

WYCENA USŁUG AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

Monika Raulinajtys-Grzybek



ABC

a Wolters Kluwer business

WYCENA USŁUG AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

Monika Raulinajtys-Grzybek

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Recenzent

Dr hab. Ewelina Nojszewska, prof. SGH

Wydawca

Izabella Matecka

Redaktor prowadzący

Kinga Puton

Opracowanie redakcyjne

Ewa Adamska

Łamanie

Violet Design

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni


SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-3195-1

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
Wstęp	9
Rozdział 1	
Wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	15
1.1. Wprowadzenie	15
1.2. Świadczenie usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce ...	16
1.3. Wycena usług AOS w Polsce	21
1.3.1. Świadczenia wysokospecjalistyczne	22
1.3.2. Pozostałe usługi AOS	22
1.4. System grup diagnostycznych a wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	31
Rozdział 2	
Ceny usług AOS a ich koszty – doświadczenia zagraniczne	38
2.1. Wprowadzenie	38
2.2. <i>Ambulatory patient groups</i> – Stany Zjednoczone	39
2.3. Wycena usług AOS w Unii Europejskiej – wnioski z projektu „HealthBasket”	46
2.3.1. Anglia	48
2.3.1.1. Najnowsze zmiany	49
2.3.2. Dania	50
2.3.3. Francja	51
2.3.4. Hiszpania	52
2.3.5. Holandia	52
2.3.6. Niemcy	53
2.3.7. Węgry	54
2.3.8. Włochy	55
Rozdział 3	
Wpływ systemu wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na zachowania świadczeniodawców	57
3.1. Wprowadzenie	57

3.2. Usługi AOS zrealizowane w wybranych poradniach	59
3.3. Analiza zmian w zakresie wyceny wybranych świadczeń	63
3.4. Weryfikacja neutralności wyceny świadczeń zachowawczych	69
3.4.1. Procedury urologiczne	70
3.4.2. Procedury pulmonologiczne	74
3.4.3. Badanie spirometryczne	78
3.4.4. Elektrokardiografia	82
3.4.5. Badania USG w urologii	85
3.4.6. Kontrola stymulatora serca	86
3.5. Weryfikacja neutralności wyceny świadczeń odrębnych	89
3.5.1. Kardiologiczne świadczenia odrębne	90
3.5.2. USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler	94
3.5.3. Urologiczne świadczenia odrębne	96
 Rozdział 4	
Modele rachunku kosztów w opiece zdrowotnej	100
4.1. Wprowadzenie	100
4.2. Metoda kalkulacji kosztów a dokładność informacji	100
4.3. Tradycyjne modele rachunku kosztów w opiece zdrowotnej	106
4.4. Zachowanie związku przyczynowo-skutkowego w kalkulacji kosztów	109
4.5. Zasoby w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	114
 Rozdział 5	
Jednorodność kosztowa usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – studium przypadku	120
5.1. Wprowadzenie	120
5.2. Charakterystyka świadczeniodawcy	121
5.3. Wdrożenie zasobowego rachunku kosztów	124
5.3.1. Kalkulacja kosztów zasobów	124
5.3.2. Kalkulacja kosztów procedur medycznych	129
5.3.3. Kalkulacja kosztów porad	133
5.4. Ocena jednorodności kosztowej świadczeń poradni	136
 Zakończenie	159
Załącznik	165
Spis tabel	177
Spis rysunków	181
Bibliografia	183

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- r.ś.g. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413)
- u.d.l. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)
- u.ś.o.z. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Instytucje i organizacje

- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- OECD – (Organization for Economic Cooperation and Development) Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
- WHO – (World Health Organization) Światowa Organizacja Zdrowia
- ZOZ – zakład opieki zdrowotnej

Pojęcia z zakresu zarządzania opieką zdrowotną

- AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- APG – (ang. *ambulatory patient groups*) grupy pacjentów ambulatoryjnych
- CCAM – (fr. *classification commune des actes medicaux*) – klasyfikacja usług diagnostycznych
- DAGS – (ang. *danish ambulatory grouping system*) duński system grupowania ambulatoryjnego

