



Health Economics
C O N S U L T I N G

Rafał Zyśk

Płacenie za wyniki leczenia

Doświadczenia innych krajów a szanse implementacji w Polsce

Onkologia 2012
Warszawa 30 października 2012 r.



„Bardzo mi zależy na tym, byśmy rozpoczęli płacenie za efekt leczenia, a nie za fakt leczenia...”

Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz.
Maj 2012

Komentarze na forach internetowych



Za efekt leczenia?? Bardzo interesujące! Może jeszcze gwarancja jak na roboty budowlane lub naprawę samochodu???

„...A więc znowu szukamy oszczędności. To przerabane mają np. onkolodzy. A najlepiej będą mieli chirurdzy plastyczni - efekt jest od razu!

„Czyli osoby z białaczką, stwardnieniem rozsianym, nowotworami złośliwymi, cukrzycą... i innymi chorobskami, będą się mogły jedynie zgłosić do zakładu pogrzebowego?!”

„A co jeżeli pacjent przyjdzie... no to co??”

„Mam synka z mózgowym porażeniem dziecięcym w stopniu głębokim. Dziecko nigdy nie będzie samodzielne. Czy po zapowiadanych zmianach mój synek nie będzie mieć już dostępu do służby zdrowia?”

„NFZ - Niezwykłe Fajny Zawód”

Początki...

„§ 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 przodną.”

Kodeks Hammurabiego
XVIII/XVII w. p.n.e.

Definicje systemów płacenia za wyniki w ochronie zdrowia

A black and white photograph of a stethoscope resting on a document. The stethoscope is positioned diagonally across the frame, with its chest piece in the lower-left and its ear pieces in the upper-right. The document beneath it contains various text elements, including a list of numbers (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100) and some text that is partially obscured or blurry. The overall scene suggests a medical or healthcare context.

- Systemy wynagradzania kadr medycznych uwzględniające ekonomiczne zachęty za zwiększenie efektywności i podnoszenie jakości opieki zdrowotnej.
- Programy finansowania świadczeniodawców - różnicujące płatności według jakości i efektywności w celu osiągnięcia pozytywnych wyników poprzez zmiany zachowań.

Synonymy

Pay for Performance – (P4P)

Value - Based Purchasing – (V-BP)

Pay for Reporting – (P4R)



Tradycyjne mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych

- **Opłata za usługę** (ang. fee for service) – np. katalogi świadczeń szpitalnych, systemy HRG, DRG, JGP (z ograniczeniami).
- **Stawka kapitacyjna** (ang. capitation) – np. finansowanie POZ.
- **Opłata stała (pensja)**
- **Opłata za sprawozdany przypadek rozpoznanej jednostki chorobowej.**

Nowe mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych

- **Płacenie za raportowanie** – najczęściej wstępna faza przed wprowadzeniem P4P, świadczeniodawcy nagradzani są za raportowanie wielu danych związanych z jakością usług zdrowotnych;
- **Płacenie za wydajność** – bazuje na dodatkowym wynagrodzaniu świadczeniodawcy za redukcję kosztów (np. redukcję średniej liczby ośmiodni/pacjenta/rok bez pogorszenia wyników terapii);
- **Płacenie za wartość** – płatnik przewiduje

Przyczyny tworzenia programów P4P

A black and white photograph of a stethoscope resting on a document with medical text and numbers. The stethoscope is positioned diagonally across the frame, with its chest piece in the lower-left and its ear pieces in the upper-right. The document underneath has various numbers and text, including '1100 members', '600 members', '200 members', '1500 members', '1000 members', '800 members', '600 members', '400 members', '200 members', '100 members', '50 members', '25 members', '12 members', '6 members', '3 members', '1 member', '0 members'. The text is partially obscured by the stethoscope and is mostly illegible.

- Trend wzrostowy kosztów medycznych (nowe technologie)
- Wzrost zapotrzebowania na opiekę dla osób starszych i przewlekle chorych (starzenie się społeczeństwa, dłuższe przeżycie).
- Wzrost korzystania z opieki zdrowotnej (poprawa diagnostyki, łatwy dostęp do informacji medycznej).
- Brak informacji odnośnie realizowania zaleceń klinicznych w przypadku tradycyjnych mechanizmów finansowania
- Potrzeba podnoszenia jakości usług zdrowotnych.

