

Modele kontroli wyników

Każdy podmiot leczniczy jest kontrolowany przez różne instytucje i urzędy. Powinien też dbać o system kontroli wewnętrznej jako część procesu zarządzania klinicznego i monitorowania funkcjonowania organizacji i wszystkich elementów, które ją tworzą.

JACEK GLEBA

lekarz rodzinny
o wieloletnim
doświadczeniu
na stanowiskach
kierowniczych firm
działających w sektorach
medycznym, konsultingu,
zarządzania inwestycjami
w Polsce, Hiszpanii
i w Wielkiej Brytanii,
połączonym z pracą
na różnych stanowiskach
w bezpośredniej opiece
medycznej i związanym
z wdrażaniem nowych
modeli i rozwiązań
w systemach opieki.
Znaczna część
działalności to rozwój
projektów o zasięgu
międzynarodowym.
Ukończył m.in.
Zarządzanie Systemami
Opieki Zdrowotnej
(ESADE, Barcelona)
oraz ExMBA (Instituto
de Empresa, Madryt).
Obecnie CEO w MDT
Medical

Jak kontrolować, aby pomóc?

Przyzwyczailiśmy się już do kontroli jako integralnego elementu działalności leczniczej. Oprócz kontroli stanowiących bezpośrednią pochodną działalności leczniczej (skarbowe, inspekcja pracy itp.) nieobce są nam także kontrole otoczenia, w którym działalność lecznicza jest prowadzona – kontrole warunków formalnych (prawnych, administracyjnych, sanitarnych), wyposażenia i wykończenia obiektów, a także procesu leczenia – przeprowadzane przez NFZ.

Z punktu widzenia efektywności systemu opieki zdrowotnej i relacji nakładów do wyników należy kontrolować także adekwatność tego systemu do realnych potrzeb zdrowotnych (potrzeba „Mapy Potrzeb Zdrowotnych”, czyli analizy, gdzie należałoby inwestować czas, środki i pieniądze, aby osiągnąć jak najlepsze wyniki z punktu widzenia nie tylko systemowego, ale też pojedynczych pacjentów). Wiąże się z tym konieczność monitorowania wyników leczenia w pełnym zakresie wskaźników zdrowotnych – zarówno ogólnych, jak i dla

pojedynczych jednostek klinicznych – oraz kontrolowania efektywności leczenia, czyli sprawdzania, jak kształtuje się relacja pomiędzy nakładami a uzyskiwanymi wynikami.

Modele kontroli działalności leczniczej

W grę wchodzić mogą dwie różne koncepcje kontroli – o różnych celach:

1. Kontrola procesu – kontroluje się, gdzie i jak przebiega proces leczenia (badania, metody, leki itp.). Odpowiada na pytania: co i w jaki sposób jest robione? Kto to robi? Czym się posługuje? Celem jest ustalenie zgodności sposobu działania każdej placówki i każdego procesu leczenia z obowiązującymi standardami, czyli, upraszczając, ustalamy normę i kontrolujemy, przypadek po przypadku, zgodność lub brak zgodności z tą normą. Ten system kontroli stworzono (i jest adekwatny) dla procesów produkcji – kontrolując np. co setny element, chcemy zagwarantować zgodność całej partii z określoną normą. Uzyskujemy

precyzyjnie określony wynik, posługując się jasno zdefiniowanymi kryteriami. Koszt takiej procedury jest możliwy do określenia, a wynik jednoznaczny.

2. Kontrola wyników – czyli kontrola skupiona na analizie potrzeb i efektywności zaspokojenia tych potrzeb (też zdrowotnych). Odpowiada na pytania: jakie powinny być i jakie są wyniki danych czynności? O ile model poprzedni jest modelem produkcyjnym, o tyle ten można nazwać modelem usługowym. Różnice są zasadnicze. Po pierwsze, świadczona usługa zazwyczaj nie jest sztywno określona i może być łatwo dostosowana do konkretnego przypadku. Po drugie, zaspokajane potrzeby często nie są identyczne. Po trzecie, proces realizowania usługi to proces interakcji pomiędzy osobami. Wreszcie jakość usług jest określona przez wynik statystyczny. O ile przy usługach prostych standaryzacja może być elementem optymalizacji, o tyle przy usługach złożonych, jakimi są także usługi medyczne, trudno kompleksowo zestandaryzować cały proces – jeśli w ogóle jest to możliwe. Istotne są natomiast:

