

# Jak to się robi w Europie

(wybrane fragmenty książki *Koło ratunkowe dla szpitali*)



## Anglia

Szpitalne funkcjonują w formie trustów – grup stanowiących podmioty prawa o szczególnym charakterze (podobne do polskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej). W ostatnich latach rząd brytyjski stopniowo stara się przekształcić je w fundacje, czyli bardziej niezależne podmioty, działające w dalszym ciągu *non profit*.

” Anglia: w ostatnich latach NHS promuje także partnerstwo publiczno-prywatne (PPP), a prywatni świadczeniodawcy otrzymują kontrakty na 5 lat funkcjonowania, jako zachętę do wejścia na rynek ”

Angielski system finansowania usług szpitalnych jest obecnie reformowany. Na podstawie regulacji z 1991 r. kontrakty ze szpitalami były podpisywane przez lokalną administrację opieki zdrowotnej (HA) oraz lekarzy rodzinnych (*GP-fundholderów*). Do kwietnia 2004 r. niemal cała opieka szpitalna była zapewniana przez NHS (*national Health System*) w ramach kontraktów z *Primary Care Trusts* (PCT), czyli następcami *GP-fundholderów*. Wielkości określone w kontraktach między PCT i trustami szpitalnymi nie były całkowicie wiążące, choć regulowały kwestie jakości świadczeń, ich liczby oraz cen. Ceny, uwzględniające budżet historyczny, inflację i oszczędności związane z usprawnieniem procesów leczenia, mogły być wykorzystywane przez PCT.

Nowy system finansowania opieki szpitalnej, określany jako *Payment by Results* (PbR), po części funkcjonuje już od kilku lat, bazując na doświadczeniach amerykańskiego i australijskiego systemu DRG (*Diagnosis Related Groups*) [Epstein 2006]. Brytyjska wersja systemu nosi nazwę *Health Resources Groups* (HRG) i jest podstawą tworzenia podobnego systemu w Polsce. W ostatnich latach NHS promuje także partnerstwo publiczno-prywatne (PPP), a prywatni świadczeniodawcy otrzymują kontrakty na 5 lat funkcjonowania, jako zachętę do wejścia na rynek. W przyszłości wszyscy świadczeniodawcy będą jednak opłacani zgodnie z systemem PbR.

## Austria

Większość łóżek szpitalnych należy do sektora publicznego, głównie prowadzonego przez prowincje (54,5 proc.), a także gminy (16 proc.) i kasy chorych (8 proc.). W 1998 r. działało 325 szpitali, z czego 142 to jednostki publiczne. 49 szpitali w Austrii należy do podmiotów prywatnych.

W przeszłości finansowanie leczenia szpitalnego opierało się na płatności za osobodzień pobytu. Stawka za osobodzień była ustalana przez władze krajów związkowych. Blisko połowa opłat za dzień pobytu pacjenta była finansowana przez ubezpieczenie spo-

” Austria: w 1998 r. działało 325 szpitali, z czego 142 to jednostki publiczne. 49 szpitali w Austrii należy do podmiotów prywatnych ”

łeczne (kasy chorych), wliczając w to transfery z Funduszu Współpracy Szpitali (KRAZAF). Środki tego funduszu pochodziły głównie z ubezpieczenia społecznego, ale także z dotacji władz federalnych, krajowych i lokalnych. Ten model finansowania dotyczył szpitali rejonowych, specjalistycznych i prywatnych szpitali działających *non profit*.

## Belgia

Blisko 60 proc. ogółu szpitali to jednostki prywatne, *non profit*. Pozostałe 40 proc. należy do sektora publicznego. Właścicielem szpitali publicznych są najczęściej publiczne miejskie ośrodki opieki społecznej (CPAS/OCMW). Część szpitali podlega władzom prowincji/ stanów oraz stowarzyszeniom religijnym lub charytatywnym. Szpitale dzielą się na ogólne, specjalistyczne, geriatryczne, psychiatryczne i uniwersyteckie.

