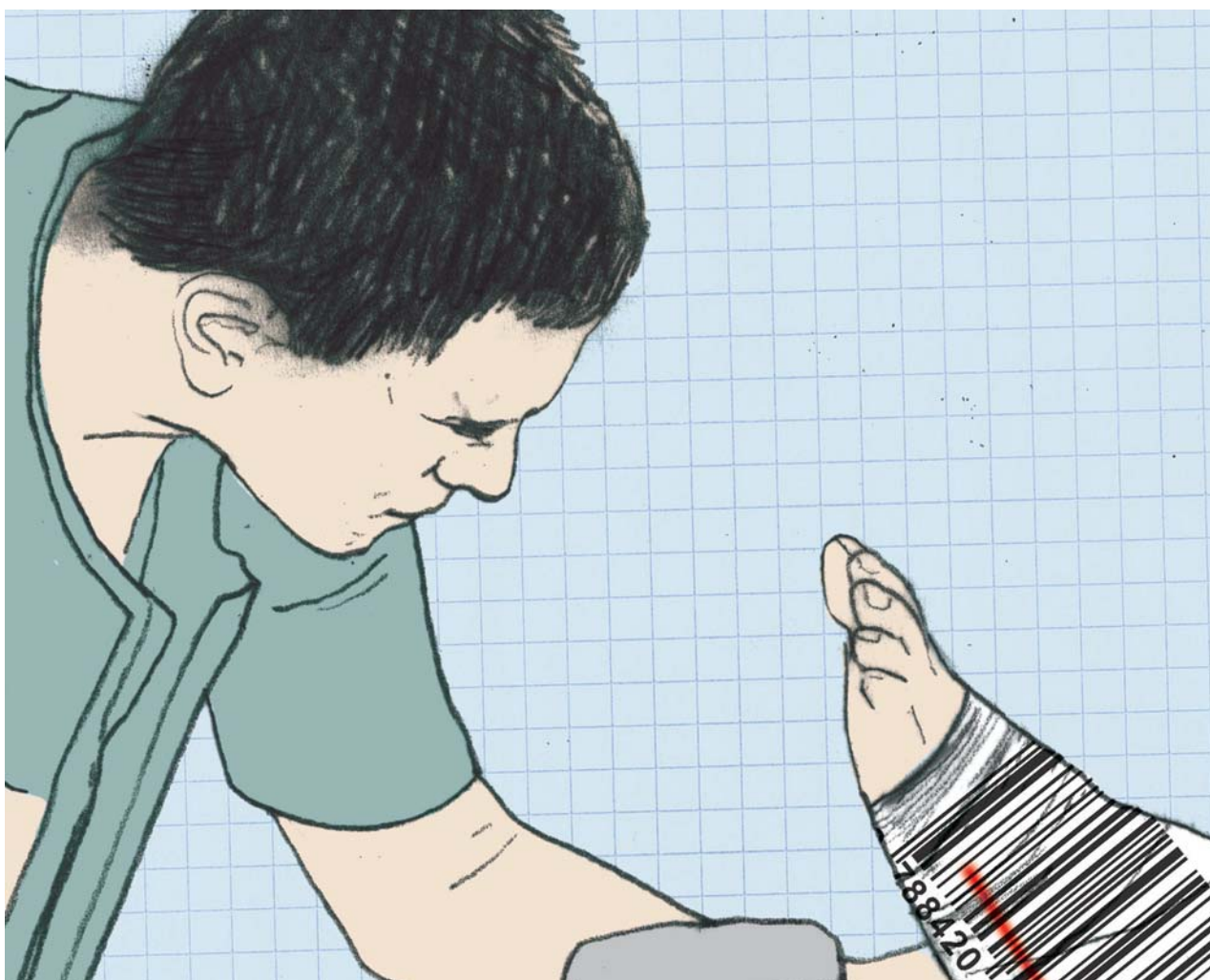


Dostęp do danych kosztowych w systemie opieki zdrowotnej

Kto powinien liczyć koszty

Wojciech Matusewicz, Andrzej Musiałowicz



rys. Anna Pol 2x

Utwórzmy niezależną Agencję Taryfikacji Kosztów Świadczeń Medycznych – apelowaliśmy w 3. numerze *Menedżera Zdrowia*. Przedstawiliśmy projekt powołania takiej Agencji, autorstwa Michała Kamińskiego. Materiał stał się przyczynkiem do szerszej debaty na temat liczenia kosztów. W niniejszym numerze oddajemy w niej głos przedstawicielom Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Od czasu transformacji w 1989 r. wielokrotnie próbowano doprowadzić do przejrzystości i dostępności do informacji finansowej w systemie opieki zdrowotnej, a rezultatem doświadczeń i weryfikacji w praktyce przyjętych założeń i metodyki stało się 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). Mimo że rozporządzenie obowiązuje już 11 lat, płatnik nadal skazany jest na domniemania lub fragmentaryczną wiedzę przy ustalaniu stawek za świadczenia opieki zdrowotnej, a świadczeniodawcy gremialnie wyrażają niezadowolenie z proponowanego poziomu finansowania.

Próby Agencji Oceny Technologii Medycznych

Rozpoczęliśmy realizację przygotowanego w AOTM projektu budowy bazy badawczej zakładów opieki zdrowotnej. Ma ona służyć zbieraniu, przetwarzaniu i udostępnianiu uczestnikom systemu opieki zdrowotnej niezbędnych analiz statystycznych i kosztowych. Często czujemy jednak, że nasze nawoływania do przyspieszania prac nad budową bazy pozostają głosem wołającego na puszczy.

Czas biegnie nieuchronnie i tylko od przypadku do przypadku pojawiają się nowatorskie pomysły powołania odrębnej instytucji do prowadzenia wyżej wymienionych prac, wszystko oczywiście w ramach polityki taniego państwa. Uznaliśmy, że wobec tych głosów należy raczej się zastanowić nad samą koncepcją i celem, niż przepisywać fragment podręcznika o zasadach prowadzenia rachunku kosztów.

