wymienionych oczekiwań. Stąd też systemy płatności występujące na świecie są zazwyczaj oparte na kombinacji wszystkich opisanych w niniejszym artykule podstawowych metod i ulegają ciągłym

modyfikacjom, dostosowującym je do zmian epidemiologicznych, technologicznych oraz finansowych ograniczeń.

METHODS OF FINANCING HEALTHCARE SERVICES: A CONCEPTUAL APPROACH

Abstract

The aim of the article is to present the main characteristics of selected health services financing schemes from the supply side and to analyse their impact on the behaviour of healthcare providers (in terms of the effectiveness of services provided and their volume).

Analyses indicate that each of the existing financing mechanisms affects providers' decisions. The impact can be observed both in the short and long term, on healthcare entities and patients (micro effects) as well as on the whole healthcare system (macro effects).

The article constitutes the first part of a mini-cycle of papers on methods of financing health services. The next ones will be focused on the popularity of the use of the described financing schemes in different countries and their implementation in the Polish system based on payments between the public payer and healthcare providers.

Keywords: medical services, payment for health services, capitation fee, fee for service, global budget, DRG-based payments, pay for performance

Bibliografia

1. Barros, P., Braun, G. (2017). Upcoding in a National Health Service: The Evidence from Portugal, *Health Economics*, 26.5, s. 600–618, <https://doi.org/10.1002/hec.3335>.
2. Benstetter, F., Wambach, A. (2006). The Treadmill Effect in a Fixed Budget System, *Journal of Health Economics*, 25.1, s. 146–69, <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.04.004>.
3. Chilingerian, J. (2008). *Origins of DRGs in the United States: A Technical, Political and Cultural Story* (s. 4–33). W: *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, G. de Pourville, J. Kimberly, T. d'Aunno (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, <https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9780511620003.002>.
4. Cid, C., Ellis, R.P., Vargas, V., Wasem, J., Prieto, L. (2016). *Global Risk-Adjusted Payment Models* (s. 311–362). W: *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*, World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy (WORLD SCIENTIFIC), https://doi.org/doi:10.1142/9789813140493_0006.

5. Dziubińska, M., Janus, A., Kostrubiec, J., Sroka, T., Szczeńniak, P. (2014). *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Warszawa: CeDeWu.
6. Ellis, R., Martins, B., McKinnon Miller, M. (2015). *Provider Payment Methods and Incentives*, Boston University – Department of Economics – Working Papers Series (Boston University – Department of Economics, 12 August 2015), <https://econpapers.repec.org/RePEc:bos:wpaper:wp2015-023>.
7. Ellis, R.P., McGuire, T.G. (1986). Provider Behavior under Prospective Reimbursement, *Journal of Health Economics*, vol. 5, [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(86\)90002-0](https://doi.org/10.1016/0167-6296(86)90002-0).
8. Ellis, R.P., Vidal-Fernandez, M. (2007). Activity-Based Payments and Reforms of the English Hospital Payment System, *Health Economics, Policy and Law*, 2.4, s. 435–444, <https://doi.org/DOI: 10.1017/S1744133107004276>.
9. Fetter, R.B., Freeman, J.L. (1986). Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals, *The Academy of Management Review*, 11.1, s. 41–54, <https://doi.org/10.2307/258330>.
10. Galarraga, J.E., Black, B., Pimentel, L., Venkat, A., Sverha, J.P., Frohna, W.J., Lemkin, D.L., Pines, J.M., (2019). The Effects of Global Budgeting on Emergency Department Admission Rates in Maryland, *Annals of Emergency Medicine*, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.06.009>.
11. Gaspar, K., Portrait, F., van der Hijden, E., Koolman, X. (2019). Global Budget versus Cost Ceiling: A Natural Experiment in Hospital Payment Reform in the Netherlands, *The European Journal of Health Economics*, <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01114-6>.
12. van Herwaarden, S., Wallenburg, I., Messelink, J., Bal, R. (2018). Opening the Black Box of Diagnosis-Related Groups (DRGs): Unpacking the Technical Remuneration Structure of the Dutch DRG System, *Health Economics, Policy and Law*, s. 1–14, <https://doi.org/DOI: 10.1017/S1744133118000324>.
13. Hurley, J., Lomas, J., Goldsmith, L.J. (1997). Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective, *The Milbank Quarterly*, 75.3, s. 343–364, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00059>.
14. Liu, Y. (2017). PHP104 – Counterfactual Decomposition Of Health Care Expenditures: From Cost-Based Payment To Global Budget System, *Value in Health*, 20.9, A670, <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.1638>.
15. Maceira, D. (1998). *Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries*, Major Applied Research 2, Working Paper 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
16. Malcomson, J.M. (2007). Hospital Cost Differences and Payment by Results, *Health Economics, Policy and Law*, 2.4, s. 429–433, <https://doi.org/DOI: 10.1017/S1744133107004288>.
17. Mannion, R., Davies, H.T.O. (2008), Payment for Performance in Health Care, *BMJ: British Medical Journal*, 336.7639, s. 306–308, <http://www.jstor.org/stable/20508910>.

