

Przydatność wskaźników oceny funkcjonowania
w placówkach medycznych

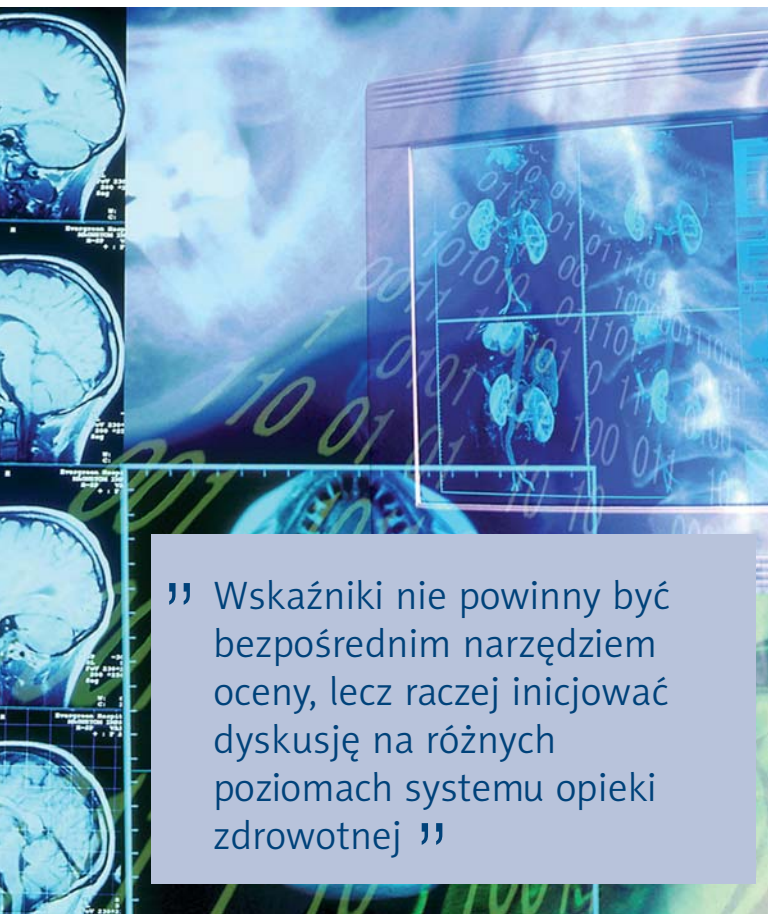
Wszechmocne liczby

Halina Bogusz

Firmy tworzące bazy danych nie narzekają na brak zamówień. Gromadzimy coraz więcej informacji, coraz więcej zjawisk monitorujemy, tonimy w morzu wskaźników. Najważniejszą sprawą jest odpowiednie zebranie tych danych, by można je wykorzystać – choćby do ustalenia sensownego systemu wynagrodzenia.

Temu zagadnieniu poświęcona była m.in. druga międzynarodowa konferencja organizowana przez WHO, dotycząca projektu PATH (*Performance Assessment Tool for Hospitals*), służącemu wypracowywaniu narzędzi oceny funkcjonowania szpitali. Zgromadziła ona w gościnnych murach Uniwersytetu Wiedeńskie-

go uczestników i koordynatorów projektu z całej Europy – Austrii, Niemiec, Francji, Holandii, Danii, Czech, Słowacji, Węgier, Polski, Estonii i innych krajów, a także zaproszonych gości – zajmujących się zarządzaniem w opiece zdrowotnej na różnych poziomach – od pracowników odpowiedzialnych za jakość



„Wskaźniki nie powinny być bezpośrednim narzędziem oceny, lecz raczej inicjować dyskusję na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej”

w lokalnych szpitalach różnych krajów, po szefów regionalnych instytucji zarządzających i przedstawicieli uczelni medycznych i ministerstw zdrowia.

Ocena funkcjonowania [pojęcie *performance assessment* na użytek tego artykułu zostało spolszczone jako ocena funkcjonowania (OF) – przypis autorki] szpitali, czy szerzej opieki zdrowotnej, określana jako *performance assessment*, albo jak chcą inni, *performance measurement*, jest od kilku lat coraz częściej pojawiającym się tematem.

Politycy zdrowotni, architekci systemów opieki zdrowotnej i płatnicy chcą coraz dokładniej się przyglądać temu, na co wydają pieniądze.

Na wiedeńskiej sali obrad w wielu wypowiedziach wprost lub pośrednio zadawano pytanie: – *What value do we get for the money we pay?* Czyli: za co płacimy, co otrzymujemy za wydawane na opiekę zdrowotną pieniądze? Za zadowolonych pacjentów? Zdrowsze społeczeństwo? Lepszą jakość życia chorych?

