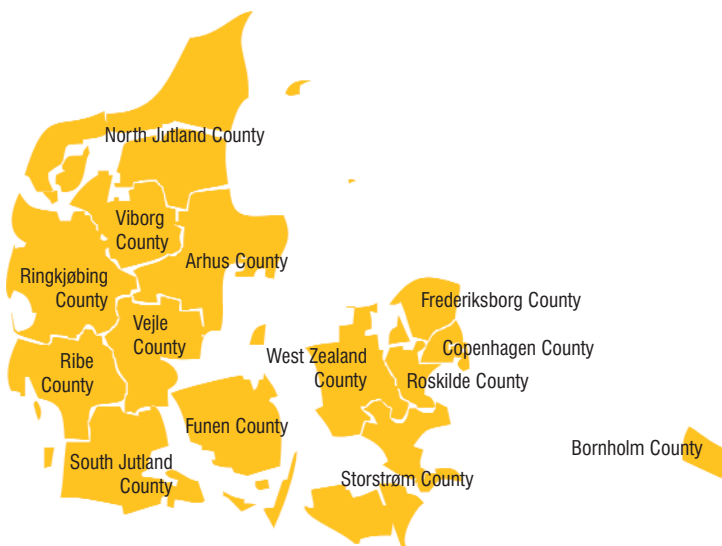


## Charakterystyka doświadczeń wybranych krajów w zakresie wartościowania pracy lekarza

### Dania

#### Organizacja systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia w Danii jest wpisany w ogólną filozofię samorządności. System ten jest w podstawowym wymiarze oparty na samorządach lokalnych; powiatowych (*counties*) i gminnych (*municipalities*). 87% wydatków publicznych na ochronę zdrowia pochodzi ze środków generowanych na poziomie lokalnym; podatków dochodowych oraz podatków od nieruchomości, pozostałe 13% pochodzi z budżetu centralnego.



Ryc. 1. Schematyczna mapa Danii z zaznaczeniem 14 powiatów (<http://www.arf.dk/english/default.asp>)

Corocznie odbywają się ustalenia (w drodze negocjacji) pomiędzy rządem a reprezentacją samorządów, których celem jest ustalenie:

- maksymalnych rekomendowanych wysokości podatków lokalnych,
- kwoty dotacji rządowych ogólnych (związanych z populacją i jej dochodami),

- kwoty dotacji rządowych celowych (związanych z szczególnymi zadaniami, np. z zakresu zdrowia publicznego),
- poziomowi redystrybucji dochodu pomiędzy społecznościami lokalnymi.

Interesującym mechanizmem jest redystrybucja dochodu pomiędzy społecznościami lokalnymi, która odbywa się przy zastosowaniu formuły biorącej pod uwagę następujące elementy: przekrój wieku populacji, liczbę dzieci żyjących w niepełnych rodzinach, poziom bezrobocia, poziom wykształcenia (liczbę nisko wykształconych), liczbę imigrantów spoza UE, liczbę osób żyjących w rejonach „upośledzonych” społecznie, liczbę osób starszych mieszkających samotnie. Elementy te potraktowane zostały jako pozytywne korelaty konsumpcji świadczeń zdrowotnych.

Z kolei poprzez mechanizm grantów, administracja rządowa, mimo że nie ma prawnych możliwości zobowiązania samorządów do określonych zadań, uzyskuje wpływ na ogólne kierunki polityki zdrowotnej. Kierunki, jakie w ostatnich latach stanowiły priority, to kardiochirurgia, onkologia i redukcja czasu oczekiwania na zabiegi planowe. Samorządy często wyrażały niezadowolone z faktu ingerencji poprzez ten mechanizm w swoje suwerenne decyzje dotyczące ochrony zdrowia.

### Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

Ponad 20% lekarzy duńskich to lekarze rodzinni, którzy pracują w swoich prywatnych praktykach medycznych. W celu świadczenia usług ze środków publicznych, czyli w przypadku duńskim, ze środków powiatu, lekarze ci muszą uzyskać pozwolenie na praktykowanie na danym terenie. Wynagrodzenie lekarzy rodzinnych konstruowane jest jako połączenie opłaty kapitacyjnej i systemu opłat za usługę, przy czym ta pierwsza stanowi do 30% całości. Opłaty za usługę stosuje się za poszczególne konsultacje, badania czy zabiegi wykonywane przez lekarza oraz za pracę poza określonymi godzinami (wieczór i noc), za konsultacje telefoniczne oraz wizyty domowe. Również niektóre prioritytowe obszary, jak np. poradnictwo i edukacja zdrowotna w zakresie palenia tytoniu czy nadwagi są opłacane w trybie *fee-for-service*.

W zamyśle twórców systemu część kapitacyjna dochodów praktyki lekarskiej ma zapewnić podstawowe usługi i niewykonywanie nadmiernej ich liczby, natomiast część *fee-for-service* ma zwiększać produktywność lekarzy w wybranych dziedzinach, w których można, np. spodziewać się zmniejszenia skierowań do specjalistów. Z przychodów praktyki lekarz utrzymuje niezbędny personel i pokrywa koszty materiałowe. Stawki kapitacyjne oraz *fee-for-service* ustalane są w drodze negocjacji pomiędzy administracją zdrowia a Duńskim Stowarzyszeniem Lekarzy (dokładnie z jedną branżową jego częścią: młodych lekarzy, lekarzy ogólnych [GP] i lekarzy specjalistów) na kolejne dwa lata.

Lekarze rodzinni obejmują opieką 1 325 osób dorosłych (maks. 1 400) co daje około 1 500–1 600 (maks. 1 900) wraz z dziećmi do lat 16. W ciągu ostatnich 10–20 lat wzrasta rola grupowych praktyk lekarzy rodzinnych w miejsce tych prowadzonych w pojedynkę.

Lekarze specjaliści, pracujący w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej również muszą uzyskiwać zgodę na wykonywanie usług w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej. Wynagrodzenie tych lekarzy oparte jest na zasadzie *fee-for-service*.

Budżety szpitali przez lata były ustalane w drodze negocjacji pomiędzy administratorami tych szpitali a (ich zwierzchnikami) władzami powiatu. W negocjacjach tych brano pod uwagę dotychczasową działalność, nowe obszary działalności i ewentualne specjalne obszary potrzeb. Odrębnie negocjowane były większe wydatki inwestycyjne, na które szpital uzyskiwał dodatkowe środki od administracji lokalnej. Niewielkie inwestycje są w zakresie decyzji administratora szpitala.

Od 1993 roku, w odpowiedzi na problemy z opieką szpitalną (kolejki) i zarzuty niskiej efektywności działania, niektóre samorządy wprowadziły funkcję kontraktów, których głównym celem było powiązanie finansów z produktywnością, ogólnymi lub bardziej szczegółowymi priorytetami powiatu. Celem kontraktów nie było wprowadzenie konkurencji pomiędzy szpitalami. Kontrakty te nie są też w pełni restrykcyjne; niewykonanie poszczególnych założeń nie skutkuje natychmiastowymi „karami finansowymi”. Dopiero przewlekłe niedopełnianie warunków kontraktu może być przyczyną restrykcji wobec administratora szpitala, do jego zwolnienia włącznie.

Odrębnym, ale bardzo istotnym elementem jest mechanizm negocjowania warunków płacy pracowników szpitali powiatowych. Negocjacje te są przeprowadzane pomiędzy powiatami a samorządem pracowników.

Od 1993 roku pacjenci mają prawo dokonać wyboru szpitala niezależnie od miejsca zamieszkania, tak na obszarze swojego powiatu, jak i poza nim. W takiej sytuacji następuje rozliczenie pomiędzy powiatem-właścicielem szpitala wykonującego usługę a powiatem pochodzenia pacjenta. Rozliczenie następuje wg stawek DkDRG, publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Ponieważ rozliczenie to rzadko owocowało przepływem środków do szpitala wykonującego usługę, szpitale nie były zainteresowane leczeniem pacjentów spoza własnych powiatów.

W strategii rządowej *Regeringens oploeg til strategi for sygehuspolitikken 2000–2002*, uznaje się, że DkDRG ma stanowić podstawę do negocjacji kontraktów szpitali z powiatami. Przy czym negocjacje mają wyznaczyć poziom spodziewany liczby usług, przeliczony na sumaryczną liczbę punktów. Realizacja tego pułapu usług będzie związana z uzyskaniem kwoty kontraktu globalnego, który ma stanowić co najmniej 90% całości przychodów szpitala. Pozostałe do 10% związane może być z wykonaniem usług ponad ten planowany poziom. Realizacja założeń tego programu zaczęła się 1 stycznia 2002 roku, przy czym postępuje w różnym tempie w różnych powiatach.

Wszyscy stale zamieszkali na terenie Danii mają prawo do opieki zdrowotnej. Dobrowolnie deklarują przynależność do grupy 1 lub 2, co wiąże się z koniecznością ponoszenia kosztów współpłacenia:

- Grupa 1 pacjentów, do której kwalifikuje się ok. 98% populacji nie wnosi opłat w miejscu wykonywania usług.

- Grupa 2 pacjentów, to osoby, które wpłacają należność za usługę, a następnie uzyskują zwrot w wysokości 50%. W zamian jedynym przywilejem jest dowolność wyboru lekarza opieki ambulatoryjnej, bez skierowania. W przypadku szpitala skierowanie obowiązuje. Uznaje się, że liczba osób kwalifikujących się do grupy 2 będzie malała do zera.

Około 60% lekarzy jest etatowymi pracownikami szpitali, z pensją, która jest ustalana w wyniku negocjacji pomiędzy reprezentacją powiatów a samorządem zawodowym. Wysokość pensji zależna jest od stopnia kwalifikacji oraz stażu pracy. Dodatkowymi elementami wynagrodzenia są dodatki za niektóre godziny pracy.

Tabela 1. Stawki wynagrodzeń lekarzy szpitalnych w roku 2002, w euro

		Konsultanci	Starsi konsultanci	Specjaliści
Pensja podstawowa	do 3 lat	2 713	3 412	5 199
	3 do 5 lat	2 854		
	ponad 5 lat	3 121		
Dodatek specjalizacyjny		245	245	
Lekarz ogólny	1 rok	199	199	
	od 2 roku	336	336	
Lekarz specjalista		500	500	
Dodatek funkcyjny			209	
Dodatek na godzinę	20 do 8 w dni tygodnia	6		
	8 do 20 w weekendy	6		
	20 do 8 w weekendy	9		
Zmiana terminu/nagle wezwanie		41		
1 DKK		0,13		

*Czerwona czcionka oznacza wzajemnie wykluczające się pozycje*

## Francja

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

Francuski system ochrony zdrowia ma kilka unikalnych cech, odróżniających go od większości innych systemów w krajach wysoko uprzemysłowionych. Cechy te wynikają z trzech głównych zasad, które zostały sformułowane jako jego podstawy. Są to zatem:

Solidaryzm – którego skutkiem jest powszechność ubezpieczenia zdrowotnego, obejmującego tych, którzy pracują i bezrobotnych, osoby pracujące na własny rachunek i za-

trudnionych w dowolny sposób. Ubezpieczenie w podstawowej części nie jest różnicowane wg wysokości wpłacanych składek, a same składki stanowią określoną opłatę związaną z podatkiem dochodowym. Idee solidaryzmu społecznego leżą również u podstaw roli, jaką w systemie pełnią publiczne instytucje, zarządzające systemem oraz niektóre instytucje dostarczające świadczeń, jak publiczne szpitale i nieduża liczba publicznych przychodni i centrów medycznych.

