Ustalanie kosztów procedur medycznych

Estimating the costs of medical procedures

ERWIN STRZESAK

Szpital Wojewódzki w Poznaniu, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań

The change in the mode of financing the health service forces the agents providing these services to conduct cost accounting and evaluate the profitability of their operations. At the same time it is necessary to know the cost of conducting medical procedures which are both safe for the patients and consistent with the rules of medical profession. The author presents a method of pricing medical procedures.

Key words: costs of medical procedures

Zmiana sposobu finansowania ochrony zdrowia wymusza na podmiotach udzielających świadczeń prowadzenie rachunku kosztów i oceny rentowności własnej działalności. Jednocześnie konieczna jest znajomość kosztów bezpiecznego dla pacjenta i zgodnego ze sztuką medyczną wykonywania procedur medycznych. Autor przedstawia metodę wyceny procedur medycznych.

Słowa kluczowe: koszty procedur medycznych

Finansowanie pomocy doraźnej

Financing emergency treatment

JACEK ŁUKOMSKI

Szpital Wojewódzki w Poznaniu, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań

The provision of emergency treatment is a difficult service to plan precisely. Assuming too low – and that is too cheap – a level of service provision capacity (eg: one emergency ambulance for a large city, lack of a variety of specialists in the hospital emergency unit) may have tragic consequences due to a delayed or miscarried provision of medical help. The author puts forward a method of accounting the cost of operations in the field of emergency treatment.

Key words: procedure costs, emergency treatment

Udzielanie pomocy doraźnej jest działalnością trudną do zaplanowania. Jednocześnie ustalenie zbyt niskiego poziomu (a tym samym mało kosztownego) wydolności udzielnych świadczeń (np.: jedna karetka pogotowia dla dużego miasta, brak szerokiej gamy specjalistów w szpitalnym oddziale ratunkowym) może być przyczyną tragedii wskutek zbyt późnego lub niewłaściwego udzielenia pomocy medycznej. Autor przedstawia proponowane metody wyceny działalności w zakresie pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego.

Słowa kluczowe: koszty procedur, pomoc doraźna

System kodów resortowych, a sposób kontraktowania świadczeń medycznych. Wady i zalety

The Health Ministry system of codes and the method of contracting medical services. Advantages and drawbacks

JOLANTA KACZMAREK, JACEK ŁUKOMSKI, ERWIN STRZESAK

Szpital Wojewódzki w Poznaniu, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań

Operational units of a hospital have been labeled according to a system of codes specified in an instruction issued by the Ministry of Health. These codes enable a precise classification of the profile of a particular unit – a hospital ward or diagnostic centre – and they were created to serve the purposes of a Register of Hospitals (Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej). When it came to the system of contracting and accounting medical services, these codes became utilized as means for establishing the so-called “contracted products”. The authors demonstrate the advantages and drawbacks of this approach.

Key words: Health Ministry codes, contracting services

Komórki organizacyjne zakładu opieki zdrowotnej oznaczone zostały kodami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Kody te umożliwiają jednoznaczne określenie profilu oddziału szpitalnego, poradni czy pracowni diagnostycznej i przeznaczone były na potrzeby Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej. Na potrzeby systemu kontraktowania i rozliczania świadczeń kody resortowe znalazły zastosowanie do określania tzw. produktów kontraktowych. Autorzy przedstawiają w pracy wady i zalety tego rozwiązania.

Słowa kluczowe: kody resortowe, kontraktowanie świadczeń

Ocena kontraktu Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w wybranych oddziałach opieki stacjonarnej SPZOZ woj. lubelskiego

Evaluation of the contracts of National Health Fund in selected wards of hospitals of Lublin Voivodship

LESZEK GROCHOWSKI

Zakład Zarządzania i Ekonomiki Opieki Zdrowia Akademia Medyczna im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

The author analysed the value of contracts in selected wards of specialized hospitals of Lublin voivodeship. The analysis comprised the value of contracts in connection with the usage of medical staff and hospital beds. The research compared the value of contacts during the period of existence of “Kasy Chorych” in 2002 with the value of contacts of National Health Fund in 2005. The evaluation index included the value of the contact in relation to every employed doctor, every employed nurse and every hospital bed. Significant differences were noted both among annualized indexes in the wards of the some specialty and in the wards of different specialties in studied hospitals.