Cele stawiane programom P4P

A black and white photograph of a stethoscope lying on a document. The document contains various numbers and text, including '11 000 000 000', '12 000 000 000', '13 000 000 000', '14 000 000 000', '15 000 000 000', '16 000 000 000', '17 000 000 000', '18 000 000 000', '19 000 000 000', '20 000 000 000', '21 000 000 000', '22 000 000 000', '23 000 000 000', '24 000 000 000', '25 000 000 000', '26 000 000 000', '27 000 000 000', '28 000 000 000', '29 000 000 000', '30 000 000 000', '31 000 000 000', '32 000 000 000', '33 000 000 000', '34 000 000 000', '35 000 000 000', '36 000 000 000', '37 000 000 000', '38 000 000 000', '39 000 000 000', '40 000 000 000', '41 000 000 000', '42 000 000 000', '43 000 000 000', '44 000 000 000', '45 000 000 000', '46 000 000 000', '47 000 000 000', '48 000 000 000', '49 000 000 000', '50 000 000 000', '51 000 000 000', '52 000 000 000', '53 000 000 000', '54 000 000 000', '55 000 000 000', '56 000 000 000', '57 000 000 000', '58 000 000 000', '59 000 000 000', '60 000 000 000', '61 000 000 000', '62 000 000 000', '63 000 000 000', '64 000 000 000', '65 000 000 000', '66 000 000 000', '67 000 000 000', '68 000 000 000', '69 000 000 000', '70 000 000 000', '71 000 000 000', '72 000 000 000', '73 000 000 000', '74 000 000 000', '75 000 000 000', '76 000 000 000', '77 000 000 000', '78 000 000 000', '79 000 000 000', '80 000 000 000', '81 000 000 000', '82 000 000 000', '83 000 000 000', '84 000 000 000', '85 000 000 000', '86 000 000 000', '87 000 000 000', '88 000 000 000', '89 000 000 000', '90 000 000 000', '91 000 000 000', '92 000 000 000', '93 000 000 000', '94 000 000 000', '95 000 000 000', '96 000 000 000', '97 000 000 000', '98 000 000 000', '99 000 000 000', '100 000 000 000'. The stethoscope is positioned diagonally across the page, with its chest piece in the lower left and its ear pieces in the upper right.

- Poprawa jakości i efektywności kosztowej usług zdrowotnych
- Większa sprawiedliwość w płaceniu świadczeniodawcom za uzyskane wyniki leczenia.
- Zmiana zasad zwrotu kosztów poprzez dostosowanie wynagrodzeń personelu za lepsze/gorsze wyniki usług zdrowotnych (systemy zachęt).

Pomiar jakości świadczeń zdrowotnych (I)

A black and white photograph of a stethoscope lying on a medical document. The document contains a list of numbers, likely representing patient counts or costs, such as 11, 12, 13, 18, 20, 25, 30, 31, 40, 41, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000. The stethoscope is positioned diagonally across the page, with its chest piece resting on the list of numbers.

Przykładowe parametry podlegające ocenie:

- Stosowanie leczenia zgodnego z opublikowanymi zaleceniami klinicznymi opartymi o EBM.
- Liczba zakażeń szpitalnych i powikłań, których można było uniknąć (np. liczba odleżyn).
- Liczba reoperacji, wskaźnik ponownych przyjęć do szpitala.
- Jakość życia i satysfakcja pacjenta (na podstawie wypełnionych kwestionariuszy).
- Miesięczny lub roczny koszt na pacjenta na oddziale szpitalnym.
- Wdrożenie przez szpital elektronicznej historii choroby pacjentów

Pomiar jakości świadczeń zdrowotnych (II)

Rodzaje danych:

- Dane pozyskiwane od personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, laboratorium) (clinician-reported outcomes)
- Dane pozyskiwane od pacjentów (patient-reported outcomes) – np. satysfakcja pacjenta, jakość życia, specyficzne dla choroby formularze oceny QoL.
- Pośrednie (intermediate) – np. wartości ciśnienia krwi, poziom HbA1c, stopień zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania
- Końcowe (final outcomes) – np. odległość przeżyta, powikłania pooperacyjne, zakażenia szpitalne, śmiertelność.