Gdzie jest pies pogrzebany

Dlaczego tak trudno pozyskać dane kosztowe? Ponieważ w każdym rodzaju działalności informacja o kosztach jest jednym z najpilniej strzeżonych fragmentów wiedzy o przedsiębiorstwie. Ujawnienie jej może mieć wpływ na wysokość uzyskiwanej ceny i marży, szczególnie w sytuacji, gdy na rynku funkcjonuje jeden płatnik. Nie można zatem dziwić się dyrektorom zakładów opieki zdrowotnej, że niechętnie udostępniają swoje wrażliwe dane. Jedenaście lat współpracy płatnika ze świadczeniodawcami zaowocowało wzajemną nieufnością. Jest to konsekwencją dość licznych przypadków wykorzystywania przez płatnika nieopatrznie uchylonego rąbka tajemnicy (informacji o kosztach własnych zakładu).

Punkt (nie)widzenia płatnika

Musimy pamiętać, że monopolistyczny płatnik ma obowiązek w sposób racjonalny i oszczędny wydatkować fundusze publiczne, którymi dysponuje. Jakimi narzędziami płatnik może dziś rozporządzać? Wydaje się, że żadnymi, wyjąwszy obowiązek ustawowy, dość słabo zaznaczony i trudny do egzekwowania. W rezul-

tacie otrzymuje dość przypadkowe informacje kosztowe, dostarczane sporadycznie przez niektóre zakłady opieki zdrowotnej, z pewnością podretuszowane w celu uzyskania zamierzonego efektu, czyli przekonania płatnika do lepszego finansowania określonych świadczeń. Płatnik nie ma żadnych danych statystycznych pozwalających z większą precyzją dokonywać kalkulacji kosztów świadczeń bardziej złożonych. By zilustrować problem, można się posłużyć kalkulacją kosztu danego typu hospitalizacji. Jest rzeczą pewną, że przedstawiający dane do kalkulacji świadczeniodawca zechce zawyżyć koszt poprzez teoretycznie możliwe i medycznie dopuszczalne zwielokrotnianie procedur medycznych wykonywanych w ramach tej hospitalizacji. Dopiero wielomiesięczna, jeśli nie wieloletnia, obserwacja przebiegu (i analiza zdarzeń oraz kosztów) tego typu hospitalizacji pozwala zobiektywizować proces kalkulacji stawki.