Key words: National Health Fund, medical staff, contracts, hospital beds

Poddano ocenie wartości kontraktu wybranych oddziałów opieki stacjonarnej szpitali specjalistycznych woj. lubelskiego. Analizowano wartości kontraktów od strony wykorzystania zasobów kadrowych a także zasobów łóżkowych. Dokonano analizy porównawczej wartości kontraktów realizowanych w ostatnim okresie istnienia Kas chorych (2002) z wartością kontraktów NFZ (2005). Jako kryterium oceny wykorzystano wskaźnik wartości kontraktu wg 1 etat lekarski, 1 etat pielęgniarski i wg 1 łóżko. Zaobserwowano znaczne różnice w wartościach analizowanych wskaźników zarówno w oddziałach tej samej specjalności jak i między oddziałami różnych specjalności medycznych w badanych jednostkach.

Słowa kluczowe: Narodowy Fundusz Zdrowia, zasoby kadrowe, kontrakt, łóżka szpitalne

Analiza sposobu podziału środków Narodowego Funduszu Zdrowia i jego konsekwencji dla zaopatrzenia medycznego populacji dolnośląskiej

Analysis of the way the funds of the National Health Fund in Poland are routed and its consequences for the medical services available to Lower Silesia population

JAROSŁAW DROBNIK^{2/}, LECH LENKIEWICZ^{1/}, PIOTR KOLLEK^{1/}, ROBERT SUSŁO^{1,3/}

^{1/} Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu, pl. Powstańców Warszawy 1, 50-951 Wrocław

^{2/} Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

^{3/} Katedra Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Background. The instructions how to divide funds between the central authority and regional branches of the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ) in Poland, which covers the costs of the medical care of insured citizens, is based on an algorithm announced with a decree of the Minister of Health.

Material and methods. The authors' intention was to analyze, how this very complicated algorithm works. It must take into account many factors, mainly the health risk factor, the patients' migration factor and highly specialized procedures factor. The base for calculations is the collection of the contracted services fulfillment reports sent to the NFZ in the past years. On this base a connection is made between the fulfilled services and their costs and NFZ branches. They serve for further calculations using the algorithm. The population of insured citizens is divided into 4 groups, accordingly to their age and sex. The authors, using the data describing the Lower Silesia population, tried to analyze already fulfilled health procedures, assuming that the population is divided into more groups. They aimed to prove that the proposed division of funds is not exactly corresponding with health needs of the insured population, due to the fact that in various regions of Poland there are big differences in count and percentage of various age and sex groups, which, in turn, have various health services needs.

Results. The current way the funds of NFZ are divided is not satisfactory, because it is possible to change the amount of funds routed to various regional branches in following years only, if the contracted subjects did not fulfill their services to the total limit of the contracted amount, because the algorithm does not regard the option of services fulfilled above the contracted limit. The simulation made with the assumption, that the population is divided into 20 groups, instead of 4, as in the present variant, showed that the inadequacy in amount of funds routed to various regions may reach the level over 10%.

Conclusions. The current way the funds of NFZ are divided doesn't respect the real health service needs of various regions' populations. To improve the current situation, the services fulfilled above contracted limits should be taken into account, together with the migrations of the patients, which is very important when counting highly specialized procedures. The possible changes should aim at identification of the most important health problems of the regions and at underlining competitive values of highly specialized clinical hospitals.

Key words: social medicine, financing methods

Wstęp. Podział środków pomiędzy centralę a oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), pokrywające koszty zaopatrzenia medycznego osób ubezpieczonych w Polsce, oparty jest na algorytmie ogłoszonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Materiał i metody. Zamiarem autorów było dokonanie analizy tego skomplikowanego algorytmu. Uwzględnia on wskaźniki ryzyka zdrowotnego, dotyczące migracji oraz świadczeń wyspospecjalistycznych. Podstawą rozliczeń są sprawozdania z realizacji umów zawartych między świadczeniodawcami a NFZ w latach poprzednich. Na ich podstawie przyporządkowuje się świadczenia udzielone osobom ubezpieczonym, oraz ich wartość, do oddziałów NFZ i uwzględnia się w wyliczeniach za pomocą algorytmu, z uwzględnieniem podziału populacji na 4 grupy. Autorzy na podstawie populacji dolnośląskiej zbadali kontakty ze służbą zdrowia przy rozporządzeniu podział odbija potrzeby zdrowotne, gdy w różnych rejonach Polski istnieją znaczne różnice w liczebności i procentowym udziale poszczególnych grup wiekowych i płci, mające różne zapotrzebowanie na usługi zdrowotne o różnym charakterze.

