

HealthBASKET:

Streszczenie i zalecenia

HealthBASKET – Koszty świadczeń i usług zdrowotnych w Europie – to projekt finansowany przez Komisję Europejską w ramach Szóstego Ramowego Programu Badawczego (Dotacja: SP21-CT-2004-501588). Projekt rozpoczął się w kwietniu 2004 r. a został zakończony w marcu 2007 r. Projektem kierowało European Health Management Association (EHMA). Koordynatorem naukowym projektu *HealthBASKET* był prof. Reinhard Busse z Wydziału Zarządzania Opieką Zdrowotną Technische Universität Berlin.

Partnerzy uczestniczący w projekcie

- **Koordinacja projektu:** European Health Management Association, Dublin, Irlandia (EHMA)
- **Nadzór naukowy:** Wydział Zarządzania Opieką Zdrowotną, (Centrum współpracy z WHO na rzecz badań i zarządzania systemem świadczeń zdrowotnych), Politechnika Berlińska, Niemcy (TUB)
- CER GAS, Uniwersytet Bocconi, Mediolan, Włochy (BOC)
- The Centre for Health Economics, University of York, Wielka Brytania (CHE)
- Duński Instytut na rzecz badań nad usługami zdrowotnymi, Kopenhaga, Dania (DSI)
- Ecole Nationale de la Santé, Rennes, Francja (ENSP)
- Instytut na rzecz zarządzania i polityki zdrowotnej, Uniwersytet Erazma, Rotterdam, Holandia (iBMG)
- Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska (JUMC)
- Semmelweis University, Budapeszt, Węgry (SEM)
- Centrum badań nad gospodarką i opieką zdrowotną, Uniwersytet Pompeu i Fabra, Barcelona, Hiszpania (CRES)

Cel i uwarunkowania

Od czasu wydania orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Kohll/Decker coraz bardziej oczywistym staje się fakt, że usługi zdrowotne nie mogą być dłużej postrzegane jako funkcjonujące w izolacji od pozostałych państw członkowskich UE. Strumienie pacjentów przemieszczających się z jednego państwa członkowskiego do drugiego stają się coraz większe, czasami wskutek samodzielnych wyborów pacjentów, a nierzadko w ramach świadczeń organizowanych za pośrednictwem Ministerstw Zdrowia lub funduszy chorobowych.

Istnieje jednak powszechnie obowiązujące porozumienie między państwami członkowskimi stanowiące, że w związku z przemieszczaniem się pacjentów „równowaga finansowa” krajowych systemów opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej nie może podlegać podważeniu.

Podstawowym wymogiem dla ochrony takiej stabilności finansowej jest dostępność precyzyjnych informacji o koszyku usług oferowanych w poszczególnych państwach członkowskich, o metodach jego określania, o częstotliwości korzystania z usług przez poszczególnych pacjentów oraz o cenach płaconych za takie usługi. Wiedza taka pozwoli państwom członkowskim, jak i Komisji Europejskiej sformułować spójne polityki zmierzające do uporządkowania przepływu pacjentów w sposób, który nie będzie zagrażał finansowej stabilności dotychczasowych systemów opieki zdrowotnej oraz cennym zasadom powszechności, równości i dostępności. Co więcej, jeżeli pacjenci mają skorzystać z możliwości oferowanych przez rynek wewnętrzny Unii Europejskiej, także oni muszą wiedzieć, jakie usługi są dostępne, gdzie je można otrzymać i po jakiej cenie.

Dotychczasowe porównania kosztów opieki zdrowotnej były zwykle dokonywane na poziomie łącznym a różnice podlegały identyfikacji na poziomie makro, np. parytety siły nabywczej per capita, jako odsetek PKB, rozkład wydatków na sektor. Wynikało to z faktu, że analizy kosztów indywidualnych usług - na poziomie mikro - są trudne do realizacji z uwagi na ograniczoną porównywalność danych. Jeżeli indywidualne dane o kosztach są w ogóle dostępne, często nie jest jasne, czy różnice wynikają z

1. różnic w zakresie faktycznie dostarczanych usług,
2. różnych definicji tego, które kategorie kosztów uwzględnia się w kalkulacji kosztów (lub raczej ceny) bądź
3. faktycznych różnic w kosztach danej usługi.

Pierwszy aspekt dotyczy podstawowej definicji „usługi”, która może różnić się w zależności od (a także w ramach) kraju. W tym sensie różnice kosztów mogą odzwierciedlać różnice w zakresie dostarczanych usług (np. w kontekście wykorzystania drogich technologii) lub w zakresie samej definicji usług (np. czy znieczulenie należy do usługi „leczenia chirurgicznego” czy jest traktowane odrębnie). Jednak nawet w przypadku usługi porównywalnej drugi problem dotyczy różnych czynników, które mogą podlegać uwzględnieniu w kalkulacji kosztów (np. czy bierze się też w obliczeniach pod uwagę koszty inwestycji). Obserwowane różnice w kosztach można byłoby również wyjaśnić poprzez ustalenie metod i sposobów kalkulacji kosztów. Trzecia ważna kwestia wiąże się z różnicami cen czynników wejściowych. W szczególności chodzi tu o koszty siły roboczej (np. czas pracy lekarzy i pielęgniarek).

Cele projektu

W związku z powyższymi założeniami cele projektu *HealthBASKET* są dwojakie: analiza polityki, jak i wyzwań metodologicznych. W projekcie uwzględniono obie z tych potrzeb w sposób jasny i czytelny, koncentrując się w szczególności na koszyku usług oraz dokonując i rozwijając metodologie oceny kosztów oraz cen indywidualnych usług w różnych państwach członkowskich UE. Projekt ponadto sprzyja powstaniu spójniejszej wizji polityki dzięki rozwijaniu i weryfikacji innowacyjnej metodologii analizy kosztów na poziomie mikro, pozwalającej na przeprowadzenie międzynarodowych porównań oraz dzięki ocenie różnic między państwami członkowskimi w kosztach korzystania z wybranych usług szpitalnych i ambulatoryjnych.