Zaufanie do danych

Czy dysponując fragmentarycznymi danymi kosztowymi i niezbyt wiarygodnymi statystykami (wszystkim pracującym w systemie pozostawiamy ten problem do własnej interpretacji), skazani jesteśmy wyłącznie na wróżenie z fusów lub losowe metody ustalania stawek za świadczenia opieki zdrowotnej?

Dostęp do wiarygodnych danych kosztowych jest istotny również w pracach AOTM. Do zadań Agencji należy oparta na dowodach naukowych ocena technologii medycznych pod względem efektywności medycznej oraz ocena relacji koszt – efekt wynikająca z pozyskanych obiektywnych informacji o kosztach i statystyce zdarzeń. Tylko pierwsza z ocen oparta jest na dostępie do światowych zasobów informacji medycznej. Budowa drugiego elementu oceny wydaje się zadaniem o zasadniczym znaczeniu.

Problemem, który należy brać pod uwagę, jest zbudowanie zaufania dostawców danych. Można to uzyskać poprzez realizację projektu przez niezależną instytucję, właśnie AOTM, poprzez system umów i odpowiednich zabezpieczeń informatycznych baz danych. Informacja przetworzona publikowana przez

„ W każdym rodzaju działalności informacja o kosztach jest jednym z najpilniej strzeżonych fragmentów wiedzy o przedsiębiorstwie „

„ Jedenaście lat współpracy płatnika ze świadczeniodawcami zaowocowało wzajemną nieufnością ”

Agencję byłaby informacją uśrednioną, zweryfikowaną i pozbawioną cech umożliwiających identyfikację źródeł.

Baza badawcza

Najtrudniejszym zadaniem jest zbudowanie bazy badawczej. Stanowić ją powinna wyselekcjonowana grupa zakładów, zapewniająca reprezentatywność pod względem struktury własnościowej i organizacyjnej świadczeniodawców, a także obejmująca możliwie największą liczbę realizowanych świadczeń. Zapewnienie tej grupie wsparcia merytorycznego oraz doprowadzenie do prowadzenia rachunku kosztów i sprawozdawczości w uzgodniony, jednolity sposób pozwoli na pozyskiwanie porównywalnych danych kosztowych i statystycznych. Jest to bezcenne do kalkulacji stawek przez płatnika (płatników), analizy HTA, a wreszcie pozyskiwane dane po przetworzeniu mogą stać się podstawą do taryfikacji i benchmarkingu, edycji cyklicznych informatorów dla wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej.

Poziom prowadzenia rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej jest bardzo zróżnicowany, nie wspominając o przyjętych metodykach czy rozwiązaniach szczegółowych problemów analitycznych. W jeszcze większym stopniu dotyczy to wycen prowadzonych na podstawie takiego rachunku kosztów. Potwierdzają to zarówno badanie ankietowe poziomu prowadzenia rachunku kosztów przeprowadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2004 r., pilotażowe badanie kosztów zrealizowane przez AOTM w 2007 r. oraz bieżące analizy możliwości zbudowania bazy badawczej prowadzone przez AOTM. Wszystko to jednoznacznie wskazuje na konieczność realizacji zadania praktycznie od podstaw. Schemat projektu zamieściliśmy w artykule *Liczydła na własny użytek*, zamieszczonym w numerze 2/2009 *Menedżera Zdrowia*.