Liberalizm – który z kolei powoduje, że podstawową rolę w systemie pełnią lekarze prowadzący prywatne praktyki (tzw. *la medecine liberale*). Liberalny jest również wolny wybór lekarza przez pacjenta (ale i odwrotnie, brak konieczności leczenia pacjenta przez danego lekarza) i związane z tym opłaty za usługi, jakie pacjenci ponoszą w trakcie leczenia ambulatoryjnego. Zasady *la medecine liberale* zostały sformułowane przez stowarzyszenie lekarzy w roku 1928 i stwierdzają m.in., że lekarz powinien mieć prawo do prowadzenia praktyki i pobierania opłat od pacjenta za wykonywane usługi, pacjent ma mieć wolny wybór lekarza, a lekarze autonomię w dziedzinie leczenia.

Pluralizm – który oznacza mieszkankę publiczno-prywatną, tak w sferze finansowania, jak i dostarczania usług zdrowotnych oraz tolerancję dla różnorodności organizacyjnej, zarówno wtedy, gdy prowadzi ona do uzupełnienia, jak i konkurencji w systemie. W dziedzinie finansowania zasada pluralizmu uzasadnia współistnienie wielu branżowych systemów (planów) ubezpieczeń zdrowotnych, uzupełniających prywatne ubezpieczenia (*mutuelles*) oraz istotnego udziału pacjentów w finansowaniu świadczeń (opłaty z kieszeni). W odniesieniu do dostarczania usług zdrowotnych, wspomniany pluralizm usprawiedliwia istnienie tak publicznych, jak i prywatnych szpitali oraz publicznych przychodni i prywatnie leczących lekarzy.

Francuski system zapewnia pacjentowi dostęp do usług, począwszy od usług podstawowej opieki zdrowotnej do wysoko specjalistycznych, wykonywanych w ośrodkach akademickich. W dziedzinie lecznictwa ambulatoryjnego dominuje forma praktyk prywatnych (*la medecine liberale*), choć istnieją także wielospecjalistyczne publiczne przychodnie. W dziedzinie szpitalnictwa, mimo licznej reprezentacji prywatnych szpitali działających dla zysku, dominująca rola przypada jednak szpitalom publicznym, ze względu na ich wielkość oraz szerszy niż w przypadku szpitali prywatnych, zakres usług. Szpitale prywatne, najczęściej działające jako tzw. *Cliniques*, będące własnością lekarzy, specjalizują się zwykle w zabiegach planowych, często w ortopedii, chirurgii, ale także ginekologii i położnictwie. Częstym elementem krytyki szpitali prywatnych jest ich zachowanie, polegające na unikaniu pacjentów niosących problemy. Tacy pacjenci trafiają zwykle do sektora publicznego, podczas gdy szpitale prywatne wykonują dużą liczbę zabiegów stosunkowo prostych technicznie i powtarzalnych.

W prywatnym sektorze szpitalnym ulokowanych jest 37,3% (\*92) łóżek szpitalnych w ogóle i ponad połowa tych chirurgicznych, a tylko 28% psychiatrycznych i 21% tzw. medycznych (gł. interna). *Cliniques* z reguły nie przekraczają 80 łóżek i – mimo że stanowią tylko 20% całego potencjału szpitalnego we Francji – wykonują 31% przyjęć. W ostatnich latach daje się zauważyć trend do łączenia się tych szpitali w sieci, co poprawia ich efektywność i rentowność. Również w ostatnich latach obserwuje się przemianowanie przez sektor prywatny takich dziedzin działalności, jak radioterapia czy kardiochirurgia.

Narodowe ubezpieczenie zdrowotne we Francji oparte jest na doświadczeniach zapoczątkowanych w roku 1928, a kontynuowanych po roku 1945 na podstawie rozporządzenia o opiece społecznej. Na podstawie tego rozporządzenia pracownicy zatrudnieni na etat w handlu i przemyśle zostali objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Do objęcia pozostałych grup społecznych takim ubezpieczeniem doprowadzono jednak dopiero po 30 latach, kolejno włączając do ubezpieczenia rolników (1961), samozatrudniających się (1966–70) i w końcu pozostałe grupy (1978). W rezultacie populacja francuska objęta jest powszechnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, opartym na przychodach osób pracujących i w części na transferach z budżetu państwa, czyli przychodach budżetu, pochodzących z podatków. Ubezpieczenie obejmuje osoby ubezpieczone oraz osoby będące na ich utrzymaniu. Osoby bezrobotne i emeryci objęci są ubezpieczeniem sfinansowanym przez przepływy z budżetu państwa.

Fundusze ubezpieczeń zorganizowane są w formie struktur regionalnych i lokalnych, i zgodnie z prawem francuskim są instytucjami prywatnymi, realizującymi cele publiczne. Z uwagi na swoją rolę i charakter społeczny, są jednak ściśle nadzorowane przez Ministerstwo Solidarności Społecznej i Ministerstwo Finansów, przez co stają się instytucjami quasi-publicznymi. Poziom składki ubezpieczeniowej oraz zakres świadczeń w systemach jest określany przez rząd i w dużym stopniu uniwersalny, niezależnie od rodzaju ubezpieczyciela. Rząd również nadzoruje proces negocjacyjny pomiędzy trzema największymi funduszami ubezpieczeń a świadczeniodawcami, co powoduje, że ubezpieczenia te stosują jednolity system finansowania świadczeń.

Populacja ubezpieczonych rozłożona jest wśród ubezpieczycieli następująco:

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries (CNAMTS) – 80%,
- Mutualite Sociale Agricole (MSA), nadzorujące dwa fundusze – 9%,
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternite des Travailleurs non Salaries des Professions non Agricoles (CANAM) – 6%,
- 11 małych branżowych kas ubezpieczeń (np. górników, pracowników kolei, metra, notariatu itp.) – pozostałe 5%.

Jak wspomniano, zakres świadczeń w poszczególnych funduszach ubezpieczeń jest dość jednolity, choć istnieją pewne różnice, np. w poziomie współpłacenia. I tak samozatrudniający się płacą wyższe kwoty współpłacenia za porady ambulatoryjne, podczas gdy członkowie niektórych kas branżowych niższe.

## Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

W francuskim publicznym systemie ochrony zdrowia nie istnieje funkcja lekarza *gate-keepera*, kontrolującego przepływ pacjentów w systemie, nie ma regulacyjnej funkcji skierowań, a pacjenci mają pełną swobodę w wyborze lekarza. Zasadą jest natomiast wnoszenie przez pacjentów opłaty za usługi ambulatoryjne w miejscu ich użycia, a następnie staranie się o zwrot części kwot od swojego ubezpieczyciela.

Kwoty, jakie są zwracane pacjentowi w ramach ubezpieczenia określone są na podstawie krajowych stawek, będących wynikiem negocjacji pomiędzy trzema głównymi funduszami ubezpieczeń a reprezentacją świadczeniodawców. Współpłacenie, tzw. *ticket modérateur*, wynosi 25% za porady lekarskie, 35% za opiekę pielęgniarską i badania laboratoryjne oraz 20% *per diem* za pobyt w szpitalu. Pacjenci, korzystający z usług prywatnych szpitali (*cliniques*) płacą także odpowiednie (jak wyżej) części wszystkich czynności lekarskich, procedur i badań laboratoryjnych. Kwoty współpłacenia pokrywane są z kieszeni pacjenta lub z dodatkowego ubezpieczenia, które we Francji są bardzo rozpowszechnione w postaci tzw. *mutuelles*.

Istnieje zestaw okoliczności, które zwalniają pacjenta ze współpłacenia w szpitalach publicznych, większości prywatnych oraz publicznych przychodniach. Te okoliczności to: 1) duże procedury zabiegowe, zdefiniowane jako droższe niż wycięcie wyrostka robaczkowego (symbol w klasyfikacji KC-50), który w roku 1993 miał cenę 13 000 franków, 2) opieka okołoporodowa, z powodu macierzyństwa i wypadku przy pracy, 3) pobyty szpitalne przekraczające 30 dni, 4) poważne, upośledzające i przewlekłe choroby. Ten ostatni przypadek został dookreślony przez listę 30 chorób zwalniających z współpłacenia.

Należy zaznaczyć, że około 1/3 lekarzy nabyła prawo do pobierania wyższych, niż wcześniej wymienione, opłat współpłacenia. O prawie do pobierania wyższych opłat decyduje z jednej strony pozycja w środowisku, a z drugiej prawa nabyte przed 1979 rokiem, czyli momentem wprowadzenie regulacji w tej dziedzinie.

Stawki, jakie obowiązują lekarzy w prywatnych praktykach, ambulatoriach szpitali publicznych czy prywatnych szpitalach są negocjowane corocznie pomiędzy reprezentacją świadczeniodawców a trzema głównymi funduszami ubezpieczeniowymi. Pierwsza narodowa umowa w sprawie stawek lekarzy została uzgodniona w roku 1960. Od 1971 r. kolejne umowy obowiązują przez 5 lat i jednocześnie różnią się między regionami. Tradycją negocjacji prowadzących do umowy jest ich burzliwy i długi przebieg, wywołany oczywistymi konfliktami interesów trzech stron: rządu, płatników i świadczeniodawców.

Cennik usług ma charakter klasyfikacji procedur wycenionych w punktach. Do 2002 roku używana była klasyfikacja procedur o nazwie *Nomenclature Generale des Actes Professionnels* (NGAP), pierwotnie stworzona w roku 1930. Od roku wprowadzana jest nowa klasyfikacja, która ma służyć łącznie do rozliczania szpitali w systemie PMSI oraz do rozliczania usług lekarskich w lecznictwie ambulatoryjnym.

Właściwą wartość monetarną uzyskuje się, mnożąc wartość punktową przez wynegocjowaną stawkę za punkt. Do stosowania wynegocjowanej wartości punktowej zobowiązani są wszyscy lekarze, za wyjątkiem lekarzy tzw. sektora 2, którzy nabyli lub wybrali prawo rozliczania wg nielimitowanych stawek.

Sektor 2 grupuje około 1/3 lekarzy, mających prawo do stosowania nielimitowanych stawek, a tym samym pobierania od pacjentów wyższych stawek współpłacenia. W grupie tej znajdują się: 1) lekarze, którzy nie aplikują o środki publicznych funduszy ubezpieczeniowych (poniżej 1% lekarzy), 2) lekarze, którzy przed 1979 nabyli prawa do pobierania wyższych opłat, ze względu na swój status w społeczności lekarskiej (3,4% lekarzy), 3) lekarze,

k którzy przed 1980 rokiem nabyli to prawo w zamian za zrzeczenie się pewnych świadczeń z systemu oraz zwolnień podatkowych. Ta grupa lekarzy jest najliczniejsza (ok. 27% wszystkich lekarzy) i ich stawki nie są regulowane wynegocjowanymi warunkami, lecz mają być „taktowne i rozsądne”. Mimo że nikt nie zdefiniował, co oznacza „taktowne i rozsądne”, badania wskazują, że opłaty żądane przez tę grupę lekarzy są średnio 50% wyższe niż te regulowane. Przykładowo, za wizytę u lekarza ogólnego (domowego, rodzinnego) w roku 1992 pacjent płacił 93,6 Fr, podczas gdy u lekarza z sektora 2 średnio 138,8. W tym czasie w obu przypadkach zwrot z ubezpieczenia wynosił 70,2 Fr (75% z regulowanej stawki 93,6 Fr), co oznaczało obciążenie pacjenta w wysokości 68,6 Fr, podczas gdy za wizytę u lekarza sektora 1 to obciążenie prywatne wynosiło 23,4 Fr.

