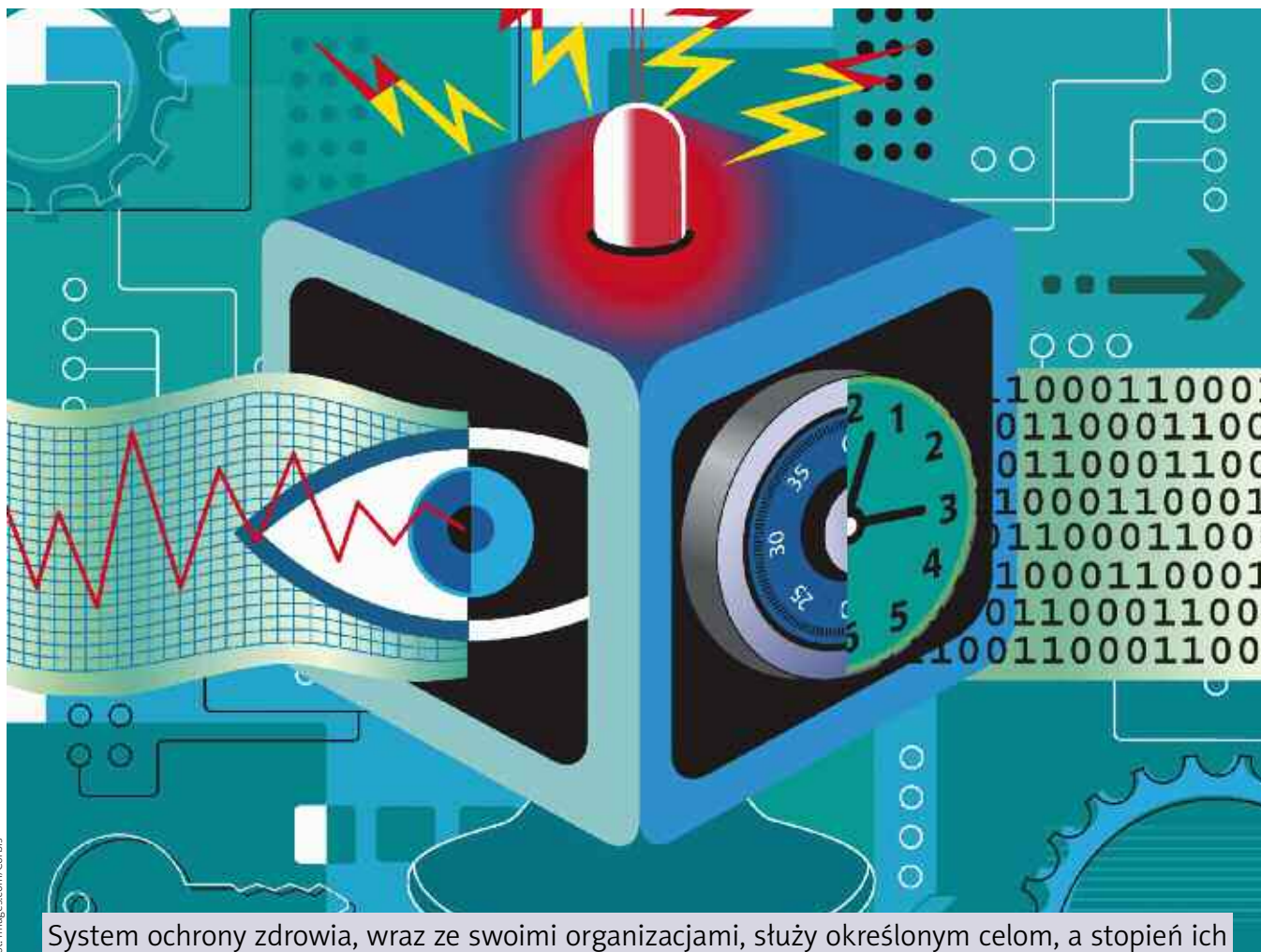


Płacenie za wyniki leczenia – szansa na poprawę jakości w opiece zdrowotnej?

Jaka praca, taka płaca



System ochrony zdrowia, wraz ze swoimi organizacjami, służy określonym celom, a stopień ich osiągnięcia jest miernikiem sprawności działania (*performance*) tego systemu. Sprawność ocenia się przez zestawienie nakładów (*inputs*) z produktami (*outputs*) oraz efektami – wynikami (*outcomes*) ich zastosowania.

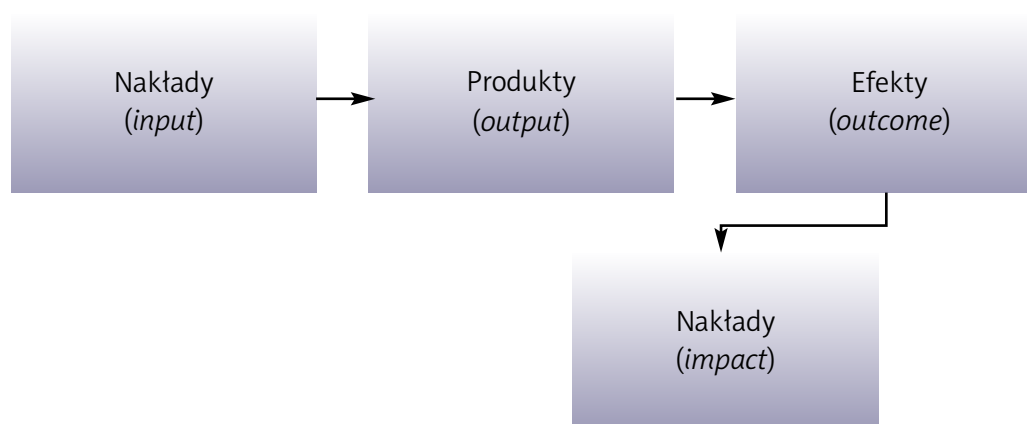
W kontekście ochrony zdrowia powyższe pojęcia oznaczają odpowiednio:

- nakłady to zasoby (*resources*): pieniądze, profesjonalności oraz ich czas, sprzęt, infrastruktura techniczna itp.;
- produkty to jednostki usług i dóbr. Pojęcie produkty kontraktowania (kontraktowe) wykorzystywane jest w polskim systemie ubezpieczeń od 2000 r.;
- efekty to skutki zastosowania (*application*) określonych produktów w odniesieniu do danego pacjenta/konsumenta lub ich populacji. Najczęściej za efekty

uznaje się poprawę stanu zdrowia konsumentów oraz wzrost (lub utrzymanie) poziomu ich satysfakcji z usług.

Produkt i zapłata

Powszechne doświadczenie uczy, że dostajemy to, za co płacimy. W polskiej ochronie zdrowia w latach 90. XX w. oraz latach poprzednich finansowano nakłady – placówki otrzymywały pieniądze na etaty personelu, na wydatki materiałowe, w tym leki, na inwestycje itp.



Źródło: opracowanie własne.

Rycina 1. Schemat składników do oceny sprawności działania systemu ochrony zdrowia

Finansowanie to nie miało związku z produkcją usług, co oznaczało, że z punktu widzenia interesów placówki najkorzystniej było nie przyjmować pacjentów, lecz dostawać alokację budżetową. Tak też się zdarzało – przewlekłe remonty oddziałów przez niektórych dyrektorów były traktowane jako sposób na zaoszczędzenie na kosztach zmiennych. Taka sytuacja, trwająca przez kilkadziesiąt lat, spowodowała, że pod koniec lat 90. upowszechniło się przekonanie, że pieniądze muszą iść za pacjentem, co najczęściej rozumiano jako opłatę za usługę (*fee for service*). Powszechnie sądzono, że płacenie za trwanie jest złe i należy to zmienić na coś bardziej motywującego do pracy. Wprowadzone po 1999 r. mechanizmy płatności nie satysfakcjonują wszystkich, którzy tak myśleli, ale zasadniczo nasz system opiera się na płaceniu za usługi, choć z kilkoma zastrzeżeniami:

- istnieje górny pułap liczby usług (określany wielkością kontraktu),
- w POZ jest stosowana kapitacja,
- w szpitalnictwie mamy do czynienia raczej z opłatą za epizod (za przyjęcie), a nie za każdą usługę,
- mamy programy zdrowotne, które są bardziej wyrażone innymi sposobami płacenia.

W katalogu NFZ jest 7 tys. produktów rozliczeniowych, podczas gdy w roku 1999 było ok. 200.

W rezultacie od 1999 r. nasz system został przeorientowany z trwania na produkowanie. W pierwszym roku funkcjonowania kas chorych liczba hospitalizacji wzrosła o 40 proc.!!! W kolejnych latach wzrosty nie były już tak duże, ale ciągle, z roku na rok, zwiększa się liczba hospitalizacji, a także, choć w mniejszym zakresie, liczba usług pozaszpitalnych. Właściwie można by powiedzieć, że osiągnęliśmy zamierzony efekt. Problem jednak polega na tym, że celem systemu ochrony zdrowia nie jest ani trwanie, ani produkowanie usług. Co więcej, nakłady i produkcja bardzo wzrosły, a opinia o działaniu systemu niewiele się poprawiła (bardziej wni-

kliwi obserwatorzy zauważają jednak pewne pozytywy). No, ale celem jest coś innego niż wykonywanie usług; domyślnie jest nim ochrona zdrowia. Tylko co to znaczy? Poza tym, czy tylko ochrona zdrowia jest celem systemu ochrony zdrowia? Zwykle, gdy ktoś definiuje strategię dla systemu ochrony zdrowia, zdrowie jest na pierwszym miejscu, ale nie jest jedynym celem. Inne często wymieniane to sprawiedliwość dostępu do świadczeń, satysfakcja pacjenta, stabilność podmiotów – od gospodarstw domowych doświadczonych chorobą po przedsiębiorstwa płacące składki itp.

Produkować

Płacenie za trwanie, jak w systemie budżetowym, lub za produkcję, jak w naszym obecnym rozwiązaniu, nie wynika z tego, że płacący nie chce osiągnąć efektu. Wynika raczej z tego, że łatwo (?) zdefiniować stawkę za etat lekarza lub za przyjęcie porodu. W domyśle, jeżeli zapłacimy lekarzowi za pracę, będzie pracował, jeżeli zapłacimy za poród, to poród będzie odebrany. Nadal jednak związek między płatnością a oczekiwanym rezultatem jest dość luźny.

W poszukiwaniu optymalnego sposobu opłacania usług zdrowotnych w ostatnich latach opracowano pewne założenia i wdrożono kilka eksperymentalnych narzędzi, które nazwano wspólnym terminem „płacenie za jakość” (*payment for result* – P4R, *payment for performance* – P4P). Definicja P4P różni się w zależności od źródła, jednak łącznikiem między różnymi definicjami jest pojęcie jakości, głównie w wymiarze jakości wyniku (*performance, result*).

Pożądanym wynikiem zmiany sposobu płacenia miałyby być przeorientowanie systemu ochrony zdrowia z produkcji na osiąganie wyników. Nieco bardziej szczegółowo, chodzi o to, by:

- umożliwiać i zachęcać dostawców usług do udzielania pacjentom uznanych świadczeń opieki zdrowotnej

- o wysokiej jakości, wydajności i w sposób skoncentrowany na pacjencie;
- wspomagać i zachęcać dostawców do inwestowania, innowacji i podjęcia innych działań, które prowadzą do poprawy skuteczności, jakości i odpowiednich rezultatów w terapii pacjentów i/lub zmniejszania kosztów;
- nie wynagradzać lub nie zachęcać do nadmiernego stosowania procedur medycznych, korzystania z usług drogiej (o nieuzasadnionych cenach), zbędnych lub wtórnych hospitalizacji, świadczenia usług niepoprawiających istotnie stanu zdrowia pacjentów, nieskutecznych lub nieakceptowanych przez pacjentów;
- nie nagradzać dostawców za niewystarczające stosowanie procedur i dóbr medycznych (*undertreatment*) wobec pacjentów lub za wyłączenie pacjentów spod
 - nie zachęcać dostawców do zmniejszania kosztów opieki zdrowotnej u jednego płatnika przez zwiększanie kosztów u innych płatników, chyba że zmiany prowadzą do bardziej przystosowanego modelu płatności dla nich obu;
 - minimalizować koszty administracyjne dostawców ponoszone w związku ze stosowaniem zasad systemu płatności;
 - ujednoclić zasady i metody płatności w sytuacji funkcjonowania wielu płatników w celu uniknięcia niepotrzebnych różnic w zachętach dla usługodawców.

Testy

Testowanie nowych form opłacania usług zdrowotnych opartych na zasadzie P4P przeprowadzano w ostat-

Tabela 1 Definicje systemów płacenia za jakość (*pay for performance*)

| | |
|-------------------------------|--|
| AHRQ | Płacenie więcej za osiągnięcie lepszych wskaźników jakości (źródło: AHRQ) |
| CMS | Korzystanie z metod opłacania i innych zachęt w celu poprawy jakości i skierowanej na pacjenta wysokiej jakości opieki (źródło: Center for Medicare i Medicaid Services, 2006) |
| RAND | Ogólna strategia promowania poprawy jakości przez nagradzanie dostawców usług, którzy spełnili określone oczekiwania dotyczące jakości opieki zdrowotnej lub jej efektywności (źródło: RAND Corporation) |
| World Bank | Zakres mechanizmów mających na celu poprawę jakości działania systemu ochrony zdrowia przez motywacyjny system płatności (źródło: Bank Światowy, 2008) |
| USAID | P4P wprowadza zachęty (głównie finansowe) do osiągnięcia pozytywnych wyników zdrowotnych (źródło: Eichler i De, 2008) |
| Centre for Global Development | Transfer pieniędzy lub dóbr materialnych warunkowany mierzalnymi działaniami lub osiągnięciem uprzednio określonych wskaźników jakości (źródło: Oxman i Fretheim, 2008) |

Źródło: OECD 2010.

- opieki z powodu poważnych schorzeń lub innych czynników ryzyka medycznego;
- nie nagradzać dostawców za błędy lub zdarzenia niepożądane;
- ustanowić odpowiedzialność dostawców za jakość i koszty znajdujące się wyłącznie pod ich kontrolą;
- wspierać i zachęcać wielu dostawców do koordynacji opieki nad pacjentem, a zniechęcać ich do przenoszenia kosztów na innych usługodawców bez ich wyraźnej zgody;
- zachęcać pacjentów do zachowań, które poprawią przestrzeganie zalecanych procedur opieki zdrowotnej, zoptymalizują efekty i obniżą koszty opieki;
- nie nagradzać krótkoterminowych obniżek wydatków kosztem oszczędności długookresowych oraz zwiększania kosztów pośrednich w celu zmniejszenia kosztów bezpośrednich;

nich latach w krajach rozwiniętych, jak USA, Wielka Brytania, Nowa Zelandia, Hiszpania i Niemcy, w krajach rozwijających się, jak Brazylia, Chiny i Indie, a nawet w krajach o niskim dochodzie, jak Rwanda. System P4P jest badany pod względem poprawy jakości opieki oraz efektywności kosztowej. Mimo ograniczonej liczby dowodów o wymiarze naukowym, co wynika z tego, że systemy te są nowe i przeprowadzono niewiele formalnych planowych ocen, obecne doświadczenie sugeruje, że istnieje możliwość poprawy jakości i efektywności. Podstawowym celem P4P jest uzależnienie płatności od osiągnięcia założonych wskaźników jakości, a ściślej – jakości w wymiarze procesu (*process*) lub wyniku (*outcome*). Jednocześnie element ten stanowi największe wyzwanie, szczególnie w odniesieniu do jakości wyniku. W wielu wypadkach informacje dotyczące jakości nie są rutynowo zbierane. W związku z tym częścią koncepcji P4P jest

zbieranie informacji, wymagające potencjalnie kosztownych inwestycji w sprzęt IT, szkolenia i oprogramowanie. Ponieważ lekarze często narzekają na obciążenia biurokratyczne i nie sprawozdają wskaźników klinicznych, muszą być dodatkowo zachęceni do przekazywania informacji tego rodzaju. Wiele systemów typu P4P płaciło lekarzom, aby ich zachęcić nie tylko do przesyłania wspomnianych informacji, ale również do finansowania komputeryzacji praktyk. Te koszty początkowe często są wyższe niż oszczędności uzyskane w krótkim okresie.

System P4P

Ogólne ramy systemu P4P zaprezentowano na rycinie 2. Ramy te obejmują miary jakości działania (*performance*), podstawę uzyskania nagrody i samą nagrodę, która może mieć charakter finansowy i pozafinansowy. Jakość i efektywność są dwoma głównymi kategoriami mierników. Bywają również nazywane miarami strony podaźowej (*supply-side measures*), ponieważ dotyczą dostawcy usług zdrowotnych.