Wydaje się, że minęła już era ekonomizowania medycyny i obniżania kosztów. Przekonaliśmy się o tym, że zmęczony lekarz i przepracowana, słabo przeszkolona pielęgniarka, mający do dyspozycji średniej jakości sprzęt, mogą doprowadzić do katastrofy – pogorszenia stanu chorego, niekiedy trwałych okaleczeń lub śmier-

ci i w konsekwencji także do... wzrostu kosztów w związku z koniecznością leczenia powikłań, opłacania prawników, wypłacanych odszkodowań etc.

W Wiedniu słowo *produktywność* opieki zdrowotnej brzmiało wyraźnie. – *Czy nasze koszty uboczne nie są zbyt wysokie?* – zastanawiał się Adalstein Brown z Kanady. – *W Norwegii mamy dużo do zrobienia* – twierdził Joe Volle, praktyk zarządzania jakością. – *Wydamy na opiekę zdrowotną stosunkowo wyższe kwoty niż w wielu krajach europejskich, a nasze wskaźniki epidemiologiczne wcale nie są lepsze.*

Mówiono także o kulturze oceny i przejrzystości, która powinna przeniknąć do szpitalnej rzeczywistości. Pacjenci, przyszli pacjenci i profesjonalści, a zwłaszcza ubezpieczyciele i płatnicy, chcą coraz dokładniej wiedzieć, co się dzieje za szczelnie dotychczas zamkniętymi białymi drzwiami. Ile nieplanowanych reoperacji wykonano w ostatnim roku, jaka jest liczba odwołanych operacji, ile razy wykonywano zabieg, któremu chory miał być poddany.

Na razie każdy kraj europejski podchodzi do tej kwestii w sposób autorski – samodzielnie określając rodzaj danych, jakie szpitale powinny prezentować i stara się z nich czynić użytek.

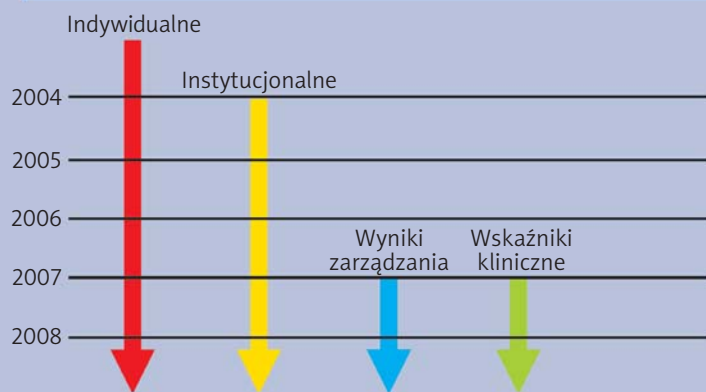
Niemcy, z właściwą sobie dokładnością i precyzją, monitorują 900 wskaźników na podstawie raportów o 6 mln przypadków z 89 proc. szpitali. W Holandii dokładnymi danymi z podległych szpitali są zainteresowane regionalne instytucje nadzorujące, które ponoszą współodpowiedzialność prawną w wypadku jakichkolwiek roszczeń pacjentów. W Danii dane gromadzone w Krajowym Rejestrze Pacjentów są publi-

„Niemcy monitorują 900 wskaźników na podstawie raportów o 6 mln przypadków z 89 proc. szpitali”

cowane w Internecie, umożliwiając porównania między regionami – jednak bez możliwości odniesienia ich do konkretnego szpitala. Te z kolei porównują tylko wyspecjalizowane grupy ekspertów, którzy po szczegółowej analizie wartości i dynamiki wskaźników wydają zalecenia dla szpitali.

Dyskusja o tym, które dane i w jaki sposób publikować, jest ciągle otwarta. Wiadomo bowiem, że pewne wskaźniki są czytelne tylko dla niewielkiej grupy specjalistów. Informacje dla pacjentów zbierają i publikują również instytucje komercyjne, a także organizacje konsumenckie, zamieszczające na swoich stronach internetowych rankingi, mające ułatwić pacjentom wybór szpitala.

Rozwój systemu wynagrodzeń opartego na wynikach w Turcji



Ryc. Kryteria brane pod uwagę w systemie dodatkowych wynagrodzeń lekarzy w Turcji

Materiał Źródłowy: Performance Management In Health, Performance Based Supplementary Payment System 2008 The Ministry of Health of Turkey

Oczywiście, wszyscy starają się przy tym pamiętać o wielkim kłamstwie statystyki (sposób zbierania danych, ich ewaluacja mają tu niezwykle znaczenie), a mimo to – szpitalne wskaźniki zaczynają stawać się naszą codziennością. Każdy stara się przy tym piec własną pieczę. Architekci i płatnicy systemów chcą śledzić drogę pacjenta, jego powroty do szpitala, czas leczenia, w końcu koszty w zderzeniu z rozpoznaniem, wiekiem itd. Tak szczegółowe analizy, nawet na poziomie jednego państwa, są ciągle trudne, w związku z brakiem spójnych systemów informatycznych i niejednoznacznością wprowadzanych danych.