- » indywidualna ocena sytuacji świadczącego usługę (lekarza lub pielęgniarki),
- » indywidualna ocena optymalnych metod mogących mieć zastosowanie,
- » analiza realnych i możliwych do zastosowania w danej sytuacji środków;
- » wielorako rozumiana sytuacja pacjenta.

Samo wdrożenie daleko idącej standaryzacji prowadzi natomiast do istotnego ograniczenia zakresu i efektywności oferowanych usług, a co gorsza – do znacznego pogorszenia efektywności wykorzystania środków.

Teoria „czarnych skrzynek”

Można odnieść wrażenie, że wymagając od personelu medycznego dokonania skomplikowanej oceny klinicznej i wdrożenia kompleksowych metod leczenia, a jednocześnie poddając go kontroli (procesu), paradoksalnie lekceważymy najważniejszy

zasób – kompetencje wnoszone przez wykwalifikowany personel medyczny. To właśnie ocena sytuacji klinicznej i wdrożenie najbardziej adekwatnej, zazwyczaj złożonej i dopasowanej do indywidualnej sytuacji, decyzji odnośnie do diagnozy i leczenia jest zasadniczym celem placówki. Pytanie brzmi, jak nie wylać dziecka z kąpielą – jak prowadzoną kontrolą nie zablokować zdolności podejmowania niezależnych decyzji przez personel kliniczny. Przy wyborze metod kontroli jest to kwestia podstawowa – na poziomie zarówno jednostki opieki zdrowotnej, jak i całego systemu. Odpowiedź przynoszą wspomniane systemy kontroli oparte na analizie wyników, potrzeb i środków niezbędnych do ich realizacji.

Teoria „czarnych skrzynek” w zarządzaniu personelem wykwalifikowanym wskazuje, że najbardziej optymalnym modelem kontroli usług medycznych jest kontrola wyników, w sensie statystycznym, poprzedzona:

- » jasnym określeniem celów,
- » określeniem środków, jakie są do dyspozycji, w sposób możliwie najbardziej otwarty,
- » pozostawieniem osobie wykonującej daną czynność decyzji odnośnie do metod i środków stosowanych w danym momencie.

Zasadniczo „czarną skrzynką” pozostaje to, co dzieje się w gabinecie lekarskim. Natomiast ocena funkcjonowania poszczególnych elementów systemu opieki zdrowotnej obejmuje zestawy analiz statystycznych wyników ich działania – w sensie zarówno klinicznym (wskaźniki umieralności, zapadalności, wyleczalności, powikłań itp.), jak i efektywności ekonomicznej (jakie koszty należy ponieść, aby dane wyniki uzyskać).

Pojawia się tutaj jeden dodatkowy, bardzo istotny czynnik wpływający na jakość i efektywność oferowanych usług – wolność podejmowania decyzji na poziomie wykonawcy usługi, przy dobrze określonych celach i środkach, pozwala na ich optymalizację, czyli na osiągnięcie o wiele lepszej efektywności wykorzystania środków

Ocena sytuacji klinicznej i wdrożenie najbardziej adekwatnej, zazwyczaj złożonej i dopasowanej do indywidualnej sytuacji, decyzji odnośnie do diagnozy i leczenia jest zasadniczym celem placówki.

niż przy kontroli procesu. Dodatkowym elementem jest koszt kontroli. Kontrola procesu jest tym droższa, im większa jest jego złożoność. Przy procesach niedających się całkowicie zestandaryzować – takich jak proces diagnozy czy leczenia – taka kontrola może być nie tylko bardzo kosztowna, ale wręcz niemal niemożliwa do przeprowadzenia.

