

# Magdalena Jaworzyńska

---

## Metody finansowania świadczeń zdrowotnych

---

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia 46/4,  
277-286

---

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MAGDALENA JAWORZYŃSKA

*Metody finansowania świadczeń zdrowotnych*

---

The methods of financing health services

**Słowa kluczowe:** finanse, służba zdrowia, szpital

**Key words:** finance, health service, hospital

**Wstęp**

Koszty związane z opieką zdrowotną obciążają finanse publiczne każdego kraju. Dążenie do wprowadzania bardziej efektywnych metod ograniczania kosztów powoduje konieczność zmian w funkcjonowaniu systemów. Modyfikacje te najczęściej dotyczą przechodzenia od hierarchicznych, wysoko zintegrowanych form dostarczania opieki zdrowotnej i jej finansowania na rzecz rozwiązań opartych na zasadzie oddzielenia odpowiedzialności za dostarczanie świadczeń. W ramach takich modeli nabywcy świadczeń są oddzieleni od dostawców świadczeń zdrowotnych ze względu na wprowadzenie mechanizmu kontraktowania świadczeń<sup>1</sup>.

Kontrakt jest umową cywilnoprawną, na mocy której dysponent środków publicznych (NFZ) zakupuje określone świadczenia zdrowotne u świadczeniodawców publicznych lub niepublicznych. Dla zakładu opieki zdrowotnej stanowi on gwarancję sprzedaży i zasadnicze źródło przychodów z usługowej działalności medycznej<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> I. Rydlewska-Liszkowska, *Podstawy ekonomiki zdrowia. Wybrane zagadnienia ochrony zdrowia w miejscu pracy*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2006, s. 56.

<sup>2</sup> M. Hass-Symotiuk, *Specyfika kontraktowania usług medycznych*, [w:] C. Sulkowski (red.), *Gospodarka i społeczeństwo w okresie transformacji*, Zapol, Szczecin 1999, s. 24–34.

Można stwierdzić, że kontrakty określają powiązania finansowe pomiędzy nabywcą usług medycznych a ich dostawcami. W wyniku kontraktowania następuje transfer publicznych środków do różnych zakładów opieki zdrowotnej.

Celem artykułu jest prezentacja metod finansowania świadczeń zdrowotnych.

## 1. Metody finansowania świadczeń zdrowotnych

W procesie kontraktowania istotnym zagadnieniem jest ustalenie metody finansowania świadczeniodawców, która powinna<sup>3</sup>:

- zawierać mechanizmy ekonomiczne kształtujące zachowania usługodawców służące realizacji polityki zdrowotnej państwa,
- zwiększać efektywność wykorzystywania zasobów,
- wprowadzać bodźce do poprawienia efektywności technicznej,
- ustanawiać bodźce do ograniczenia wzrostu kosztów opieki zdrowotnej dla Funduszu, usługodawców i pacjentów,
- zapewniać ubezpieczonym równy dostęp do świadczeń medycznych,
- być adekwatna do procesu rozwiązywania problemu medycznego pacjenta,
- zapewnić podział ryzyka między płatnikiem i świadczeniodawcami.

Jeżeli chodzi o metody finansowania usług zdrowotnych, można wymienić następujące sposoby płacenia za usługi medyczne<sup>4</sup>:

- kontrakty blokowe,
- płacenie za tzw. *case-mix* (przypadki mieszane),
- płacenie za poszczególne przypadki.

### 1.1. Kontrakty blokowe

Kontrakty blokowe polegają na płaceniu za świadczenie zdrowotne, a każda usługa zdrowotna jest zdefiniowana za pomocą następujących mierników działalności<sup>5</sup>:

- osobodzień leczenia,
- hospitalizowany pacjent,
- procedura medyczna,
- leczona jednostka chorobowa,
- zagwarantowanie kompleksowej opieki medycznej dla mieszkańca, rozumianego jako potencjalny pacjent – jest to tzw. finansowanie kapitałowe opieki zdrowotnej.

<sup>3</sup> A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.

<sup>4</sup> M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 72.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 72.

W systemie wynagradzania opartym na **liczbie osobodni** leczenia za jednostkę rozliczeniową przyjmuje się dzień pobytu pacjenta w szpitalu. Cena za dzień pobytu w szpitalu pacjenta jest ustalana na podstawie ilorazu prognozowanego budżetu i prognozowanej liczby dni hospitalizacji pacjentów<sup>6</sup>.