Wielokrotnie podkreślano, że prezentowanie wskaźników nie powinno być bezpośrednim narzędziem oceny, lecz raczej inicjować dyskusję na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej.

Zaczynając od szpitala – przekazane zwrotnie zespołom terapeutycznym wskaźniki, ich zmienność i dynamika powinny być przedmiotem analizy i punktem wyjścia do zmian. Zmniejszająca się zgodność postępowania lekarskiego z przyjętymi standardami może powinna skłonić do ich aktualizacji, gdy tymczasem większa liczba zakażeń miejsca operowanego spowoduje prześledzenie znajomości procedur i ich przestrzegania.

Wydaje się, że niedoceniana jest użyteczność wielu wskaźników dla zarządzających szpitalami i podejmuje się wysiłki, aby ich tym – na pozór niejasnym, a jednak bezcennym – materiałem zainteresować.

Doświadczenia krajowe, regionalne czy szpitalne powinny zmierzać – zdaniem uczestników konferencji – do opracowania narzędzi uniwersalnych – zestawów wskaźników, oceniających kompleksowo różnorodne aspekty funkcjonowania szpitalnego.

Temu celowi ma służyć realizowany od kilku lat pod auspicjami WHO projekt PATH (*Performance Assessment Tool for Hospitals*). Pierwszy etap projektu polegał na zbieraniu i ewaluacji odpowiednio szczegółowo określonych grup wskaźników z ośrodków europejskich. Na razie są one zbierane w krajowych centrach koordynujących projektu – i już tutaj rodzi się wiele wątpliwości co do porównywalności danych. W projekcie uczestniczyło także kilkanaście polskich szpitali. Kolejny etap ma się rozpocząć w 2009 r.

Jak płacić

Mierzenie, monitorowanie to początek. Kolejnym etapem jest przełożenie tego na finansowanie. Myślą o tym bardzo konkretnie firmy ubezpieczające szpitale – sponsorujące wiele projektów dotyczących oceny funkcjonowania ale i płatnicy, podnosząc coraz to ideę *pay for performance* – płacenia za efekty. Jest ona ciągle jeszcze dość kontrowersyjna, jednak w niektórych miejscach stopniowo wprowadzana.

W tym kontekście zaskoczyli obserwatorzy konferencji Turcy, którzy przedstawili ciekawe materiały na temat systemu wynagradzania personelu pielęgniarskiego i lekarskiego. Od 2004 r., po rocznym pilotażu, wprowadzono we wszystkich tureckich szpitalach podległych ministerstwu zdrowia (975) i ośrodkach ambulatoryjnych (6400) system wynagrodzeń uzupełniających dla personelu, oparty na ocenie funkcjonowania. Podstawą obliczania dodatków (których wysokość może kilkakrotnie przewyższyć podstawowe wynagrodzenie) są kwalifikacje, wykonane zadania, wyniki kliniczne i wskaźniki dotyczące szpitala. Zadania lekarskie i pielęgniarskie są dokumentowane i kodowane za pomocą amerykańskiego rejestru procedur CPT.

System jest rozwijany i modyfikowany. Coraz więcej czynników warunkuje wysokość wynagrodzeń (*vide: ryc. Kryteria brane pod uwagę w systemie dodatkowych wynagrodzeń lekarzy w Turcji*). W ostatnim czasie wprowadzono także modyfikacje dla szpitali uniwersyteckich, gdzie na wynagrodzenie mają wpływ dodatkowo działalność dydaktyczna i naukowa lekarzy. Jest to na tyle atrakcyjna propozycja, że zaobserwowano powrót znacznej liczby pracowników do sektora publicznego.

To pierwsze kroki na drodze do płacenia za efekty. Można powiedzieć, że nic nowego pod słońcem – kiedyś w Chinach płacono lekarzowi wyłącznie za wyleczenie. Potem powstała koncepcja *dłożenia należytej staranności*...

Mówi mędrzec: *Medycyna i sztuka wywodzą się z jednego pnia. Obie biorą początek w magii – systemie opartym na wszechmocy słowa* (Andrzej Szczeklik). Czy nie chcemy teraz wypróbować wszechmocy liczb? I dokąd ona nas zaprowadzi? ■