Od 1985 roku szpitale publiczne finansowane były na zasadzie przyznawania rocznych budżetów, podczas gdy szpitale prywatne w oparciu o osobodni. Od roku 1995 w szpitalach publicznych stosuje się system PMSI, który wykorzystywany jest do modyfikowania wielkości globalnych budżetów szpitali. W roku 1995 założono, że w ciągu 2–3 lat dojdzie to wyrównania „kosztów wytworzenia” punktu ISA na poziomie regionów i zbliżenia na poziomie międzyregionalnym. Do tego jednak nie doszło i pojawiły się kolejne daty, określające terminy zbliżenia stawek za punkt. W żadnym momencie jednak nie zdecydowano o nagłym, w ciągu krótkiego okresu, wyrównaniu warunków finansowych wszystkich szpitali, w obawie przed zdestabilizowaniem systemu.

Lekarze zatrudnieni w szpitalach publicznych wynagradzani są w formie pensji oraz tzw. opłat za sesję. Opłaty za sesję stosowane są głównie do lekarzy pracujących w szpitalach na część wymiaru godzin; najczęściej jako lekarze dochodzący do szpitalnych ambulatoriów, czy do wykonywania zabiegów. Szefowie oddziałów dodatkowo mają prawo do prowadzenia w pewnym wymiarze prywatnej praktyki na terenie publicznego szpitala.

## Wielka Brytania

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

Budżet Narodowej Służby Zdrowia (NHS) określany jest na etapie projektowania budżetu państwa. Ministrowie poszczególnych resortów (działów) zgłaszają zapotrzebowanie na środki do Ministra Skarbu, który w miarę możliwości budżetowych państwa dokonuje ich rozdziału. W zeszłych latach po raz pierwszy planowanie środków NHS, jak i innych działów, wykonano nie na rok, lecz na trzy lata, co ma zapewnić większą przewidywalność i stabilność finansów publicznych.

Po ustaleniu ogólnych przychodów NHS, Ministerstwo Zdrowia (*Department of Health*) dokonuje tzw. alokacji budżetowej do dwóch głównych sektorów: szpitali i zdrowia publicznego (*community health*) oraz usług medycyny rodzinnej. Podobnego rodzaju alokacja dokonuje się na poziomie każdego kraju wchodzącego w skład Królestwa Wielkiej Brytanii, tzn. Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej, choć w wielu punktach może się ona różnić. Należy przy tym zwrócić uwagę na różne inicjatywy, jakie pojawiają się od około 12 lat, zaburzające wyżej wymieniony ogólny podział na sektory (np. GP *fundholder*, PCG).



Po fazie określenia budżetu szpitali i usług zdrowia publicznego na poziomie krajowym, następuje alokacja tych środków na poziom poszczególnych regionów (RHA). Obecnie stosowany system alokacji można nazwać ważoną kapitałą i oparty jest na pracach *Resource Allocation Working Group* (RAWP) z roku 1976. Wzór alokacji środków finansowych na regiony zawiera takie elementy, jak liczba populacji zamieszkującej dany region, profil wieku i płci, poziom zachorowań (oceniany na podstawie standaryzowanych współczynników zgonu) i pewnych niezależnych czynników, takich jak różnice w kosztach prowadzenia opieki zdrowotnej, wynikające z lokalizacji geograficznej.

W roku 1990, przygotowując się do wprowadzenia tzw. rynku wewnętrznego NHS, dokonano pewnych modyfikacji formuły alokacyjnej, zachowując jednak jej główne założenia. Kolejna modyfikacja formuły lokacyjnej oparta została na pracach ekspertów uniwersytetu w York, którzy w roku 1994 zaproponowali kilka dodatkowych elementów, mających odzwierciedlać potencjalne zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. W modelu ekonometrycznym eksperci ci ujęli takie parametry charakteryzujące populację, jak stan zdrowia mierzony przy pomocy wskaźników zapadalności na wybrane choroby, niska waga urodzeniowa noworodków, czy elementy socjalne, jak bezrobocie czy liczba gospodarstw domowych zamieszkiwanych samotnie przez osoby starsze. Choć nie wszystkie elementy rekomendowane przez ekspertów z York zostały ostatecznie ujęte w stosowanej formule alokacyjnej, praca ta jest obecnie podstawą alokacji środków na regiony.

Dalsza alokacja z poziomu regionalnego (RHA) na lokalny (HA) czyniona jest w zróżnicowany sposób. Większość RHA stosuje pewnego rodzaju odmianę centralnej formuły lokacyjnej, różnicując ją jednak ze względu na uwarunkowania historyczne (historyczne różnice w budżetach), czy inne, wynikające z lokalnej specyfiki. W ciągu lat 90. alokacja na poziomie poniżej regionalnego różnicowała się jeszcze z innego powodu: w pewnym momencie bowiem alokację środków na szpitalnictwo przeprowadzano na poziomie praktyki lekarza rodzinnego (*GP fundholder*) lub pilotażowych podmiotów, mających pełne kompetencje w zakresie nabywania świadczeń. Te, z natury rzeczy, małe populacje, nie są dobrym podmiotem alokacji kapitałowej i nie doczekały się odpowiednich wersji formuł alokacyjnych. W dużej części jednak wykorzystywano w tym celu istniejące formuły, odnoszone do populacji większych, a także pewne historycznie istniejące schematy.

Mimo że ważne formuły kapitałowe są dobrze zakorzenione w odniesieniu do szpitalnictwa i sektora zdrowia publicznego, podobne rozwiązania nie zostały rozwinięte w odniesieniu do budżetu medycyny rodzinnej. W rezultacie istnieją istotne różnice w poziomie nakładów na medycynę rodzinną porównywalnych populacji w różnych rejonach kraju. Co więcej, różnice te nie mają nic wspólnego z poziomem potrzeb tych populacji.

W przyszłości planuje się opracowanie formuły alokacyjnej dla finansowania medycyny rodzinnej, która spowoduje większe wyrównanie i spójność, jeśli chodzi o wydatki na osobę w tym sektorze usług. W krótszym okresie jednak planowane jest kontraktowanie PCG w oparciu o jednostki działalności i koszty.

## Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

System finansowania świadczeń szpitalnych podlegał istotnym zmianom w latach 90. i w najbliższym czasie czeka go następna zmiana. Opisany poniżej stan związany był z reformą NHS, inicjowaną przez Johna Milburna z rządu Margaret Thatcher.

Na podstawie regulacji z 1991 roku kontrakty ze szpitalami podpisywane są przez lokalną administrację ochrony zdrowia (HA) oraz lekarzy rodzinnych *fundholderów*. Wyróżnia się 3 główne typy kontraktów: kontrakty blokowe, *koszt-i-liczbę* oraz za *przypadek*.

Kontrakty blokowe określają zobowiązania szpitala jako „przyjmowanie pacjentów określonego płatnika (HA lub GP – *fundholder*), w razie potrzeby ich hospitalizacji”, za co otrzymują określoną z góry, raz do roku, niezmienną kwotę. Takie kontrakty często zawierają dodatkowo pewne wskaźniki obciążenia pracą szpitali, jak przewidywana liczba przyjęć czy osobodni. Przez dłuższy czas uznawano, że brak bardziej szczegółowych informacji na temat potrzeb pacjentów poszczególnych populacji nie pozwala na bardziej wyrafinowane sposoby kontraktowania.

Kontrakty *koszt-i-liczba* określają, jaką liczbę terapii, leczonych przypadków szpital jest zobowiązany wykonać za określoną kwotę. Kontrakty tego typu w większym stopniu określają wyniki działalności szpitali (leczonych pacjentów), niż w przypadku kontraktów blokowych. Nie ma również istotnego znaczenia „wkład”, jaki szpital posiada w formie zasobów infrastruktury. W przypadku przekroczenia przez szpital zaplanowanych wielkości, następane terapie były najczęściej rozliczane na zasadzie *opłaty-za-przypadek*.

Kontrakty za *przypadek* były definiowane na poziomie poszczególnych pojedynczych pacjentów, wiążąc bezpośrednio czynności wykonywane i wydatki, jakie są z nimi związane. Ponieważ kontrakty tego typu niosą ze sobą znaczny poziom kosztów transakcyjnych, administracja zdrowotna zwykle uznawała tę formę kontraktowania jako uzupełniającą w stosunku do kontraktów blokowych czy *koszt-i-liczba* w przypadku, gdy wielkości określone w powyższych kontraktach zostały przekroczone lub w przypadku rozliczeń incydentalnych – płatnika, który nie ma stałych związków kontraktowych ze szpitalem. Duża część transakcji realizowanych przez GP *fundholders* była zawierana na zasadach *fee-per-case*.

Początkowo oczekiwano, że kontrakty za *przypadek* wypną kontrakty *blokowe* czy *koszt-i-liczba*. W praktyce jednak stopień skomplikowania i koszty transakcyjne powodują, że ich upowszechnienie jest znacznie mniejsze. W ankiecie badającej praktykę kontraktowania z lat 1994/95, 69% respondentów wskazywało, że wykorzystują kontrakty *blokowe* (w wersji rozwiniętej), 25% to kontrakty *koszt-i-liczba* i tylko 5% to kontrakty za *przypadek*. Istotne jest jednak, że kontrakty *blokowe* zostały w tych latach wzbogacone o pewne elementy transakcji za *przypadek*. Określano w tych kontraktach mianowicie zakres usług, do jakich pacjenci – podopieczni danej HA mają dostęp, ale również minimalne i maksymalne liczby przypadków przyjmowanych do leczenia. W razie niewykonania lub nadwykonania, przewidywano odpowiednią procedurę, która zmierzała do weryfikacji założonych wielkości.

Ostateczna kwota pieniędzy, jaka występuje w kontraktach, jest wynikiem kilku elementów. Historyczne wartości, jakie były w przeszłości konieczne do zapewnienia opieki szpitalnej na określonym poziomie, odgrywały w tym zestawie elementów znaczącą rolę, szczególnie w kontraktach blokowych w pierwszym okresie ich obowiązywania. Z czasem zaczęto przykładać coraz większe znaczenie do tego, by kwoty historyczne w coraz większym stopniu odzwierciedlały działalność oraz koszty związane z leczeniem poszczególnych przypadków. Jako część tych wysiłków należy uznać powołanie NHS *Case-Mix Office* i rozwijanie przez tę instytucję systemów *Health Resources Groups* – brytyjskiego odpowiednika amerykańskich DRG. W tym samym czasie rozwój, tzw. rynku wewnętrznego powodował, że lokalna pozycja oraz umiejętności negocjacyjne zarządu szpitala istotnie wpływały na jego przychody.

Próbując klasyfikować brytyjski sposób kontraktowania szpitali, można by go scharakteryzować jako mieszankę budżetów globalnych z elementami opłaty za przypadek. W niektórych przypadkach dodatkowym elementem bywają płatności oparte na liczbie osobodni. System kontraktowania wprowadzony w roku 1991 był częścią szerszego zakresu zmian, których myślą przewodnią było zastąpienie alokacji budżetowej w hierarchiczne struktury, systemem opartym na negocjacjach i kontraktowaniu. Z tą zmianą związane było znaczne powiększenie się obowiązków administracyjnych personelu zarządzającego, który corocznie zatrudniał się do negocjowania, egzekwowania i monitorowania kontraktów. Rząd laburzystowski zaczął urzędowanie od zakwestionowania tego sposobu postępowania. W założeniach rządu Tony Blaira tak duży wysiłek administracyjny nie jest zasadny, a konkurencja na rynku wewnętrznym nie jest właściwym sposobem zarządzania w ochronie zdrowia. W miejsce powyższych rozwiązań rząd ten proponuje i stopniowo wprowadza zasadę długoterminowych kontraktów oraz „współpracy i współdziałania w miejsce konkurencji”. W podejściu tym zachowana jest rozdzielność nabywcy od wykonującego świadczenia, lecz nabywca stanie się bardziej administracyjną jednostką (PCG PCT), działającą na danym obszarze. Kontrakty oparte na liczbie i cenie świadczeń mają być stopniowo zastępowane takimi, które w większym stopniu pobudzają wysoką jakość w systemie.