W ramach projektu wybrane zakłady uzyskiwałyby:

- szkolenie wstępne i szkolenia w ramach wdrożenia,
- niezbędne do realizacji projektu wsparcie przy ujednocnieniu planów kont i zasad prowadzenia rachunku kosztów,
- bieżące wsparcie AOTM i zatrudnianych przez Agencję ekspertów w zakresie metodyki rachunku

kosztów, rozwiązywania bieżących problemów i wdrażania uzgodnionych zmian i uzupełnień,

- cykliczne szkolenia i warsztaty dla pracowników komórek analitycznych już w trakcie realizacji projektu,
- współdziałanie w zakresie budowy spójnego systemu zbierania i przetwarzania informacji statystycznych i kosztowych,
- zwrotną informację porównawczą (na dalszych etapach projektu, po zbudowaniu bazy badawczej i pozyskaniu dostatecznego zasobu informacji).

W dalszej perspektywie można mówić o uczynieniu z tych zakładów centrów edukacyjnych dla wszystkich pozostałych, których zarządy będą zainteresowane prawidłowym poziomem prowadzenia rachunku kosztów i wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Wyrzykowo, a nie kompleksowo

Trzeba w tym miejscu stwierdzić, iż 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. Oczekiwane rezultaty można uzyskać tylko poprzez stopniowe i kontrolowane wdrażanie identycznej metodyki rachunku kosztów i wyceny procesów medycznych, w wyselekcjonowanej, przygotowanej, stale szkolonej i monitorowanej grupie zakładów opieki zdrowotnej. Należy – rzecz jasna – mieć świadomość, że niezbędny zbiór danych uzyskamy po latach ciężkiej pracy.

Kandydaci do liczenia

Kto i po co miałby pozyskiwać dane kosztowe? Powstają ostatnio apele o utworzenie niezależnej, samodzielnej agencji taryf. Nie wdając się w zbędne polemiki, należy zwrócić uwagę, że dostęp do wiarygodnych danych kosztowych i statystycznych niezbędny jest wielu podmiotom, o czym wspomnieliśmy wcześniej. Jakiej instytucji powierzyć to zadanie, jest sprawą drugorzędną, choć nie bez znaczenia jest fakt, że właśnie AOTM jest najbardziej zaawansowana w pracach koncepcyjnych, ma doświadczenia z prac pilotażowych i dysponuje rozpoznaną, dość szeroką grupą potencjalnych uczestników (zakładów opieki zdrowotnej), deklarujących wstępnie zainteresowanie projektem.

Zweryfikowane, uśrednione i pozbawione cech identyfikacji źródeł dane przede wszystkim mogłyby się stać dla NFZ podstawą do weryfikacji i kalkulacji stawek, zmian w wycenie JGP. W założeniu powinien być to ciągły proces aktualizacji i weryfikacji danych, uwzględniający dynamikę zmian zachodzących w technologiach medycznych i metodach leczenia. Korzystaliby z tych danych również inni potencjalni płatnicy.

Polskie realia

W procesie oceny nie można się opierać wyłącznie na informacjach dotyczących relacji koszt – efekt pochodzących ze źródeł zagranicznych, z uwagi na odmienne warunki i relacje ekonomiczne. Nie można tego również czynić na podstawie niemożliwych do zweryfikowania jednorazowych analiz. Te ostatnie obciążone są (i zawsze będą) błędami wynikającymi z nieweryfikowalnego sposobu prowadzenia rachunku kosztów i sposobu kalkulacji kosztów świadczeń w zakładach będących źródłem danych.

Przedstawiony w cytowanym wcześniej artykule schemat obiegu informacji mógłby zakończyć wieloletnie dyskusje i wzajemne oskarżenia oraz jakże często przedziwne zmiany poglądów przy zmianie miejsca pracy przez wielu menedżerów – z etatu u płatnika na dyrektorę w zakładzie opieki zdrowotnej i odwrotnie.