„ Belgia: pacjent opłaca 75 proc. kosztów świadczeń niemedyceńskich udzielanych w szpitalu ”

Mimo że pacjenci mają prawo wyboru szpitala, to przeważnie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (poz) lub specjalista decyduje, do której placówki pacjent zostanie skierowany. Usługi szpitalne, wykonywane w szpitalach prywatnych i publicznych, są bezpośrednio finansowane przez kasę chorych, w przeciwieństwie do usług ambulatoryjnych. Płatność za usługi jest realizowana na podstawie planu finansowego, tworzonego na podstawie liczby łóżek, liczby świadczeń zrealizowanych w ostatnim roku, z uwzględnieniem specyfiki szpitala. Ponadto szpitale otrzymują środki finansowe ze sprzedaży leków, płatności za opiekę ambulatoryjną, hospitalizację dzienną, dializy, zabiegi rehabilitacyjne oraz z tytułu współpłacenia pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej.

Świadczenia niemedyceńskie, udzielane w szpitalach, finansuje Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia Publicznego i Środowiska, które refunduje 25 proc. kosztów, pozostałe 75 proc. opłaca pacjent w formie opłaty za dzień pobytu. Władze regionalne subwencjonują 60 proc. kosztów inwestycji szpitali (budowa, remonty). Pozostałe 40 proc. z kosztów inwestycji kapitałowych finansowanych jest przez rząd federalny.

## Finlandia

Opieka szpitalna udzielana jest przez szpitale, których właścicielem w większości wypadków są gminy i prowincje. Istnieje 21 trustów szpitalnych, należących do różnych związków władz samorządowych. W Finlandii jest zaledwie kilka szpitali prywatnych, które wykonują ok. 5 proc. wszystkich świadczeń opieki szpitalnej.

„ W Finlandii jest zaledwie kilka szpitali prywatnych, które wykonują ok. 5 proc. wszystkich świadczeń opieki szpitalnej ”

Szpitale są opłacane w różny sposób, ponieważ nie ma ogólnokrajowego systemu finansowania usług tego typu. W ostatnich latach zarówno szpitale, jak i samorządy lokalne wykonały znaczny wysiłek, by zdefiniować i wycenić świadczenia udzielane przez szpitale. Samorządy lokalne, jako właściciele i płatnicy usług zdrowotnych jednocześnie, nie zawierają oficjalnych kontraktów ze szpitalami, raczej ustalają reguły wzajemnych relacji między organem zwierzchnim a podległymi mu placówkami.

## Francja

W szpitalnictwie, mimo bardzo licznej reprezentacji prywatnych szpitali zorientowanych na zysk, dominująca rola przypada jednak szpitalom publicznym, ze względu na ich wielkość oraz szerszy

„ Francja: szpitale prywatne skupiają się na powtarzalnych, stosunkowo prostych procedurach zabiegowych, podczas gdy pacjenci w ciężkim stanie, ze złożonymi schorzeniami trafiają zwykle do sektora publicznego ”

niż w szpitalach prywatnych zakres usług. Szpitale prywatne, najczęściej działające jako tzw. *cliniques*, będące własnością lekarzy, specjalizują się zwykle w zabiegach planowych, często w ortopedii, chirurgii, a także ginekologii i położnictwie. Częstym sposobem działania szpitali prywatnych, a zarazem elementem ich krytyki jest *cream skimming* (zjawisko *spijania śmietanki* – przyp. red.) – szpitale te skupiają się na powtarzalnych, stosunkowo prostych, procedurach zabiegowych, podczas gdy pacjenci w ciężkim stanie, ze złożonymi schorzeniami trafiają zwykle do sektora publicznego. Z drugiej strony widać swoiste uzupełnianie się szpitali publicznych i prywatnych w tym mechanizmie: szpitale publiczne uzyskują z reguły wyższy budżet ze środków publicznych niż szpitale prywatne, co można uzasadnić powyższym zjawiskiem.