Subiektywność oceny jest kolejnym elementem spędzającym sen z powiek osobom poddanym kontroli przy złożonych procesach usługowych przy zastosowaniu modelu oceny procesu. Jako że sama natura usługi medycznej rzadko pozwala na jej uprzednie całkowite zdefiniowanie, automatycznie otwiera się furtkę dla subiektywnej oceny kontrolującego, który może widzieć niezgodności procesu nawet tam, gdzie nie jest to istotne z punktu widzenia wyników. Co więcej, należałoby założyć, że kontrolujący ma co najmniej takie samo doświadczenie i przygotowanie odnośnie do kontrolowanego procesu co kontrolowany – co w praktyce zdarza się rzadko.

W przeciwieństwie do kontroli procesu kontrola wyników jest tania i daje dużo bardziej adekwatny obraz złożonej sytuacji. Pozwala na określanie celów dla danych parametrów podlegających kontroli oraz na weryfikację środków niezbędnych do ich osiągnięcia.

Dodatkowe korzyści

Co trzeba koniecznie podkreślić, kontrola wyników pozwala na wolność decyzji klinicznych personelu medycznego oraz decyzji podejmowanych na poziomie ośrodka POZ lub szpitala – odnośnie do środków, personelu, inwestycji, wyposażenia itp. To właśnie personel medyczny – lub, odpowiednio, dyrekcja szpitala czy przychodni – ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za te decyzje. Dzięki temu można szukać optymalizacji. Z klinicznego i ekonomicznego punktu widzenia model ten umożliwia bardzo szybkie i efektywne wprowadzanie nowych technik leczniczych, które nie muszą być oceniane w kontekście

refundacji – wystarczy ich dopuszczenie jako zaakceptowanych procedur medycznych. To ośrodek medyczny jest odpowiedzialny za procedury, ich wdrożenie i zabezpieczenie niezbędnych środków materialnych – ale też za wyniki leczenia. Poszukiwanie nowych technik i optymalizacja wykorzystania posiadanych środków w modelu kontroli opartym na ocenie wyników staje się celem i sensem rozwoju ośrodków klinicznych.

Z menedżerskiego punktu widzenia prowadzi to do przesunięcia akcentu z maksymalizacji przychodu i dopasowania do wymagań prawnych na poszukiwanie optymalizacji wykorzystania środków i wyników klinicznych. Są to bardzo daleko idące konsekwencje z pozoru błahej decyzji, jaką wydaje się wybór takich czy innych mechanizmów kontroli.

W przypadku kontroli procesu, poza wskazanymi, pojawia się dodatkowy koszt – koszt legislacyjny. Obejmuje on koszt dopasowania legislacji do zmieniających się technik medycznych, ponoszony przez administrację, koszt wprowadzenie zmian legislacyjnych, ponoszony przez jednostki medyczne i dodatkowe koszty wynikające z opóźnienia wprowadzenia nowych technologii i metod leczniczych z powodu latencji legislacyjnej.

Polski model płatności za procedury medyczne jest adaptacją systemu DRG (*Diagnostic Related Groups*), którego celem było wdrożenie uproszczonej i powiązanej oceny kosztów realizacji i kontroli procedur medycznych. Jednym z założeń tego systemu jest pozostawienie decyzji klinicznych lekarzom, a decyzji organizacyjnych – dyrekcji szpitali. Ocenie podlegają wyniki i efektywność leczenia. Obowiązkiem zarządzającego systemem w tym kontekście jest określenie celów i zapewnienie środków finansowych na ich realizację – i oczywiście kontrola wyników. Zmiana systemu z kontroli wyników na kontrolę procesu, jaka zachodzi w Polsce, pozbawia ten, przyjęty w bardzo wielu krajach, system jego podstawowych zalet: prostoty, elastyczności,

niskich kosztów, zdolności do adaptacji i szybkiego wdrażania innowacji. Zmiana z pozoru mało istotna okazuje się parametrem kluczowym.

Na własnym podwórku

O ile w skali systemu niewiele możemy zrobić, o tyle trzeba odpowiedzieć na pytanie, jak modele kontroli mogą wpływać na funkcjonowanie szpitala lub przychodni. Mając na względzie ograniczenia nakładane przez system i przenieszone ze skali makro na skalę mikro, sytuacja, przed którą stają ośrodki medyczne, jest co najmniej złożona. Analizie podlegać powinna indywidualna sytuacja każdego centrum klinicznego w trzech aspektach:

- » oczekiwanych wyników leczenia/działalności w sensie klinicznym,
- » efektywności poszczególnych procesów,
- » procesów funkcjonalnych i ich ograniczeń jako konsekwencji przeniesienia systemów kontroli wynikających z aktualnych rozwiązań systemowych na rozwiązania organizacyjne szpitala (szerzej zob. artykuł pod tytułem „Zarządzanie kliniczne – dodatek czy konieczność” w 28 numerze DL).

W kontekście obecnych rozwiązań systemowych nie jest to analiza prosta, a pokusa prostego rozwiązania, polegającego na maksymalizacji przychodu i poprzestaniu na spełnieniu tylko tego, co nakładają kryteria legislacyjne, bardzo duża.

Zaczynając od aspektów czysto ekonomicznych – analiza polskich ośrodków medycznych z punktu widzenia rentowności leczenia poszczególnych pacjentów dla ośrodka leczniczego wskazuje, że nie zawsze maksymalizacja przychodu jest maksymalizacją zysku, a czasami wręcz przeciwnie – podnoszenie przychodu przy obecnych mechanizmach płatniczych może generować tak wysokie koszty, że w efekcie powstaje strata. Istotnym problemem jest to, że większość ośrodków klinicznych nie dysponuje narzędziami do tego rodzaju

CHARAKTERYSTYKA MODELI KONTROLI

	Kontrola procesu	Kontrola wyników
Koszt	+++	+
Konieczność określenia poszczególnych czynności	+++	-
Konieczność określenia, jakimi środkami musimy się posługiwać	+++	+
Analiza zgodności z ustalonymi parametrami wykonania	+++	+++
Ocena wyników	+	+++
Umożliwia definicję i kontrolę celów danego procesu	+	+++
Umożliwia płynną adaptację procesu	-	+++
Łatwość wprowadzenia zmian	-	+++
Łatwość wprowadzenia nowych rozwiązań	-	+++

Źródło: oprac. własne

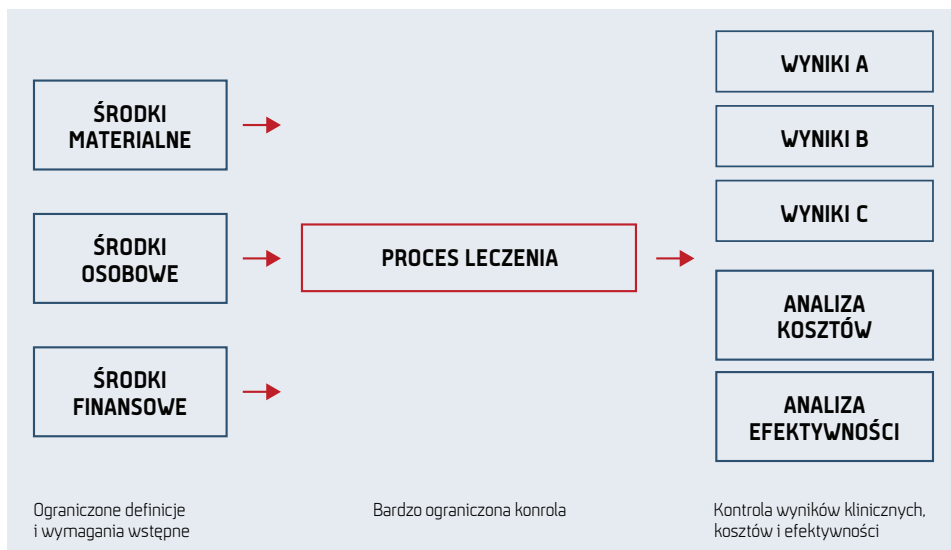
analizy i kontroli. Ten element nazwijmy kontrolą wyników ekonomicznych.