Jak porównywać

Poniekąd na marginesie tych działań powstaje szansa na zbudowanie systemu benchmarkingu dla wszystkich podmiotów działających w systemie opieki zdrowotnej. Zakres analiz porównawczych jest niewyobrażalnie wielki, należałoby jednak się skupić na najbardziej istotnych danych i formach prezentacji, co może nastąpić już po uruchomieniu projektu, przy udziale wszystkich zainteresowanych.

Uogólniając, można uzyskiwać porównywalne dane dotyczące m.in.:

- kosztów i statystyk wystąpień wg poszczególnych procesów, ale i procedur, grup procesów (JGP),
- 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).

Czas dostępu

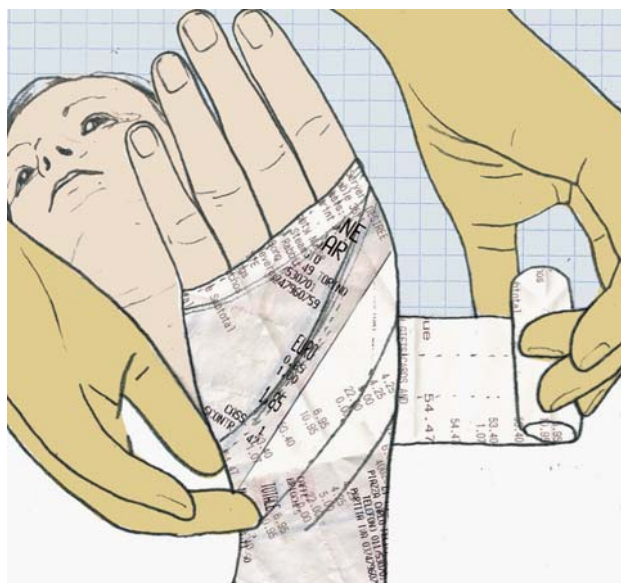
Należy pamiętać, że oczekiwane rezultaty, a więc kompleksowa informacja statystyczno-kosztowa oraz cykliczne publikacje taryfikatorów i analiz benchmarkingowych, będą możliwe dopiero po wielu latach żmudnej pracy. Oczywiście, dostęp do części danych będzie stosunkowo szybki.

Od początku realizacji projektu powinny być dostępne zbiory danych kosztowych (koszty rodzajowe), dotyczące zdefiniowanych miejsc powstawania kosztów oraz 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.

Inne niezbędne dane będą pozyskiwane stopniowo, w miarę rozbudowy w grupie badawczej systemów wyceny procedur, procesów, zbiorów procesów.

Trzeba też spojrzeć prawdzie w oczy, że dane najbardziej istotne dostępne będą w ograniczonym zakresie, a w rzeczywistości ich jakość, przed ujednoczeniem metodyki w badanej grupie zakładów



„ Zakres analiz porównawczych jest niewyobrażalnie wielki, należałoby jednak skupić się na najbardziej istotnych danych i formach prezentacji „

i przed zakończeniem procesu szkoleń i wdrożeń, będzie wątpliwa. Nie ma jednak innej drogi, jak stopniowe i kontrolowane wdrażanie wybranej, identycznej metodyki rachunku kosztów i wyceny świadczeń opieki zdrowotnej w wyselekcjonowanej, reprezentatywnej grupie zakładów opieki zdrowotnej. Im prędyj rozpocznie się działanie, tym szybciej zakończy się czas jałowej wymiany poglądów, często wzmacnianej nie argumentami, a epitetami.

Inną kwestią jest decyzja polityczna, czy w dobie takiego państwa stać nas na budowanie odrębnej instytucji do liczenia kosztów. Zadanie to można bowiem realizować poprzez rozbudowę działań istniejącej i dysponującej doświadczeniem instytucji publicznej.

Wojciech Matuszewicz jest dyrektorem Agencji Oceny Technologii Medycznych. Andrzej Musiałowicz zastępcą dyrektora Agencji Oceny Technologii Medycznych.