18. McClellan, M. (1997). Hospital Reimbursement Incentives: An Empirical Analysis, *Journal of Economics & Management Strategy*, 6.1, s. 91–128, <https://doi.org/10.1111/j.1430-9134.1997.00091.x>.
19. Miller, H.D. (2009), From Volume to Value: Better Ways to Pay for Health Care, *Health Affairs*, 28.5, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1418>.
20. Montoya, S., Graham, J.D. (2007). *Pay for Performance: Social Science Perspective* (s. 3–6). W: *Modernizing the Federal Government: Paying for Performance*, 1st ed. RAND Corporation, <http://www.jstor.org/stable/10.7249/op213pv-emr.9>.
21. Newhouse, J.P. (1996). Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, *Journal of Economic Literature*, 34.3, s. 1236–1263, <http://www.jstor.org/stable/2729501>.
22. Ogundeji, Y.K., Sheldon, T.A., Maynard, A. (2018), A Reporting Framework for Describing and a Typology for Categorizing and Analyzing the Designs of Health Care Pay for Performance Schemes, *BMC Health Services Research*, 18.1, s. 686, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3479-x>.
23. Ostrowska, M. (2016). *Finansjalizacja w ochronie zdrowia*. Warszawa: CeDeWu.
24. Quinn, K. (2015). The 8 Basic Payment Methods in Health Care, *Annals of Internal Medicine*, 163.4, s. 300–306, <https://doi.org/10.7326/M14-2784>.
25. Rosenberg, M.A., Browne, M.J. (2001). The Impact of the Inpatient Prospective Payment System and Diagnosis-Related Groups: A Survey of the Literature, *North American Actuarial Journal*, 5.4, <https://doi.org/10.1080/10920277.2001.10596020>.
26. Stern, R.S., Epstein, A.M. (1985). Institutional Responses to Prospective Payment Based on Diagnosis-Related Groups, *Hospital Topics*, 63.3, s. 18–24, <https://doi.org/10.1080/00185868.1985.9950494>.
27. Tambor, M. (2015). *Finansowanie świadczeniodawców* (s. 426). W: *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, S. Golinowska (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
28. Widmer, P.K. (2015). Does Prospective Payment Increase Hospital (in) Efficiency? Evidence from the Swiss Hospital Sector, *European Journal of Health Economics*, 16.4, <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0581-9>.
29. Wolfe, P.R., Moran D.W. (1993). Global Budgeting in the OECD Countries, *Health Care Financing Review*, 14.3, s. 55–76, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10130584>.
30. Zyśk, R. (2012). Za zdrowie, nie za świadczenie, *Menedżer Zdrowia*, 6, s. 32–35, <https://www.termedia.pl/Za-zdrowie-nie-za-swiadczenie,12,19087,1,1.html>.