Projekt przeprowadzono w sferze badań zorientowanych na politykę w ramach Szóstego ramowego programu badawczego UE w celu *„wsparcia procesu formułowania i wdrożenia polityk wspólnotowych, poprzez wniesienie wkładu naukowego w programy zorientowane dokładnie na istniejące potrzeby („stymulowane zapotrzebowaniem”), spójne w ramach poszczególnych obszarów polityki Wspólnoty oraz wrażliwe na zachodzące zmiany polityki.”* Ujmując to precyzyjniej, priorytet 2 owego obszaru badawczego (*„Zapewnienie zdrowia, bezpieczeństwa i możliwości mieszkańcom Europy”*) koncentrował się między innymi na *„sformułowaniu spójniejszej całościowej wizji polityki z jasną bazą dokumentacyjną [...] w celu odpowiedzi na nowe wyzwania związane z rozszerzeniem oraz w celu znalezienia skutecznych środków [...] zwiększenia mobilności pacjentów [...] oraz usług”*. Badania były niezbędne do *„pogłębienia zrozumienia i budowy pełniejszych podstaw naukowych dla polityki [...] dotyczącej zmian w zakresie europejskich systemów i usług opieki zdrowotnej”*. Projekt w szczególności opracowano w celu uwzględnienia Zadania 3 *„Porównanie kosztów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich na poziomie indywidualnych usług”*, które sformułowano dla *„identyfikacji możliwych metodologii porównywania kosztów usług oraz oceny zakresu możliwości przyszłego opracowania*

szczegółowych systemów audytu i rachunkowości kosztów opieki zdrowotnej jako kroku ku bardziej efektywnym kosztowo systemom opieki zdrowotnej”.

W projekcie uwzględniono wszelkie te problemy w sposób opisowy i analityczny dla próbek 9 państw członkowskich reprezentujących różne typy systemów opieki zdrowotnej (Dania, Francja, Niemcy, Węgry, Włochy, Polska, Hiszpania, Wielka Brytania i Holandia). Ponadto druga oś badań skoncentrowana została na kwestiach transnarodowej porównywalności danych.

Analizy krajowe i międzynarodowe

Partnerzy uczestniczący w projekcie w każdym z tych 9 krajów:

- zebrali i opisali definicje usług świadczonych w ramach systemu oraz przeanalizowali strukturę i zawartość „koszyków” świadczeń (a także, jeżeli takowe istnieją, „katalogów”, w których koszyki podlegają udostępnieniu), jak i proces definiowania powyższych koszyków i katalogów świadczeń;
- zbadali możliwości budowy europejskiej taksonomii świadczeń na podstawie powyższej analizy oraz wszelkich innych stosownych klasyfikacji w celu znalezienia wspólnego języka porównywalności kosztów (Faza I);
- dokonali przeglądu metodologii wykorzystywanych w celu oceny kosztów oraz cen usług ujętych w koszykach w poszczególnych krajach i podjęli próbę identyfikacji „najlepszych praktyk” w procesach analizy kosztów na poziomie mikro w celu zapewnienia międzynarodowej porównywalności informacji (Faza II);
- dokonali oceny różnic w stopniu wykorzystania zasobów (zasoby ludzkie, dobra, kapitał itd.) oraz w rzeczywistych kosztach takich zasobów dla poszczególnych usług zdrowotnych między krajami i w ich ramach, przy wykorzystaniu wybranych 10 „pakietów” reprezentujących zapotrzebowanie zarówno na opiekę szpitalną, jak i ambulatoryjną (Faza III).

Zasadniczym celem badania było określenie, które dane są niezbędne dla przygotowania międzynarodowych porównań o faktycznej wartości analitycznej.

W badaniu uczestniczyły osoby opracowujące programy i polityki w ramach organizowanych warsztatów i regularnej sprawozdawczości dotyczącej częściowych wyników przesyłanej takim właśnie adresatom. Ponadto powołano Radę Doradczą złożoną z przedstawicieli WHO, Europejskiego Centrum Analiz Systemów i Polityk Ochrony Zdrowia, OECD, jak i organizacji świadczeniodawców w celu zagwarantowania, że potencjalny wpływ na rozwój standardów, jak i na rozwój systemów opieki zdrowotnej w UE może znaleźć przełożenie na konkretne działania.

Trzy fazy projektu

Poza zakresem niniejszego streszczenia pozostaje gruntowny przegląd metodologii, spostrzeżeń oraz wniosków z trzech faz projektu. W zakresie tym wydano następujące kompleksowe sprawozdania i publikacje:

- Informacje o metodologii, sprawozdania krajowe oraz dane porównawcze z **Fazy I**, tzn. opis i analizy koszyków świadczeń, kryteria stosowane dla ich ustalenia itd., dostępne są na stronie internetowej projektu pod adresem www.healthbasket.org. Sprawozdania krajowe poświęcone opiece szpitalnej opublikowano w grudniu 2005 r. jako suplement 1 do

European Journal of Health Economics, tom 6 i są one dostępne w Internecie (<http://www.springerlink.com/content/t2466855k020/?p=a9dbff4fee024bda8b82350033786e4e&pi=11>). Skróconą wersję danych porównawczych stanowi Aneks 1.

- Metodologia oraz sprawozdania krajowe z **Fazy II**, tzn. analiza metod stosowanych w celu oceny kosztów oraz cen, jak i przegląd literatury poświęconej „najlepszym praktykom” międzynarodowych ocen kosztów dostępne są na stronie internetowej projektu pod adresem www.healthbasket.org. Skrócone sprawozdania krajowe poświęcone opiece szpitalnej opublikowano w sierpniu 2006 r. w specjalnym wydaniu (tom 9, nr 3) *Health Care Management Science* (<http://www.springerlink.com/content/v162x3264175/?p=e9b20c7cfc724abab9d866a0d76f5596&pi=2>).
- Metodologia, sprawozdania krajowe oraz analiza porównawcza z **Fazy III**, tzn. porównania w ramach i między krajami w zakresie wykorzystania zasobów oraz kosztów 10 wybranych elementów opieki, dostępne są na stronie internetowej projektu pod adresem www.healthbasket.org. Artykuły dotyczące specyficznej metodologii, jak i dane porównawcze uzyskane podczas analizy pakietów w poszczególnych krajach zostaną opublikowane w suplemencie do *Health Economics* pod koniec 2007 r.

