

*Gdybyśmy mogli najpierw wiedzieć,  
gdzie jesteśmy i dokąd zdążamy,  
to łatwiej byłoby ocenić,  
co i w jaki sposób należy robić*

*Abraham Lincoln*

foto: Steve Allen/Brand X/Corbis



# Liczydła na własny użytek

Po latach obowiązywania nieprzestrzeganego rozporządzenia o rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej jedno jest pewne – nie jest ono przestrzegane, a w konsekwencji wciąż nie wiadomo, jakie są koszty procedur medycznych. Przyszła zatem pora na pracę u podstaw, której efektem będzie zbieranie i przetwarzanie rzeczywistych i obiektywnych danych o kosztach w procesie leczenia. Szczęśliwie jest już projekt, który wkrótce to umożliwi.

Praca organiczna jest niewiarygodnie nudna, a na efekty trzeba czekać. Politykom czekanie dłuży się poczwórnice, zwłaszcza, kiedy nie sposób przewidzieć, czy mają do dyspozycji choć pełną kadencję, czy tylko epizod wyznaczony koalicyjnymi przekładaniami. Stąd zapewne oczekiwanie cudu oraz festiwal planów i obietnic na początku sprawowania władzy. Nikt, niezależnie od barwy politycznej nie jest wolny od tych ograniczeń i trzeba to przyjąć jako aksjomat.

Schodząc na ziemię i nie oglądając się na fantasmagorie na szczytach władzy, możemy dostrzec wiele spraw, które nie wiedzieć czemu nie biegają swym torem, choć mogłyby już przynosić wymierne rezultaty. Więcej, te sprawy i sprawki są tak przyziemne i proste, iż powinny się toczyć same z siebie nie wzbudzając żadnej emocji.

Weźmy choćby pod uwagę problem obiektywnej wyceny kosztów. Trudno wyobrazić sobie skuteczne prowadzenie dowolnej firmy (również zakładu opieki zdrowotnej) bez elementarnej wiedzy o kosztach, trudno planować i podejmować decyzje systemowe bez tejże wiedzy. Problem dostępu do wiarygodnych danych kosztowych jest istotny również w pracach Agencji Oceny Technologii Medycznych. Jednym z zadań Agencji jest oparta o dowody naukowe ocena technologii medycznych pod względem efektywności medycznej, jak i ocena relacji koszt-efekt, wynikająca z pozyskanych obiektywnych informacji o kosztach i statystyce zdarzeń.

O ile ocena efektywności medycznej nie nastręcza wielkich trudności (pomijając braki kadrowe, ograniczenia czasowe i fakt, że Agencja w Polsce działa dopiero od 2 lat i jej pracownicy jeszcze zdobywają doświadczenie), to już dostęp do wiarygodnych danych kosztowych opartych o krajową rzeczywistość jest bardzo ograniczony.

Można oczywiście założyć, że w procesie oceny operujemy danymi dostępnymi z innych systemów opieki zdrowotnej, zapominając o zupełnie różnych relacjach pomiędzy poziomem cen leków i kosztów utrzymania, poziomem płac, sposobem i poziomem finansowania opieki zdrowotnej w tych systemach itp. Innym sposobem jest przyjęcie założenia, że poprawnych danych finansowych dostarczą poproszeni o to profesjonaliści medyczni, w oparciu o dane kosztowe zakładów opieki zdrowotnej, w których aktualnie są zatrudnieni. Pomijamy przy tym fakt, że dostawcy danych skazani będą na jednorazowe analizy wykonywane przez służby księgowo (z różnym zaangażowaniem, z różnicami w metodyce rachunku kosztów, z różną dokładnością i obiektywnością itp.) i nie będą w stanie ocenić jakości tych analiz. Można wreszcie założyć badania ankietowe kosztów, obowiązkową sprawozdawczość i inne metody dostępu do obiektywnej informacji.