Wyniki. Obecny system podziału środków NFZ jest niedoskonały, bowiem korekta przydziału środków poszczególnym oddziałom na kolejne lata jest faktycznie możliwa, gdy świadczeniodawcy nie wykorzystują przyznaných limitów świadczeń, ponieważ algorytm nie uwzględnia świadczeń udzielanych po ich przekroczeniu. Ponadto z wyników przeprowadzonej symulacji podziału środków zakładającej podział populacji na 4 – jak obecnie – oraz 20 grup wynika, iż nieadekwatność przydziału środków nawet przy uwzględnieniu obecnych reguł sięga niekiedy kilkunastu procent.

Wnioski. Obecny sposób podziału środków NFZ nie odzwierciedla rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia medyczne populacji poszczególnych regionów. Konieczne byłoby uwzględnienie świadczeń wykonanych powyżej ustalonych limitów oraz migracji pacjentów, zwłaszcza w obrębie usług wyspospecjalistycznych, i zmiany, które umożliwiłyby identyfikację najważniejszych problemów zdrowotnych regionów oraz wykazanie konkurencyjności wyspospecjalistycznych szpitali klinicznych.

Słowa kluczowe: medycyna społeczna, zasady finansowania

Wpływ sposobu rozliczania świadczeń medycznych na tworzenie kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego. Klasyfikacje medyczne na potrzeby kontraktowania świadczeń medycznych

The impact of the method of accounting medical services on the formation of waiting lists for particular services. Medical classifications utilized for contracting medical services

ERWIN STRZESAK, JACEK ŁUKOMSKI

Szpital Wojewódzki w Poznaniu, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań

The Publicly Funded Medical Services Act forced the agents providing medical services to produce waiting lists of individuals waiting to obtain medical help at a later date. In order to be able to compare the waiting periods for the same procedure it became necessary to introduce a consistent classification on the basis of which such waiting lists could be run. The National Health Fund introduced an electronic system for running the waiting lists on the basis of their own classification of medical services. The authors demonstrate the correlation between the method of accounting medical services and the mode of creating and managing the waiting lists.

Key words: medical services, medical classifications, waiting lists

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nałożyła na podmioty udzielające pomocy medycznej obowiązek prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczenia w późniejszym wyznaczonym terminie. W celu porównywania terminów oczekiwania na to samo świadczenie, zaistniała potrzeba wprowadzenia jednolitej klasyfikacji w oparciu, o którą listy takie będą prowadzone. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził elektroniczny sposób prowadzenia list oczekujących w oparciu o własny katalog świadczeń medycznych. Autorzy przedstawia związek sposobu rozliczania świadczeń ze sposobem tworzenia i obsługi pacjentów oczekujących.

Słowa kluczowe: świadczenia medyczne, klasyfikacje medyczne, kolejki oczekujących

Wpływ czynników socjoekonomicznych na wybór placówki podstawowej opieki zdrowotnej

Influence of socioeconomic factors on the choice of primary health care institutions

MAŁGORZATA WOJNYIAK, ANNA STEĆ, LESZEK WDOWIAK

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

In the recent years, the increase of patients' awareness related to the choice of a medical care institution has been noticed. The choice of a place where medical service is provided has become a conscious patient's decision based on an individual subjective assessment. The increase of the patient's role as well as his/her demands creates new challenges for medical care institutions and imposes a duty to identify patients' preferences thoroughly. The fulfillment of patients' expectations guarantees patients' satisfaction and motivates to use the same service once again. As a consequence, it constitutes the market success of the whole medical institution.

The aim of the work was to assess the influence of socioeconomic factors on the choice of a primary health care institution. The research was conducted by means of a questionnaire among 312 patients of selected non public health care institutions in Lublin and Radzyn Podlaski. Factors such as age, sex, place of living, education, number of children, marital status, job, workplace, source of income, economic conditions were analyzed. The conducted analysis proved that socioeconomic factors in a significant degree influence patients' decision concerning the choice of the primary health care institution.

Key words: socioeconomic factors, primary health care institutions, patients

W ostatnich latach obserwuje się wzrost świadomości pacjenta w wyborze zakładu opieki zdrowotnej. Wybór miejsca świadczenia usługi medycznej staje się świadomą decyzją pacjenta opartą na jego indywidualnej, subiektywnej ocenie. Wzrost roli pacjenta a przez to także jego wymagań stawia przed placówkami medycznymi nowe wyzwania oraz nakłada obowiązki szczegółowego poznania preferencji swoich pacjentów. Spełnienie oczekiwań pacjentów gwarantuje ich zadowolenie, skłania do ponownego skorzystania z usługi stanowiąc o sukcesie rynkowym całej placówki medycznej.