Korzyści i wady tego systemu z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Korzyści i wady systemu wynagradzania opartego na liczbie osobodni leczenia z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta

Podmiot	Korzyści i wady
Świadczeniodawca	Prosta ewidencja, nieskomplikowany rachunek kosztów, niewielka liczba wskaźników działalności, które stanowią podstawę oceny świadczeniodawcy. Tendencja do zwiększania liczby przyjęć, zwiększenia wskaźnika wykorzystania łóżek oraz rozbudowy bazy łóżkowej.
Płatnik	Mała możliwość kontroli kosztów jednostkowych i całkowitych, świadczeniodawcy mogą wydłużać czas leczenia pacjentów i przejawiać niechęć do leczenia cięższych przypadków, co obciąża płatnika i skutkuje eskalacją kosztów w całym systemie opieki zdrowotnej.
Pacjent	Pacjenci z poważnymi schorzeniami mogą być niechętnie przyjmowani do szpitala albo przetrzymywani ponad niezbędny czas leczenia, co wynika z wysokich kosztów leczenia pacjenta w pierwszych dniach popytu (koszty diagnozy i terapii) i późniejszego ich obniżenia do poziomu kosztów „hotelowych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuł (red.), *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr sp. z o.o., Gdańsk 2008, s. 86–87.

W ramach tej metody konieczne staje się wprowadzenie mechanizmów kontrolnych, takich jak ustalenie średniego czasu pobytu w oddziałach danego typu na określonym terenie i uzyskiwanie dodatkowej zgody płatnika na wydłużenie hospitalizacji w przypadkach uzasadnionych medycznie<sup>7</sup>.

Metoda ta jest najczęściej stosowana w lecznictwie zamkniętym, a w szczególności na oddziałach psychiatrycznych, rehabilitacyjnych, oddziałach dziennego pobytu, oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych, geriatrycznych oraz opieki paliatywnej, czyli tam, gdzie koszty świadczenia usług opieki zdrowotnej są w mniejszym stopniu zróżnicowane.

<sup>6</sup> M. Dobska, K. Rogoziński (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008, s. 92.

<sup>7</sup> J. Stępniewski (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 83.

W systemie wynagradzania opartym na **liczbie hospitalizowanych pacjentów** zakłady opieki zdrowotnej otrzymują wpływy za każdego pacjenta objętego opieką w danym czasie.

Korzyści i wady tego systemu z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta prezentuje tabela 2.

Metoda ta może być stosowana w lecznictwie zamkniętym i środowiskowym. W Polsce jest to powszechnie przyjęty sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Tabela 2. Korzyści i wady systemu wynagradzania opartego na liczbie hospitalizowanych pacjentów z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta

Podmiot	Korzyści i wady
Świadczeniodawca	Występuje motywacja do otwierania nowych oddziałów, będących częścią już istniejących (np. w przypadku oddziałów chirurgicznych wyodrębnia się oddziały chirurgii ogólnej, urazowej, naczyniowej, dziecięcej). Działania te mają na celu zwiększenie przychodów przez uzyskanie kontraktu na hospitalizację na dodatkowych oddziałach. Procedura rozdrabniania już istniejących oddziałów jest kosztowna, nieefektywna szczególnie w przypadku wyodrębnienia niewielkich oddziałów, na których zapewnienie całodobowej opieki jest bardzo kosztowne. Ponadto leczenie pacjentów na dużych, wielospecjalistycznych oddziałach jest tańsze niż na niewielkich, ale bardzo wyspecjalizowanych.
Płatnik	Mała możliwość kontroli kosztów całkowitych i jednostkowych, dlatego płatnik, aby ograniczyć możliwość generowania większych kosztów, nakłada limity przyjęć lub stosuje degressywne stawki opłat. Płatnicy zabezpieczają się również przed częstym przyjmowaniem przez świadczeniodawców tych samych pacjentów i nie płacą za pacjentów powtórnie przyjętych w ciągu określonej liczby dni po wypisie.
Pacjent	Łatwy dostęp do szpitali skłonnych do hospitalizowania „lekkich przypadków chorobowych”. Świadczeniodawcom zależy na jak najwcześniejszym wypisaniu pacjentów do domu. W razie zaostrzenia choroby są oni chętnie przyjmowani ponownie, gdyż dzięki temu można wystawić nowy rachunek płatnikowi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk (red.), *op. cit.*, s. 86.