Istnieje więc możliwość wyboru, jednak świadomości odpowiedzialności spoczywającej na Agencji, skłaniaamy się do metodycznego rozwiązania stawianego przed nami problemu.

### Historia

O historii prób pozyskiwania danych o kosztach wytworzenia świadczeń opieki zdrowotnej napisano już wiele elaboratów, nie zabierając więc tym razem miejsca na wspomnienie przypomnijmy tylko, że w wyniku m.in. testowania różnych metodyk rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej i po wprowadzeniu niezbędnych korekt od 1 stycznia 1999 r. obowiązuje w Polsce rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 164, poz. 1194). Cóż, przeprowadzone przez Centrum Sys-

temów Informatycznych Ochrony Zdrowia w 2003 r. badanie ankietowe wykazało, iż zaledwie niewielka część zakładów opieki zdrowotnej stosuje się do przepisów wspomnianego rozporządzenia. Tym samym zaś dostęp do danych kosztowych niezbędnych dla całego systemu pozostaje ograniczony.

Agencja Oceny Technologii Medycznych w 2006 r. na podstawie decyzji ministra zdrowia rozpoczęła ba-

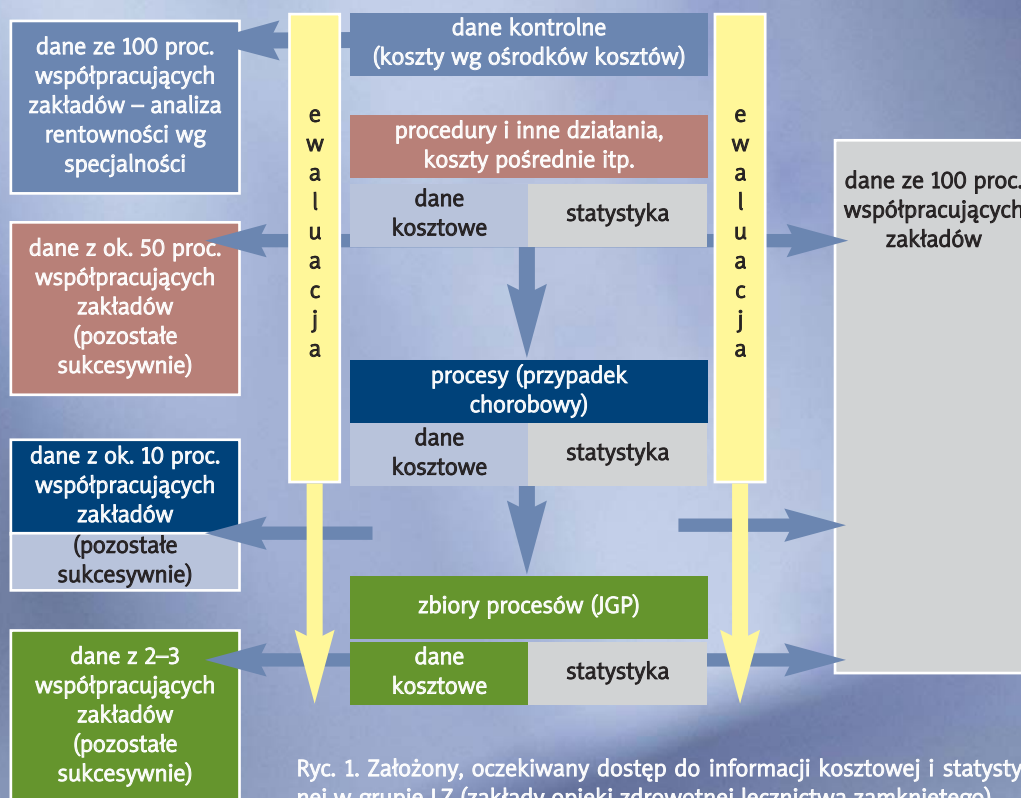
„ Niewielka część zakładów opieki zdrowotnej stosuje się do przepisów rozporządzenia o rachunku kosztów ”