Celem pracy była ocena wpływu czynników socjoekonomicznych na wybór placówki podstawowej opieki medycznej. Badanie przeprowadzono metodą ankietową, wśród 312 pacjentów wybranych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Lublinie i Radzynie Podlaskim. Analizowano czynniki, tj.: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, liczba dzieci, stan cywilny, status zawodowy, charakter pracy, źródło utrzymania, warunki materialne. Przeprowadzona analiza dowiodła, że czynniki socjoekonomiczne wpływają w znacznym stopniu na decyzję pacjentów dotyczącą wyboru placówki podstawowej opieki medycznej.

Słowa kluczowe: Czynniki socjoekonomiczne, placówki podstawowej opieki zdrowotnej, pacjenci

Socjoekonomiczne uwarunkowania indywidualnych wydatków na ochronę zdrowia

Socio-economic conditions of private expenses on health protection

DOMINIK MAŚLACH, MICHALINA KRZYŻAK, ANDRZEJ SZPAK

Zakład Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna w Białymstoku, ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok

Financing is one of the most important problems concerning current healthcare system. Among important factors determining the level of expenditure on health protection are the following: aging, advances in medical technology and increasing expectations of the society together with rising earnings.

The source of healthcare payments is the criterion for division of the expenditure on public and private health protection system.

Information analysed in this work was retrieved from the official data of the Central Statistical Office and allowed detailed examination of the level and dynamics of expenditures on health protection in various types of households.

Contribution of the private expenditures has raised rapidly from 8.3% in the year 1990 to about 30% at present. Average monthly expenses of a household on services and medical products increased, especially quickly after introduction of a common health-insurance system, to 28.94 zł per person per month in the year 1999. Then, the expenses shifted to the level of 37.92 in 2003. It is essential to focus attention on the role of continuously rising expenses on health protection in the total expenditure of households which in 1993 was estimated at 3.32%, and in 2003 reached almost 6%.

There has been nearly twofold increase of those expenses in general expenditure which implies fast exhaustion of possibilities of financing health-protection sector from private earnings of people. The expenses concerning health in the group of households where the income is of the lowest rate seem to be particularly demanding. In this respect, the impact of income on health expenditure is clearly visible. While in the group on lowest income (under 336 zł per person) average spending on health per person in a household was estimated below 16.02 zł in 2003, in a group of people with the highest earnings (over 931.36 zł per person) it was as much as 72.83 in 2003.

Therefore, it is a fact that the level of expenditure on health protection considerably differs in particular groups of households. The highest are the average monthly expenses on health protection in pensioners' households which were calculated at 71.39 zł in 2003 (in comparison to 57.08 zł in 1998, and 9.31 zł in 1993). The lowest rate of expenses on health protection describes non-profit households.

Thus, expenditures on healthcare are influenced not only by richness, but most of all by such factors as an individual health status and health needs.

Key words: financing, healthcare, reform

Finansowanie jest jednym z najważniejszych problemów współczesnych systemów opieki zdrowotnej. Do podstawowych czynników warunkujących poziom wydatków na ochronę zdrowia należą m.in. procesy starzenia się, postęp technologii medycznych oraz rosnące wraz z dochodami oczekiwania społeczeństwa.

Źródło pochodzenia środków finansowych stanowi kryterium podziału wydatków na ochronę zdrowia na publiczne i prywatne.

Analizowane w pracy informacje pochodzą z oficjalnych danych Głównego Urzędu Statystycznego i pozwalają na szczegółową charakterystykę poziomu i dynamiki wydatków na ochronę zdrowia w różnych typach gospodarstw domowych.

Udział finansowania prywatnego gwałtownie wzrósł z 8,3% w 1990 r. do ok. 30% obecnie. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstwa domowego na usługi i produkty zdrowotne wzrastały, szczególnie szybko po wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a ich poziom na osobę na miesiąc w gospodarstwie wynosił 28,94 zł w 1999 r., by wzrosnąć do poziomu 37,92 w 2003 r. Warto zwrócić uwagę na ciągle wzrastający udział wydatków na ochronę zdrowia w ogólnych wydatkach gospodarstw domowych, który w 1993 r. wynosił 3,32%, a w 2003 r. już prawie 6%.