Następna metoda finansowania opiera się na procedurach medycznych. **Procedura medyczna** jest najczęściej definiowana jako czynność wykonywana przez personel medyczny, w trakcie której są zużywane zasoby będące w dyspozycji szpitala. Procedura medyczna to jednostka rozliczeniowa obejmująca wszystkie czynności diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne związane z leczeniem pacjenta w czasie pobytu w szpitalu, wraz z leczeniem schorzeń dodatkowych, a także wszelkie koszty hotelowe<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> M. Dobska, K. Rogoziński (red.), *op. cit.*, s. 94.

Za każdą procedurę jest ustalana określona cena, która może być stała (wyznaczana na początek roku na podstawie danych planowanych) lub zmienna (ustalana na podstawie bieżąco kalkulowanych stawek)<sup>9</sup>.

Korzyści i wady tego systemu z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta prezentuje tabela 3.

Odmianą systemu wynagradzania opartego na liczbie i rodzaju wykonanych procedur medycznych jest opłata za liczbę udzielonych porad. Świadczeniodawca otrzymuje środki za każdą udzieloną poradę, bez rozróżnienia rodzaju poradni lub z jej rozróżnieniem i zróżnicowaniem stawki ze względu na rodzaj poradni. Cena porady obejmuje najczęściej średni koszt porady wraz ze średnimi kosztami diagnostyki, przypadającymi na jednostkową poradę. W cenie za poradę jest zawarte wynagrodzenie personelu medycznego oraz środki na wszelkie niezbędne badania diagnostyczne.

Tabela 3. Korzyści i wady systemu wynagradzania opartego na liczbie i rodzaju procedur medycznych z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta

Podmiot	Korzyści i wady
Świadczeniodawca	Motywacja do zwiększenia liczby oraz podnoszenia jakości wykonywanych procedur medycznych. Zwiększenie liczby wykonywanych procedur ponad poziom wymagany (zakontraktowany) może być przyczyną niekontrolowanego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną. Zwiększona podaż usług prowadzi do sztucznego popytu na usługi zlecone przez świadczeniodawców.
Płatnik	Negatywnym skutkiem tej metody może być wystawianie przez świadczeniodawców faktur za wszystkie możliwe procedury medyczne. W tym systemie płaci się za usługi faktycznie wyświadczone pacjentom. Dlatego wymagane jest prowadzenie szczegółowej dokumentacji dotyczącej liczby i rodzaju wykonanych świadczeń zdrowotnych. Duże koszty monitorowania wykonanych świadczeń.
Pacjent	Łatwy dostęp do większości usług medycznych i zmiana świadczeniodawcy. Brak utrudnień w dostępie do świadczeń pacjentom wymagającym częstego i kompleksowego leczenia. Wadą jest wzrost liczby procedur, niekoniecznie uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta. Obciążają one pacjentów dodatkowym ryzykiem powikłań oraz dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością odbywania wizyt, dojazdów, nieobecności w pracy itp.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk (red.), *op. cit.*, s. 90.

Kolejną metodę finansowania stanowi **opłata za liczbę leczonych jednostek chorobowych**. Jest ona uważana za jedną z najlepszych z opisywanych dotychczas. Realizuje zasadę współmierności przekazywanych na leczenie środków finansowych

<sup>9</sup> M. Hass-Symotiuk (red.), *op. cit.*, s. 88.

z kosztami tego leczenia. Odchylenia od średniego kosztu leczenia są najmniejsze w ramach tej samej jednostki chorobowej<sup>10</sup>.

Korzyści i wady tego systemu z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta prezentuje tabela 4.

Metoda ta ma zastosowanie zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i otwartym. Jednak jej wprowadzenie jest trudne ze względu na słabo rozwinięty system sprawozdawczości. Ponadto zakłady opieki zdrowotnej nie dysponują wystarczającą ilością informacji, by móc go wdrożyć.