Drugim elementem byłaby kontrola jakości leczenia – czyli bezpośrednie konsekwencje procesów zarządzania klinicznego. Analizie poddawane są wskaźniki monitorujące wyniki leczenia i procesów diagnostycznych w sensie klinicznym.

Elementem trzecim jest zestawienie dwóch powyższych i poszukiwanie jak najbardziej efektywnych klinicznie rozwiązań przy założeniu optymalnego wykorzystania środków finansowych.

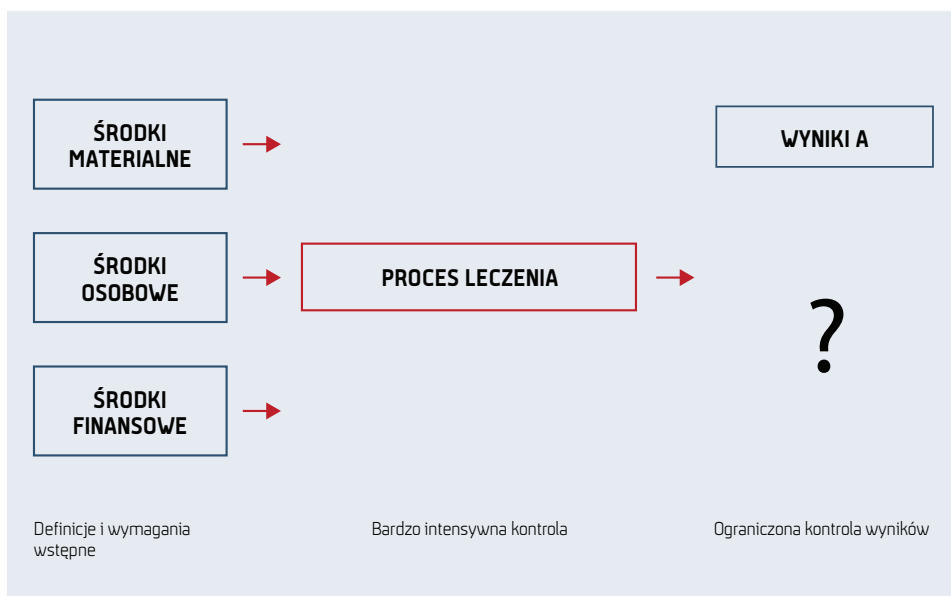
Sama kontrola procesu, o ile jest wskazana, ogranicza się do analizy technik diagnostycznych i leczniczych, przygotowania personelu i korekty nieefektywnych z punktu widzenia zarządzania klinicznego przyzwyczajień.

Kontrola procesów leczniczych, dokumentacji klinicznej, wyposażenia jednostek, narzucona przez obecne systemowe modele kontroli, nie jest potrzebna do poprawnego funkcjonowania jednostek leczniczych, nie wnosi też żadnej dodatkowej wartości w proces leczenia pacjentów.



RYS. 1.
Model oparty na kontroli wyników

Źródło: oprac. własne



RYS. 2.
Model oparty na kontroli procesu

Źródło: oprac. własne

Jak zostało to już powiedziane, staje się elementem blokującym rozwój jednostek leczniczych i generującym olbrzymie koszty – na poziomie nie tylko systemu, ale też każdej z jednostek leczniczych.

Różne cele, różne metody

Różne rodzaje i modele kontroli mogą być narzędziami usprawniającymi, motywującymi i podnoszącymi rentowność i efektywność opieki medycznej na każdym poziomie.

Refleksja nad tym, jak są one zintegrowane z całością funkcjonowania placówki medycznej, jakich informacji dostarczają, jaki jest ich koszt oraz funkcjonalne i kliniczne konsekwencje ich wdrożenia, jest niezbędna na każdym poziomie zarządzania w systemie opieki zdrowotnej. Pomimo pozornie małej wagi, modele kontroli stanowią jeden z fundamentalnych problemów opieki zdrowotnej i wymagają co najmniej zrozumienia i daleko idącej analizy. ❌