W dalszych częściach krótko omówiono główne punkty każdej z faz projektu. Stosowne zalecenia z wszystkich trzech faz zawarto w ostatniej części niniejszego streszczenia.

Faza I: Koszyki świadczeń i kryteria podejmowania decyzji

Metodologia

Definicje: W trakcie projektu zdefiniowano „Koszyk świadczeń” (także: „pakiet świadczeń”) jako ogół bezpośrednio ogłoszonych lub domyślnie obowiązujących katalogów/list/grup usług zdrowotnych oraz towarów objętych systemami publicznymi/ustawowymi. Terminy „katalog świadczeń” lub „listy” zarezerwowane są dla częściowych składników koszyków, jeżeli różnią się podmiotami, taksonomią itd. W przypadku granicy usług „zdrowotnych” i towarów (a np. usług „socjalnych” lub ogólnej działalności publicznej w obszarze zdrowia), projekt opiera się na granicach zastosowanych w Raportach na temat zdrowia OECD (tzn. kategorie funkcjonalne od HC.1 do HC.6 z ich odpowiednimi podkategoriami, patrz Tabela).

HC	Klasyfikacja funkcjonalna
	<i>Indywidualne usługi opieki zdrowotnej i towary</i>
1	Usługi lecznicze
2	Usługi rehabilitacyjne
3	Usługi długoterminowej opieki pielęgniarstwa
4	Usługi dodatkowe w stosunku do opieki zdrowotnej
5	Towary medyczne wydawane pacjentom ambulatoryjnym
	<i>Zbiorowe usługi opieki zdrowotnej</i>
6	Profilaktyka i publiczne usługi zdrowotne

Analizy krajowe zostały opracowane wokół następujących bloków tematycznych, z których każdy obejmuje zestaw pytań badawczych:

- **Przegląd krajowego koszyka świadczeń:** Na jakim poziomie uregulowane są uprawnienia do różnych grup usług zdrowotnych/towarów? Dla ilu różnych sektorów opieki zdrowotnej (i/lub ilu regionów i/lub ilu systemów ustawowych) obowiązują różne reżimy regulacyjne? Jaka jest rola rządu centralnego w przypadkach delegowania/przekazania uprawnień jednostkom lokalnym i/lub samorządowym (np. czy występuje czysty nadzór nad procesem, formalne zatwierdzanie wyników czy też konieczność przekształcenia ich w formę aktu rządowego lub mu podobnego)? Jakie kategorie świadczeń podlegają wyłączeniu (w szczególności obszary graniczne, np. fizjoterapia, psychoterapia, opieka stomatologiczna, rehabilitacja)?
- **Definicje uprawnień i świadczeń wg sektorów:** Kim są podmioty odpowiedzialne za definiowanie świadczeń dla każdego sektora i jaki jest ich zakres obowiązków? Czy świadczenia definiuje się bezpośrednio (tzn. w formie pisemnej), pośrednio (tzn. w oparciu o przyjęte zwyczaje) czy też przy wykorzystaniu obu systemów? Czy definicja świadczeń jest precyzyjna czy raczej niejednoznaczna? Czy definiuje się je w sposób pozytywny czy negatywny (tzn. poprzez wyszczególnienie usług objętych zakresem czy wyłączonych z zakresu)? Czy włączone świadczenia to po prostu wyliczenie procedur lub towarów czy też są one powiązane ze stanem zdrowia pacjentów/wskazaniami dla poszczególnych pacjentów? Jak klasyfikuje się świadczenia, tzn. dzieli wg dostarczanych usług (jak często ma to miejsce w przypadku opieki ambulatoryjnej w systemie ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, lecz także w przypadku farmaceutyków) czy wg indywidualnych pozycji (np.

w przypadku farmaceutyków), wg przedmiotowych i czasowych potrzeb („wszelkie niezbędne usługi”, np. w opiece podstawowej), wg diagnoz itd., na świadczeniodawcę w danym okresie? Czy definicje są takie same dla wszystkich płatników? Jeżeli nie, czy istnieje pewien rdzeń wspólny dla wszystkich płatników? Jak i przez kogo jest on określany? Jeżeli katalogi świadczeń są różne, dla jakich podmiotów się różnią (np. regiony, fundusze chorobowe) i ile jest zróżnicowanych katalogów?

- **Opis katalogów świadczeń, zaangażowanych podmiotów i kryteriów decyzyjnych:** Jak klasyfikuje się świadczenia, tzn. dokonuje podziału wg dostarczanych usług (jak często ma to miejsce w przypadku opieki ambulatoryjnej w systemie ubezpieczenia społecznego) czy wg indywidualnych pozycji (np. w przypadku farmaceutyków), lub wg przedmiotowych i czasowych potrzeb („wszelkie niezbędne usługi”, np. w opiece podstawowej), wg diagnoz itd., na świadczeniodawcę w danym okresie? „Taksonomia” katalogu świadczeń w poniższym zakresie: 1. ile poziomów, tzn. rozdziały, podrozdziały, indywidualne pozycje, 2. logika stojąca za definicją każdego poziomu, wykorzystanie dotychczasowej nomenklatury, ograniczenia usług wg rodzajów lub szczególnych kwalifikacji świadczeniodawcy, wieku lub schorzenia pacjenta. Kto zdecydował o ogólnej strukturze katalogu? Kto określa świadczenia wyszczególnione w takim katalogu? Kto odpowiada za ustalanie priorytetów dotyczących potencjalnych świadczeń? Jak takie organy zbiorowe podejmują decyzje? Czy podejmujący decyzję muszą/mogą opierać się na zewnętrznych ekspertyzach (np. wykonanych przez instytucje HTA)? W jakim stopniu decyzje wynikają ze zgromadzonej dokumentacji? Jakie istnieją opcje decyzyjne (tzn. tylko „tak”/„nie” bądź ograniczenie do określonych lokalnych podmiotów lub świadczeniodawców, pacjentów, okresów, poziomów wspólnego płacenia)? Jakie kryteria stosuje się podczas podejmowania decyzji o włączeniu/wyłączeniu świadczeń (np. potrzeba, efektywność, koszty, efektywność kosztów, budżet ogółem)? W jaki sposób przypisuje się względną wagę poszczególnym kryteriom? Czy kryteria są publicznie znane? W jaki sposób ogłasza się podjęte decyzje? Czy takie decyzje mogą podlegać podważeniu na drodze sądowej? Czy decyzje regularnie podlegają ponownym ocenom?
- **Dyskusja** Czy pakiet świadczeń rzeczywiście coś znaczy, czy też istnieje wyłącznie na papierze a świadczeniodawcy działają w sposób bardziej liberalny (tzn. dostarczają świadczenia niewchodzące w zakres) lub bardziej restrykcyjny? Jakie są koszty transakcyjne katalogów świadczeń? Czy widoczna jest narodowa świadomość zagadnień i koszyka/katalogów świadczeń oraz publiczna debata nad nimi? Czy ostatnio przeprowadzano ostatnio reformy systemu i jakie są prawdopodobne zmiany w przyszłości?

Wyniki i wnioski

Zgodnie z naszymi danymi w ramach projektu *HealthBASKET* przeprowadzono pierwsze gruntowne analizy koszyków świadczeń i katalogów świadczeń w dziewięciu krajach europejskich, reprezentujących niejednorodną kombinację systemów opieki zdrowotnej. Analizy krajowe ujawniły, że informacje w tym obszarze są często trudno dostępne, ponieważ mają charakter fragmentaryczny i nieuporządkowany. Zastosowanie wspólnej ramowej struktury i terminologii weryfikacji różnych systemów zdrowotnych w poszukiwaniu katalogów świadczeń pozwoliło nam zebrać razem niejednorodne informacje w sposób zapewniający ich wysoką porównywalność. Metodologia wykorzystania w naszym badaniu mogłaby zostać zastosowana w celu przeglądu

oraz omówienia koszyków i katalogów usług zdrowotnych w pozostałych krajach europejskich (jak i w krajach spoza Europy).

Analiza porównawcza świadczeń zdrowotnych w krajach objętych badaniem ujawnia, że pomimo różnic w schematach finansowania i organizacji, w europejskich systemach opieki zdrowotnej występuje widoczny trend ku bardziej bezpośredniej definicji koszyków świadczeń i katalogów świadczeń. Kraje, które ostatnio wprowadziły nowe uregulowania ustawowe dotyczące opieki zdrowotnej w sposób bardziej bezpośredni zdefiniowały katalogi świadczeń. Pozostałe kraje ze starszym ustawodawstwem w zakresie opieki zdrowotnej, przynajmniej na poziomie prawnym, określiły koszyki świadczeń w sposób bardziej pośredni. Należy stwierdzić jednak, że obecnie żaden kraj nie posiada jednolitego katalogu – koszyki świadczeń składają się z kombinacji w różny sposób zdefiniowanych list (uprawnienia, płatności, wytyczne ...).

Choć dokładne krajowe podejścia do definicji świadczeń znacznie się od siebie różnią, w kontekście analizy uprawnień do świadczeń wg kategorii, między krajami występują jedynie niewielkie różnice: Większość krajów wyłącza podobne świadczenia: (chirurgia plastyczna, szczepienia podróżne) oraz niektóre niekonwencjonalne metody leczenia (np. akupunktura). Ponieważ *taksonomia* stosowana w celu sortowania i opisanie usług zdrowotnych (i w mniejszym stopniu, towarów) różni się znacznie w zależności od kraju – nawet jeżeli większość krajów zdaje się dzielić opiekę ambulatoryjną głównie wg specjalności lekarskich a opiekę szpitalną przede wszystkim wg diagnozy i procedury leczenia – nadal w zasadzie nie jest jasne, czy usługi objęte uprawnieniami są rzeczywiście „te same”. W przeciwieństwie do zasygnalizowanego braku czytelności, lekarze praktycy dysponują względnie jednolitym rozumieniem tego, co stanowi „lek” w poszczególnych krajach.

Wbrew powszechnym opiniom czynnikiem motywującym do ustanowienia bezpośrednio zdefiniowanego koszyka świadczeń nie zawsze jest ograniczanie kosztów lub reglamentacja. W dwóch krajach ze zregionalizowanym krajowym systemem opieki zdrowotnej celem definicji koszyka usług jest zapewnienie równości pomiędzy regionami. Przekazanie usług zdrowotnych autonomicznym władzom (regionalnym) unaocznilo potrzebę zdefiniowania minimalnego, wspólnego dla wszystkich koszyka usług zdrowotnych w celu uniknięcia niemożliwych do zaakceptowania różnic w świadczeniu usług zdrowotnych. Regionalne władze nadzorujące system ochrony zdrowia są jednak uprawnione do dodawania dalszych świadczeń pod warunkiem, że obowiązujące minimum zostało właściwie zabezpieczone.

W większości krajów aspekty uwzględniane w procesie podejmowania decyzji oraz ostateczne przyczyny leżące u podstaw konkretnych decyzji w sprawie koszyka nie są udokumentowane w sposób przejrzysty ani uporządkowany. Natomiast jednoznacznie definiowane katalogi świadczeń wymagają jednak jasnych i przejrzystych kryteriów podejmowania decyzji o włączeniu bądź wyłączeniu określonych świadczeń. Kwestia ta została zauważona przez osoby podejmujące decyzje o programach i polityce, na co wskazuje fakt, że wspomniane zostały zestawy kryteriów wymagających uwzględnienia w procesie podejmowania decyzji. Większość krajów oficjalnie twierdzi, że efektywność (kosztowa) jest ważnym kryterium decyzyjnym. Z kolei dalsze analizy często pokazują, że nadal brak prawdziwej formalizacji procesu dla wielu kategorii opieki zdrowotnej a nierzadko podlega ona ograniczeniu do jednego bądź kilku sektorów systemu opieki zdrowotnej, np. farmaceutyków i wyrobów medycznych i nie obowiązuje powszechnie dla wszystkich produktów lub usług. Ponadto nadal brakuje przejrzystości interpretacji, wdrożenia i stosowania kryteriów w procesie podejmowania decyzji.