Odrębnie należy rozważać systemy opłacania lekarzy medycyny rodzinnej (GP) i lekarzy zatrudnianych w szpitalach.

Lekarze medycyny rodzinnej podpisują z administracją NHS kontrakty na zakres świadczeń, określony jako usługi medycyny rodzinnej (GMS). Warunki tych kontraktów negocjowane są corocznie pomiędzy Komitetem Medycyny Rodzinnej (działem *British Medical Association* – brytyjskiej Izby Lekarskiej, reprezentującej lekarzy rodzinnych) a Ministerstwem Zdrowia (DoH). System płatności określony na poziomie krajowym składa się z trzech elementów: stałej opłaty na funkcjonowanie praktyki, opłaty kapitacyjnej oraz opłaty za usługę w przypadku określonej krótkiej listy świadczeń.

GP opłacani są z zachowaniem zasady „koszty i trochę więcej”. Opłaty są więc logicznie pomyślane jako te pokrywające koszty oraz dochód netto lekarza za pracę. Oba te elementy są monitorowane i corocznie publikowane przez *Doctors' and Dentists' Review Body* (DDRB), która na podstawie tych badań dokonuje rekomendacji co do zmian w poszczególnych elementach opłat. Koncepcja opłacania lekarzy rodzinnych jest zatem taka, by prócz pokrycia koniecznych kosztów, średnio lekarz był w stanie wypracować określoną kwotę dochodu.

Jak wspomniano powyżej, opłaty wobec GP składają się z następujących elementów:

*Oplata kapitacyjna* – stanowiąca około 50% rocznych przychodów GP, związana jest z osobą pacjenta. Jej sensem jest zachęcenie GP do takiego traktowania pacjentów, by ci, mając możliwość wyboru, wybierali danego lekarza.

*Stała roczna opłata* – jest drugim pod względem wielkości elementem przychodów rocznych GP, jest pomyślana jako kwota, która ma pokryć stałe, niezmiennie i konieczne koszty związane z prowadzeniem praktyki.

*Opłaty za promocję zdrowia* – opłaty, które lekarz otrzymuje za działania z zakresu promocji zdrowia, za włączenie pacjentów do programów *diseases management*, oraz za osiągnięcie pewnego poziomu wyszczepień czy badań skryningowych szyjki macicy.

*Opłaty za usługę* – stosowane w przypadku niektórych usług, których wykonywanie jest szczególnie promowane przez administrację ochrony zdrowia, takich jak np. usługi (porady) z zakresu antykoncepcji.

W rezultacie wysokość indywidualnych dochodów lekarza rodzinnego zależeć będzie od wielu czynników, w tym liczby pacjentów, ich ewentualnego kwalifikowania się do odpowiednich grup dyspanseryjnych (*disease management*), oraz liczby wykonanych pewnych preferowanych usług.

Wprowadzenie formy GP *fundholdera* czy innych rozwiązań z lekarzem rodzinnym jako nabywcą świadczeń innych wykonawców, nie wpłynęło na sposób ani wysokość dochodów lekarzy. Środki w budżecie GP *fundholdera* nie mogły być wykorzystywane jako dodatkowe źródło dochodów lekarza. Motywacje do stosowania zasady GP *fundholdera* nie miały charakteru motywacji finansowych, lecz jedynie możliwość nabywania świadczeń dla swoich pacjentów.

NHS (*Primary Care*) Act 1997 wprowadził możliwość odmiennego od krajowego zawierania kontraktów z lekarzami rodzinnymi w niektórych miejscach w kraju. Celem uruchomienia możliwości autonomicznego podejmowania decyzji na poziomie poszczególnych HA było testowanie nowych rozwiązań kontraktowania pomiędzy HA a lekarzami rodzinnymi. Wśród różnych potencjalnych możliwości kontraktowania rozważano i testowano tworzenie wieloosobowych zespołów lekarzy rodzinnych, dysponujących budżetem na całość opieki nad pacjentami, którzy sami byli pracownikami zatrudnionymi na etatach.

Kolejnym krokiem w zmianach w medycynie rodzinnej było przypisanie wszystkich lekarzy rodzinnych od 1 stycznia 1999 roku (dla pewnych grup lekarzy to była data 1 stycznia 2000) do poszczególnych PCG i PCT. Formacje te są pewnym odpowiednikiem praktyk grupowych, lecz populacyjne, jakie obejmują, mogą być znaczne i sięgające 100 000 obywateli i więcej. Poszczególni lekarze zachowują w tych strukturach status właściciela praktyki indywidualnej.

W przeciwieństwie do lekarzy GP, lekarze szpitalni są bezpośrednio zatrudnieni przez NHS na etatach. Skale pensji tych lekarzy są corocznie ustalane przez DoH, który bierze pod uwagę rekomendacje *Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration*. Skale dochodowe poszczególnych grup lekarzy szpitalnych na rok 2003 przedstawiono w za-

łączniku 1. Jako uzupełnienie zarobków w NHS, konsultanci NHS (status starszych specjalistów), zatrudnieni na pełny etat są **uprawnieni** do uzyskiwania dodatkowo jedynie 10% dochodów brutto z praktyki prywatnej. Konsultanci zatrudnieni na nie więcej niż 1/2 etatu mają prawo angażować się w praktykę prywatną bez ograniczeń kwotowych, są za to zobowiązani do przepracowania części swojego zatrudnienia w strukturach NHS bez uzyskiwania wynagrodzenia (szacunkowo 1/11 wynagrodzenia). Regulacje tego typu są wynikiem debat na temat nieprawidłowości, wynikających z jednoczesnego zatrudnienia w NHS i praktyce prywatnej. Uważa się, że takie równoczesne podejmowanie pracy skutkuje zmniejszeniem faktycznego czasu przepracowanego w ramach NHS i/lub mniejszego zaangażowania w pracę wykonywaną na rzecz NHS.

Niektórzy konsultanci zatrudnieni w szpitalach otrzymują dodatkowo, oprócz pensji szpitalnej, tzw. merit awards. Te bonusy są uzależnione od osiągniętych wyników w aktywności naukowej, a nie klinicznej, co jest jednocześnie elementem krytyki tego systemu.

## Niemcy

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

W Niemczech nie występuje pojedynczy budżet publicznych środków na ochronę zdrowia, lecz środki te są gromadzone w 17 budżetach zasilanych podatkami (16 budżetów landów oraz budżet federalny) i w blisko 500 budżetach zasilanych składkami na ubezpieczenie zdrowotne (kasy chorych).

Budżety zasilane ze źródeł podatkowych zależą od decyzji odpowiednich parlamentów (landów lub federalnego), natomiast budżety kas chorych zależą od decyzji ich zarządów, które ustalają wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Środki gromadzone w budżetach landów i federalnym przeznaczane są na działania z zakresu zdrowia publicznego (np. ochrona sanitarna) oraz inwestycje, dokonywane w szpitalach należących do sieci szpitalnej. Budżet federalny opłaca także składki za żołnierzy zawodowych, policjantów oraz finansuje szkolnictwo medyczne i badania naukowe. Część środków w budżetach landów pochodzi z transferów z budżetu federalnego.

Zasadniczo kasy chorych mogą dokonywać zmian w wysokości żądanej składki w zależności od wielkości koniecznych (planowanych) wydatków. Istnieją także mechanizmy administracyjne, poza quasi-rynkowymi, polegającymi na względnej konkurencji kas, ograniczające przyrost tych składek (a właściwie przyrost wydatków na świadczenia zdrowotne).

W sensie alokacji zasobów należy mieć na uwadze następujące uwarunkowania systemu niemieckiego:

- kasy chorych posługują się planami przychodów w celu określenia planów wydatków. W coraz większym stopniu i w kolejnych możliwych punktach stosują samoograniczające mechanizmy finansowania świadczeń, w szczególności budżety oraz limity wzrostu wydatków,

- tak budżety kas chorych, jak i poszczególnych świadczeniodawców, w znacznym stopniu oparte są na historycznych wskaźnikach z poprzednich lat, powielając z roku na rok istniejące różnice w wydatkach w przeliczeniu na ubezpieczonego lub leczonego.

## Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

W ciągu ostatnich lat niemiecki sektor szpitalnictwa odnotował istotne zmiany. Wychodził od sytuacji sprzed 1993 roku, gdy szpitale otrzymywały środki w pełni pokrywające ich wydatki, przy tym środki te miały charakter rocznych budżetów, obliczanych na podstawie liczby osobodni w poprzednim roku mnożonej przez koszt osobodnia w tym roku. W ostatnich latach natomiast zmierza w kierunku wprowadzenia systemu finansowania w oparciu o *case-mix* (DRG), adaptując rozwiązania australijskie w tym względzie. W międzyczasie stosowane są w Niemczech rozwiązania mieszane, łączące tradycyjne budżety oparte na osobodniach z płatnościami za przypadek lub procedurę.

W 1972 r. ustawa o finansowaniu szpitali wprowadziła dualny system finansowania, który miał pokrywać wszystkie koszty szpitali i który doprowadził do ogromnego rozwoju tego sektora ochrony zdrowia w Niemczech. System ten polega na odrębnym finansowaniu kosztów „bieżących” wykonywania usług szpitalnych ze środków kas chorych oraz kosztów inwestycyjnych i odtworzeniowych ze środków landów (w części pochodzących z transferów z budżetu federalnego). Dodatkowo, dość istotnym źródłem przychodów są kwoty wpłacane przez pacjentów jako tzw. współpłacenie.

Przychody ze źródeł kas chorych pokrywają „bieżące” koszty funkcjonowania szpitala, w tym koszty personelu lekarskiego, który jest zatrudniany na etatach w szpitalach. Ordynatorzy oddziałów szpitalnych mają dodatkowo prawo do prowadzenia prywatnych łóżek w swoich oddziałach, na które mogą przyjmować pacjentów, otrzymując od nich wynagrodzenie za to leczenie.

W roku 1993 nastąpiły istotne zmiany, których celem było zwiększenie efektywności działania szpitali. Zniesiono zasadę pełnego pokrywania kosztów szpitalnych; dopuszczono do powstawiania deficytów lub nadwyżek w szpitalach i określono stały budżet każdego ze szpitali na podstawie ostatniego roku przed zmianą.

Zmiany (wzrost) budżetu szpitala był regulowany poprzez publikowane przez Ministerstwo Zdrowia wskaźniki i ewentualnie korygowany wg wskaźników rzeczywiście osiągniętych. Określono jednocześnie listę wyjątków, na które szefowie szpitali mogli się powoływać, chcąc uzyskać dodatkowe środki, a także standardy zatrudnienia pielęgniarek, jednocześnie dopuszczając zwiększenie budżetu o odpowiednie do niego koszty.

Szpitale mogą również prowadzić działalność ambulatoryjną, obejmującą opiekę nad pacjentem hospitalizowanym w tym szpitalu, na kilka dni przed i po pobycie szpitalnym, co miało prowadzić do skrócenia pobytów szpitalnych. Ze względu na słabe motywacje finansowe (stałe budżety), działalność tego typu była jednak marginalna.

