МЕТОДЕ САГЛЕДАВАЊА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ОДНОСУ НА УЛОЖЕНА СРЕДСТВА

Сретен Станојевић¹

METHODS OBSERVATIONS OF QUALITY OF HEALTH CARE IN RELATION ON INVESTMENT

Sreten Stanojević

Сажетак

Здравље и новац су чврстим нитима повезани. Ова чињенична околност је предмет дискусије медицинара, економиста, правника и етичара. Услед тога се наметнула метода вредновања трошкова и користи у здравственој заштити, а ова метода је усавршена у Институту за квалитет и економичност (*Institut für Qualitaet und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*) у Келну. Зато је основни циљ нашег рада не само представљање наведеног вредновања, него компаративна анализа европских са нашим условима функционисања здравства. Сматрали смо неопходним да се овако сложен задатак може остварити најпре јасним сегментирањем теме. Следећи такво опредељење у овом раду су најпре истакнута искуствена сазнања тржишних услова привређивања. Да би се говорило о вредновању потребно је утврдити релевантне циљне величине и сачинити извештајни план. Код вредновања користи је битно да у здравственој економији егзистирају различити поступци, који имају претензију да посматране вредности исказују у виду скалираних величина, а оне омогућују да се врше објективна сагледавања у различитим и променљивим ситуацијама. Са друге стране код одређивања трошкова од значаја је њихово детерминисање на директне и индиректне, а потом директне медицинске и директне немедицинске. Профитабилност као финални продукт сагледавања се исказује као однос датог output-а са минималним input-ом (минимални принцип) или као могући високи output са датим input-ом (максимални принцип).

Кључне речи: квалитет здравствене заштите, методе сагледавања, уложена средства.

Summary

Health and money are solid strands connected. This factual circumstance is discussed by doctors, economists, lawyers and ethicists. As a result, the imposed costs and valuation methods used in health care, and this method was perfected at the Institute for Quality and Efficiency. Thus, the main goal of our work not only present the above evaluation, but a comparative analysis of our European operating conditions of health. We felt it necessary to use such a complete task can be first clear segmentation issues. Following such a determination in this paper were first highlighted experiential knowledge market economic conditions. In order to talk about evaluation is necessary to determine target size and make the reporting plan. Used in the evaluation is essential to the health economy exist different procedures. Which have a pretension to the observed values are presented in the form of scaled sizes, and they allow to carry out in objective insight to the diverse and changing situation. On the other hand, when determining the costs of their importance is the determination of direct and indirect, then direct medical and direct non-medical. Profitability as a final product shows consideration given to the relationship between outputs and minimal inputs (minimum principle) or as a possible high output with a given input (maximum principle).

Keywords: quality of care, consideration of methods, the funds invested.

УВОДНА РАЗМАТРАЊА

У земљама западне Европе, са развијеном тржишном економијом, а пре свега у Немачкој, постоје развијени системи евалуације вредности здравствених услуга у пуном профитабилном смислу.

У Немачкој, у Келну, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), несумњиво утврђује односе каузалног експлицитета између здравља и уложених средстава. Предмет разматрања је однос висине уложених средстава у здравствену касу и квалитета здравствене заштите.

Потребно је најпре одговорити на питање зашто говоримо о здравственој економији и чему толика пажња овој, да тако кажемо младој научној дисциплини, која свој рапидан процват доживљава (подразумевају се земље тржишне привреде) седамдесетих година прошлога века? Јер је здравствена економија најподесније средство и одговор на оскудност средстава у свим системима здравствене заштите.

Ако појемо од хипотетичке претпоставке – када би сви људи били здрави, или када би нам за здравствене потребе стајала на располагању неограничена средства којима бисмо свим људима којима је то потребно могли да омогућимо здравствено збрињавање – онда нам не би била потребна здравствена економија. Чињенице нам, међутим, указују да се област здравства (и то без обзира на степен развијености производних снага једне земље) налази у недостатку средстава.

Услед свега реченог можемо извући закључак да је таквим следом чињеничних околности најважнији задатак здравствене економије анализа понуде „добара“ односно здравствених услуга и потражња за њима.

У оквиру анализе понуде и потражње сагледаћемо прво квалитет здравствених услуга у компарацији са постојећим вредносним системима. С тим у вези ћемо најпре приметити да у здравственом систему Србије није тешко запазити да се акценат ставља на нормативни аспект квалитета здравствене заштите.

Актуелни Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите (Службени гласник РС 49/2010), а који се примењује од 1. јануара 2011. године (иако је реч о нормативном документу, његова функционална вредност је несумњива) под показатељем квалитета

здравствене заштите подразумева се квантитативан показатељ који се користи за праћење и евалуацију неге и лечења пацијената. Показатељи квалитета обухватају, уз анкетне показатеље квалитета рада установа, рад комисије за унапређење квалитета рада, обнову знања запослених, вођење листе чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника услуга и задовољство запослених.

Сагласно Меморандуму Владе Србије о буџету и економској и фискалној политици за 2011. годину са пројекцијама за 2012. и 2013. годину (Службени гласник РС 102/2010), када је реч о области здравства, утврђено је да је циљ реформе здравственог система обезбеђење квалитета здравствених услуга и безбедности пацијената, уз формирање одговарајућих кадрова у здравству и успостављања ОДРЖИВОГ СИСТЕМА финансирања у складу са материјалним могућностима друштва.

Какав је реалан пресек стања најбоље илуструје План развоја здравствене заштите Републике Србије (Службени гласник РС 88/2010) где, према подацима Националног здравственог рачуна, укупни расходи за здравствену заштиту у Србији износе 9,6% бруто друштвеног производа. Посматрано per capita, реч је о 384 евра на годишњем нову.

У корелацији са земљама Европске уније Србија је по проценту издвајања за здравствену заштиту из бруто друштвеног производа изнад просека Европске уније, а који износи 8,9% БДП. Међутим, посматрано у апсолутном износу Србија издваја релативно мала средства за здравствену заштиту у поређењу са другим европским земљама.

ПОСТАВЉЕЊЕ ИЗВЕШТАЈА О ВРЕДНОВАЊУ

Да бисмо имали што реалнију позиционираниост у предметном вредновању треба имати у виду да је за сваку одлуку о неопходној алокацији ресурса, како бисмо дошли у позицију вредновања, потребна свеобухватна научна евалуација и то свих аспеката вредности здравствених трошкова и користи. А још индикативније од тога је чињеница да је база економског вредновања релевантних здравствених технологија и индикација – ниво профитабилности. Или конкретним примером

илустровано: код одлучивања о увођењу нове терапије све индикације које стоје на располагању су подесне за примену, али остаје врхунски вредносни циљ – профитабилност.

Као што се временом све више наметало јачање тржишног такмичења у области здравственог осигурања, тако се сада у систему

здравствене заштите све више експонира адекватно вредновање користи и трошкова.

Вредновање трошкова и користи представља вишеслојно научно оцењивање, које подлеже чврсто утврђеном току поступка, а који ћемо најпре графички приказати, а потом објаснити.

Као што је графички изражено, постављање за-

Графикон 1. Ток поступка

датака подразумева састављање пројектне групе, која ће утврдити релевантне циљне величине и сачинити извештајни план (текућа верзија). У поступку истраживања, и то у временском периоду од четири недеље, биће укључена јавност и то примарно стручна јавност из медицинске, фармацеутске и здравствено-економске науке и праксе, произвођача медицинских продуката, као и осталих лица која имају интерес за истраживање, примера ради, пацијенти, хронични болесници, хендикепирана лица. Овако конципиран извештајни план је основа за настајање предплана. У предплану ће бити изнети резултати претходно сазнатих информација о научном вредновању постављених задатака. Након спроведеног истраживања са нагласком на квалитету, долази се до закључног извештаја, који представља надоградњу вредновања научних сазнања и резултата истраживања.

ВРЕДНОВАЊЕ КОРИСТИ

У здравственој економији егзистирају различити поступци, који имају претензију да посматране вредности исказују у виду скалираних величина. Ове скалиране величине омогућују да се обављају објективна сагледавања у различитим и променљивим ситуацијама, које су предмет испитивања. Ови поступци се заправо разликују по техници испитивања и напознатији су: Standard Gamble, Time-Trade-off и Person-trade-off, односно у вези са применом такозваних мултиваријантних вредносних инструмената: Health Utility Index, односно Scoringsystem.

Моделирања иначе помажу да се интернационална искуствена сазнања пренесу на специфичан национални контекст. Код здравствено-економске евалуације нема разлога за одређивање универзалне мере евидентне користи, која би покривала све могуће аспекте. Битно је наине да се мерни инструменти користе, а који се примењују у сваком индикационом подручју, понаособ одређују у свакој евалуацији. Тако конципирана корист би по датом основу могла да буде представљена кроз клиничко мерило, одговорност и сажету количину. Објаснићемо редом ове за наше услове необичне појмове.

Под клиничким мерилом подразумевамо: морталитет, морбидитет, здравствени квалитет живота и валидни сурогат параметар.

Маса одговорности подразумевала би процену вероватности да се пацијент лечи одговарајућим поступком (циљ терапије се у потпуности пости-

же). Претпоставка за успех ове основице је индикација концепта одговорности. Сама дефиниција одговорности је применљива за више области болести и стога се употребљава као завршна тачка клиничке студије.

Сажета количина подразумева ширу могућност представљања користи путем различитих параметара. Та шира могућност се исказује на оси користи. Тако се долази до закључка да је сагледавање профитабилности у ствари сажимање различитих параметара користи у јединствену меру а самим тим и постављање јединственог одмеравања профитабилности.

ОДРЕЂИВАЊЕ ТРОШКОВА

Код одређивања трошкова од доминантне важности је њихово груписање на директне и индиректне трошкове. Прва се односи на трошкове, који се одређују у виду директног новчаног одлива, и они се надаље могу поделити на два дела: 1) који се односе на указану здравствену заштиту и означавају као – директни медицински трошкови и 2) који се тичу самог пацијента – директни немедицински трошкови (превозни трошкови, помоћ у кући, кућна нега).

Индиректни трошкови, као друга категорија, означавају трошкове код којих нема директног новчаног одлива. Илустративним речником речено то су трошкови са одложеним дејством ефективности и представљају губитак продуктивности условљен болешћу. Они нису категорија од примарног значаја, али имају смисаоност када се креира нова здравствена технологија.

За директне медицинске трошкове можемо рећи да они нису покривени осигурањем, означавају се као „Out-of-Pocket“ издаци који падају на терет пацијената односно породице и односе се на разна доплаћивања, сопствено учешће у трошковима (партиципација), лабораторијски трошкови, транспортни трошкови и сл. Посматрани на ужем географском подручју, у временском периоду задње деценије, учешће ових out-of-pocket трошкова у укупним здравственим издацима креће се у Немачкој од 10,7 до 12,2 %, а специфицирано посматрано у области реуматоидног артритиса њихово учешће је 15,3%.

Пошто се утицај на буџет након увођења нове здравствене технологије током времена прилично мења – требало би временско одређење да буде процењено бар на два буџетска циклуса.

Додатни аспекти подразумевају: а) да модел треба да узме у обзир релевантне групе пацијената; б) резултати треба да буду презентирани у вредносном подручју у форми појединачних тачака оцена; в) резултати Budget-Impact-Analyse треба да представљају како укупну своту тако и апропријације у буџетској години.

Када се говори о исказивању трошкова неопходно је водити рачуна о свим релевантним ресурсима потрошње, као и потенцијалним одступањима у зависности од регионалне имплементације. Често није могуће остварити употребљиве информације и сагледавања због неуважавања специфичности. Услед тих околности је моделирање економских циљаних величина значајна компонента евалуације. Варијабилитети нас упућују да је заиста потребно имати у виду различите карактеристике пацијената (старост, пол, стадијум болести, симптоми, профил фактора ризика), услед чега је потребно сачинити анализе подгрупа.

ПРОФИТАБИЛНОСТ

Под границом профитабилности подразумева се економско вредновање релевантних здравствених технологија унутар одређене индикације. Разликујемо више фаза овог процеса:

1. потпуно и детаљно прецизирано подручје индикација (врста обољења, место лечења, циљну групу, терапијске секвенце – моно или комбиноване терапије, један или више пута понављан терапијски избор);

2. позиционирање третирања терапијом;
3. унос терапијских опција у координантни систем (користи су на y оси, трошкови на x оси);
4. утврђивање профитабилности.

Посматрано са позиције исказивања, три главна корака су потребна да би се конструисала граница профитабилности:

- утврђивање вертикалне осе и квантификовање користи код изабране терапије или поступка;
- утврђивање хоризонталне осе и квантификовање укупних нето трошкова *pro patient* за сваку изабрану терапију односно поступак;
- реално позиционирање и исказивање профитабилности.

Што се тиче вертикалне осе на њој ће, као што смо навели, бити одсликане користи по датој детерминисаности и те користи ће бити параметризирани са позиције пацијента.

На хоризонталној оси ће бити нанети укупни трошкови по пацијенту. Ти трошкови ће бити обрачунати уважавајући ценовну структуру здравственог осигурања, а временски период би обухватио највећи део релевантних трошкова.

Да би трошкови у вези са сваком интервенцијом односно поступком били оцењени и нанети на координантни систем профитабилности потребно је да буде садржано више претпоставки. Трошкови треба да одговарају оном збиру који се у пракси најчешће појављује; унос трошкова треба да представља укупне трошкове по пацијенту.

Први сегмент теоријске границе профитабилности простире се од тачке „без интервенције“ и креће се до оптималног односа трошкова и користи, односно до највише по јединици трошкова

Графикон 2. Теоријска граница профитабилности.

продуциране вредности.

Теоријски сагледавана граница профитабилности повезује тачке, које су у односу са сваком другом опцијом односно комбинацијом. Дате опције граде правоугаонике А до Д, у којима су позиције 2 до 5 непрофитабилне. Позиција 3 налази се у троугаој површини Е до Г, унутар којих је евидентно да је реч о профитабилним опцијама. Теоретски, комбинације од 4 до 6 представљале би проширену профитабилност, само је у пракси тешко очекивати реалну спроводљивост.

Говорећи о профитабилности (Effizienz) најбоље је исказати ово сагледавање као однос датог output-а са минималним input-ом (минимални принцип) или

као могући високи output са датим input-ом (максимални принцип). Зато је централни циљ анализе о трошковима и користима олакшање доношења одлука уз помоћ здравствено-економске евалуације. Полазна тачка ка исказивању профитабилности су дакле нето трошкови, који се остварују на датом нивоу опремљености. С тим у вези доносилац одлуке има две смернице: са једне стране се може закључити да нови третман који има виши квалитативни ниво од претходног, неминовно треба да буде надокнађен вишим трошковним износом, а са друге стране о ценовној категорији ће бити речи у зависности од профитабилности тог новог третмана у поређењу са дотадашњим индикационим областима.

Графикон 3. Проширење профитабилности.

Литература

1. Methode zur Kosten-Nutzen-Bewertung; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – Köln, 2009.
2. Flessa Steffen: Gesundheitsoekonomik, Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner. Heidelberg, Springer, 2005.
3. Prof. dr Karl W. Lauterbach, prof. dr Matthias Schrappe: Gesundheitsoekonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Marburg, 2007.
4. Boehler Heymo: Marktforschung. München, 2005.
5. Prof. dr Erhard Ludwig: Deutsche Wirtschaftspolitik. Düsseldorf, Econ-knapp, 1962.
6. Методологија за утврђивање цена здравствених услуга. Сл. гласник СРС 42/88.
7. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите. Сл. гласник РС 49/2010.
8. Меморандум Владе Србије о буџету и економској и фискалној политици за 2011. годину са пројекцијама за 2012. и 2013. годину. Службени гласник РС 102/2010.
9. План развоја здравствене заштите Републике Србиј. Службени гласник РС 88/2010.

Контакт: Мг sc. iur. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Сокобањска 17, Београд, 2667-343; 062.232.624, Београд, Пере Тодоровића 12; e-mail: sretenstanojevic@gmail.com