Faza II: Kalkulacje kosztów

Metodologia

Faza II składała się z dwóch części. Pierwsza polegała na **systemowym przeglądzie** literatury naukowej poświęconej metodologiom kalkulacji kosztów i zmierzała do identyfikacji „najlepszych praktyk”.

Druga, **analizy krajowe** została zorganizowana wokół następujących bloków tematów i pytań badawczych:

- **Czy obowiązują urzędowe ceny lub stawki?** Jaka jest podstawowa charakterystyka regulacji cen w opiece zdrowotnej, wg sektorów opieki zdrowotnej? Jaka jest jednostka płatnicza (tzn. poziom agregacji)? Na jakim poziomie ceny są ustalane lub negocjowane? Czy świadczeniodawca może uzyskiwać różne ceny/płatności od różnych nabywców (władze nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej/ fundusze chorobowe/ władze rządowe)? Czy możliwe jest, żeby nabywca płacił różne ceny różnym świadczeniodawcom? Jakie podmioty zaangażowane są w proces ustalania cen? Czy ceny różnią się w zależności od czynników pozaekonomicznych, takich jak np. sankcje za przekroczenie kwoty uzgodnionych usług, itd.? Jeżeli tak, jak istotne są takie czynniki?
- **W jaki sposób odbywa się rewaloryzacja cen?** Czy obowiązują stałe terminy rewaloryzacji (co rok, co pół roku itd.)? Czy świadczeniodawcy lub nabywcy mają możliwość wnioskowania o rewaloryzację cen? Z jaką dokładnością odbywa się rewaloryzacja cen? Jaki jest podstawowy czynnik stojący za podwyżkami cen?
- **W jaki sposób ustala się koszty usług w krajach objętych projektem?** Jakie jednostki stosuje się w celu kwantyfikacji wykorzystania zasobów? Jakie dane źródłowe stosuje się w celu oceny wykorzystania zasobów? Jakie dane źródłowe wykorzystuje się do ustalenia jednostkowej wartości pieniężnej? Jak dokładne są oceny kosztów? Jakie podmioty przeprowadzają i/lub korzystają z oceny kosztów?

Wyniki i wnioski

Systemy opłat zyskują na coraz większym znaczeniu; podczas gdy są już one powszechne od dłuższego czasu w krajach posiadających systemy ubezpieczenia społecznego i chorobowego, teraz pojawiają się coraz częściej w systemach finansowanych z podatków. Dotychczas większość krajów wprowadziła już systemy wynagradzania uzależnione od charakterystyki świadczenia w przypadku usług ambulatoryjnych i szpitalnych, podczas gdy często brakuje ich nadal w kontekście opieki długoterminowej, rehabilitacji i pozostałych rodzajach usług. Ponieważ bazowa taksonomia klasyfikacji usług różni się istotnie w zależności od kraju (patrz faza I), ceny nie mogą w sensowny podlegać porównywaniu między krajami.

Obecnie pojawił się widoczny trend ku zastosowaniu danych kosztowych z poziomu mikro (szczególnie w odniesieniu do usług szpitalnych) w celu ustalania stawek wynagrodzenia odzwierciedlających rzeczywiste koszty świadczeniodawców. Problemem napotykanym przez wiele krajów (jeżeli nie wszystkie) jest niska jakość danych przekazywanych przez świadczeniodawców. Problem ten stanowił istotne wyzwanie również w przypadku naszego badania. W krajach UE występuje ogólny trend ku opracowywaniu systemów DRG (opartych na „wspólnych grupach diagnostycznych”) na potrzeby refundacji. Podczas gdy prawie wszystkie te systemy mają swe korzenie w systemie stworzonym 30 lat temu w Yale, jego praktyczne zastosowanie różni się znacznie w poszczególnych krajach europejskich. Wprowadzenie DRG w

Europie nie miało charakteru skoordynowanego, w związku z czym możliwości wzajemnego czerpania z doświadczeń (przynajmniej na poziomie wewnątrz europejskim) zostały utracone, ponieważ kraje Europy zamiast na swych sąsiadach wzorowały się na państwach pozaeuropejskich (np. Niemcy na Australii).

Analiza ujawniła, że brak jest powszechnie przyjętej metodologii rachunku kosztów. Istnieje szereg właściwych metod szacowania (jednostkowych) kosztów danej usługi. W zasadzie księgowi definiują koszty metodą wartości historycznej zasobów ekonomicznych, podczas gdy ekonomiści korzystają z innej koncepcji kosztów, często określanej jako koszt alternatywny. Literatura z zakresu rachunkowości, jak i ekonomii pozostaje spójna co do podstawowych zasad rachunku kosztów. Proces rachunku kosztów rozpoczyna się (a) stworzeniem właściwie zdefiniowanego problemu decyzyjnego, w tym wskazania celów rachunku kosztów, perspektywy rachunku kosztów oraz horyzontu czasowego, jak i (b) opisem danej usługi (przedmiotu kosztów). Gdy usługi zostaną szczegółowo zdefiniowane, metodologie rachunku kosztów obejmują trzy zasadniczo różne etapy: (c) identyfikacja zasobów wykorzystywanych do dostarczenia usługi, (d) pomiar wykorzystania zasobów w jednostkach naturalnych oraz (e) przypisanie wartości pieniężnej zużyciu zasobów. Ponadto istnieje konsensus co do potrzeby uwzględnienia wiarygodności wyników drogą analizy wrażliwości i testów statystycznych.

Konsensus obejmuje też podstawowe zasady alokacji kosztów. W idealnych warunkach koszty należy śledzić w sposób bezpośredni (tzn. zapewnić alokację do danego pacjenta bądź przypadku), jeżeli jest to możliwe do wykonania w sposób ekonomicznie uzasadniony. Koszty pośrednie (koszty ogólne) powinny podlegać alokacji do sfery usług na podstawie rzeczywistego wykorzystania lub na podstawie ciągu przyczynowo-skutkowego. To z kolei może wymagać kompleksowego systemu informacyjnego i dodatkowych zasobów. W praktyce procedury rachunku kosztów obejmują pięć ogólnych metod wyceny zasobów: (a) bezpośredni pomiar kosztów, (b) metody rachunkowości kosztów, (c) normatywne koszty jednostkowe, (d) opłaty, obciążenia i/lub ceny rynkowe oraz (e) szacunki/ekstrapolacje. Wszystkie mają zarówno zalety, jak i wady.

Istnieje pewna zależność wymienna między dokładnością informacji kosztowych a kosztami uzyskania takich danych o kosztach. Dlatego analitycy, osoby podejmujące decyzje oraz osoby opracowujące programy i polityki powinny rozważyć, czy korzyści z bardziej dokładnych i szczegółowych informacji kosztowych uzasadniają dodatkowe wydatki ponoszone w celu uzyskania takich danych.

Zalecenia zawarte w bieżących wytycznych metodologicznych są różne – częściowo z uwagi na niezgodność z podstawowymi koncepcjami ekonomii i rachunkowości. Wytyczne zawierają na przykład rozbieżne wskazówki dotyczące (a) najlepszej metody przypisywania wartości pieniężnej skali wykorzystania zasobów, w tym aktywów trwałych, (b) zalecanej perspektywy analizy (tzn. czy społeczna – uwzględniająca koszty wszystkich płatników – czy też zorientowana na zewnętrznych płatników) (c) właściwej metody pomiaru i wyceny nieformalnego czasu poświęcanego przez personel opieki zdrowotnej, (d) pomiaru i wyceny straty w zakresie wydajności i/lub (e) kosztów ponoszonych w dodatkowych latach życia. Poza tym brak jest konsensusu w literaturze co do najlepszej praktycznej techniki alokacji kosztów ośrodków wsparcia do ośrodków zasadniczych (tzn. tych, w których pacjenci są leczeni i które zwykle otrzymują refundację). Podobnie w literaturze nie ma zgody co do najwłaściwszego sposobu rozwiązania problemu niepewności.

Bieżące wytyczne nie zawierają wystarczająco szczegółowych informacji na temat najlepszych metod wyboru świadczeniodawców (placówek) dla celów porównania kosztów ani wskazówek, jak radzić sobie w przypadku brakujących danych. Bieżąca praktyka i doświadczenia pokazują, że

podejście zstępujące może okazać się przydatne i wystarczająco dokładne w przypadkach, gdzie oferowane na rynku technologie opieki zdrowotnej (farmaceutyki, wyroby medyczne i pozostałe materiały eksploatacyjne) odpowiadają za większość zużycia zasobów. W takich okolicznościach podejście wstępujące (rachunek kosztów mikro) może dać bardzo podobne wyniki, choć cała procedura może być droższa i bardziej czasochłonna. Z drugiej strony podejście wstępujące może być dokładniejsze w przypadkach, gdy świadczenia usług opiera się na kompleksowych schematach organizacyjnych (kombinacja wejściowa może się znacznie różnić) i gdzie koszty zasobów ludzkich i koszty ogólne odpowiadają za znaczącą część kosztów całkowitych.

Faza III: Analiza empiryczna kosztów i porównania międzynarodowe

Metodologia

Cele tej fazy są następujące:

- identyfikacja i opracowanie metodologii porównania kosztów
- ocena, czy ceny stanowią dobry szacunek kosztów indywidualnych usług
- analiza przyczyn zróżnicowania kosztów indywidualnych usług

Zgodnie z planem projektu, wybrano 10 pozycji „zapotrzebowanie na opiekę”/„przyczyny kontaktu”, które powodują, że pacjenci starają się o świadczenia. Pakiety opisywały „typowych pacjentów”, w tym ich wiek, płeć oraz odpowiednie choroby współistniejące. Pakiety opracowano zarówno dla pacjentów ambulatoryjnych, jak i szpitalnych, dla opieki podstawowej i wtórnej, w warunkach świadczeń dobrowolnych i w nagłych wypadkach. Stworzono kwestionariusz dla umożliwienia dokładnej dokumentacji usług, które pacjent podobny do opisanego w pakiecie otrzymałby / otrzymał, jak i kosztów związanych ze świadczonymi usługami.

Pole: Przegląd dziesięciu pakietów

Pakiet 1	wycięcie wyrostka robaczkowego, mężczyzna 14-25 lat; opieka szpitalna, nagły wypadek
Pakiet 2	poród zwykły; kobieta 25-34; opieka szpitalna, dobrowolna
Pakiet 3	alloplastyka stawu biodrowego; kobieta 65-75; opieka szpitalna, dobrowolna
Pakiet 4	katarakta, mężczyzna 70-75 lat; opieka ambulatoryjna, dobrowolna
Pakiet 5	udar, kobieta 60-70 lat; opieka szpitalna, nagły wypadek
Pakiet 6	ostry zawał mięśnia sercowego, mężczyzna 50-60 lat; opieka szpitalna, nagły wypadek
Pakiet 7	kaszel; mężczyzna ok. 2 lat; opieka ambulatoryjna, nagły wypadek
Pakiet 8	kolonoskopia, mężczyzna 55-70 lat; opieka ambulatoryjna, dobrowolna
Pakiet 9	wypełnienie zęba; dziecko ok. 12 lat; opieka ambulatoryjna; nagły wypadek
Pakiet 10	fizjoterapia, mężczyzna 25-35 lat; opieka ambulatoryjna, dobrowolna

Dla każdego kraju dane zebrano dla próbki przynajmniej pięciu reprezentatywnych świadczeniodawców w każdych warunkach opisanych w pakiecie (tzn. przynajmniej 5 szpitali, 5 przychodni lekarskich itd.). W przypadku pakietów w warunkach szpitalnych, nietypowi świadczeniodawcy ze strukturami kosztów, które wedle oczekiwań różnią się od zwykłych świadczeniodawców, (np. szpitale specjalistyczne, jeżeli usługa jest świadczona zwykle w szpitalach ogólnych), wymagali wyłączenia z próbki. Partnerom uczestniczącym w projekcie

zalecono korzystać ze „szpitali ogólnych” z około 200-400 łózkami, chyba że nie odzwierciedlają one rzeczywistej organizacji świadczenia usług.

Wyniki i wnioski

Opracowana metodologia – tzn. zastosowanie „pakietów” – okazała się wykonalna i została dobrze przyjęta, co doprowadziło do uzyskania realistycznych i istotnych wyników. Ponieważ metodologia nie jest oparta na rzeczywistych, lecz na wirtualnych „standaryzowanych” pacjentach, jest wyczulona na różnice w schematach leczenia i może być stosowana dla różnych świadczeniodawców i dla porównań transnarodowych. Badacze uzyskali odpowiednie zrozumienie i chęć uczestnictwa ze strony lekarzy, jak i ze strony księgowych, którzy byli zwykle w stanie sporządzić oszacowanie dla większości działań. Wybrana metoda stanowi właściwą równowagę między metodami jakościowymi i ilościowymi oraz skuteczne podejście zarówno dla europejskich kompleksowych projektów współpracy, jak i dla wewnątrz krajowych analiz i porównań.

Metodologię cechują jednak pewne ograniczenia metodologiczne. Po pierwsze faktem jest, że proste pakiety niezbyt dokładnie odzwierciedlają rzeczywistość leczenia. Względnie małe próby zarówno świadczeniodawców, jak i pacjentów, prowadzą więc w niektórych krajach do dużych przedziałów ufności dla szacunków. Kraje oraz świadczeniodawcy w poszczególnych krajach różnili się pod względem możliwości przekazania danych zgodnie z wymaganą metodologią. Dwie podstawowe różnice strukturalne między krajami zostały zidentyfikowane: świadczeniodawcy szpitalni w niektórych krajach nie posiadają na własność swych aktywów lub międzynarodowe standardy rachunkowości w zakresie kosztu kapitału nie zostały w pełni wdrożone. Różnice administracyjne między krajami obejmowały: prawne bariery w dostępie do danych pacjentów (w szczególności Wielka Brytania); zróżnicowana chęć ujawniania danych; zróżnicowana jakość systemów informacyjnych w różnych krajach oraz u różnych świadczeniodawców; zróżnicowana liczba świadczeniodawców przekazujących dane dla każdego pakietu w każdym kraju oraz liczby pacjentów objęte próbą u każdego ze świadczeniodawców; różnice w zakresie zasad rachunkowości stosowanych do alokacji kosztów pośrednich i kosztów ogólnych do usług.

Analiza wstępna (ostateczna analiza będzie dostępna wraz z publikacją artykułów) korelacji między cenami (refundacją) a kosztami pokazała, że w przypadku *zwykłego porodu, udaru i kolonoskopii* ceny i koszty są przeważnie równe, choć występują też odstępstwa. W przypadku *wyrostka robaczkowego, wymiany biodra, katarakty i AMI*, ceny są średnio wyższe niż koszty, co może wynikać z faktu, że pakiety opracowano dla pacjentów, u których nie wystąpiły żadne komplikacje. W przypadku *wypełnienia zęba* ceny przeciętnie wydają się pozostawać na poziomie wyższym niż koszty. W odniesieniu do kaszlu i fizjoterapii nie było wystarczających danych pozwalających na porównanie kosztów i cen.

Porównanie składników kosztów wg pakietów wykazało, że dla większości pakietów, koszt ogółem opieki na Węgrzech, w Polsce i w Hiszpanii kształtował się na poziomie poniżej średniej dla 9 krajów. Różnice w kosztach personelu zdawały się wyjaśniać rozbieżności pomiędzy krajami w przypadku *kaszlu* i *wypełnienia zęba*, zaś różnice warunków leczenia okazywały się istotne dla *kolonoskopii* i potencjalnie *udaru*. Koszty ogólne w proporcji do kosztów całkowitych znacznie różniły się między poszczególnymi krajami i pakietami. Długość hospitalizacji była znaczącym czynnikiem związanym z różnicami w kosztach między szpitalami jedynie w pakiecie *udar*.

W zasadzie podczas gdy różnice średnich kosztów były znaczne między krajami, zróżnicowanie wewnątrz krajów było także niespodziewanie duże – w niektórych przypadkach przekraczające różnice między krajami. Różnice te częściowo wynikają z różnych standardów rachunkowości, lecz

także z cen na jednostkę czynnika wejściowego, a co najważniejsze, z dużych i naprawdę rzeczywistych różnic w praktyce (a co za tym idzie różnic w rzeczywistym zakresie usług) Inne wyjaśnienia obejmują system rejestracji danych, przenoszenie kosztów na pacjentów, kursy wymiany walut, wytyczenie granic usług i ich przynależność do pozostałych sektorów itd.