Tabela 4. Korzyści i wady systemu wynagradzania opartego na liczbie leczonych jednostek chorobowych z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta

Podmiot	Korzyści i wady
Świadczeniodawca	Silna motywacja świadczeniodawców do racjonalizacji kosztów leczenia, gdyż są oni opłacani na podstawie diagnozy przypadku, a nie pracy wykonanej w trakcie jego leczenia, co pozwala maksymalizować ich dochody przez zmniejszenie kosztów. Istnieje ryzyko poniesienia strat przy leczeniu dużej liczby pacjentów znajdujących się w „górnjej grupie” kosztowej danej kategorii przypadku chorobowego. Wymagana szczegółowa ewidencja kosztów leczonych przypadków chorobowych.
Płatnik	Wysokie koszty zarządzania systemami informacji. Potrzeba przygotowania standardów dotyczących grup różnych jednostek chorobowych. Jednocześnie bardziej szczegółowy system podziału diagnoz pociąga za sobą wyższe koszty jego obsługi, ale z drugiej strony zwiększa stopień jednorodności dla alokacji środków pieniężnych. System zarządzania, rachunku kosztów oraz przepływu środków pieniężnych dostarcza informacji do oceny protokołów leczenia, typów pacjentów, oceny działalności świadczeniodawców oraz umożliwia opracowania danych epidemiologicznych.
Pacjent	Pacjenci otrzymują tylko potrzebne świadczenia, mogą one być niewystarczające. Ponadto pacjenci wymagający częstego i kompleksowego leczenia mogą spotkać się z ograniczonym dostępem do usług medycznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuik (red.), *op. cit.*, s. 90.

W systemie kapitacyjnym świadczeniodawcy otrzymują określoną kwotę na każdą osobę objętą opieką, aby móc zapewnić im w ustalonym okresie właściwy poziom świadczeń oraz zaoferować zdefiniowany pakiet usług medycznych<sup>11</sup>.

Korzyści i wady tego systemu z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta prezentuje tabela 5.

<sup>10</sup> M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, *op. cit.*, s. 76.

<sup>11</sup> A. Windak, M. Chawla, M. Kulis, *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, od teorii do praktyki. Podręcznik dla lekarzy*, Vesalius, Kraków 1998, s. 33–34.

Tabela 5. Korzyści i wady systemu kapitaacyjnego z punktu widzenia świadczeniodawcy, płatnika i pacjenta

Podmiot	Korzyści i wady
Świadczeniodawca	Silna motywacja do obniżania kosztów opieki (co wynika z ustalania budżetu w trybie <i>ex ante</i> ) i podnoszenia efektywności świadczonej opieki; świadczeniodawcy „faworyzują” profilaktykę obniżającą wydatki na późniejsze kosztowne leczenie. Brak motywacji do zwiększania liczby usług medycznych na rzecz pacjentów. Możliwość „wciągania” na listę pacjentów relatywnie zdrowych i kierowania ich na wyższe poziomy opieki medycznej, by tym samym obniżyć ponoszone przez siebie koszty.
Płatnik	Możliwość globalnej kontroli kosztów opieki zdrowotnej, łatwe i proste wyliczenia budżetu świadczeniodawcy.
Pacjent	Świadczenia są realizowane przez jednego lekarza, co wzmacnia relacje pacjent–lekarz. Istnieje niebezpieczeństwo niestarannej opieki nad pacjentem, co częściowo może być niwelowane przez możliwość swobodnego wyboru lekarza przez pacjenta. Świadczeniodawcy mogą ograniczać zapisywanie pacjentów z dużymi potrzebami zdrowotnymi. Można temu przeciwdziałać, zwiększając kwotę na pacjentów z grup zwiększonego ryzyka zdrowotnego. Zbyt duża liczba pacjentów zwiększa przychody świadczeniodawców, ale może pogorszyć jakość opieki.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk (red.), *op. cit.*, s. 91.

Metoda ta ma zastosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej i pielęgniarstwie środowiskowym, gdzie opieką jest obejmowana określona populacja. Jej istota polega na finansowaniu potencjalnych pacjentów umieszczonych na liście świadczeniodawcy.

### 1.2. Płacenie za tzw. przypadki mieszane

Płacenie za tzw. przypadki mieszane to metoda coraz częściej stosowana na świecie, polegająca na płaceniu za wyleczonych pacjentów, klasyfikowanych według pewnych algorytmów w grupy, które są najczęściej zróżnicowane diagnostycznie, ale jednocześnie zbliżone kosztowo. Każda grupa jednorodna kosztowo ma przypisaną pewną liczbę punktów, z kolei punkt ma określoną wartość w rozliczeniach z płatnikiem<sup>12</sup>. Cena wykonanego w szpitalu świadczenia zakwalifikowanego do grupy zróżnicowanej diagnostycznie to iloczyn wagi grupy diagnostycznej i standardowej opłaty za punkt.