danie pilotażowe wyceny kosztów procedur medycznych. W pilotażu uczestniczyło 21 zakładów opieki zdrowotnej, wyłonionych na podstawie oceny poziomu prowadzonego rachunku kosztów. Pomijając te, które nie wyraziły chęci wzięcia udziału w badaniu i nie zgłosiły się do współpracy, badaniem objęto zakłady prowadzące rachunek kosztów najlepiej i potrafiące co najmniej poprawnie dokonywać wyceny kosztów realizowanych procedur medycznych. W pozyskanej do współpracy grupie zakładów zaledwie trzy samodzielnie, wykraczając poza ramy rozporządzenia, prowadziły rachunek kosztów do poziomu wyceny kosztu postępowania leczniczego dla każdego przypadku chorobowego (dalej zdefiniowane jako proces medyczny).

Przeprowadzony pilotaż miał na celu:

- sprawdzenie poziomu prowadzenia rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej oraz jego zgodności z cytowanym rozporządzeniem,
- ocenę możliwości gromadzenia danych kosztowych pozyskiwanych z zakładów opieki zdrowotnej,

„ Nie ma potrzeby zbierania informacji od wszystkich świadczeniodawców, z uwagi na koszt wytworzenia i przetworzenia tej informacji oraz jej całkowitą nieprzydatność ”



Ryc. 1. Założony, oczekiwany dostęp do informacji kosztowej i statystycznej w grupie LZ (zakłady opieki zdrowotnej lecznictwa zamkniętego)

for: Medioimages/Corbis

- sprawdzenie narzędzi badawczych wykorzystanych w celu zbierania, gromadzenia oraz analizy danych,
- zdiagnozowane problemów oraz występujących nieprawidłowości.

Zbieranie danych kosztowych zakończyło się w grudniu 2007 r., a wyniki badania przekazane zostały Ministerstwu Zdrowia w połowie marca 2008 r.

Przeprowadzone badanie pilotażowe, pozwoliło zdiagnozować obszary, w których występują problemy wpływające na brak porównywalności danych. Wśród nich można wymienić najważniejsze: różnice dotyczące poziomu prowadzenia rachunku kosztów w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, różnice w kodyfikacji procedur medycznych, brak wiedzy z zakresu rachunku kosztów oraz wykorzystywanej w nim terminologii w służbach finansowych badanych zakładów opieki zdrowotnej itp.