Główne spostrzeżenia i zalecenia

1. Międzynarodowe porównanie jest ważnym narzędziem pozwalającym na wzajemne pozyskiwanie wiedzy i rozwijanie najlepszych praktyk. Należy stwierdzić jednak, że dane o usługach, kosztach i jakości nie są aktualnie standardowo dostępne na potrzeby takich porównań.
2. W przeszłości zwracano niewystarczającą uwagę na koszyki świadczeń w państwach członkowskich UE. Wszystkie kraje powinny w sposób bezpośredni i wyraźny zadeklarować, co zapewniają a czego nie, a następnie powinny takie informacje rozpowszechnić.
3. Dokładna analiza, które towary i usługi są dostępne (i na jakich warunkach, z uwzględnieniem ograniczeń dostępu, oraz po jakich kosztach), jest ważna dla Komisji, dla władz krajowych i regionalnych, dla nabywców usług opieki zdrowotnej, jak i pacjentów. Dlatego zaleca się, żeby (podstawowe) pakiety i kryteria wykorzystywane do ich definiowania podlegały analizie, porównywaniu i omawianiu w sposób regularny. Takie monitorowanie pakietów świadczeń pozwoli na stały przepływ informacji, np. danych, czy w poszczególnych krajach dostępne są nowe technologie.
4. Wymaga to regularnego sporządzania publicznych dokumentów przez każde państwo członkowskie tak, by stanowiły przejrzysty przegląd koszyków usług zdrowotnych oraz kryteriów decyzyjnych. Wspólny „język” (lub taksonomia: „Europejska Klasyfikacja Usług Zdrowotnych”) do analizy i omówienia różnic – uzasadnionych preferencjami, wartościami, tradycją, różnicami w charakterystyce świadczeniodawców bądź innymi różnicami – jest wciąż jednak potrzebny dla celów zarówno praktycznych, jak i naukowych. Informacje o jego opracowywaniu powinny stanowić istotny element europejskiego planu działania w najbliższej przyszłości. Taksonomia mogłaby potencjalnie zostać stworzona jako rozszerzenie klasyfikacji OECD; przydatność EN 1828 w sprawie systemów rejestracji w opiece zdrowotnej oraz EN 1068 w sprawie systemów rejestracji procedur chirurgicznych powinna stanowić przedmiot dalszej analizy.
5. W średnio-dalekiej lub dalekiej przyszłości przyjęcie wspólnych standardów w celu określenia procedur włączania świadczeń do koszyków obowiązujących w krajach UE oraz potencjalna budowa jednolitego europejskiego koszyka świadczeń (ewentualnie początkowo ograniczonego do pewnych wskazań z istotnych z perspektywy europejskiej powodów, takich jak choroby sieroce) powinny stać się ważnym elementem europejskiego programu. Osoby opracowujące programy i polityki powinny przewidzieć odpowiednią debatę w tym zakresie.
6. Ponieważ kraje są coraz bardziej zainteresowane efektywnością kosztową / wartością pieniężną, potrzebują wiarygodnych danych, zarówno o kosztach, jak i o wydajności. Strona kosztowa w szczególności była w przeszłości lekceważona (w porównaniu do pomiarów wyników) a porównywalna metodologia nie jest aktualnie dostępna.

7. Nasze podejście oparte na używaniu standaryzowanych pakietów do analizy wykorzystania zasobów, jak i kosztów, okazało się możliwe do wykonania. Przewycięża ono wiele trudności metodologicznych napotykanych przez pozostałe podejścia. W najbliższej przyszłości system pakietów powinien podlegać dalszej analizie. Takie badania winny obejmować rozszerzenie na międzysektorowe przypadki opieki (np. opieka doraźna i rehabilitacja), przypadki opieki stałej (takie jak programy zarządzania chorobami), choroby psychiczne, jak i problemy metodologiczne, takie jak zapewnienie większej porównywalności alokacji kosztów ogólnych bądź budowa parytetów siły nabywczej dostosowanych do charakteru sektora opieki zdrowotnej.
8. Warunkiem wstępnym międzynarodowego porównania kosztów są wzajemnie przyjęte wytyczne metodologiczne (metoda standardowego rachunku kosztów) oraz należyte ich przestrzeganie. Z kolei konsensus w sprawie podstawowych zasad naukowych nie będzie wystarczającym elementem do zapewnienia odpowiedniej porównywalności. Ważna jest standaryzacja najważniejszych i najczęściej używanych metod/technik takich jak pomiar wykorzystania zasobów, metody alokacji kosztów, w tym podstawa alokacji oraz techniki alokacji, a także metody wyceny, jak i wykorzystanie potencjału. Ponad to wspólne wytyczne powinny zawierać szczegółowe instrukcje o tym, jak korzystać w praktyce z powyższych instrumentów.
9. Harmonizacja metodologii rachunku kosztów jest ważna, lecz niewystarczająca dla celów zasadniczej porównywalności. Zamiast tego potrzebna jest koordynacja i standaryzacja systemów rachunkowości na poziomie krajowym. To z kolei rodzi poważny dylemat: Standaryzowana „europejska” metodologia rachunkowości w sektorze opieki zdrowotnej do poziomu świadczeniodawcy włącznie może być uzasadniona i „niezbędna”, lecz wyegzekwowanie pojedynczej metodologii stoi w sprzeczności z zasadą pomocniczości (jak wszystkie standardy zresztą). Jest to paradoksalnie możliwe z uwagi na fakt, że bardziej zdecentralizowane regulacje polityczne i systemy zarządzania operacyjnego wymagają bardziej jednolitych danych.
10. Partnerzy uczestniczący w projekcie *HealthBASKET* zalecają, żeby rozważyć następującą możliwość rozwiązania dylematu, o którym mowa powyżej: ustanowienie dobrowolnego „Klubu referencyjnego” szpitali, który będzie uzgadniać wspólne standardy rachunkowości. Podczas gdy opcja ta ma wiele zalet (np. wywieranie presji na nieuczestniczące szpitale), należy również ujawnić jej ograniczenia metodologiczne; np. takie szpitale nie będą prawdopodobnie reprezentatywne dla wszystkich szpitali w ich odpowiednim regionie.
11. Kiedy takie dane porównawcze będą dostępne, kraje europejskie muszą zrewidować swe wspólne założenie, że ich odpowiednie systemy opieki zdrowotnej działają w sposób tak różny, że wszelkie różne regulacje i systemy finansowania są uzasadnione. Projekt *HealthBASKET* sugeruje, że w przypadku wielu wskazań różnice wewnątrz krajów mogą być większe i bardziej znaczące niż różnice między krajami. To z kolei prowadzi do postawienia pytania, czy nie należy rozważyć paneuropejskiego systemu zapewnienia jakości i paneuropejskich systemów klasyfikacji pacjentów (np. system Euro-DRG).

Przyszłe prace

Podczas gdy partnerzy uczestniczący w projekcie osiągnęli cele wskazane przez UE i nich samych, jasne jest, że konieczne są dalsze prace w tym obszarze. Chodzi w szczególności o:

- opracowanie „Europejskiej klasyfikacji usług zdrowotnych”;
- rozszerzenie (charakterystyki i analiz koszyków świadczeń, jak i stosownych kosztów oraz cen) na pozostałe kraje UE;
- ciągle aktualizacje spostrzeżeń (zarówno spostrzeżenia jak i aktualizacje mogą podlegać realizacji pod auspicjami Komisji); oraz
- dokładniejszą analizę europejskich systemów DRG, jak i katalogów stosowanych w opiece ambulatoryjnej itd. w celu dalszego przeglądu możliwości wzajemnego uczenia się i współpracy.

www.healthbasket.org