System rozliczania szpitali oparty na jednorodnych grupach pacjentów funkcjonuje od wielu lat w różnych odmianach na całym świecie i jest zalecany przez Unię Europejską do rozliczeń ze szpitalami.

<sup>12</sup> J. Stępniewski (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 86.



W Polsce pierwsze próby wprowadzenia systemu JGP do rozliczeń ze szpitalami miały miejsce pod koniec lat 90. Od 1 lipca 2008 r system ten obowiązuje w całej Polsce. Opis każdej jednorodnej grupy pacjentów składa się z<sup>13</sup>:

- kodu,
- nazwy,
- etykiety (zawiera oznaczenie tzw. warunków kierunkowych odsyłających dodatkowych zbiorów kodów procedur lub rozpoznai, jeśli ich obecność jest wymagana dla pełnej charakterystyki grupy),
- odpowiednio zbioru kodów procedur ICD-9CM (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób – Modyfikacji Klinicznej – dotyczy grupy zabiegowej) lub rozpoznai ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – grupy zachowawcze), które są podstawą kwalifikacji pacjenta do określonej grupy.

W polskim systemie JGP istnieją 472 grupy, które zgromadzono w 16 sekcjach. Sekcje są powiązane z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny. Podział ten ma charakter porządkujący, co ułatwia wyszukiwanie grup.

W systemie JGP płatnik rozlicza się ze szpitalem według zryczałtowanych stawek (taryf), przypisanych jednorodnym klinicznie ze względu na rozpoznane czy wykonane procedury medyczne oraz kosztowo przypadkom chorobowym, które tworzą określone grupy – JGP. Taryfa to iloczyn wartości punktowej grupy i wartości punktu w zł (ustalonego w drodze negocjacji dla lecznictwa szpitalnego)<sup>14</sup>.

Szpital sprawozdaje płatnikowi zakończoną hospitalizację pacjenta, przez którą rozumie się wszystkie świadczenia udzielone pacjentowi w czasie od przyjęcia do szpitala do dnia wypisu lub zgonu, niezależnie od tego, na ilu oddziałach szpitalnych pacjent był leczony (bez OIT). Rozliczenie pacjenta polega na przyporządkowaniu go do określonej grupy na podstawie zbioru danych zawartych w jego rekordzie<sup>15</sup>.

Wady i zalety systemu JGP przedstawia tabela poniżej.

Podsumowując, można stwierdzić, że mechanizm finansowania na podstawie jednorodnych grup pacjentów stwarza warunki racjonalizacji działalności usługowej szpitala. Jego zastosowanie sprzyja efektywności mikroekonomicznej i łagodzeniu konfliktu celów występujących między pacjentami, właścicielami oraz zarządzającymi szpitalami i lekarzami<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Materiały szkoleniowe Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na temat jednorodnych grup pacjentów, [http://www.mp.pl/jgp/index.php?\\_tc=AA442B301C6341A9A57BDD2995E39F84](http://www.mp.pl/jgp/index.php?_tc=AA442B301C6341A9A57BDD2995E39F84).

<sup>14</sup> J. Paszkiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie*, „Menedżer Zdrowia” czerwiec 2008, nr 4, s. 74.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 74.

<sup>16</sup> M. Dobska, K. Rogoziński (red.), *op. cit.*, s. 100.

Tabela 6. Wady i zalety systemu JGP

Zalety	Wady
<p>Silna motywacja do racjonalizacji kosztów leczenia – poszukiwanie nowych, równie skutecznych, lecz tańszych metod leczenia danego przypadku.</p> <p>Pacjent otrzymuje tylko te świadczenia, które są mu potrzebne.</p> <p>Jasne kryteria finansowania – „za cięższe przypadki płaci się więcej”.</p>	<p>Klasyfikowanie pacjentów do wyższej grupy, niż wymaga tego stan pacjenta i jego leczenie, w celu uzyskania wyższej opłaty.</p> <p>Przerzucanie części postępowania leczniczego na opiekę otwartą (diagnozowanie, skracanie pobytu pacjentów w szpitalu i tym sposobem przerzucanie ciężaru na rodzinę, opiekę lekarską) – istnieje niebezpieczeństwo obniżania jakości usług medycznych.</p> <p>Niewykonanie niektórych drogiej, niezbędnych badań lub niezastosowanie drogiej farmakologii.</p> <p>Wysokie koszty obsługi systemu JGP.</p> <p>Zainteresowanie szpitala przyjmowaniem „drogich” pacjentów, co wiąże się z wyższymi przychodami, a odsyłanie „tańszych” przypadków do innych szpitali – niebezpieczeństwo obniżenia dostępności dla niektórych przypadków.</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Kissimowa-Skarbek, *Finansowanie opieki zdrowotnej*, [w:] A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 28 oraz M. Kautsch, J. Klich, *Zagraniczne systemy finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych*, Materiały szkoleniowe, s. 8.