Pomiar jakości świadczeń zdrowotnych (III)

Problemy związane z pomiarem jakości w ochronie zdrowia:

- Niewłaściwy dobór ocenianych parametrów = wypłacanie premii przez płatnika bez realnej poprawy jakości usług zdrowotnych.
- Długi okres czasu wymagany do oceny niektórych wskaźników np. przeżycie 5-letnie w onkologii (płatnik dokonuje oceny jakości po roku lub częściej).
- Ryzyko selekcji „bardziej opłacalnych” pacjentów.
- Dysproporcje pomiędzy szpitalami uwarunkowane różnymi możliwościami finansowymi samorządów/spółek/inwestorów.
- Kwestie premiowania personelu medycznego, który miał największy wkład w poprawę jakości usług.

Programy opisane w literaturze

A black and white photograph of a stethoscope resting on a document with medical text. The stethoscope is positioned diagonally across the frame, with its chest piece in the lower-left and its earpieces in the upper-right. The document beneath it contains various medical terms and numbers, such as '11000', '10000', '90000', '80000', '70000', '60000', '50000', '40000', '30000', '20000', '10000', '0', '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7', '8', '9', '10', '11', '12', '13', '14', '15', '16', '17', '18', '19', '20', '21', '22', '23', '24', '25', '26', '27', '28', '29', '30', '31', '32', '33', '34', '35', '36', '37', '38', '39', '40', '41', '42', '43', '44', '45', '46', '47', '48', '49', '50', '51', '52', '53', '54', '55', '56', '57', '58', '59', '60', '61', '62', '63', '64', '65', '66', '67', '68', '69', '70', '71', '72', '73', '74', '75', '76', '77', '78', '79', '80', '81', '82', '83', '84', '85', '86', '87', '88', '89', '90', '91', '92', '93', '94', '95', '96', '97', '98', '99', '100'. The text is partially obscured by the stethoscope and is mostly illegible due to blurring and perspective.

Przykłady programów wdrożonych w innych krajach:

- Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project (Medicare)
- Care Management for High-Cost Beneficiaries Demonstration (Medicare).
- Medicare Acute Care Episode Demonstration (Medicare)
- Blue Cross Blue Shield of Michigan Rewarding Results Program.
- Quality and Outcomes Framework for family practitioners (NHS).
- Full Service Family Practice Incentive Program (Canada BC)

Strategiczne kwestie do ustalenia w przypadku wdrażania P4P dla szpitali w Polsce

- Forma wynagradzania najlepszych świadczeniodawców:
 - a) jednorazowa wypłata w formie bonusu (premiu)
 - b) podniesienie wartości kontraktu z płatnikiem,
 - c) metody łączące a) i b).
- Ustalenie reprezentatywnych jednostek chorobowych.
- Ustalenie bezwzględnych parametrów, na podstawie których pomiar jakości wybranych świadczeń.
- Walidacja parametrów (program pilotażowy).
- Szkolenia kadr MZ, płatnika i szpitali w zakresie ocenianych parametrów



Strategiczne kwestie do ustalenia w przypadku wdrażania P4P w Polsce

- Ustalenie wysokości dodatkowego wynagrodzenia/kary dla świadczeniodawców.
- Dopasowanie systemu motywacyjnego dla personelu medycznego do oczekiwań kierownictwa szpitala.
- Ustalenie budżetu płatnika na system zachęt dla świadczeniodawców.
- Rozbudowanie informatycznego systemu raportowania danych płatnikowi.
- Stworzenie systemu kontroli i procedur zapobiegających nadużyciom.
- Wiarygodny system ewaluacji wyników.

Wnioski

- Programy P4P mogą wykazać największe korzyści w tych obszarach klinicznych, w których możliwa jest dokładna ocena wyników terapii.
- **Wciąż niewielka ilość parametrów odzwierciedlających jakość świadczeń onkologicznych. Badania nad doбором parametrów optymalnych nadal trwają.**
- Z powodu zróżnicowania programów P4P pod względem celu, kontekstu klinicznego, systemów zachęt, formowanie wspólnych wniosków dla wszystkich programów jest bardzo trudne.

Wnioski

Programy P4P nie stanowią panaceum na poprawę opieki zdrowotnej, lecz powinny być traktowane jako uzupełniająca strategia ukierunkowana na poprawę jakości i optymalizację wydajności świadczeń zdrowotnych.





Health Economics
CONSULTING

HEC

Dziękuję za
uwagę



rafal.zysk@hec.pl