W roku 1996 wprowadzono prospektywne stawki za przypadek i za procedurę, co było wstępem do powszechnego wprowadzenia systemu *case-mix*. Celem wprowadzenia tego systemu było zwiększenie efektywności działania szpitali, poprzez stymulowanie ich produktywności. Zasada była zatem taka, że szpitale, które są w stanie wykonać daną usługę poniżej jej „ceny” zyskują, inne zaś tracą na leczeniu danego przypadku. W ten sposób część ryzyka została przeniesiona z kas chorych na szpitale.

Opłaty za przypadek (FP) w założeniach zawierają wszystkie koszty związane z leczeniem danego rodzaju pacjentów. Przypadek określany jest jako kombinacja rozpoznania zasadniczego z pobytu w szpitalu oraz głównej interwencji (najczęściej procedury), jaka została wykonana na rzecz pacjenta.

Opłaty za procedurę z kolei wypłacane są wraz z nieco zmniejszonymi stawkami za osobodzień. Opłaty za procedurę w założeniach pokrywają jedynie sam akt wykonania zabiegu, nie zawierając innych elementów kosztów, takich jak pobyt na oddziale i leczenie zachowawcze.

Każda pozycja z cennika opłat za przypadek (aktualnie 70), czy za procedurę (aktualnie 150), ma przypisaną wartość punktową, która odzwierciedla zużycie zasobów na ten typ działania. W chwili konstruowania niniejszej skali, co odbywało się poprzez obserwację kosztów leczenia pewnej liczby pacjentów (przypadków), czy też kosztów wykonania określonej procedury, wartość jednego punktu wynosiła 1 DM. Z czasem oraz z uwagi na umiejscowienie płatnika, wartość pojedynczego punktu zaczęła się różnicować. W praktyce wartość ta jest określana w drodze negocjacji pomiędzy płatnikiem a szpitalami na szczeblu landu.

W definicji poszczególnych pozycji z listy przypadków określony został maksymalny czas pobytu związany z danym przypadkiem. W sytuacji przekroczenia tego czasu w trakcie leczenia danego pacjenta, szpital ma prawo naliczyć dodatkowe koszty w oparciu o taryfikator za osobodzień. Takie przypadki zdarzają się w około 3 hospitalizacjach opłacanych wg *fee-per-case*.

W chwili obecnej szacuje się, że około 25% przyjęć szpitalnych rozliczanych jest na podstawie systemu opłat za przypadek i za procedurę, jednocześnie 12% szpitali w ogóle nie używa tego systemu. Jest to spowodowane m.in. tym, że niektóre dziedziny lecznictwa szpitalnego nie mają w zestawie żadnej pozycji FP. Takimi dziedzinami są choroby wewnętrzne, pediatria czy psychiatria, podczas gdy z drugiej strony 50–60% przyjęć pacjentów ginekologicznych, czy okulistycznych jest rozliczanych za przypadek.

Wszystkie inne koszty są refundowane w dwutorowym systemie opartym na osobodniach, w którym z jednej strony naliczana jest jednolita stawka szpitalna na koszty „poza-medyczne”, z drugiej natomiast stawka wg rodzaju oddziału, pokrywająca koszty medyczne, w tym personel i leki.

Omawiane opłaty za przypadek, za procedurę czy dzień pobytu składają się na budżet globalny szpitala, przy czym rozumienie budżetu globalnego w Niemczech jest inne niż jesteśmy do tego przyzwyczajeni w innych krajach. Budżet taki jest budżetem docelowym, będącym wynikiem negocjacji pomiędzy szpitalem a kasami chorych, określanym poprzez kwotę z jednej strony i wielkość „produkcji” z drugiej. W przypadku, gdy tak



określony cel w danym roku zostanie przekroczony, szpital uzyskuje dodatkowe środki, lecz w mechanizmie degresywnym; od 20 do 50% wielkości podstawowych. Z kolei, jeśli planowana wielkość „produkcji” nie zostanie wykonana, szpital zachowuje 40% środków z budżetu globalnego, pozostałą część zwracając.

### **Płatności kas chorych w stosunku do lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego nie są bezpośrednie, lecz następują za pośrednictwem Stowarzyszeń Lekarzy Kas Chorych na poziomie poszczególnych landów.**

Każdy lekarz, który zamierza prowadzić praktykę i przyjmować ubezpieczonych kas chorych, musi zostać członkiem Stowarzyszenia. Stowarzyszenie prowadzi corocznie negocjacje z poszczególnymi kasami chorych, reprezentowanymi z kolei przez swoje Stowarzyszenie.

Negocjatom podlegają opłaty kapitacyjne, jakie kasy wnoszą do Stowarzyszenia za swoich ubezpieczonych. Poziom stawki kapitacyjnej różni się w poszczególnych landach, a także pomiędzy różnymi ubezpieczycielami w ramach landu.

Następnie Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych dokonuje dystrybucji otrzymanych środków pomiędzy swoich członków, wg Jednolitej Skali Wartościowej (EBM) usług medycznych i innych regulacji. Płatności wykonywane są na podstawie kwartalnych raportów składanych przez lekarzy, z wyszczególnieniem liczby w ogólnej wartości punktowej wykonanych na rzecz pacjentów usług. Stowarzyszenie zobowiązane jest do dokonania sprawdzenia wiarygodności przedstawionych raportów i zsumowania ich wartości.

Usługi medyczne podlegające refundacji muszą zawierać się w EBM, która tym samym stanowi zakres świadczeń gwarantowanych. Lista jest tworzona w ramach wspólnych prac Stowarzyszenia Lekarzy Kas Chorych oraz Stowarzyszenia Kas Chorych. Oprócz tej listy istnieje także lista *Individuelle Gesundheitsleistungen* (IGEL), będąca listą świadczeń niepodlegających refundacji kas chorych.

Na liście EBM znajduje się 147 usług o charakterze uniwersalnym (konsultacje, wizyty, badania skryningowe) oraz kilkaset usług o charakterze specjalistycznym. Rozdział poświęcony chirurgii i ortopedii zawiera 355 usług, rozdział laryngologiczny 97 pozycji, chorób wewnętrznych 87 pozycji. Każdej z pozycji przypisana jest wartość punktowa oraz pewne warunki, jakie muszą być spełnione, by starać się o refundację, np. określone wskazania do wykonania danej usługi lub listę usług wykluczonych w trakcie tej samej wizyty.

Ostatecznie kwota, jaką praktyka lekarska uzyska za wykonane usługi zależy od następujących czynników:

- od roku 1997 określane są limity liczby punktów, jakie lekarz może wykorzystać w stosunku do pojedynczego pacjenta, przy czym limity te różnią się między specjalnościami (lekarza) oraz landami,
- kwota jaka została wynegocjowana przez Stowarzyszenie z kasami chorych dla danego obszaru (a tym samym grupy lekarzy), jest dzielona przez sumaryczną liczbę wytworzonych w danym kwartale punktów, z czego powstaje wartość pojedynczego punktu,



Tabela 2. Przykładowe pozycje z niemieckiej klasyfikacji procedur medycznych

Przykładowe pozycje z EBM (wersja z roku 1996)	
Nazwa usługi	Wartość punktowa
Podstawowa opłata za opiekę nad pacjentem przez 3 miesiące zależne od specjalności lekarskiej, stanu pacjenta	60–575
Dodatek do opłaty podstawowej, dla następujących specjalności: nefrologia – opieka nad dializowanym onkologia – pacjent ze zdiagnozowaną ch. nowotworową reumatologia – pacjent z zwyrodnieniowym zapaleniem stawów	900
Opłata za wizytę	50
Rozpoznanie i terapia zaburzeń psychicznych poprzez konwersację, trwającą minimum 15 min	450
Wizyta domowa, zwykła	400
Wizyta domowa, nagła	600
Opieka przedporodowa	1 850
Skryning nowotworowy	260 (męż.)/310 (kob.)
Ogólna ocena stanu zdrowia	780
EKG	250
Densytometria	450

- ostateczny poziom refundacji jest dalej modyfikowany poprzez Skalę Dystrybucji Refundacji, która koryguje krańcowe wartości (minimum, maksimum) poziomów refundacji poszczególnych grup specjalności.

Kwartalne raporty są przedmiotem działań, mających na celu zapobieganie nadużyciom oraz nadmiernej konsumpcji/produkcji świadczeń. Kontrole dotyczą przypadkowo wybranych lekarzy oraz tych lekarzy, którzy wyróżniają się w parametrach liczby i rodzaju usług.

Tabela 3. Zmiany w liczbie lekarzy, wytworzonych usług oraz wynagrodzeń w sektorze ambulatoryjnym w latach 1988–1995

	1988–1992	1992–1995	1988–1995
Liczba lekarzy w Stowarzyszeniu Lekarzy Kas Chorych	12%	15%	29%
Liczba usług	32%	26%	67%
Liczba usług/lekarza	18%	10%	30%
Sumaryczna refundacja	34%	13%	51%
Refundacja/lekarza	19%	-1%	18%
Refundacja/usługę	10%	-10%	-9%

Źródło: Busse & Howorth 1999

Analiza wskaźników dotyczących liczby usług i poziomu ich refundacji wskazuje, iż w ciągu kilkunastu lat refundacja w przeliczeniu na lekarza wzrastała nieregularnie, szczególnie w latach 1992–1995. W tym czasie liczba lekarzy znacznie wzrastała. W przeliczeniu na usługę, kwota refundacji spadała poza okresem 1988–1992.

Tabela 4. Refundacja i dochody lekarzy praktyk prywatnych w roku 1996

	Refundacja ze Stowarzyszenia	Przychody ogółem (włącznie pacjentów prywatnych)	Koszty personelu i wyposażenia	Dochód przed opodatkowaniem
Dermatolodzy	362 200	500 600	30 3800	196 800
ENT	422 200	576 900	326 100	250 800
Ginekologodzy	378 800	488 500	284 900	203 500
Interniści	430 500	527 100	320 500	206 600
Neurologodzy	333 800	398 800	220 400	178 400
Okuliści	372 600	523 700	300 700	223 100
Ortopedzi	496 500	686 500	457 400	229 100
Pediatrzy	368 300	405 700	231 300	174 300
Radiolodzy	813 100	1 103 200	870 600	232 600
Chirurdzy	391 000	560 200	387 600	172 600
Urologodzy	407 000	543 900	343 500	200 300
Średnio	415 100	531 100	330 500	200 600
Lekarze rodzinni (ogólni)	320 700	369 900	214 100	155 800

Źródło: Federal Association of SHI Physicians 1998

Pomimo umiarkowanych wzrostów refundacji w przeliczeniu na lekarza, dochody lekarzy pracujących we własnych praktykach pozostały na wysokim poziomie, co należy przypisać istotnemu wzrostowi opłat wnoszonych przez prywatnych pacjentów. Średnie dochody lekarzy kształtują się w przedziale 150 000 DM, dla lekarzy ogólnych do 250 000 dla ENT, co oznacza od dwóch do trzech razy więcej niż inni pracownicy umysłowi (WHO 2001).

## Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

Amerykański system ochrony zdrowia jest bardzo różnorodny w strukturze i unikalny wśród krajów wysoko uprzemysłowionych. Podstawowe cechy tego systemu to:

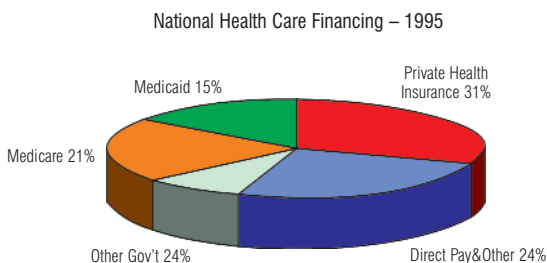
- brak obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osób pracujących,

- znaczna swoboda w zakresie organizacji i tworzenia instytucji rynku ochrony zdrowia, w tym jednostek opieki zdrowotnej i firm płatniczych,
- dominujący prywatny sektor, w przewadze działający *for-profit*, tak po stronie świadczeniodawców, jak i płatników świadczeń ochrony zdrowia,
- programy ubezpieczeniowe stanowe i federalne, obejmujące wybrane grupy społeczne, finansowane z podatków ogólnych.

Jak wspomniano, ubezpieczenie osób pracujących nie jest obowiązkowe (oprócz Hawajów, gdzie pracodawca „zachęcany” jest do ubezpieczania pracowników poprzez sankcje finansowe), w rezultacie czego tylko 61% populacji objętych jest ubezpieczeniem wynikającym ze stosunków pracowniczych. Około 13% populacji wykupuje ubezpieczenie samodzielnie, w rozmaitym zakresie świadczeń i pokrycia kosztów.

Zabezpieczenie zdrowotne populacji uzupełniane jest publicznymi programami ubezpieczeń, takimi jak Medicare, który skierowany jest do osób starszych i chorych na niektóre schorzenia, który pokrywa kolejne 13% populacji. Program *Medicare* w części A pokrywa koszty leczenia szpitalnego, psychiatrycznego, opieki pielęgniarskiej po ostrych incydentach chorób oraz pielęgniarskich wizyt domowych. W części B, opcjonalnej, pokrywającej koszty porad lekarskich, innych ambulatoryjnych oraz trwałych środków medycznych, finansowanie pochodzi z składek uczestników (25%) oraz dotacji federalnej. Istnieje możliwość pokrycia tej części ze środków *Medicare*, lecz dotyczy to tylko przypadków osób starszych, a jednocześnie ubogich, w sumie dających 9% populacji podopiecznych programu. *Medicare* jest nastawione na pokrywanie kosztów zachorowań ostrych i nie pokrywa kosztów opieki długoterminowej, okulistyki oraz leków zapisywanych w lecznictwie ambulatoryjnym.

Stałym elementem programu *Medicare* jest współpłacenie pacjenta, które średnio szacowane jest na 17% kosztów usług i 6% dochodów podopiecznych.



Ryc. 2. Źródła finansów w systemie ochrony zdrowia USA (źródło: [www.hcfa.gov](http://www.hcfa.gov))

Drugim programem publicznym, interweniującym na tym liberalnym rynku ubezpieczeń zdrowotnych, jest program *Medicaid*, stanowo-federalny program skierowany do osób ubogich, które jednocześnie są niewidome, upośledzone, są kobietami w ciąży lub wychowują dzieci. *Medicaid* obejmuje około 10% populacji amerykańskiej i zapewnia usługi prewencji, lecznictwa oraz opieki długoterminowej.

Okolo 14% populacji jest nieubezpieczona w ogóle, a ubezpieczenie kolejnych 14% jest bardzo ubogie. Większość z tych osób to ludzie stosunkowo młodzi, pracujący, lecz uzyskujący niskie wynagrodzenia.

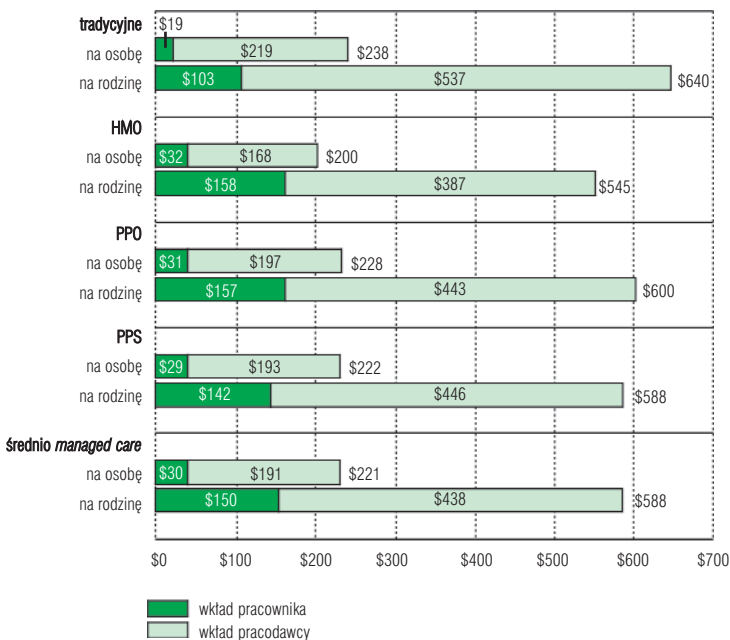
68% podopiecznych *Medicare* ma dodatkowe, uzupełniające ubezpieczenie, które pokrywa kwoty współpłacenia oraz usługi nieobjęte ubezpieczeniem *Medicare*.

Świadczenia zdrowotne dla sektora publicznego dostarczane są tak przez prywatne (większość), jak i publiczne jednostki. Usługi z zakresu zdrowia publicznego finansowane są ze środków publicznych. W latach 90. duża liczba szpitali, domów opieki, hospicjów oraz HMO przekształciła się z jednostek *non-for-profit* na *for-profit*. Przy okazji dochodziło do przejęć i fuzji w tym sektorze, prowadzących do koncentracji sił wytwórczych, tym samym pewnej poprawy efektywności.

W ciągu ostatnich lat, szczególnie w latach 80., następował ogromny rozwój sektora *managed care*, który stopniowo eliminował klasyczne ubezpieczenia (*indemnity*) płacące *fee-for-service*. Organizacje *managed care*, w odróżnieniu do klasycznych ubezpieczeń, stosują motywacje finansowe dla świadczeniodawców, mające ich skłonić do oszczędnego wykorzystywania zasobów (porad specjalistów, usług szpitalnych oraz leków), kontrole i konieczność uzyskiwania zgody na wykonywanie kosztowniejszych procedur, a także systemy nadzoru nad praktyką kliniczną lekarzy oraz kosztami ich działania.

HMO jest najstarszą formą organizacji *managed care* i najbardziej restrykcyjną w swoim działaniu. Osoby przystępujące do HMO otrzymują możliwość skorzystania z obszernego pakietu świadczeń, które mogą uzyskać w wybranych, ściśle określonych jednostkach. Podstawowa różnica w stosunku do ubezpieczeń klasycznych w pierwszych latach ekspansji HMO polegała właśnie na selektywnym wyborze świadczeniodawców, co pozwalało na uzyskiwanie od nich niskich cen, a tym samym proponowanie klientom niskich składek. Selektowność świadczeniodawców prowadziła jednak często do wyboru tych tańszych i czasem gorszych od strony jakościowej. Powodowała również niewygodę korzystania ze ściśle określonych świadczeniodawców. Niezadowolone, jakie to wywoływało spowodowało powstanie innych, bardziej liberalnych form organizacji *manage care*.

POS (*point of service*) jest odmianą HMO, w których, w zamian za większy udział pacjenta w kosztach leczenia, płaconych w formie współpłacenia, pacjenci uzyskują większą swobodę wyboru świadczeniodawcy. Istnieje sieć „preferowanych świadczeniodawców” PPO, którzy stosują niższe stawki dla podopiecznych danej organizacji. W ostatnich latach PPO zdobywa coraz większą liczbę zwolenników, kosztem klasycznych HMO. Od roku 1996 odsetek podopiecznych PPO wzrósł z 28%, poprzez 41% w roku 2000 do 48% w roku 2002. Z kolei podopiecznych klasycznego HMO ubywało, z 31% w roku 1996, 29% w roku 2000, do 23% w roku 2002. W tym czasie klasyczne ubezpieczenia zdrowotne, oparte na zasadzie *fee-for-service* prawie znikły z rynku, stanowiąc w roku 2002 zaledwie 7%, podczas gdy w roku 1996 było to jeszcze 27%, a w roku 1988 aż 77%.



Ryc. 3. Wysokość miesięcznych składek do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i proporcje ich pokrywania

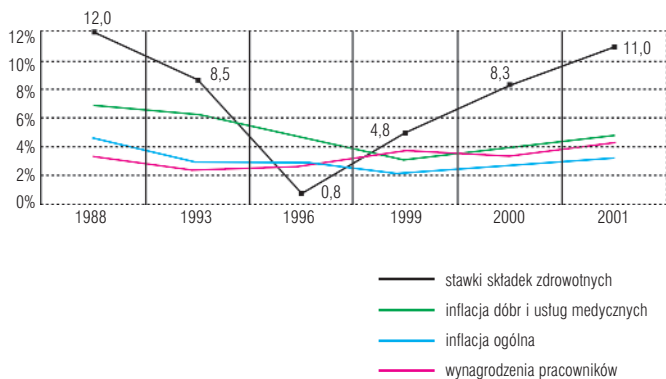
### Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

Personel szpitali jest w większości zatrudniony na etatach, za wyjątkiem lekarzy, których duża część to tzw. *attending physician*, kontraktowi lekarze wykonujący usługi z wykorzystaniem zasobów szpitala. Generalnie nie ma krajowych reguł, dotyczących ustalania poziomu wynagrodzeń personelu szpitali, za wyjątkiem lekarzy opłacanych *fee-for-service*, którzy używają CPT jako narzędzia ustalania stawek za swą pracę.

Większość lekarzy pracuje jako właściciele własnych gabinetów, ewentualnie łącząc się z innymi lekarzami w grupy. Pozostali lekarze pracują jako pracownicy agencji rządowych, instytucji *managed care*, lecz jest to mniejszość lekarzy.

W połowie lat 90., w okresie silnej ekspansji organizacji *managed care*, wzrost składek na różne formy ubezpieczenia został zahamowany do 0,8% w roku 1996 w stosunku do 1995. Od tego roku znowu zaczął przyspieszać i w roku 2001 osiągnął 11% w stosunku do 2000, a w roku 2002 był prawdopodobnie jeszcze wyższy. Przyczyn tego wzrostu upatruje się w rozwoju formacji PPO i POS, jako bardziej elastycznych i jed-

nocześniej droższych od klasycznego HMO, a jednocześnie wzrost wydatków na leki, m.in. napędzany przez możliwość reklamy leków na receptę skierowanej do pacjentów. Te dwa elementy, poprawiające możliwości wyboru pacjenta, jednocześnie przenoszą się na niego w formie wyższych wydatków na składki ubezpieczeniowe.



Ryc. 4. Zmiany w wysokości składek zdrowotnych w różnych typach ubezpieczeń w USA (źródło: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored, KPMG Survey of Employer-Sponsored Health 1988–2000)

*Medicare* działa w dwojaki sposób: jako tradycyjny program FFS (*fee-for-service*) oraz poprzez organizacje *managed care* (*Medicare + Choice*).

W *Medicare* FFS, stawki ustalane są prospektywnie i obejmują poszczególne nabywane produkty i usługi. Stawki te obejmują zarówno kwotę płaconą przez *Medicare*, jak i kwotę współpłaconą przez pacjenta. Zatem świadczeniodawcy, zgadzający się te stawki, określają tym samym całość swoich przychodów od danego pacjenta, przy czym część z nich pochodzi z *Medicare*, a część bezpośrednio od leczonej osoby.