W prywatnym sektorze szpitalnym znajduje się 34,6 proc. (2002) wszystkich łóżek szpitalnych, ponad połowa chirurgicznych, a tylko 28 proc. psychiatrycznych i 21 proc. tzw. medycznych (głównie internistycznych). *Cliniques* z reguły nie przekraczają liczby 80 łóżek i, mimo że stanowią tylko 20 proc. całego potencjału szpitalnego Francji, wykonują 31 proc. przyjęć. W ostatnich latach daje się zauważyć trend łączenia się szpitali tego typu w sieć, a także przejmowanie przez sektor prywatny takich dziedzin działalności, jak radioterapia czy kardiochirurgia. Szpitale prywatne, nienastawione na osiągnięcie zysków, realizujące zadania szpitali publicznych, są prowadzone przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, fundacje i stowarzyszenia użyteczności publicznej, a także Francuski Czerwony Krzyż. Szpitale prywatne zorientowane na zysk prowadzone są w formie spółek cywilnych lub spółek handlowych, najczęściej stanowią własność lub współwłasność lekarzy.

## Hiszpania

W lecznictwie zamkniętym dominuje sektor publiczny. Obecnie w Hiszpanii działa ponad 800 szpitali, z czego ok. 70 proc. bazy łóżek szpitalnych należy do placówek publicznych. Każdy z autonomicznych regionów posiada przynajmniej jeden szpital ogólny, który prowadzi podstawowe usługi kliniczne i całodobowy ostry dyżur.

Dostęp do większych szpitali specjalistycznych jest możliwy tylko na podstawie skierowania wystawionego przez specjalistę. Szpitale w ramach narodowej opieki zdrowotnej są finansowane metodą tzw. kontraktów blokowych, składających się z dwóch części: pierwszej, związanej z utrzymaniem infrastruktury, drugiej, związanej ze zrealizowaną liczbą

„ W lecznictwie zamkniętym dominuje sektor publiczny. Obecnie w Hiszpanii działa ponad 800 szpitali, z czego ok. 70 proc. bazy łóżek szpitalnych należy do placówek publicznych ”

świadczeń. W wypadku tej drugiej części, podstawą obliczeń jest system (*All Patient*) AP DRG (w 2003 obowiązywała wersja 18.).

## Niemcy

W 1972 r. ustawa o finansowaniu szpitali wprowadziła dualny system finansowania, który miał finansować wszystkie koszty szpitali, i który doprowadził do ogromnego rozwoju tego sektora w Niemczech. System ten polegał na niezależnym finansowaniu kosztów *bieżących* usług szpitalnych ze środków kas chorych, a kosztów inwestycyjnych ze środków poszczególnych landów.

„ Niemcy: w roku 1996 wprowadzono prospektywne stawki za *przypadek* i za *procedurę*, co było wstępem do powszechnego wprowadzenia systemu podobnego do DRG ”

Przed 1993 r. szpitale otrzymywały środki w pełni finansujące ich wydatki, przy czym były one wypłacane w postaci rocznych budżetów, obliczanych na podstawie iloczynu liczby osobodni wykazanych w roku poprzednim oraz kosztu osobodnia w roku bieżącym. W 1993 r. określono stały budżet każdego ze szpitali na podstawie danych z ostatniego roku przed odnotowania zmiany. Zmiana (wzrost) budżetu szpitala była regulowana za pomocą publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wskaźników i ewentualnie korygowana wysokością rzeczywiście osiągniętych wskaźników. W roku 1996 wprowadzono prospektywne stawki za *przypadek* i za *procedurę*, co było wstępem do powszechnego wprowadzenia systemu podobnego

do DRG. W roku 2000 przyjęto ustawę, która zobowiązała krajowe organizacje reprezentujące kasy chorych oraz szpitale do wprowadzenia systemu *jednolitego w zastosowaniu, skierowanego na efektywność, oraz opartego na rozpoznaniach*, co wskazywało na odmianę systemu DRG.

## Słowacja

W 2002 r. Słowacja miała 137 szpitali. W roku 1993 w miejsce trójstopniowego systemu poziomów referencyjnych szpitali został wprowadzony podział pięciostopniowy, uwzględniający odmienny – zależny od zajmowanego poziomu referencyjnego – system finansowania. W roku 1997 ustanowiono system czterostopniowy, sytuujący szpitale kliniczne na IV stopniu specjalizacji. Ostatecznie jednak w październiku 2004 r. parlament słowacki zdecydował o uproszczeniu systemu i wprowadził dwie kategorie szpitali – ogólne i specjalistyczne. Profile lecznicze szpitali oraz liczba mieszkańców objętych opieką niewiele różnią się od tych sprzed 1989 r. Pomimo rosnących problemów finansowych sektora, liczba szpitali wysokospecjalistycznych wzrosła w porównaniu do stanu sprzed 1989 r.

„ Słowacja: nowy system finansowania na podstawie budżetu prospektywnego zmusił szpitale do świadczenia usług za środki, które nie finansowały w całości poniesionych kosztów ”

Sposoby finansowania lecznictwa zamkniętego zmieniały się wielokrotnie. Pod koniec 1998 r. w miejsce finansowania *za osobodzień* wprowadzono finansowanie na podstawie budżetu prospektywnego. Nowy system miał na celu ograniczenie wydatków, jednak szpitale zmuszone zostały do świadczenia usług za środki, które nie finansowały w całości poniesionych kosztów. Doprowadziło to do niekorzystnych zjawisk, jak ograniczanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W konsekwencji opracowano i wprowadzono w życie nowy system finansowania, będący odmianą systemu DRG. Stawki płacone szpitalom za świadczenia zdrowotne zależą od typu szpitala i jego specjalności.

## Węgry

Gminne i powiatowe szpitale świadczą usługi dla miejscowej populacji, świadczenia wysokospecjalistyczne są udzielane na poziomie regionalnym lub krajowym przez szpitale regionalne i uniwersytety medyczne, oraz instytuty narodowe.

„ Węgry: Szpitale otrzymują środki co 3 mies., płacone z dołu ”

Finansowanie usług szpitalnych uzależnione jest od rodzaju wykonanych świadczeń. Prospektywne finansowanie, oparte na DRG (GYÓGYINFOK), stosowane jest w lecznictwie szpitalnym, z wyjątkiem eksperymentalnych metod leczenia, które finansowane są ze środków rządowych. Szpitale otrzymują środki co 3 mies., płacone z dołu. W razie przekroczenia sumy planowanego rocznego budżetu na lecznictwo zamknięte i wyczerpania rezerw budżetowych, stawkę bazową przelicza się na nowo, dzieląc dostępne środki finansowe przez liczbę wykonanych punktów DRG, tym samym następuje obniżenie stawki bazowej.

## Włochy

Większość publicznych szpitali działa w ramach struktur organizacyjnych lokalnych organizacji zdrowia, tylko największe szpitale specjalistyczne mają całkowitą samodzielność i swobodnie dysponują własnym budżetem. Stanowią one 65 proc. ogólnej liczby szpitali, lecz mają aż 80 proc. łóżek. Szpitalny sektor prywatny obejmuje 35 proc. szpitali i ok. 20 proc. łóżek.

Od 1997 r. szpitale finansowane są na podstawie metody DRG. Ze środków finansowych regionów pochodzi 80 proc. budżetów szpitali, a 20 proc. z kontraktów zawieranych z lokalnymi organizacjami ochrony zdrowia. Rozporządzenie ministra zdrowia wprowadziło katalog cen (taryf) stosowanych w opiece zdrowotnej i zdefiniowało główne zasady ustalania cen w lecznictwie otwartym, zamkniętym i rehabilitacji. Rządy regionalne wprowadziły ograniczenia wydatków szpitalnych, m.in. ograniczono sumy wypłacane szpitalom. W wypadku, kiedy kwota należna szpitalowi za leczenie przekracza ustalony dla danej jednostki limit, stawki na wszystkie świadczenia zostają proporcjonalnie zmniejszone.