- DBC – (hol. *diagnose behandelingscombinatie*) grupa diagnostyczna
- DRG – (ang. *diagnosis-related groups*) system grup diagnostycznych
- H-ABC – (ang. *healthcare-based activity based costing*) rachunek kosztów działań dla opieki zdrowotnej
- HRG – (ang. *health resource group*) grupa diagnostyczna
- JGP – jednorodne grupy pacjentów
- M-ABC – (ang. *manufacture-based activity based costing*) rachunek kosztów działań dla przemysłu
- POZ – podstawowa opieka zdrowotna
- TD-ABC – (ang. *time-driven activity based costing*) rachunek kosztów działań sterowany czasem

WSTĘP

Opieka zdrowotna to jeden z podstawowych obszarów regulowanych przez politykę społeczno-ekonomiczną poszczególnych krajów. Na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej zakres gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej jest regulowany przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹. Świadczeniem gwarantowanym jest świadczenie opieki zdrowotnej finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w tej ustawie². Zasadność regulacji procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej wynika z ich charakterystyki i przynależności do tzw. katalogu usług powszechnych, czyli szczególnego rodzaju usług publicznych, w stosunku do których państwo podejmuje działania regulacyjno-kontrolne w celu zapewnienia określonych warunków świadczenia tych usług³.

W teorii ekonomii tradycyjnie wyróżnia się dwa rodzaje dóbr – publiczne i prywatne. U podstaw koncepcji dóbr publicznych leży koncepcja niesprawności rynku (ang. *market failure*)⁴. Zachodzi ona w sytuacji, gdy gospodarka samoczynnie nie osiąga stanu równowagi ogólnej, zwanej również optimum Pareto, czyli jednoczesnej równowagi na rynkach dóbr oraz czynników produkcji⁵. U podstaw zawodności rynków leży kilka czynników, m.in. asymetria informacji, niedoskonałość konkurencji czy efekty zewnętrzne. Zjawisko to

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm., dalej: u.ś.o.z.). Sposób regulacji zakresu świadczeń gwarantowanych został zmieniony ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989), która weszła w życie dnia 12 sierpnia 2009 r.

² Zgodnie z art. 5 pkt 35 u.ś.o.z.

³ M. Raulinajtys-Grzybek, *Cost information as the basis for pricing of healthcare services financed from public funds* (w:) J. Chluska, *Cost management in the enterprises under globalization*, t. II, Częstochowa 2012, s. 101–123.

⁴ E. Czarny, *Mikroekonomia*, Warszawa 2006, s. 348.

⁵ P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, t. 1, Warszawa 2004, s. 443–450.

jest w neoklasycznej ekonomii podstawowym argumentem uzasadniającym ingerencję organów regulacyjnych.

Optimum w sensie Pareto nie musi oznaczać stanu pożądanego społecznie⁶, jest ono bowiem całkowicie odseparowane od problemów związanych ze sprawiedliwością podziału dóbr. Sprawiedliwa alokacja istnieje wtedy, gdy każdy podmiot preferuje własny koszyk dóbr ponad inne. W literaturze pojawia się definicja alokacji uczciwej, która oznacza alokację jednocześnie sprawiedliwą i Pareto-efektywną⁷. To pojęcie rozszerza zakres możliwych ingerencji państwa również na obszary, w których rynek prowadzi do alokacji dóbr uznanej za niesprawiedliwą.

W opiece zdrowotnej występuje wiele cech, które powodują zaburzenia w osiąganiu alokacji zarówno Pareto-efektywnej, jak i sprawiedliwej. Należą do nich na przykład⁸:

- niepewność związana z popytem na świadczenia zdrowotne,
- asymetria informacji w zakresie wiedzy medycznej, którą posiada lekarz, a której nie posiada pacjent,
- pokusa nadużycia dotycząca ilości świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy i oczekiwanych przez pacjentów – wynikająca z faktu, że postrzegają oni opiekę zdrowotną jako dobro bezpłatne,
- efekty zewnętrzne, czyli koszty złego stanu zdrowia społeczeństwa ponoszone przez jego ogół,
- monopolizacja – zarówno po stronie płatnika, będącego monopsonistą, jak i świadczeniodawcy, który na lokalnym rynku często ma pozycję monopolistyczną.

Wymienione niesprawności rynku są postrzegane jako powód uzasadniający interwencję instytucji państwa mającą umożliwić osiągnięcie alokacji uczciwej. Jednym z podstawowych obszarów podlegających regulacjom jest wycena, czyli proces określania ceny usług powszechnych. Prowadzone badania dowodzą, że ceny usług powszechnych powinny być kształtowane na podstawie kosztów ich realizacji⁹.

⁶ N. Acocella, *Zasady polityki gospodarczej: wartości i metody analizy*, Warszawa 2004.

⁷ H.R. Varian, *Mikroekonomia. Kurs średni – ujęcie nowoczesne*, Warszawa 2005, s. 587–589.

⁸ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 23–36.

⁹ M. Raulinajtys-Grzybek, *Rola rachunkowości regulacyjnej w procesie wyceny usług powszechnych w Europie*, *Studia Prawno-Ekonomiczne* 2012, nr 86, s. 253–273.

Istniejące regulacje wskazują, że przy wycenie świadczeń opieki zdrowotnej organ dokonujący wyceny – Narodowy Fundusz Zdrowia – jest zobowiązany do analizy ich kosztów¹⁰, jednak metody kalkulacji tych kosztów przez świadczeniodawców nie zostały określone. Ponadto świadczeniodawcy nie są prawnie zobligowani do prowadzenia rachunku kosztów¹¹.

Książka jest wynikiem badań dotyczących systemu wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a w szczególności oceny, w jakim stopniu funkcjonujący system cen jest powiązany z kosztami realizacji tych świadczeń.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna jest drugim po opiece szpitalnej największym odbiorcą środków wydawanych na ochronę zdrowia w Polsce – w 2010 r. aż 29% wszystkich wydatków zostało przeznaczonych na ten cel¹². Warto przy tym zauważyć, że w krajach wysokorozwiniętych, takich jak na przykład Stany Zjednoczone, Szwecja, Dania czy Kanada, a także średnio w krajach OECD wydatki na opiekę ambulatoryjną przekraczają wydatki na opiekę szpitalną. W krajach tych roczny wzrost wydatków na opiekę ambulatoryjną jest wyższy niż wydatków na leczenie szpitalne, więc należy spodziewać się umocnienia struktury wydatków, wśród których dominujące są wydatki na leczenie ambulatoryjne¹³.

W ramach usług ambulatoryjnych wyróżnia się usługi podstawowej opieki zdrowotnej i świadczenia specjalistyczne. Pierwsze są najczęściej wyceniane na podstawie stawki kapitacyjnej, równej dla wszystkich pacjentów danego lekarza. Z punktu widzenia analizy kosztów znacznie bardziej interesujące wydają się ambulatoryjne usługi specjalistyczne.

Dotychczasowe badania prowadzone przez autorkę nad wyceną usług powszechnych (na przykładzie usług zdrowotnych¹⁴) wykazały, że właściwą

¹⁰ Na mocy art. 97 ust. 3 pkt 1 u.ś.o.z.

¹¹ Wraz z wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej utraciło moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194), które do tej pory obowiązywało wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

¹² Świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej otrzymali w 2010 roku 29,1% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia w Polsce, z czego 66,2% pochodziło ze środków publicznych. Źródło: *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok*, Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4459_PLK_HTML.htm.

¹³ *Health at a Glance 2011 OECD Indicators*, OECD 2011.

¹⁴ Powszechnymi usługami zdrowotnymi są usługi należące do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych – zob. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

podstawą do ustalenia cen takich usług są informacje kosztowe generowane w rachunku kosztów spełniającym określone kryteria, m.in. celowości, promowania efektywności i neutralności¹⁵. W przypadku usług AOS zarówno przedmiot wyceny, jak i cena jest ustalana przez organ regulacyjny, przy czym punktem wyjścia do ustalenia ceny jednostkowej są oferty świadczeniodawców i wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń¹⁶.

Celem badania, którego rezultatem jest niniejsza książka, było sprawdzenie, w jakim stopniu informacje o kosztach świadczeń ambulatoryjnych są uwzględniane przy ustalaniu ich ceny. Główna teza badawcza brzmi: **wycena usług powszechnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest dokonywana proporcjonalnie do kosztów tych usług**. Podstawowymi pytaniami badawczymi, na podstawie których zaprojektowano badanie, były:

- W jakim stopniu istniejące regulacje prawne w zakresie uwzględniania kosztów w procesie wyceny usług AOS przekładają się na sposób ich ustalania?
- Jaka jest charakterystyka systemu wyceny usług AOS w świetle funkcjonujących modeli wyceny usług zdrowotnych?
- Czy istniejący system wyceny jest neutralny, tj. nie zniekształca podaży usług AOS, pozwalając jej dostosować się do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa?
- Czy świadczenia wyceniane na określonym poziomie są homogeniczne kosztowo, tj. ich świadczenie wymaga zaangażowania zasobów o podobnym koszcie?
- Czy relacja cen i kosztów różnych świadczeń jest podobna?

W pierwszym rozdziale dokonano charakterystyki rynku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce, koncentrując się przede wszystkim na aspektach związanych z realizacją i wyceną świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Celem tego rozdziału jest przedstawienie, jakie zasady regulują wycenę usług AOS.

W drugim rozdziale przeprowadzono analizę porównawczą rozwiązań funkcjonujących w wybranych krajach Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych w badanym obszarze. Analiza dotyczyła w szczególności sposobu

¹⁵ Więcej na temat wymogów w zakresie informacji kosztowej – zob. M. Raulinajtys-Grzybek, *Cost information...*, s. 101–123.

¹⁶ Punkt 15 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

definiowania przedmiotu wyceny (którym może być na przykład porada określonego typu lub ambulatoryjna grupa pacjentów) oraz pozyskiwania informacji na potrzeby ustalenia ceny jednostkowej usługi.

Rozdział trzeci przedstawia empiryczną analizę danych pozyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących struktury usług AOS w wybranych obszarach. Celem tego rozdziału jest dokonanie weryfikacji, czy istniejący system wyceny jest neutralny, czyli nie stwarza zachęty dla świadczeniodawców do zniekształcenia struktury świadczonych usług z przyczyn czysto ekonomicznych.

W rozdziale czwartym przeprowadzono teoretyczną analizę rozwiązań w zakresie rachunku kosztów, koncentrując się na modelach dostosowanych do specyfiki opieki zdrowotnej. Wskazano przewagę rachunku kosztów działań jako modelu gwarantującego zachowanie związku przyczynowo-skutkowego przy rozliczaniu kosztów, a także umożliwiającego wyodrębnienie kosztów związanych z nieefektywnością, czyli niewykorzystanym potencjałem przedsiębiorstwa.

Rozdział piąty przedstawia analizę zagadnienia, w jakim stopniu istniejący system wyceny usług AOS zapewnia zachowanie stałej relacji kosztów i cen zarówno dla różnych świadczeń, jak i dla świadczeń wycenianych na tym samym poziomie. W rozdziale przeprowadzono wyniki studium przypadku przeprowadzonego w dużej poradni realizującej świadczenia zachowawcze i zabiegowe.

W ramach badań empirycznych wykorzystano dwie główne metody – analizę danych ilościowych oraz studium przypadku.

Ilościowa analiza danych obejmowała informacje na temat ilości usług AOS zrealizowanych w wybranym województwie w okresie od początku III kwartału 2011 r. do końca II kwartału 2013 r. Ze względu na zmiany w sposobie definiowania przedmiotu wyceny na tym rynku wcześniejsze dane były nieporównywalne. Zbiory danych obejmowały liczbę świadczeń zrealizowanych w kilku wybranych obszarach wraz z wyszczególnieniem wszystkich procedur medycznych, jakie zostały zrealizowane w ramach tych porad. Analiza dotyczyła zmian w ilości procedur lub świadczeń w powiązaniu ze zmianami w poziomie ich cen.

Badaniu poddano wybrane procedury zachowawcze. Dobór procedur zachowawczych jest powodowany założeniem, że ewentualny wpływ zmiany ceny na ilość realizowanych świadczeń powinien być łatwiejszy do zaobserwowania w obszarze procedur zachowawczych niż zabiegowych ze względu

na ich większą zastępowalność i brak bezpośredniej konieczności zrealizowania ich w ramach konkretnej wizyty. W przypadku procedur zabiegowych wydaje się, że możliwości świadczeniodawcy odnośnie do kształtowania ilości i struktury tych świadczeń są ograniczone.

W ramach analizy zastosowano narzędzia statystyczne, w tym przede wszystkim: opis statystyczny, analizę korelacji oraz testy statystyczne porównujące rozkłady zmiennych – ich średnie i wariancje.

Drugim narzędziem badawczym było studium przypadku przeprowadzone w poradni wybranego świadczeniodawcy publicznego. Badanie obejmowało wdrożenie rachunku kosztów u tego świadczeniodawcy i analizę wszystkich świadczeń zrealizowanych w 2012 r. w zakresie relacji między ceną tych świadczeń a poziomem ich kosztów. Ocenie poddano również efektywność działania świadczeniodawcy.

Dobór studium przypadku jako narzędzia badawczego powodowany jest faktem, że na rynku AOS brak jest obecnie regulacji w zakresie narzędzi rachunku kosztów. Wdrożony model jest adaptacją modelu sporządzonego dla opieki zdrowotnej w ramach projektu Ministerstwa Zdrowia i Szkoły Głównej Handlowej pt. „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”¹⁷. Model ten spełnia wymogi w zakresie narzędzia do generowania informacji dla potrzeb wyceny usług powszechnych – zachowując związek przyczynowo-skutkowy przy alokacji kosztów i promując efektywne gospodarowanie zasobami poprzez wyłączenie kosztów niewykorzystanego potencjału z kosztów świadczenia.

¹⁷ Pierwotna koncepcja została opracowana w ramach prac powołanego przez Ministra Zdrowia zespołu do przygotowania rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rachunku kosztów u świadczeniodawców (przewodniczącą zespołu jest prof. G.K. Świdzka), a następnie dopracowana w czasie warsztatów przez zespół Katedry Rachunkowości Menedżerskiej SGH z przedstawicielami kadry medycznej i zarządczej podmiotów leczniczych. M. Raulinajtys-Grzybek jest członkiem zespołu projektowego.

WYCENA USŁUG AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

1.1. Wprowadzenie

Celem rozdziału jest zdefiniowanie pojęcia usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i przedstawienie zasad ich wyceny. Do wyprowadzenia tej definicji wykorzystane zostaną regulacje prawne funkcjonujące na gruncie polskim. Zakres usług ambulatoryjnych i specyfika ich realizacji różnią się bowiem w poszczególnych krajach. Szerzej ten temat omówiono w rozdziale poświęconym doświadczeniom zagranicznym w zakresie wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W dalszej części rozdziału przedstawiono bieżące regulacje w zakresie organizacji procesu wyceny świadczeń w Polsce. W 2011 r. system ten został poddany gruntownej reorganizacji. Wprowadzono nową definicję obiektu wyceny – porady – która jest określana na bazie specyficznych cech procesu leczenia.

Kierunek zmian był zbieżny ze zmianami wprowadzanymi na rynku świadczeń szpitalnych, gdzie podstawą wyceny są jednorodne grupy pacjentów grupujące świadczenia o podobnym przebiegu, choć zasady określania obiektów wyceny i grupowania świadczeń dla potrzeb wyceny na obu tych rynkach się różnią. W ostatniej części rozdziału dokonano charakterystyki sposobu regulacji systemu wyceny usług AOS w Polsce na tle rozważań teoretycznych dotyczących obiektów wyceny w opiece zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem grup diagnostycznych.

Organizacja procesu wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce została w dalszej części pracy skonfrontowana z doświadczeniami zagranicznymi (rozdział drugi) w odniesieniu do głównej tezy pracy, która dotyczy przyjęcia informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej jako podstawy do ustalania ich ceny.

1.2. Świadczenie usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce

Pojęcie usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest definiowane w dwóch ustawach: o działalności leczniczej¹⁸ i o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza pojęcie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych obejmujących „świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu”, a także „świadczenia zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego”²⁰. Z kolei ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definiuje ambulatoryjną opiekę zdrowotną jako „udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych”²¹.

Pomiędzy definicjami zamieszczonymi w obu ustawach istnieje pewna sprzeczność. W polskim prawodawstwie funkcjonują bowiem dwa pojęcia – „świadczenie zdrowotne” i „świadczenie opieki zdrowotnej” – które w przytoczonych wyżej przepisach są traktowane wymiennie, podczas gdy z porównania definicji tych pojęć²² wynika, że świadczenie opieki zdrowotnej jest pojęciem nadrzędnym w stosunku do świadczenia zdrowotnego²³. Na potrzeby niniejszego

¹⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm., dalej: u.d.l.).

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

²⁰ Artykuły 10 i 11 u.d.l.

²¹ Artykuł 5 pkt 1 u.ś.o.z.

²² Artykuł 5 pkt 34 i 38 u.ś.o.z.

²³ Obejmując obok świadczenia zdrowotnego (rozumianego jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia), także świadczenie zdrowotne rzeczowe (związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne) oraz świadczenie towarzyszące (zakwaterowanie i żywienia w trakcie opieki całodobowej lub całodzienniej oraz usługi transportu sanitarnego). W warunkach ambulatoryjnych świadczenia opieki zdrowotnej będą obejmować głównie świadczenia zdrowotne (np. porady czy wykonane procedury medyczne), ale również świadczenia rzeczowe (np. leki i wyroby medyczne zużyte w trakcie realizacji porady) i wybrane świadczenia towarzyszące (dotyczące transportu sanitarnego).

opracowania **usługi ambulatoryjnej opieki zdrowotnej** definiuje się jako **świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub w zakładzie badań diagnostycznych i laboratorium medycznym.**

Świadczenie usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej może być realizowane przez świadczeniodawcę działającego w formie praktyki lekarskiej lub podmiotu leczniczego. W tabeli 1.1 przedstawiono statystyczne zestawienie liczby i struktury podmiotów prowadzących taką działalność leczniczą.

W analizowanym okresie zwiększeniu uległa zarówno liczba udzielanych porad, jak i liczba świadczeniodawców, zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Warto jednak zauważyć, że wzrost liczby świadczeniodawców ogółem wynika ze zwiększenia liczby podmiotów leczniczych przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby praktyk lekarskich. Prawdopodobnie wiąże się to ze zmianą sposobu prowadzenia działalności leczniczej i jej organizacją w ramach niepublicznych podmiotów leczniczych.

Tabela 1.1. Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Wyszczególnienie	2000 r.	2005 r.	2010 r.	2011 r.		
				ogółem	podmiot publiczny	podmiot nie-publiczny
Świadczeniodawcy, w tym:	13.268	19.860	23.535	25.738	2763	22.975
Podmioty lecznicze	8188	12.273	16.608	19.151	2763	16.388
Praktyki lekarskie	5080	7587	6927	6587	0	6587
Porady ogółem, w tym udzielane przez:	234.805	261.252	284.787	296.299	75.219	221.080
Podmioty lecznicze	217.978	238.461	265.611	278.623	75.219	203.404
Praktyki lekarskie	16.827	22.791	19.176	17.676	0	17.676
Liczba porad na 1 mieszkańca	6,1	6,8	7,4	7,7		

Uwaga: dane na temat praktyk lekarskich obejmują wyłącznie podmioty, które podpisały kontrakty bezpośrednio z NFZ lub z podmiotami leczniczymi. Dane na temat liczby porad obejmują również porady finansowane ze środków prywatnych.

Źródło: *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012.

W strukturze świadczeniodawców dominują podmioty niepubliczne. W 2011 r. podmioty te stanowiły około 90% wszystkich świadczeniodawców,

Monika Raulinajtys-Grzybek – doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie; specjalista z zakresu zarządzania opieką zdrowotną i rachunku kosztów w opiece zdrowotnej; autorka publikacji i artykułów z tematyki rachunkowości zarządczej i rachunku kosztów.

■ W książce w sposób kompleksowy zaprezentowano praktyczne aspekty dotyczące wyceny świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), wiążąc wycenę świadczeń z poziomem ich kosztów. Szczegółowo przedstawiono m.in.:

- badania empiryczne pokazujące wpływ systemu wyceny usług AOS na zachowania świadczeniodawców,
- opis koncepcji rachunku kosztów dla poradni, która sprawdza się przy wszelkich analizach rentowności,
- dane empiryczne przedstawiające metodykę oceny relacji między cenami świadczeń AOS a ich kosztami,
- *best practices* dotyczące podejścia do wyceny świadczeń AOS na świecie,
- analizę bieżących rozwiązań w zakresie wyceny świadczeń AOS.

■ Publikacja będzie pomocnym narzędziem dla dyrektorów szpitali, analityków oraz pracowników instytucji regulacyjnych w obszarze opieki zdrowotnej (pracowników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia). Zainteresuje również pracowników naukowych specjalizujących się w zakresie zarządzania w opiece zdrowotnej i ekonomiki zdrowia, a także studentów.

„Książka stanowi próbę odpowiedzi na aktualne potrzeby decydentów ochrony zdrowia dotyczące sposobów wyceny świadczeń specjalistycznych, a także jest interesującą propozycją sposobu prowadzenia analizy finansowo-ekonomicznej dla wszystkich badaczy zajmujących się funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. (...) Praca zdecydowanie wnosi wkład do wiedzy o funkcjonowaniu płatnika i świadczeniodawców, a także konsekwencji tej interakcji dla pacjentów”.

Dr hab. Ewelina Nojszewska, prof. SGH



Cena 49 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01
zamowienia.książki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