Prawie dwukrotne zwiększenie udziału tych wydatków w wydatkach ogółem wskazuje na szybkie wyczerpywanie się możliwości ekspansji finansowania sektora ochrony zdrowia z dochodów indywidualnych ludności. Szczególnie obciążające wydają się być wydatki na zdrowie w grupie gospodarstw domowych, w których dochód na jedną osobę jest najniższy. W ten sposób wyraźnie zaznacza się wpływ dochodu na wysokość wydatków na zdrowie. Podczas gdy w najniższej grupie dochodowej (poniżej 336 zł/os) przeciętne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwie domowym wynosiły poniżej 16,02 zł w 2003 r., to w grupie osób o najwyższych dochodach (powyżej 931,36 zł/os) wynosił aż 72,83 zł w 2003 r.

Zatem faktem jest, iż poziom wydatków na ochronę zdrowia znacznie różni się również w poszczególnych grupach społecznych gospodarstw. Najwyższe są średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na osobę w gospodarstwach domowych emerytów, które wynosiły 71,39 zł w 2003 r. (wobec 57,08 zł w 1998 r., a 9,31 zł w 1993 r.). Najniższy poziom wydatków na ochronę zdrowia charakteryzuje gospodarstwa utrzymujące się ze źródeł niezarobkowych.

Zatem na wielkość indywidualnych wydatków na ochronę zdrowia ma wpływ nie tylko zasobność portfela, ale przede wszystkim stan zdrowia i potrzeby zdrowotne.

Słowa kluczowe: finansowanie, ochrona zdrowia, reforma

Porównawcza analiza ekonomiczna wczesnej kardiologicznej rehabilitacji prowadzonej w formie stacjonarnej i ambulatoryjnej na przykładzie wybranych ośrodków rehabilitacyjnych w Polsce

Economic analysis of comparison between in-patient and out-patient early cardiologic rehabilitation based on selected rehabilitation centres in Poland

Izabela Rydlewska-Liszkowska^{1/}, Anna Jegier^{2/}

^{1/} Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź

^{2/} Zakład Medycyny Sportowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

Early cardiologic rehabilitation is a form of activity aimed at ensuring the patients the best possible physical, psychological and social condition for reassuming their roles in the society. From the economic point of view, these activities involve costs to be covered under the health care system itself, as well as by institutions falling under other sectors of the national economy. At the same time, they provide the possibility of diminishing the burden of the general population (also beyond the health care system) related for example to costs of sick leave, disability pensions, allowances or lost productivity. Financial constraints of the health care system results in the necessity to choose such forms and methods of rehabilitation, which could allow to achieve the desired health and economic effects.

The economic analysis of comparison between in-patient and out-patient early cardiologic rehabilitation was performed as one of the elements of the POLKARD Program. Ten Polish rehabilitation centers participated in the study of rehabilitation costs and effects carried out between October 2004 and December 2005. In total, 562 patients with ischemic heart disease (IHD) participated in the study. The economic evaluation comprised an analysis of in-patient and out-patient rehabilitation costs in comparison with medical effects and a partial economic effectiveness analysis of the two forms of rehabilitation. The cost-effectiveness analysis along with some aspects of life quality assessment in post-rehabilitation patients was used to evaluate economic effectiveness. The data on expected number of added years to life due to rehabilitation were verified on the basis of results obtained from the EuroQol 5D life quality questionnaire.

The results of the study indicate that the proportion of direct costs in total costs calculated per one patient rehabilitated in in-outpatient conditions ranges from 60.3 to 83.3% (a 23% difference). A considerably smaller difference was found in relation to unit costs of one patient rehabilitated in an ambulatory setting. In-patient rehabilitation is more expensive than out-patient rehabilitation, when the cost is calculated per one rehabilitated patient. Cost-effectiveness ratio shows that the investment of financial means in out-patient rehabilitation allows to gain a unit effect at the cost lower than that gained in in-patient rehabilitation. The evaluation of economic effectiveness of cardiologic rehabilitation is not only the subject of studies, but it also has far-reaching practical implications. Its outcome can help to choose efficient and economically effective forms of rehabilitation. This study should encourage experts in this field to analyze rehabilitation methods used thus far and referrals of patients to either of the two discussed forms of rehabilitation. Such an analysis may finally lead to the re-allocation of financial means aimed at savings in the health care system.