### 1.3. Płacenie za przypadki

Jest to metoda stosowana raczej jako dodatkowy sposób płacenia wtedy, gdy pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą nie była podpisana umowa kontraktowa, czyli jeżeli są to nieliczne świadczenia zdrowotne.

Metoda ta jest ryzykowna dla płatnika, gdyż jeżeli nie podpisał z zakładem opieki zdrowotnej kontraktu na takie świadczenie zdrowotne i jeżeli pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy, a świadczeniodawca nie jest zainteresowany obniżaniem kosztów, płatnik jako ubezpieczyciel musi zapłacić za wykonaną usługę, i to często znacznie więcej, niż gdyby miał podpisaną umowę z tą jednostką. Uiszcza bowiem kwotę, na którą opiewa rachunek wystawiony na świadczeniodawcę, nie mając wpływu na sposób leczenia i jego koszty, a co za tym idzie, na cenę usługi<sup>17</sup>.

Płacenie za przypadki gwarantuje świadczeniodawcy, że jeżeli dobrze policzył koszty leczenia danego pacjenta, to na pewno dostanie zapłatę w pełni pokrywającą poniesione koszty. W Polsce metoda ta jest stosowana jedynie w szczególnych, rozpatrywanych indywidualnie przypadkach.

<sup>17</sup> M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, *op. cit.*, s. 80.

## Zakończenie

Podsumowując metody finansowania usług opieki zdrowotnej, należy stwierdzić, że metody te stale się zmieniają, są dostosowywane do potrzeb i możliwości. Zarówno kontrakty blokowe, jak i JGP to metody prospektywne. Stawki za poszczególne punkty rozliczeniowe są ustalone z góry. Natomiast płacenie za przypadki to forma refinansowania działalności. Nie można wskazać, która z tych metod jest najlepsza. Może się zdążyć, że odmienne metody mogą być stosowane do finansowania poszczególnych zakresów opieki zdrowotnej. Jak wiadomo, najlepsze rezultaty dają nie metody najprostsze, ale te skomplikowane.

## Bibliografia

1. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
2. Dobska M., Rogoziński K. (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008.
3. Hass-Symotiuk M. (red.), *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr sp. z o.o., Gdańsk 2008.
4. Hass-Symotiuk M., *Specyfika kontraktowania usług medycznych*, [w:] C. Sułkowski (red.), *Gospodarka i społeczeństwo w okresie transformacji*, Zapol, Szczecin 1999.
5. Kautsch M., Klich J., *Zagraniczne systemy finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych*, Materiały szkoleniowe.
6. Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
7. Kissimowa-Skarbek K., *Finansowanie opieki zdrowotnej*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
8. Materiały szkoleniowe Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na temat jednorodnych grup pacjentów, [http://www.mp.pl/jgp/index.php?\\_tc=AA442B301C6341A9A57BDD2995E39F84](http://www.mp.pl/jgp/index.php?_tc=AA442B301C6341A9A57BDD2995E39F84).
9. Paszkiewicz J., *Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie*, „Menedżer Zdrowia”, czerwiec 2008, nr 4.
10. Rydlewska-Liszkowska I., *Podstawy ekonomiki zdrowia. Wybrane zagadnienia ochrony zdrowia w miejscu pracy*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2006.
11. Stępniewski J. (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2008.
12. Windak A., Chawla M., Kulis M., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, od teorii do praktyki. Podręcznik dla lekarzy*, Vesalius, Kraków 1998.

## The methods of financing health services

Presentation of funding methods of health service is the aim of the article. We can distinguish three main methods: block contracts, paying for cases mix, paying for individual cases. It is not possible to state, which of these methods is the best. As known, good results are achieved by means of complicated methods.