W *Medicare + Choice* (M\_C), *Medicare* określa miesięczną stawkę kapitacyjną, w odniesieniu do populacji zamieszkującej dany rejon i oferuje ją organizacjom typu *managed care*, działającym na tym terenie. Organizacje te mogą oferować dodatkowe usługi, poza tymi określonymi w kontrakcie z *Medicare*, które są wtedy opłacane przez podopiecznych z dobrowolnych składek.

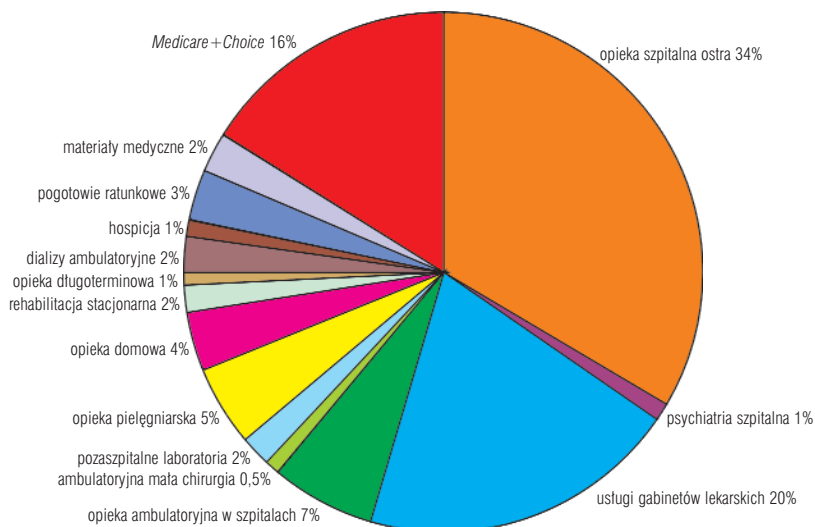
W latach 1997–2000 wydano trzy ustawy, dalej regulujące działanie programów publicznych w ochronie zdrowia, są to: *Balanced Budget Act of 1997* (BBA) i *Balanced Budget Refinement Act of 1999* (BBRA), oraz *Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000* (BIPA).

Ustawy te w dość zasadniczy sposób wpływają na aktualny sposób działania programów, w szczególności wprowadzają konieczność określenia prospektywnych metod finansowania usług pielęgniacych, leczenia ambulatoryjnego (ambulatoria przyszpitalne), opieki domowej, rehabilitacji, opieki długoterminowej i psychiatrycznej. Zmianie mają również podlegać zasady ustalania stawek kapitaacyjnych dla organizacji *managed care*, działających w ramach *Medicare + Choice*.

Na podstawie niniejszych regulacji powstaje *Medicare Payment Advisory Commission* (MedPAC), która dokonuje corocznej oceny systemów opłacania usług zdrowotnych i formułuje rekomendacje dla Kongresu w tej sprawie.

W *Medicare* można wyróżnić 15 grup produktów i usług oraz podobną liczbę systemów ich opłacania. W szczególności, w ramach *Medicare* można wyróżnić systemy opłacania:

- opieki szpitalnej krótkoterminowej, w tym psychiatrycznej,
- opieki ambulatoryjnej, wykonywanej przez praktyki lekarskie, ambulatoria przyszpitalne, ambulatoryjne ośrodki chirurgiczne, laboratoria,
- opieki po ostrych epizodach choroby, w tym opieki pielęgniacyjnej, rehabilitacji, opieki długoterminowej,
- dializoterapii ambulatoryjnej i w hospicjach,
- materiałów medycznych trwałego użytku,
- usług zapewnianych w ramach programu M\_C.



Ryc. 5. Rozkład wydatków *Medicare* na poszczególne kategorie produktów i usług

Tabela 5. Zestawienie form opłacania poszczególnych rodzajów usług i produktów w ramach Medicare								
Sposób placenia	Opieka stacjonarna ostra		Opieka ambulatoryjna				Opieka pielęgnacyjna	
	Szpitalne	Jednostki psychiatryczne	Gabinety Lekarskie	Ambulatoria przyszpitalne	Ambulatoryjna chirurgia	Laboratoria pozaszpitalne	Zakłady opiekuńczo-lecznicze	Opieka pielęgnacyjna domowa
Rozpoczęcie płatności tą metodą	1984	1983	1992	2000	1982	1984	1998	2001
Reguła płatności	Prospektywna	Pokrycie kosztów z limitem	Prospektywna	Prospektywna	Prospektywna	Prospektywna	Prospektywna	Prospektywna
System klasyfikacyjny produktów	506 DRG	Brak	Ponad 7000 pozycji HCPCS	Kategorie HCPCS pogrupowane w 750 APC	Kategorie HCPCS w 8 grupach procedur	Ponad 1100 kodów z zakresu HCPCS	44 grupy RUGIII	88 grup HHRG
Składowe wag kosztowych	Pojedyncza waga punktowa dla danego DRG	Brak	Praca lekarza, koszty praktyki, koszty ubezpieczenia	Pojedyncza waga punktowa dla danego APC	Jednakowa kwota dla każdej z grup procedur	Związane z kwotami podstawowymi	Usługi oraz opieka pielęgnacyjna	Pojedyncza waga punktowa dla danego HHRG
Źródło informacji do weryfikacji wag	Rachunki ze szpitali	Brak	Ocena ekspercka, ankieta dotycząca kosztów praktyki oraz wielkości składek ubezpieczeniowych	Mediana szacowanych kosztów usług	Mediana szacowanych kosztów usług	Brak	Ocena czasu pracy personelu	Szacowana średnia kosztów HHRG
Składowe pierwotnych stawek	Koszty pracy i pozaosobowe, koszty kapitału	Bieżące koszty działalności każdej z jednostek	Pojedynczy wskaźnik przeliczeniowy dla każdego z elementów wyceny	Dane dotyczące kosztów pracy	Dane dotyczące kosztów pracy	Koszty nośnika kosztów, z limitem	Koszty usług, opieki pielęgnacyjnej	Dane dotyczące kosztów pracy



Tabela 5. cd.

Pierwotne źródło stawek	Koszty świadczeniodawców w roku 1983, corocznie weryfikowane	Roczne raporty finansowe jednostek	Przewidywane wydatki na poszczególne kategorie	Dane z cennika przychodni przyszpitalnych z roku 1996, zweryfikowane ich kosztami działalności	Badanie ankietowe kosztów ambulatoryjnej chirurgii (1986)	Corocznie weryfikowane stawki laboratoryjne z roku 1983	Planowane agregaty wydatków	Wydatki na ten sektor
Regionalne różnicowanie stawek	W oparciu o wskaźniki <i>Hospital Wage Indem</i> (HWI)	Brak	Odrębnie GPCI, koszty pracowników praktyk lekarskich, PLI	W oparciu o wskaźniki <i>Hospital Wage Indem</i> (HWI)	W oparciu o wskaźniki <i>Hospital Wage Indem</i> (HWI)	Brak	W oparciu o wskaźniki <i>Hospital Wage Indem</i> (HWI)	W oparciu o wskaźniki <i>Hospital Wage Indem</i> (HWI)
Inne mechanizmy różnicowania stawek	DSH - wskaźniki pacjentów z grup ubogich, programy GME	Brak	Zredukowane stawki dla wykonawców niebędących lekarzami	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Metody weryfikacji stawek w czasie	Wzrost kosztów w sektorze szpitalnictwa	Wzrost kosztów we wskaźniku TEFRA	Wzór SGR	Wzrost kosztów w sektorze szpitalnictwa	Wzrost wskaźnika CPI-U	Wzrost wskaźnika CPI-U	Wzrost wskaźnika SNF	Wzrost kosztów w sektorze opieki domowej
Wydatki kapitałowe	Oddzielnie naliczane prospektywne stawki	Odrębne transfery	Wliczone w ceny usług	Wliczone w ceny usług	Wliczone w ceny usług	Wliczone w ceny usług	Wliczone w ceny usług	Wliczone w ceny usług
Inne mechanizmy różnicujące	Wyższe stawki dla regionów zurbanizowanych, specjalne stawki dla regionów wiejskich	Organiczni krajowe stawki nałożone na lokalne mechanizmy	10% dodatki w rejonach z deficytem lekarzy	Promowane nowe technologie, kwoty na transport pacjentów	Brak	Krajowa granica = medianie obserwowanych kosztów	Brak	10% dodatek do terenów wiejskich

Skróty:

APCs (*ambulatory payment classifications*), ASC (*ambulatory surgical center*), CPI-U (*consumer price index-all urban consumers*), DRGs (*diagnosis related groups*), GME (*graduate medical education*), GPCIs (*geographic practice cost indexes*), HCPCS (*HCFA Common Procedure Coding System*), HHRGs (*home health resource groups*), HWI (*hospital wage index with geographic reclassifications*), HWLu (*hospital wage index unclassified*), PLI (*professional liability insurance*), RUG-III (*resource utilization group, version III*), SGR (*sustainable growth rate*), SNF (*skilled nursing facility*), TEFRA (*Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982*).

## Klasyfikacje

Klasyfikowanie zdarzeń i zjawisk z zakresu ochrony zdrowia podlegało silnemu rozwojowi i stawało się coraz bardziej złożone w ostatnich kilkudziesięciu latach. Mimo istnienia dużej liczby konkurencyjnych narzędzi klasyfikacji, oferujących alternatywne podejście do przedmiotów klasyfikacji, w USA istnieją dwa dominujące systemy, obowiązujące w większości jednostek ochrony zdrowia i u płatników. Te systemy to:

- *The International Classification of Diseases, 9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM),
- *Physicians' Current Procedural Terminology* (CPT (tm)).

*The International Classification of Diseases, 9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) składa się z 3 tomów:

- pierwszy to nieco zmodyfikowana klasyfikacja chorób – rewizja dziewiąta,
- drugi stanowi instrukcję kodowania,
- trzeci tom to na bieżąco modyfikowana klasyfikacja procedur medycznych.

ICD-9-CM służy zasadniczo do klasyfikowania procedur medycznych, wykonywanych przez instytucje opieki stacjonarnej, głównie szpitale, i skupia się na procedurach zabiegowych, czy to diagnostycznych, czy leczniczych. W ostatnich latach prowadzone były prace nad nowym podejściem do klasyfikacji procedur medycznych o roboczej nazwie ICD-10-PCS, lecz prace nie zakończyły się akceptowanym systemem kodowania i perspektywy zastąpienia ICD-9-CM przez inny system są niejasne.

**Drugą ważną klasyfikacją procedur medycznych jest *Physicians' Current Procedural Terminology (CPT™)*, służąca do klasyfikowania procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy (zasadniczo), niezależnie od tego, w jakich okolicznościach i w jakiej instytucji są wykonywane. Procedury z zakresu CPT odnoszą się do czynności wykonywanych przez pojedynczą osobę, lekarza, niezależnie od tego, jak wiele osób uczestniczy w wykonywaniu tych procedur. Podejście to ma znaczenie szczególnie w kontekście wyceny kosztów tych procedur, czy wartościowania pracy lekarza jako pracownika instytucji.**

CPT jest tworem *American Medical Association* (AMA), pozarządowej organizacji zrzeszającej dobrowolnie lekarzy amerykańskich. CPT jest na bieżąco, w trybie corocznym, nowelizowana przez AMA, odzwierciedlając postęp w medycynie i zastosowanie coraz to nowych technologii medycznych.