Key words: rehabilitation, costs, effectiveness, economic evaluation

Acknowledgements. Thanks are due to the Medical University Clinical Center in Gdansk, the Rydygier Regional Specialized Hospital in Cracow, the National Institute of Cardiology in Warsaw, the Silesian Rehabilitation Center in Ustronie, the "Uzdrowisko Nałęczów" Therapeutic Unit in Nałęczów, the Regional Rehabilitation Hospital in Poznan, the Upper Silesian Rehabilitation Center in Tarnowskie Gory, the Copernicus Regional Specialized Hospital in Lodz, and, the Central University Hospital in Lodz for cooperation and provision of valuable data.

Wczesna rehabilitacja kardiologiczna jako działanie zapewniające pacjentom najlepsze możliwe fizyczne, psychiczne i społeczne warunki powrotu do pełnienia ról w społeczeństwie, z ekonomicznego punktu widzenia wiąże się z ponoszeniem kosztów w systemie opieki zdrowotnej oraz przez instytucje innych podsystemów gospodarki, jak również z możliwością zmniejszenia kosztów ogólnospołecznych (w tym także wykraczających poza system opieki zdrowotnej), związanych m.in. z kosztami absencji chorobowej, kosztami rent, zasiłków czy utraconej produktywności. Ograniczoność zasobów pozostających w dyspozycji systemu opieki zdrowotnej powoduje konieczność wyboru takich form i metod rehabilitacji kardiologicznej, które pozwalają na uzyskanie pożądanych efektów zdrowotnych i ekonomicznych.

W odniesieniu do wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, prowadzonej w formie stacjonarnej i ambulatoryjnej przeprowadzono porównawczą analizę ekonomiczną. Przedsięwzięcie to stanowiło jeden z elementów Programu POLKARD.

W badaniu uczestniczyło 10 rehabilitacyjnych ośrodków w Polsce. Obserwacją objęto koszty i efekty rehabilitacji w okresie od października 2004 r. do grudnia 2005 r. W badaniu uczestniczyły 562 osoby z chorobą niedokrwinną serca. W zakresie analizy i ewaluacji ekonomicznej zrealizowano następujące zadania: porównawczą analizę kosztów rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej w zestawieniu z medycznymi wynikami rehabilitacji; porównawczą częściową analizę efektywności ekonomicznej dwóch form rehabilitacji. Do oceny efektywności ekonomicznej przyjęto analizę typu koszt/efekt z elementami oceny jakości życia pacjentów po rehabilitacji. Dane dotyczące przewidywanej liczby dodanych lat życia wskutek rehabilitacji skorygowano w oparciu o wyniki uzyskane na podstawie kwestionariusza jakości życia EuroQol 5D.

Udział kosztów bezpośrednich w kosztach ogółem przeliczonych na 1 rehabilitowanego pacjenta w warunkach stacjonarnych wynosi od 60,3 do 83,3% (różnica na poziomie 23%). Znacznie mniejsze różnice stwierdzono w odniesieniu do kosztów jednostkowych rehabilitowanych ambulatoryjnie. Rehabilitacja stacjonarna jest bardziej kosztowną formą niż rehabilitacja ambulatoryjna w przeliczeniu na 1 rehabilitowanego pacjenta. Wskaźniki koszt/efekt wskazują, że zainwestowanie środków finansowych w rehabilitację ambulatoryjną pozwala na uzyskanie jednostkowego efektu po niższym koszcie niż w ramach rehabilitacji stacjonarnej. Ocena efektywności ekonomicznej rehabilitacji kardiologicznej stanowi nie tylko problem badawczy, ale posiada rozległe implikacje w praktyce. Jej wyniki mogą wspomagać dobór skutecznej i efektywnej ekonomicznie formy rehabilitacji. Uzyskane wyniki powinny skłonić do analizy dotychczasowego sposobu prowadzenia rehabilitacji i kierowania pacjentów do jednej z dwóch jej form, a w konsekwencji do realokacji środków finansowych w kierunku oszczędności w systemie opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, koszty, skuteczność, ewaluacja ekonomiczna

Podziękowania za współpracę i dostarczenie stosownych danych kierujemy pod adresem następujących podmiotów: Akademiczne Centrum Kliniczne AM w Gdańsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Rydygiera w Krakowie, Instytut Kardiologii w Warszawie, Śląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu, Zakład Lecznicy "Uzdrowisko Nałęczów", Szpital Rehabilitacyjny Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, Górnośląskie Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi