

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

Za zdrowie, nie za świadczenie



foto: images.com/Corbis

Mechanizm finansowania szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zależności od uzyskanego efektu zdrowotnego (*value-based purchasing* – VBP, *pay for performance* – P4P) został zapoczątkowany kilkanaście lat temu w Wielkiej Brytanii i USA. W ostatnim czasie również nasz minister zdrowia – Bartosz Artukowicz – w kilku wypowiedziach publicznych w lakoniczny sposób zapowiedział zmiany koncepcji finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ zmierną w kierunku P4P, co stanowiłoby radykalną reformę w sposobie rozliczania świadczeniodawców z płatnikiem publicznym w Polsce.

Koncepcja powiązania zapłaty za świadczenie zdrowotne z jego wynikami nie jest odkryciem ostatnich kilku lat. Ideę karania i nagradzania medyków za przeprowadzoną terapię opisywano już w XVIII/XVII w. p.n.e. w jednym z najstarszych kodeksów świata – babilońskim Kodeksie Hammurabiego:

§ 215. Jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał, obywatela uzdrowił lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oko obywatela uzdrowił, 10 szekli srebra weźmie.

§ 218. Jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał i spowodował śmierć obywatela lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oka obywatela pozbawił, rękę mu utną.

Powyższe cytaty pokazują, jak dawnym pomysłem jest wynagradzanie medyków za wyniki procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Dyktatura osobodnia

W przeciwieństwie do nadal popularnych mechanizmów płacenia świadczeniodawcy za udzieloną poradę lub hospitalizację (*fee for service*) czy osobodzień, na których bazuje rozliczanie większości świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i wielu innych europejskich płatników publicznych, w wypadku P4P świadczeniodawcy wynagradzani są na podstawie predefiniowanych parametrów, poprzez które prowadzona jest ewaluacja określonych efektów zdrowotnych.

Doświadczenia zagraniczne pokazują, że sukces systemów, w których płatnik finansuje usługi zdrowotne w zależności od ich wyników, zależy w głównej mierze od doboru odpowiednich kryteriów oceny, a także od właściwego powiązania wynagrodzenia z poziomem i dynamiką wartości tych kryteriów u świadczeniodawców.

Raport BMC

W opublikowanym na łamach „BMC Health Services Research” (de Bruin i wsp. 2011) przeglądzie systematycznym oceniającym wpływ programów P4P na uzyskiwane efekty zdrowotne autorzy wykazali, że większość programów P4P przynosi pozytywne rezultaty w zakresie poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Zaznaczono jednak, że różnice pomiędzy rozwiązaniami przyjętymi przez płatników w różnych krajach utrudniają porównanie ich efektywności oraz rekomendowanie konkretnego mechanizmu jako uniwersalnego.

W USA w ostatnich latach programy P4P stały się główną strategią w dążeniu do poprawy jakości w ochronie zdrowia. W początkowym okresie funkcjonowania tego mechanizmu rozliczeń w USA model ten był szeroko testowany przez komercyjnych płatników, w szczególności w dziedzinie świadczeń ambulatoryjnych. W krótkim czasie w zakresie nowych form finansowania świadczeń zdrowotnych dominację na rynku przejęła amerykańska administracja publicznych programów zdrowotnych – CMS (*Centers for Medicare and Medicaid*

Services), która w 2004 r. zaczęła płacić szpitalom za publiczne raportowanie wyników zgodnie z ustalonymi miernikami efektywności opieki zdrowotnej. Kolejnym krokiem był dobrowolny, wysokobudżetowy, 6-letni program PHQID (*Premier Hospital Quality Incentive Demonstration*) – największy dotychczas szpitalny program płacenia za wyniki, w ramach którego monitorowano ponad 30 parametrów procesu terapeutycznego. Ocenie podlegały przede wszystkim wyniki leczenia najczęstszych jednostek chorobowych, m.in. udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego, zapalenia płuc. Wyniki były podstawą do prowadzenia rankingu szpitali, w którym pierwsze 10 proc. ośrodków otrzymywało dodatkowe 2 proc. standardowej stawki za wykonane świadczenia, a drugi od góry decyl rankingu otrzymywał dodatkowy 1 proc. W związku z kilkukrotnym przekroczeniem budżetu przeznaczanego na zachęty po 3 latach płatnik wprowadził również kary finansowe dla szpitali sklasyfikowanych na ostatnich miejscach rankingu.

„ Koncepcja powiązania zapłaty za świadczenie zdrowotne z jego wynikami nie jest odkryciem ostatnich lat. Ideę karania i nagradzania medyków za efekty przeprowadzonej terapii zawierał już Kodeks Hammurabiego ”

Dobry efekt początkowy

Początkowe efekty wprowadzenia programu PHQID w USA były niezwykle obiecujące: partycypujące w programie placówki miały nieco wyższe wskaźniki poprawy efektywności opieki zdrowotnej niż szpitale finansowane tradycyjnie w każdym z przypadków, w których zastosowano zachęty finansowe za pozytywne wyniki leczenia.

W kwietniu 2012 r. na łamach opiniotwórczego „New England Journal of Medicine” opublikowano wyniki programu PHQID. Autorzy publikacji oceniali przede wszystkim długofalowy wpływ P4P na efekty kliniczne. Wyniki analiz nie potwierdziły jednak jednoznacznie wpływu największego w historii szpitalnego programu P4P na poprawę najważniejszego ocenianego parametru – śmiertelności 30-dniowej w wybranych jednostkach chorobowych. Druga faza programu przyniosła prawie 50-procentowy wzrost wypłaconych zachęt, co jed-

nak nie doprowadziło do uzyskania oczekiwanej przewagi jakości świadczeń w porównaniu ze szpitalami finansowanymi tradycyjnie. Według ekspertów, oczekiwania poprawy wyników dla wskaźników przyjętych w programie PHQID powinny pozostać skorygowane.

Pozytywnymi wynikami zakończyły się programy P4P wdrożone przez innych płatników amerykańskich, m.in. w zakresie opieki psychiatrycznej, która – jak oceniali eksperci – jest obszarem podatnym na stymulowanie poprawy jakości poprzez zastosowanie P4P. Również ocena wysokobudżetowego programu P4P wprowadzonego w 2004 r. w Wielkiej Brytanii dla lekarzy rodzinnych zakończyła się wykazaniem poprawy wyników leczenia niektórych schorzeń (m.in. cukrzycy typu 2 i astmy), co

USA raport zawierający projekt wprowadzenia płatności za efekty w szpitalach w całym kraju. Wiele kluczowych rozwiązań zaproponowanych w raporcie uwzględniono w ustawie „Affordable Care Act” (ACA) uchwalonej przez kongres. Sekcja 3001 ACA podaje szczegóły przeprowadzania oceny wydajności szpitali w ramach VBP oraz ustanawia ambitny plan rozwijania programu w najbliższych latach. Nowy program VBP przewiduje zachęty finansowe za osiągnięcie najlepszych wyników oraz za uzyskanie istotnej poprawy rezultatów.

Koncepcja P4P zrodziła się na bazie ekonomicznego aksjomatu: pieniądze zmieniają zachowania jednostek. W ostatniej dekadzie zasada płacenia za efekty w ochronie zdrowia ewoluowała z nadzwyczajną prędkością od



fot. iStockphoto

„ Doświadczenia zagraniczne pokazują, że sukces systemów, w których płatnik finansuje usługi zdrowotne w zależności od ich wyników, zależy w głównej mierze od dobrania odpowiednich kryteriów oceny ”

może sugerować zasadność rozważenia implementacji zbliżonego modelu w podstawowej opiece zdrowotnej także w warunkach polskich.

Prawo USA

Pomimo że nie wszystkie programy P4P spełniły pokładane w nich nadzieje, CMS dostarczyła kongresowi

teoretycznej koncepcji do szeroko stosowanej polityki. Programy P4P/VBP implementowano przede wszystkim w obszarach, w których szanse uzyskania wymiernych korzyści dla pacjentów (koncentracja uwagi personelu medycznego na osiągnięciu określonych celów, podniesienie jakości usług zdrowotnych) oraz korzyści dla płatników (ograniczenie wydatków lub uwolnienie

rezerw na nowe, niefinansowane wcześniej świadczenia) były najwyższe. Stąd liczne zastosowania tego mechanizmu finansowania w zakresie medycyny ratunkowej.

Pomimo wcześniejszych poważnych obaw dotyczących niezamierzonych konsekwencji, amerykańskie dane nie potwierdziły hipotez, że programy P4P/VBP wprowadzone w USA niekorzystnie wpływają na zdrowie pacjentów – czy to poprzez unikanie przez szpitale najczęściej chorych, czy też skupianie się na korzystnych finansowo procedurach kosztem innych. Nie oznacza to, że ryzyko takie nie istnieje w krajach o odmiennych uwarunkowaniach ekonomicznych. Płacenie za efekty w szpitalach w USA nie wpłynęło spektakularnie na poprawę jakości opieki, ale przyczyniło się do zwiększenia świadomości rosnących problemów z jakością w ochronie zdrowia i zarządzaniem zasobami. Raport opublikowany w 2010 r. przez *Agency for Healthcare Research and Quality* wykazał, że jakość w krótkoterminowym leczeniu szpitalnym w USA się poprawia, co może sugerować, że podejmowany trud, aby mierzyć, monitorować oraz stosować wobec szpitali zachęty finansowe skorelowane z wynikami, jest właściwym kierunkiem działań.

W szpitalach

Wraz z rosnącym zainteresowaniem polityków naukowcy przyglądali się bliżej systemowi P4P w szpitalach. Za każdym razem jednak prób dokonywano w różnych środowiskach ekonomicznych, oferując zróżnicowany poziom zachęt finansowych oraz stosując zdysferyfikowane wskaźniki efektywności. Powyższe różnice prawdopodobnie były przyczyną zróżnicowanej reakcji szpitali na zastosowane metody płatności, stąd niewłaściwe jest stwierdzenie, że płacenie szpitalom za efekty nie wnosi żadnych dodatkowych korzyści dla pacjentów. Bliższa prawdzie jest teza, że nie dysponujemy idealnym modelem finansowania świadczeń, jednakowo skutecznym w każdym obszarze klinicznym.

Nie ulega wątpliwości, że systemy P4P/VBP wymagają znacznie większego zaangażowania wykwalifikowanych kadr płatnika dysponujących wiedzą medyczną niż w wypadku prostych mechanizmów *fee for service*. Należy przy tym zaznaczyć, że weryfikacji sprawozdawanych wyników ze szpitalną dokumentacją medyczną mogą dokonywać jedynie osoby z wykształceniem medycznym, co wobec permanentnego niedoboru tych ostatnich w urzędach odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce może stanowić istotną barierę w realizacji nadziei pokładanych przez ministra Arłukowicza w P4P/VBP. Ponadto obligatoryjne wydaje się wsparcie P4P/VBP przez funkcjonalne systemy informatyczne gromadzące dane o stanie zdrowia pacjentów, wykonanych procedurach i ich kosztach. W warunkach polskich relatywnie najmniej złożoną operacją byłoby wprowadzenie formuły P4P do niektórych programów lekowych poprzez rozbudowanie tzw. SMPT (system

monitorowania programów terapeutycznych NFZ), jednak już wdrożenie P4P do systemu JGP w Polsce stanowiłoby rewolucję organizacyjno-informatyczną zarówno dla płatnika, jak i dla świadczeniodawców.

Wiarygodny monitoring

Najważniejszą sprawą dla świadczeniobiorców byłoby prowadzenie przez resort zdrowia wiarygodnego monitoringu, dającego odpowiedź na pytanie, na ile ta innowacyjna dla polskiego systemu forma finansowania szpitali może prowadzić do ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej, w szczególności w odniesieniu do najmniej „rentownych” pacjentów.

Wyzwania stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia w przyszłości, wynikające z odwracania się piramidy demograficznej, systematycznego wzrostu kosztów w związku z postępem w medycynie i farmacji, wzro-

„ Amerykańskie dane nie potwierdziły hipotezy, że programy P4P/VBP wdrożone w USA wpływają niekorzystnie na zdrowie pacjentów „

stu świadomości zdrowotnej pacjentów, łatwego dostępu do informacji medycznej, oznaczają nie tylko zwiększenie wydatków na zdrowie, ale przede wszystkim dążenie do optymalizacji alokacji środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia. Szczegółowa analiza wyników badań dotyczących kosztów i efektywności płacenia świadczeniodawcom za efekty leczenia powinna stać się dziś naturalnym priorytetem, który pozwoliłby resortowi zdrowia w Polsce na uniknięcie błędów popełnionych przy projektowaniu programów P4P/VBP w innych krajach. Na podstawie doświadczeń innych krajów wydaje się, że mimo istotnych dysproporcji w komercjalizacji opieki zdrowotnej niezwykle cenna jest retrospektywna ocena i wczesna antycypacja zagrożeń przez resort zdrowia, co pozwoli na zminimalizowanie ryzyka związanego z rozliczeniową entropią i selekcją najlepiej rokujących pacjentów.

Ze względu na dobro pacjenta fundamentalnym warunkiem sukcesu zapowiadanej w mediach nowej koncepcji finansowania opieki zdrowotnej w Polsce jest to, aby nie była ona jedynie skutkiem chwilowej potrzeby politycznej, lecz długofalowym działaniem opartym na wynikach rzetelnych badań i wiedzy eksperckiej.

Rafał Zysk
Autor jest ekspertem kancelarii doradczej
Health Economics Consulting