## Projekt

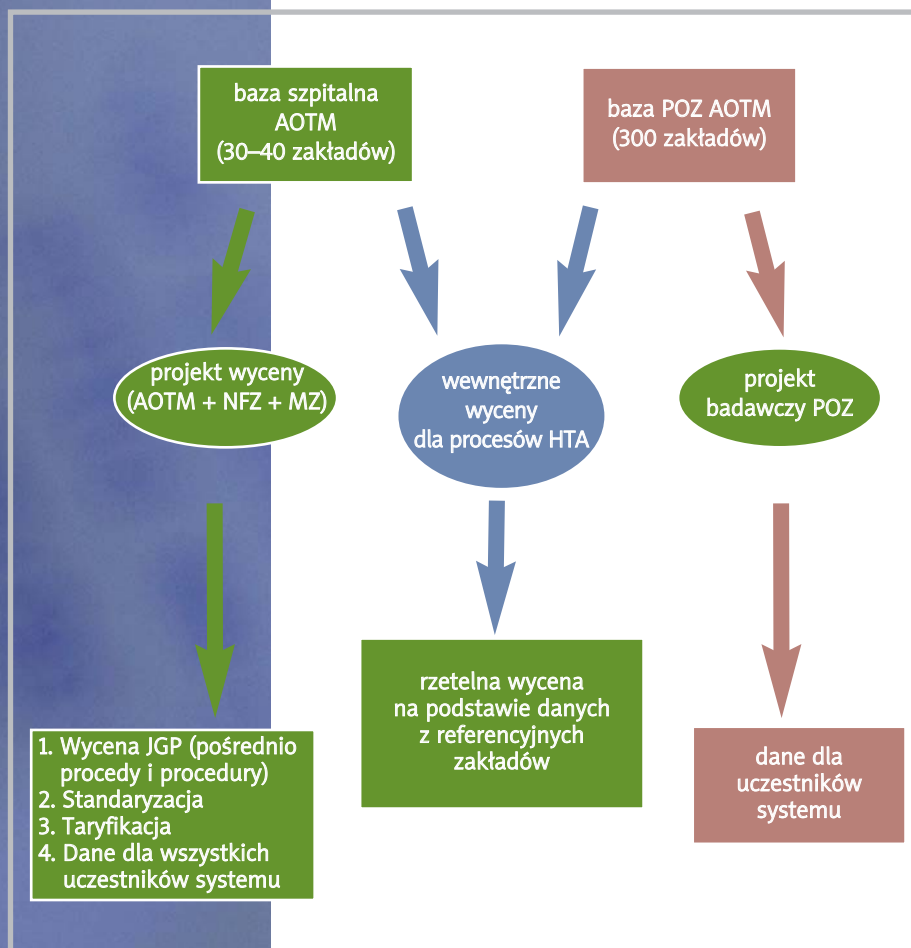
U podstaw przygotowanych projektów badania kosztów leży głębokie i poparte doświadczeniem przekonanie, że oczekiwane rezultaty można uzyskać poprzez stopniowe i kontrolowane wdrażanie identycznej metodyki rachunku kosztów i wyceny procesów medycznych, w wyselekcjonowanej, przygotowanej, stale szkolonej i monitorowanej grupie zakładów opieki zdrowotnej. Trzeba – rzecz jasna – mieć świadomość, że niezbędny zbiór danych uzyskamy po latach ciężkiej pracy, lecz już do części danych dostęp będzie stosunkowo szybki (ryc. 1.).

Jak wskazuje doświadczenie, m.in. badanie CSIOZ oraz pilotaż przeprowadzony przez AOTM, w części zakładów opieki zdrowotnej rachunek kosztów prowadzony jest przynajmniej do poziomu lepiej lub gorzej zdefiniowanych miejsc powstawania kosztów.



Objęcie projektem wyselekcjonowanej grupy zakładów i praktyk pozwoli na pozyskiwanie porównywalnych danych kosztowych i statystycznych

Realizacja projektu pozwoli określić rzeczywiste koszty ponoszone przez zakłady opieki zdrowotnej na świadczenia opieki zdrowotnej



Ryc. 2. Schemat projektu LZ i POZ

W trakcie pilotażu pozyskiwanie danych kosztowych wg miejsc powstawania kosztów stanowiło pakiet informacji kontrolnej dla weryfikowania poprawności dostarczanych danych o kosztach procedur medycznych realizowanych w poszczególnych działach (miejscach powstawania kosztów). Można więc założyć, że te zbiory danych będą dostępne już od początku realizacji projektu.

Kolejnym zbiorem danych, który powinien być dostępny od pierwszej chwili są dane statystyczne zbierane wg zdefiniowanych w projekcie założeń: liczby wystąpień poszczególnych procedur (wg ICD-9PL), liczby wystąpień procesów medycznych (wg ICD-10) itp. Tworzone będą zbiory danych bezcenne dla przyszłych procesów wyceny, np. częstotliwość wystąpień poszczególnych rodzajów procedur w danym procesie itp.

Trzeba też spojrzeć prawdzie w oczy, że dane najbardziej istotne dostępne będą w ograniczonym zakresie, a w rzeczywistości ich jakość, przed ujednocnieniem metodyki w badanej grupie zakładów i przed zakończeniem procesu szkoleń i wdrożeń, będzie wątpliwa.

Wypada żałować, iż realizacja projektu nie rozpoczęła się jeszcze w początkach 2007 r., zaraz po zakończeniu pilotażu. Agencja Oceny Technologii Medycznych przedłożyła do akceptacji projekty badania kosztów w zakładach lecznictwa zamkniętego LZ (w 2007 r.) i w wyselekcjonowanej grupie poz (w 2008 r.). Wybrane do projektu zakłady i praktyki mogłyby stać się docelowo grupą badawczą, w oparciu o którą możliwe byłoby prowadzenie niezbędnych analiz HTA (ryc. 2.)

Objęcie projektem wyselekcjonowanej grupy zakładów i praktyk pozwoli na pozyskiwanie porównywal-

nych danych kosztowych i statystycznych. Pozyskiwane dane po przetworzeniu mogą stać się podstawą do taryfikacji i benchmarkingu. Nie trzeba też chyba podkreślać, jak cenna dla analiz HTA jest możliwość ich prowadzenia w oparciu o bazę wiarygodnych, certyfikowanych świadczeniodawców.

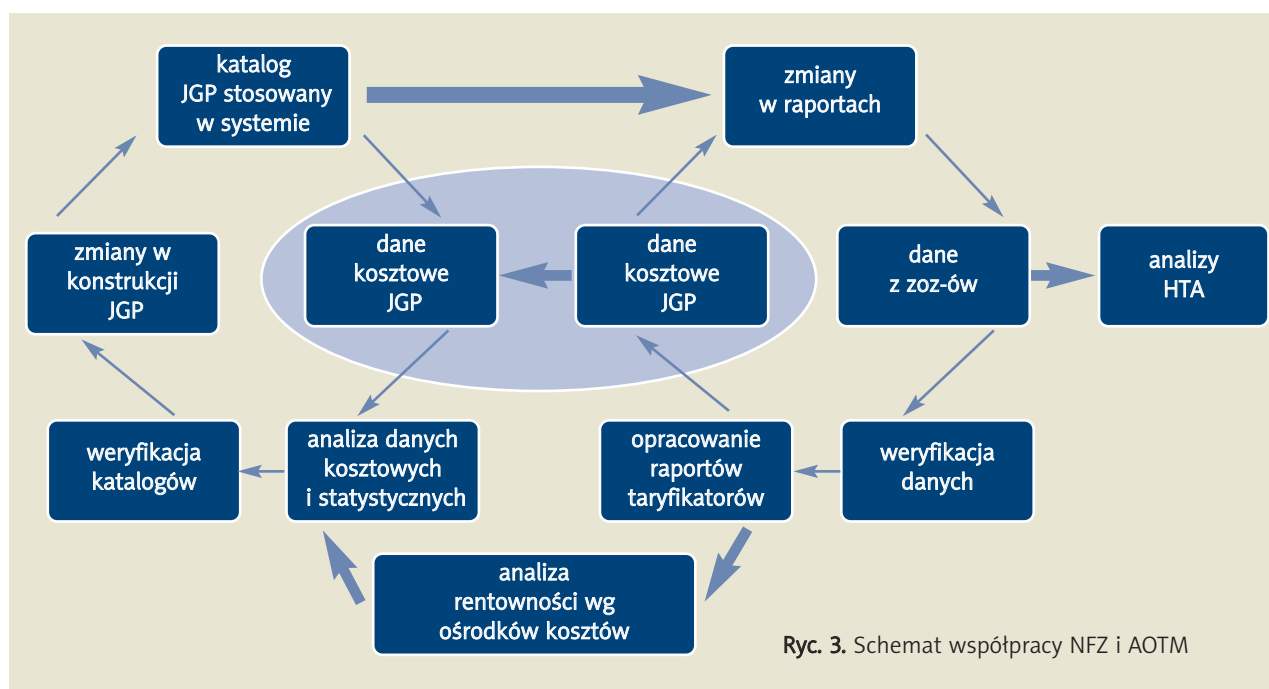
### Wsparcie NFZ

W trakcie przygotowań do realizacji pilotażu, w jego trakcie oraz podczas omawiania koncepcji opisywanego niniejszym projektem miało miejsce szereg spotkań gremiów decyzyjnych AOTM i NFZ. Celem spotkań pozostawały w zasadzie kwestie techniczne oraz rozwój projektu, ponieważ istniała od początku pełna zgodność, co do tego, że:

wanych przez zakłady uczestniczące w projekcie (uniemożliwienie identyfikacji dostawcy danych kosztowych).

Zakładanymi celami prezentowanej współpracy będą:

- dla NFZ możliwość efektywnego zarządzania zmianą w systemie JGP z dostępem do wiarygodnych, monitorowanych i obiektywizowanych i opracowanych statystycznie danych kosztowych,
- dla AOTM zbudowanie wiarygodnej bazy badawczej dla procesów HTA,
- dla wszystkich uczestników systemu zbudowanie benchmarkingu, taryfikacji, a wreszcie przejrzystość i wiarygodność danych jako podstawa do podejmowania decyzji.



Ryc. 3. Schemat współpracy NFZ i AOTM

- przedmiotem wyceny powinien być proces medyczny, rozumiany jako zbiór wszystkich działań podejmowanych w stosunku do pacjenta z określonym problemem zdrowotnym (zdefiniowanym wg klasyfikacji ICD-10) od momentu przyjęcia w izbie przyjęć do momentu wypisu (niezależnie od przyczyny wypisu),
- nie ma potrzeby zbierania informacji od wszystkich świadczeniodawców, z uwagi na koszt wytworzenia i przetworzenia tej informacji oraz jej całkowitą nieprzydatność wynikającą ze zróżnicowania stosowanej metodyki rachunku kosztów i różnic w jakości pracy służb finansowych w poszczególnych zakładach.

Realizacja projektu zakłada pełną i ścisłą współpracę pomiędzy AOTM i NFZ (ryc. 3.) z zachowaniem równocześnie bezpieczeństwa danych przekazy-

Badanie kosztów w ramach projektu zakłada prowadzenie pełnych analiz statystyczno-kosztowych wg procesów (zdefiniowanych wyżej), ale również wg danych wyjściowych, tj. procedur, kosztów osobodnia itp. Doskonalenie prowadzonego rachunku kosztów w wyselekcjonowanej grupie zakładów opieki zdrowotnej pozwoli Agencji realizować niezbędne analizy HTA w oparciu o coraz bardziej wiarygodny zasób informacji. Również do Agencji należałoby opracowywanie w ramach prowadzonego nadzoru wszelkich niezbędnych analiz, zestawień, porównań itp. Rezultatem tych działań byłoby opracowanie i cykliczne publikowanie informatorów:

- kosztów i statystyk wystąpień wg poszczególnych procesów, ale i procedur,
- benchmarkingu kosztów wytworzenia procesów i procedur wg oddziałów poszczególnych poziomów specjalizacji, szpitali, klinik, województw itp.,

- analiz rentowności miejsc powstawania kosztów identyfikowanych wg specjalności medycznej (wg kodu resortowego).

### Uzyskane korzyści

Realizacja projektu oraz jego kontynuacja w latach następnych pozwoli uzyskać całkiem spory zakres mniej lub bardziej istotnej wiedzy niezbędnej wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej.

Przede wszystkim realizacja projektu pozwoli określić rzeczywiste koszty ponoszone przez zakłady opieki zdrowotnej na świadczenia opieki zdrowotnej (procedur, procesów i grup procesów, np. JGP). Dostęp do aktualnej, wiarygodnej informacji o statystycznie opracowanych średnich kosztach związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej będzie sprzyjać wszystkim uczestnikom rynku medycznego, w tym może wpłynąć na rozwój ubezpieczeń zdrowotnych.

Dane uzyskane w wyniku realizacji projektu, po dokonaniu analizy statystycznej, mogą być udostępniane w postaci cyklicznych informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, może uzyskać to postać benchmarkingu zakładów, oddziałów, procesów, procedur.

Zakładamy, że w rezultacie powstanie grupa badawcza zakładów opieki zdrowotnej i praktyk lekarza rodzinnego, dostawców bieżącej (on-line) informacji statystyczno-kosztowej, pozwalającej na prowadzenie niezbędnych analiz HTA i innych.

Dane uzyskane w ramach projektu mogą zostać wykorzystane przez MZ oraz NFZ i służyć modyfikacjom i zmianom w systemie finansowania, uwzględniającym rzeczywisty, zbadany poziom kosztów.

Nie bez znaczenia jest fakt, że w rezultacie wyłoni się grupa zakładów opieki zdrowotnej prowadzących rachunek kosztów i statystyki na wysokim poziomie, uzyskujących (co też jest w sferze projektów) odpowiedni certyfikat jakości, i grupa ta będzie miała możliwość przekazywania dalej wiedzy (system kaskadowy), co w przyszłości wpłynie na powiększenie grupy badawczej zoz-ów. Wsparciem dla biorących udział w projekcie zakładów opieki zdrowotnej będą najlepsi dostępni w Polsce specjaliści z dziedziny rachunku kosztów i wyceny kosztów. Otrzymywane dane i odpowiednia ich analiza pomogą w znalezieniu obszarów wymagających dodatkowego wsparcia ze strony ekspertów AOTM.

Działania związane z wyceną kosztów wymagają wcześniejszego przygotowania opisu (kart technologicznych) realizowanych świadczeń zdrowotnych, co może stanowić punkt wyjścia do opracowywania standardów wykonywania tych świadczeń.

Projekt dostarczy informacji badawczej umożliwiającej prognozowanie, analizowanie oraz podejmowanie decyzji nawet na najwyższym szczeblu kierownictwa służby zdrowia.

Analiza danych uzyskanych w ramach projektu pozwoli na wskazanie grupy świadczeń szczególnie kosztochłonnych lub takich, których stosowanie powinno zostać ograniczone ze względu na istnienie innego, równie efektywnego, ale mniej kosztownego rozwiązania. Decyzje podjęte na tej podstawie pozwolą na poprawę przejrzystości finansowania polskiego systemu zdrowotnego i jednocześnie na jego uszczelnienie.

Jako jeden z produktów projektu powstanie raport o wymaganiach odnośnie do systemu informacyjnego obsługującego szpital. Projekt wyznaczy standard niezbędny, jaki powinien być stosowany i na podstawie doświadczeń przysłuży się do jasno sprecyzowanych wymagań oraz potrzeb w tym zakresie.

„ Analiza danych uzyskanych w ramach projektu pozwoli na wskazanie grupy świadczeń szczególnie kosztochłonnych „

### Konkluzja

Opisany projekt działań zmierzających do budowania systemu wyceny, analizowania i raportowania danych o kosztach realizacji świadczeń medycznych (procedur, procesów i grup procesów) jest wynikiem 2-letniego doświadczenia pracy Agencji Oceny Technologii Medycznych i zaangażowanych przy tych pracach ekspertów, związanego z próbą pozyskania tych danych z kilkudziesięciu zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Wnioski wynikające z tego doświadczenia skłoniły do wypracowania koncepcji, zapewniającej w kilkuletniej perspektywie najpierw uzyskanie porównywalnych i możliwie zobiektywizowanych danych z wyselekcjonowanej, reprezentatywnej grupy zakładów opieki zdrowotnej, a w dalszej uczynienie z tych zakładów centrów edukacyjnych dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, których zarządy będą zainteresowane prawidłowym poziomem prowadzenia rachunku kosztów i wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Czas zakończyć etap dyskusji i pilotaży i uznać, że nic nie zastąpi mrówczej pracy od podstaw.

Wojciech Matusiewicz  
dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Andrzej Musiałowicz  
zastępca dyrektora Agencji Oceny Technologii Medycznych