Terminologia CPT, w odróżnieniu od tej używanej w ICD-9-CM, jest bardziej zbliżona do terminologii klinicznej, niż kategorii statystycznych i klasyfikacyjnych, jak ICD-9-CM. Z tego powodu z jednej strony jest ona łatwiejsza do użycia dla personelu medycznego i administracyjnego jednostek ochrony zdrowia, z drugiej jednak jej struktura jest mniej sformalizowana i w mniejszym stopniu hierarchiczna, dlatego mniej nadaje się do analiz typu statystycznego. Jest natomiast doskonałym narzędziem do zapisu informacji klinicznej z jednej strony, a rozliczeniowej z drugiej.

Istotną cechą CPT jest to, że nazwa procedury określa jej charakter, a jednocześnie technikę wykonania, np. *laparoscopic appendectomy*. Jest to w kontekście prac nad ICD-10-PCS nieco mniej elastyczny sposób zapisu danych, ale jednocześnie nieporównanie bardziej jednoznaczny. Ta cecha CPT pozwala na szacowanie kosztów poszczególnych procedur medycznych w jednoznaczny sposób, co jest pośrednią przyczyną dla niewprowadzania na razie ICD-10-PCS, która miałaby ją zastąpić.

Kody CPT są 5-znakowe, cyfrowe i ich liczba aktualnie oscyluje wokół 7 800. Corocznie poszczególne pozycje są weryfikowane i czasem usuwane, w ich miejsce (z innymi kodami) wprowadzane są nowe pozycje.

### *Resource-based relative value system (RBRVS)*

Od roku 1992 *Medicare* w istotny sposób zmieniło sposób opłacania usług lekarskich. W miejsce stawek wyrażanych w jednostkach monetarnych, rząd federalny zastosował standaryzowany system płatności dla lekarzy, w skali punktowej, opartej na zużyciu zasobów (RBRVS). W RBRVS wartość punktowa procedur medycznych jest określona na podstawie badań kosztów wytworzenia tych procedur. Koszty wykonania każdej z procedur są podzielone na trzy komponenty:

- pracę lekarza,
- zużycie zasobów praktyki związane z daną procedurą oraz
- koszty związane z odpowiedzialnością (koszty ubezpieczenia).

Ostateczna płatność wobec lekarza kontraktowanego przez *Medicare* jest wyliczana poprzez pomnożenie wartości punktowej przez tzw. *conversion factor*, wyrażony w jednostkach monetarnych, ustalany corocznie przez *Center for Medicare and Medicaid Services* (dawniej *HCFA*). Płatności dalej są różnicowane wg wskaźników oddających koszty zasobów służących wytwarzaniu usług, określanych do poszczególnych obszarów geograficznych.

Z wyliczeń wynika, że praca lekarza stanowi średnio 55% całości wartości punktowej poszczególnych procedur medycznych. Pierwotne wyliczenia tej wartości oparte były na pracach zamówionych w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Harvarda, któremu przewodniczył prof. William Hsiao. Czynniki brane pod uwagę do wyceny tego elementu kosztów procedur obejmowały:

- techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę,
- fizyczny wysiłek związany z jej wykonywaniem,
- psychiczny wysiłek związany z jej wykonywaniem,
- konieczne umiejętności dokonywania oceny klinicznej przypadku,
- stres związany z ryzykiem dla pacjenta, związanym z wykonywaniem danej procedury.

Na podstawie CPT i wyżej wspomnianego badania kosztów, określony został pakiet świadczeń, jakie są nabywane przez *Medicare* na rzecz swoich podopiecznych. Pakiet ten oznaczany jest kodami w większości zaczerpniętymi z CPT, z dodatkiem pozycji, które w CPT nie występują, np. diagnostyki medycznej. Całość pod nazwą HCPCS (*Health Care Patent Classification System*) podlega wycenie i finansowaniu w ramach *Medicare*.

Wartości punktowe oceny pracy lekarzy są weryfikowane w trybie corocznym. W prawie dotyczącym RBRVS, *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* są zobowiązane do dokonywania przeglądu całej skali w trybie 5-letnim.

Wydatki na prowadzenie praktyki, w odniesieniu do danej procedury medycznej stanowią w wartości RBRVS około 42%. Jeszcze do niedawna wartość ta była oparta na formule, biorącej pod uwagę średnie stawki *Medicare* w odniesieniu do poszczególnych specjalności. Od 1999 roku wartości odniesione są do poszczególnych procedur (w praktyce połączone w tabelach z poszczególnymi kodami z zakresu CPT). Bierze ona pod uwagę koszty wynajmu powierzchni usługowej, koszty nabywania materiałów i produktów służących działaniu praktyki oraz kosztów zatrudnienia personelu pomocniczego medycznego (nie-lekarzy) i niemedycznego. Od roku 2002 zmiana ta dotyczy już wszystkich procedur CPT.

Od stycznia 2000 r. CMS wprowadziło trzeci składnik RBRVS – koszty odpowiedzialności cywilnej lekarza, wykonującego dany rodzaj procedur. W praktyce ten składnik jest oparty na stawkach ubezpieczenia OC płaconego przez lekarzy poszczególnych specjalności i pracujących w konkretnych rejonach USA. Od 1 stycznia 2002 r. wszystkie trzy komponenty RBRVS zostały w praktyce zastosowane w systemie rozliczeń praktyk lekarskich w ramach *Medicare*.

W rezultacie płatność, jaką otrzymuje lekarz w ramach tego systemu jest sumą następujących elementów:

- jednolitych w skali kraju wartości punktowych poszczególnych procedur medycznych CPT,
- geograficznie zróżnicowanych *conversion factor* dla wszystkich usług lekarskich,
- jednolitych w skali kraju *conversion factor* w danym roku dla punktów skali RBRVS.

*Conversion factors*, czyli przeliczniki, pozwalają na wyrażenie wartości każdej z procedur CPT w jednostkach monetarnych dla danego obszaru i w danym roku.

GPCI jest przelicznikiem, *conversion factor*, odnoszącym kolejno: koszty pracy lekarza, prowadzenia praktyki oraz odpowiedzialności cywilnej, w danym obszarze geograficznym w stosunku do średniej krajowej w tych wymiarach.

Ogólny wzór przeliczający wagi punktowe *Medicare* na wartości finansowe w danym roku w stosunku do danego obszaru wygląda zatem następująco:

$$\text{CPT (\$)} = \{ [\text{RVU (praca)} \times \text{GPCI (praca)}] + [\text{RVU (praktyka)} + \text{GPCI (praktyka)}] + [\text{RVU (odpowiedzialność)} + \text{GPCI (odpowiedzialność)}] \} \times \text{przelicznik krajowy}$$

gdzie:

HCPCS (\$) – kwota płatności za daną procedurę,

RVU (praca) – wartość punktowa kosztów pracy lekarza,

GPCI (praca) – przelicznik geograficzny kosztów pracy lekarza,

RVU (praktyka) – wartość punktowa kosztów prowadzenia praktyki,

GPCI (praktyka) – przelicznik geograficzny kosztów prowadzenia praktyki,

RVU (odpowiedzialność) – wartość punktowa kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC),

GPCI (odpowiedzialność) – przelicznik geograficzny kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC),

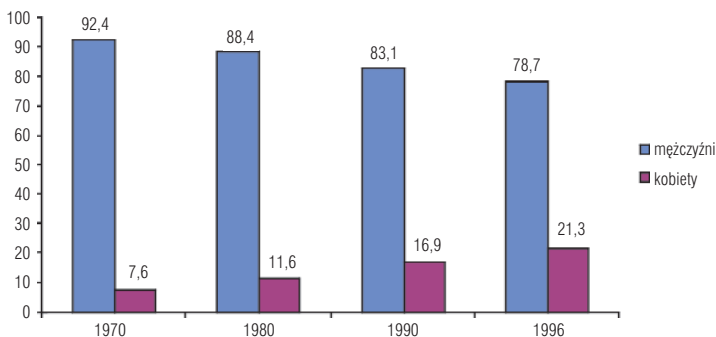
przelicznik krajowy – ustalany raz do roku przelicznik krajowy, który w roku 2002 wynosił **36,1992 USD**.

Tak wyliczona płatność może być dalej różnicowana, gdy:

- procedura wykonywana jest przez innych pracowników medycznych, a nie lekarzy. W stosunku do pielęgniarek *Medicare* stosuje przelicznik 0,85 wartości za daną procedurę, wykonaną przez lekarza, w stosunku do położnych 0,65,
- procedura jest wykonywana w obszarze geograficznym, zaklasyfikowanym jako *Health Professional Shortage Areas (HPSAs)*, rejon deficytu kadr medycznych,
- procedura wykonywana jest w roli asystenta (do zabiegu), a nie głównego operatora, przeliczana jest jako 0,16 wartości pracy głównego operatora.

Z badań przeprowadzonych przez AMA, skale RBRVS są wykorzystywane nie tylko jako narzędzie do dokonywania płatności. Zastosowanie znajdują także w bieżącym zarządzaniu praktykami lekarskimi, do kontroli produktywności poszczególnych jednostek w tych praktykach, do negocjacji płac lekarzy w ramach jednostek opieki zdrowotnej, do negocjacji opłat z płatnikami prywatnymi.

CMS dokonuje corocznych przeglądów i modyfikacji systemu. Modyfikacje te oddawać mają zmiany w praktyce klinicznej, zmiany kodyfikacji proponowane przez AMA (która, jak wspomniano wyżej, dokonuje modyfikacji CPT, stanowiącej podstawę HCPCS), nowe usługi w zakresie nabywanych przez *Medicare*. Z kolei coroczne modyfikacje przeliczników (*conversion factors*) polegają na zastosowaniu *services growth rate (SGR)*, który ma przeliczać przyrost dochodu narodowego na wzrost wynagrodzeń lekarzy.



Ryc. 6. Odsetek lekarzy amerykańskich wg płci (źródło: *Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 1997/1998 Edition & prior editions*)

Tabela 6. Średnie liczby pacjentów i godzin pracy lekarzy amerykańskich (źródło: *AMA Center for Health Policy Research Socioeconomic Monitoring System, Core Surveys for 1995 and 1996*)

		Praktyka	Szpital	Inne	Suma
Godziny pracy	mężczyźni	26,7	7,9	24,5	57,5
	kobiety	25,3	6,4	21,7	52,3
Liczba pacjentów	mężczyźni	75,2	20,0	15,3	110,3
	kobiety	65,2	12,4	15,1	92,0

Tabela 7. Wynagrodzenie roczne lekarzy praktykujących prywatnie (źródło: *AMA Center for Health Policy Research, Socioeconomic Monitoring System Core Surveys for 1995–1996*)

	1982	1984	1993	1995
Wszyscy lekarze	\$97 700	\$108 400	\$189 300	\$192 800
Mężczyźni	100 800	112 500	188 600	205 800
Kobiety	63 700	68 000	124 900	143 300

Lekarze-kobiety deklarują średnio o 5,2 godziny pracy w ciągu tygodnia mniej niż mężczyźni.

Tabela 8. Dochód lekarzy w przeliczeniu na godzinę, na wizytę (1995) (źródło: *AMA Center for Health Policy Research, Socioeconomic Monitoring System Core Surveys for 1995–1996*)

Lata praktyki	Średnio		Na godzinę		Na wizytę	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
1–4	\$161,700	\$113,100	\$59	\$47,80	\$34,30	\$31,30
5–9	\$220,900	\$158,400	\$76,70	\$61,50	\$41,80	\$34,10
10–19	\$233,600	\$167,800	\$83,60	\$70,70	\$41,90	\$36,80
20+	\$185,700	\$133,100	\$72,90	\$55,70	\$37,00	\$30,30