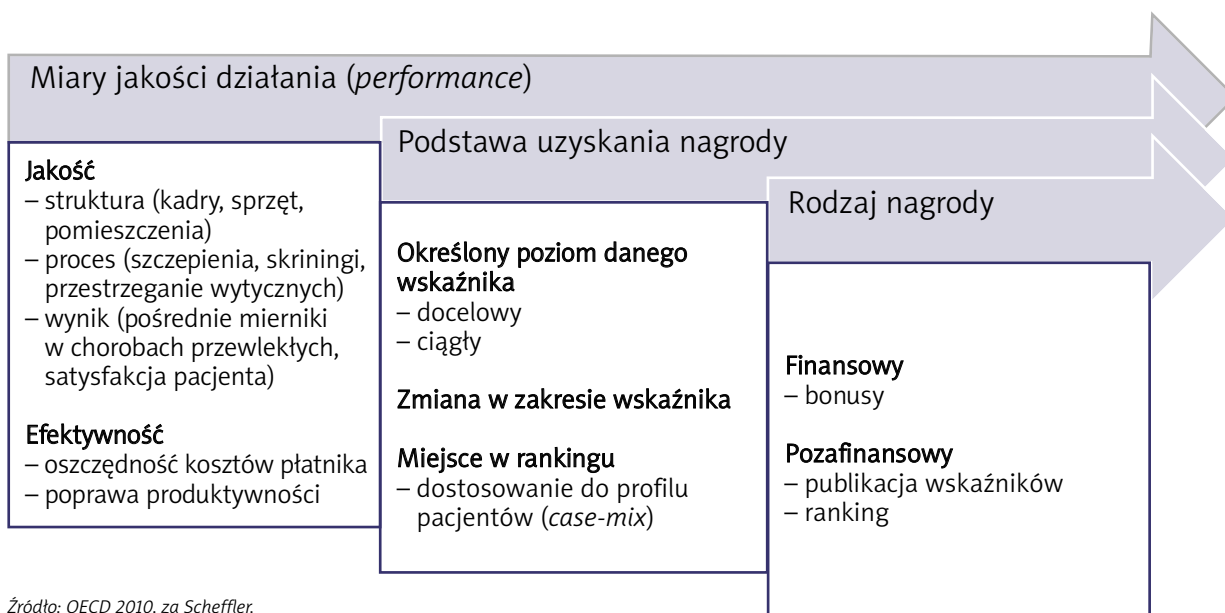
Pierwszy składnik systemu P4P to pomiar jakości według znanego schematu Donabediana (struktura, proces, wynik). Wskaźniki struktury odnoszą się do placówek opieki zdrowotnej, w tym do jakości pomieszczeń, sprzętu, leków i materiałów medycznych, technologii informatycznych oraz zasobów ludzkich. Wskaźniki procesu komponowane są z najważniejszych elementów procedury świadczenia usług zdrowotnych, która została uznana za właściwą w branżowych wytycznych (*guidelines*), protokołach zarządzania chorobą, procedurach prewencji itp. Przykładami wskaźników procesu są odsetki zaszczepionych dzieci, kobiet w określonym przedziale wiekowym objętych skriningiem w kierunku raka piersi lub raka szyjki macicy. Najbardziej pożądaną, a jed-

” W PRL finansowanie nie miało związku z produkcją usług, co oznaczało, że z punktu widzenia interesów placówki najkorzystniej było nie przyjmować pacjentów, a dostawać dotację ”

nocześnie najtrudniejsze do wykorzystania, są wskaźniki wyniku. Ostatecznym miernikiem wyniku jest przedłużenie czasu życia, zapobieżenie zgonom, obniżenie śmiertelności w danej grupie chorych czy zapobieżenie wystąpieniu chorób (spadek zapadalności) itp. Wskaźniki te są stosunkowo mało wrażliwe na zmianę działania dostawców opieki zdrowotnej; pojawiają się ze znacznym opóźnieniem w stosunku do podjętych działań, a ponadto wpływa na nie bardzo wiele czynników będących poza kontrolą dostawcy usług zdrowotnych. Z konieczności zatem w systemie P4P wykorzystuje się mierniki wyniku, które można uznać za mierniki pośrednie (*intermediary outcome measures*). Należą do nich ciśnienie krwi, poziom cukru we krwi, cholesterolu czy hemoglobiny glikozylowanej.

Efektywność

Poza wskaźnikami jakości opieki dostawcy mogą być nagradzani za osiągnięcie postępu w zakresie efektywności



Źródło: OECD 2010, za Scheffler.

Rycina 2. Ramy systemów P4P

(*efficiency*) opieki. Miarą efektywności są koszty, których udaje się uniknąć w trakcie opieki nad pacjentem. Typowymi miarami efektywności opieki są liczba przyjęć szpitalnych w trybie nagłym pacjentów należących do grupy ryzyka (np. z cukrzycą, z chorobami krążenia), koszty refundacji leków, liczba rehospitalizacji itp. Istotne jest, żeby wskaźniki efektywności pozwalały płatnikowi uniknąć określonych kosztów finansowych, ale bez pogorszenia jakości usług lub wystąpienia kosztów



„ Od 1999 r. nasz system został przeorientowany z trwania na produkowanie. Też niedobrze. W pierwszym roku funkcjonowania kas chorych liczba hospitalizacji wzrosła aż o 40 proc. ”

w innym sektorze (np. uniknięcie refundacji kosztownych leków przy zwiększonej częstości przyjęć szpitalnych). Dlatego projektowanie mierników oraz ich interpretacja powinny zakładać pewną elastyczność i zdrowy rozsądek, a w szczególności odniesienie wskaźników wyniku do profilu pacjentów (*case-mix*), czyli stanu zdrowia populacji.

Wskaźniki jakości i efektywności znajdują odbicie w uzyskiwanym przez usługodawców poziomie płatności po osiągnięciu przez te wskaźniki określonego pułapu,

w poprawie wskaźników lub wyznaczeniu za ich pomocą odpowiedniego miejsca danej placówki w tworzonym rankingu (ryc. 2.). Przykładem osiągnięcia określonego poziomu wskaźnika może być uzyskanie przyjętego odsetka kobiet przebadanych w programach skriningowych raka piersi lub szyjki macicy. Rozwiązanie tego rodzaju, zastosowane m.in. w brytyjskim systemie *Quality Outcome Framework*, mimo że czytelne i stosunkowo proste do wprowadzenia, w pewnym stopniu dopuszcza nierówny start usługodawców, ponieważ w populacjach o różnej strukturze osiąganie zakładanego wskaźnika jest zróżnicowane. Uzyskanie określonego wskaźnika może oznaczać nagrodę za osiągnięcie poziomu docelowego (*threshold*) (np. 80 proc.) lub nagrodę skalowaną według stopnia osiągnięć (np. za 30-procentową poprawę – mniejsza nagroda, za 50-procentową – większa). Nagradzanie za postęp danego wskaźnika z kolei premiuje placówki startujące z niskiego poziomu wskaźników objętej opieką populacji. Nagroda bywa wtedy proporcjonalna do skali zmiany (np. zmiana poziomu szczepień wśród dzieci z 70 proc. do 80 proc. lub z 85 proc. do 90 proc.).

Trzecim z wyżej wymienionych rozwiązań jest tworzenie rankingu placówek według wartości przyjętego wskaźnika stanowiącego kryterium rankingu. Nagradzane są jednostki znajdujące się na czele zestawienia. Rozwiązanie to w pewnym stopniu pomija problem bazy, dlatego można je stosować do wielu kryteriów osobno (np. ranking skriningu, ranking jakości opieki nad chorymi na cukrzycę). Sposób oceny tego rodzaju jest przede wszystkim atrakcyjny dla pacjentów i może być wykorzystywany do wzmacniania pozycji pacjenta (przez zmniejszanie nierównowagi informacyjnej), szczególnie kiedy ma on możliwość wyboru usługodawcy.

Płacenie to nie wszystko

Podsumowując te rozważania, należy jednak zaznaczyć, że płacenie to nie wszystko. Znany jest fakt, że w wypadku prac wymagających inwencji i zaangażowania intelektualnego proste motywacje finansowe są niewystarczające. Są ważne i potrzebne, ale niewystarczające. Konieczne jest stosowanie innych narzędzi z zakresu zarządzania, jak jasne przywództwo, definiowanie celów i angażowanie personelu w ich osiąganie (*coaching*), powierzanie odpowiedzialności oraz dostarczanie satysfakcji zawodowej. Poza tym płacenie za wynik jest, niestety, bardzo wrażliwe na manipulację. Dlatego zanim zaczniemy płacić za wynik, warto dobrze poobserwować, jak się on zmienia i od czego te zmiany zależą.

Tekst jest fragmentem książki autorstwa A. Koziarkiewicz pt. Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej, wydanej przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2011, którą można otrzymać, uczestnicząc w szkoleniach pt. Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej (patrz: www.mz.gov.pl) lub zwracając się z prośbą do Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych.