



Transparentność w systemie opieki zdrowotnej

**Jak poprawić jakość zwiększając
przejrzystość systemu**

Zapewnienie przejrzystości systemu opieki zdrowotnej powinno służyć poprawie jakości służby zdrowia, z punktu widzenia zarówno beneficjentów, jak i finansujących. W założeniu poprawa przejrzystości ma przekuć się na efektywność wydatków i polepszenie jakości świadczeń. W ostatnich latach w wielu krajach podejmowano różnorodne działania w kierunku zwiększenia transparentności.

Raport KPMG¹ potwierdza istotne różnice w zaawansowaniu wdrożenia narzędzi mających zapewnić przejrzystość systemu opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Głównym wnioskiem z badania jest potrzeba wkomponowania transparentności w strategię systemu ochrony zdrowia tak, by narzędzia zwiększające przejrzystość służyły poprawie jakości, a nie generowały ryzyka dla systemu.

Celem badania KPMG było ustalenie w jaki sposób systemy opieki zdrowotnej powinny wykorzystywać narzędzia zwiększające przejrzystość, by ta stała się pozytywnym czynnikiem wprowadzającym nową jakość dla pacjentów i innych zainteresowanych.

Zakres pojęcia „przejrzystości” w systemie ochrony zdrowia jest przedmiotem burzliwych dyskusji. W trakcie badania KPMG wyróżniło sześć obszarów, które podlegały badaniu:

- 1. Jakość opieki zdrowotnej:** przejrzystość kryteriów oceny świadczeniodawcy, zwłaszcza w zakresie efektów leczenia i jakości stosowanych procedur.
- 2. Zadowolenie pacjenta:** jak pacjenci postrzegają efekty leczenia i na ile są zadowoleni z opieki zdrowotnej.

- 3. Finanse:** przejrzystość cen i mechanizmów płatności oraz publikowanie danych finansowych organizacji służby zdrowia.
- 4. Zarządzanie:** jawny proces decyzyjny, publicznie znane prawa i obowiązki uczestników systemu, zasady alokacji zasobów, procedury zgodności i mechanizmy monitorowania odpowiedzialności.
- 5. Dane osobowe dotyczące opieki zdrowotnej:** dostęp, prawo własności oraz ochrona indywidualnych danych medycznych pacjentów.
- 6. Prezentacja danych zdrowotnych:** rzetelność i praktyczność metod stosowanych do publikacji wszystkich wymienionych powyżej danych.

Metodyka

Badanie obejmowało kilka etapów:

- przegląd literatury zawierającej dane na temat przejrzystości systemów opieki zdrowotnej;
- 25 wywiadów z ekspertami;
- opracowanie ram badania przejrzystości oraz ich weryfikacja z ekspertami i liderami branżowych zespołów doradczych KPMG;
- opracowanie karty wyników przejrzystości;
- zebrane i przeanalizowane według państw danych z karty wyników przejrzystości.

¹ Through the looking glass: a practical path to improving healthcare through transparency, 10.04.2017



Przejrzysty system opieki zdrowotnej według raportu KPMG, „Through the Looking Glass”, 2017

„System opieki zdrowotnej, który zapewnia dostępne, rzetelne, przydatne i aktualne informacje wszystkim zainteresowanym stronom, aby umożliwić im określenie poziomu jakości, zadowolenia pacjenta, zrozumienie kwestii zarządczych i finansowania oraz sposobów wykorzystania indywidualnych danych medycznych w służbie zdrowia, jak i dokonanie na tej podstawie oceny rzetelności jej funkcjonowania.”

W sześciu badanych obszarach opracowano kartę wyników. Dla każdego badanego kraju zbadano 27 wskaźników, które mierzą zakres w jakim wdrożono, systemowo różne, narzędzia służące budowaniu przejrzystości. Wybór wskaźników został dokonany na podstawie literatury przedmiotu oraz wywiadów z ekspertami, pod kierunkiem 12 członków międzynarodowej grupy ds. przejrzystości systemów ochrony zdrowia. W badaniu uwzględniono wskaźniki, które zostały wykorzystane przez inne organizacje do pomiaru przejrzystości, mogłyby wskazać na istotne odchylenia w różnych systemach ochrony zdrowia. Były one wykorzystywane przez interesariuszy podczas wprowadzania pozytywnych

zmian lub zostały uznane za ważne przez ekspertów.

Otrzymano wypełnione karty wyników przejrzystości z 32 krajów, w tym z większości państw należących do OECD i grupy G20. Zbiorcze zestawienie uogólnionych wyników dla poszczególnych wskaźników zostało sporządzone po zsumowaniu wyników dla poszczególnych państw (w aneksie).

Wyniki badania i wnioski dla Polski

- Polska osiągnęła łączny wynik 50%, co daje jej pozycję w trzeciej

z pięciu grup państw w rankingu przejrzystości.

- W ocenach uzyskanych przez Polskę w sześciu różnych obszarach przejrzystości występują duże różnice. Najwyższą ocenę Polska uzyskała w obszarze „Finanse” (67%), a względnie wysoki wynik za przejrzystość w kategoriach, „Dane osobowe dot. opieki zdrowotnej” (57%), „Prezentacja danych zdrowotnych” (57%) oraz „Zarządzanie” (56%). Niżej oceniono przejrzystość w takich obszarach, jak „Zadowolenie pacjenta” (46%), a zwłaszcza „Jakość opieki zdrowotnej” (29%).

- Wysoka ocena przejrzystości w obszarze „Finanse” była przede wszystkim efektem finansowania służby zdrowia ze środków publicznych, dysponowanie którymi podlega regulacjom. Przejrzystość w tym obszarze mogłaby zostać oceniona wyżej, gdyby dostawcy usług medycznych publikowali roczne raporty uwzględniające sprawozdania finansowe badane przez niezależnych audytorów lub gdyby wprowadzono publiczne sprawozdania uwzględniające wszystkie płatności, prezenty oraz imprezy sponsorowane, których odbiorcami są pracownicy służby zdrowia.
- W obszarze „Prezentacja danych zdrowotnych” Polska uzyskała stosunkowo wysoką ocenę, głównie dlatego, że na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta są opublikowane dość szczegółowe informacje na temat procedury zgłaszania skarg i dane te są na bieżąco aktualizowane.

Uwaga do karty wyników

- wysoki wynik nie zawsze jest korzystny, ponieważ przejrzystość może mieć zarówno szkodliwy, jak i pozytywny wpływ;
- dane wskazują jedynie, jakie działania są obecnie prowadzone w ramach systemów opieki zdrowotnej, a nie czy kwestia przejrzystości jest w odpowiedni sposób zarządzana.

- Regulacje w zakresie dostępu do informacji publicznej oraz zakres ustawowych praw pacjenta przełożyły się na relatywnie dobrą notę za przejrzystość w obszarze „Zarządzanie”. Polska mogłaby uzyskać jeszcze lepszy wynik w tym obszarze, gdyby proces decyzyjny zapewniał większy udział pacjentów oraz opinii publicznej.
- Wysoki wskaźnik przejrzystości w obszarze „Dane osobowe dotyczące opieki zdrowotnej” w Polsce zapewnia ustawa o ochronie danych osobowych gwarantująca prywatność i poufność informacji na temat pacjenta. Z ustawy tej wynika również obowiązek informowania pacjentów o wykorzystywaniu danych medycznych przez strony trzecie. Przejrzystość w tym obszarze byłaby jeszcze większa, gdyby pacjenci mieli internetowy dostęp do swoich aktualnych danych medycznych i gdyby stworzono portal dla pacjentów, na którym zainteresowane osoby mogłyby dostarczać lub aktualizować swoje dane.
- Duży wpływ na wynik uzyskany w obszarze „Zadowolenie pacjenta” ma fakt, że wszystkich świadczeniodawców z sektora służby zdrowia obowiązuje jednolita procedura składania skarg do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, łącznie z podaniem szczegółowych informacji, do kogo mogą zwrócić się pacjenci ze skargą na problemy z systemem opieki zdrowotnej oraz w jaki sposób ich skarga zostanie rozpatrzona. W tym obszarze są nadal możliwości poprawy, które dotyczą takich aspektów jak

pomiar i publikacja danych na temat efektów leczenia zgłaszanych przez pacjentów, zadowolenie pacjenta i ocena poziomu usług.

- Największe możliwości poprawy oraz podniesienia przejrzystości w Polsce dotyczą obszaru „Jakość służby zdrowia”. W chwili obecnej tego rodzaju dane, z uwzględnieniem wskaźników przeżywalności i umieralności, liczby pacjentów ponownie przyjętych na leczenie, okresu oczekiwania na udzielenie pomocy w nagłych przypadkach lub infekcji wewnątrzszpitalnych, nie są dostępne na poziomie poszczególnych świadczeniodawców. Publikacja takich informacji znacznie zwiększyłaby przejrzystość.

7 cech przejrzystej opieki zdrowotnej

© 2017 KPMG Sp. z o.o. jest polską spółką z ograniczoną odpowiedzialnością i członkiem sieci KPMG składającej się z niezależnych spółek członkowskich stowarzyszonych z KPMG International Cooperative („KPMG International”), podmiotem prawa szwajcarskiego. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Narzędzia służące przejrzystości w opiece zdrowotnej mogą służyć polepszeniu jakości, ale niewłaściwie stosowane powodują więcej szkód niż korzyści. Niezbędne jest odpowiednie zarządzanie tymi narzędziami. Badanie KPMG określiło siedem różnych cech, które powinny zostać uwzględnione przez system ochrony zdrowia, aby uzyskać korzyści przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyk związanych z przejrzystością.

1

Spójna strategia. Choć fragmentaryczne postępy są lepsze od żadnych, uwolnienie pozytywnego potencjału transparentności wymaga strategii, dzięki której poszczególne inicjatywy zmiierają w podobnym kierunku i determinowane są podobnymi, określonymi z góry wartościami. Dobrym przykładem są działania rządu Danii – kraju który uzyskał najlepsze wyniki w badaniu KPMG. Danii udało się opracować krajowy model zapewnienia jakości w opiece zdrowia wsparty odpowiednim otoczeniem regulacyjnym. Model kładzie nacisk na jakość zarządzania służbą zdrowia, a obejmuje szereg skoordynowanych inicjatyw, w tym: badanie zadowolenia pacjenta, sprawny system raportowania skarg pacjentów i powikłań oraz publikowanie danych o jakości służby zdrowia, w tym o czasie oczekiwania na świadczenie i rankingach szpitali. Rozbudowany system rejestrów umożliwi także pozyskanie informacji o jakości opieki dla poszczególnych pacjentów.

1



Kluczowe działania do podjęcia – rządy:

- stworzenie całościowej polityki transparentności systemu opieki zdrowotnej opartej na zarządzaniu skupionym na poprawie jakości
- przygotowanie otoczenia regulacyjnego dla pomiaru i raportowania jakości służby zdrowia z perspektywy pacjenta
- zapewnienie dostępności i aktualności danych o jakości służby zdrowia
- zapewnienie dostępności informacji o prawach pacjenta
- zapewnienia publicznych informacji o powikłaniach
- opracowanie jasnego systemu zarządzania skargami pacjentów


1



Kluczowe działania do podjęcia – świadczeniodawcy:

- pomiar i raportowanie jakości z punktu widzenia pacjenta
- opracowanie polityki chroniącej członków zespołów zgłaszających nieprawidłowości przed negatywnymi konsekwencjami
- zapewnienie dostępności, aktualności i przejrzystości danych o jakości

2



Kluczowe działania do podjęcia – rządy:


- tworzenie środowiska zachęcającego do rekrutacji liderów promujących wewnętrzną i zewnętrzną transparentność
- finansowanie inicjatyw sprzyjających przejrzystości



Wzorowanie się na innowatorach.

Odgórnie regulowana transparentność nie zawsze sprawdza się w praktyce. Najbardziej konstruktywne inicjatywy pochodzą od uczestników systemu, którymi mogą być świadczeniodawcy, nabywcy lub płatnicy. Oni szukają sposobów optymalnego wprowadzenia i zarządzania inicjatywami mającymi na celu zwiększenie przejrzystości, a tym samym podniesienia jakości i wartości świadczeń. Promowanie wzorowania się na nich jest najlepszym sposobem uniknięcia konieczności odgórnie narzucanych wymogów (których wdrażanie często napotyka na opór).


2



Kluczowe działania do podjęcia – świadczeniodawcy:

- włączenie działań w zakresie promocji przejrzystości w zakres obowiązków liderów
- nagradzanie liderów wprowadzających inicjatywy w zakresie przejrzystości i poprawy jakości leczenia

3



Kluczowe działania do podjęcia – rządy:


- upublicznianie rankingów pacjenckich rekomendujących poszczególne jednostki
- wykorzystanie danych o zadowoleniu pacjenta wraz z innymi danymi o jakości umożliwiającymi pacjentowi dokonanie wyboru usługodawcy
- zapewnienie świadczeniodawcom informacji zwrotnej o doświadczeniach pacjentów w celu umożliwienia szybkiej poprawy jakości tam, gdzie to niezbędne
- jasna komunikacja o tym jak dane o doświadczeniach pacjentów są wykorzystywane



Monitorowanie tego, co najważniejsze dla pacjenta.

Informacja o doświadczeniach pacjentów jest kluczowym czynnikiem motywującym innych do podjęcia decyzji o leczeniu. Na przykład program „The Friends and Family Test” wprowadzony przez brytyjski Narodowy Fundusz Zdrowia dostarcza w czasie rzeczywistym informacji na temat doświadczeń pacjentów, które opierają się na jednym prostym pytaniu – czy dana osoba poleciłaby konkretną placówkę służby zdrowia, w której aktualnie się leczy, swoim krewnym i znajomym.


3



Kluczowe działania do podjęcia – świadczeniodawcy:

- monitoring zadowolenia pacjenta
- jasna komunikacja o tym, jak dane o doświadczeniach pacjentów są wykorzystywane
- wykorzystanie danych o doświadczeniach pacjentów wewnętrznie dla stymulacji zmian
- upublicznianie informacji o zmianach wprowadzonych w reakcji na dane o doświadczeniach pacjentów

4



Kluczowe działania do podjęcia – rządy:


- ocena przydatności zbieranych danych dla poprawy jakości oraz ocena czy możliwe jest zmniejszenie ilości zbieranych danych
- nacisk na wskaźniki identyfikujące możliwości poprawy jakości, a nie wskaźniki ilościowe



Mniej wskaźników, więcej istotnych danych.

Konieczne jest utrzymanie trudnej równowagi pomiędzy ilością gromadzonych danych a ich przydatnością. Jednak jedną z niemal natychmiastowych korzyści wynikających z udostępnienia gromadzonych danych pacjentom i innym interesariuszom jest debata na temat rzeczywiście potrzebnych danych i wskaźników.

4



Kluczowe działania do podjęcia – świadczeniodawcy:

- zaangażowanie pacjentów i lekarzy w określenie, które wskaźniki są najistotniejsze
- współpraca z regulatorem i organami prowadzącymi rejstry medyczne przy decyzji, które dane są najistotniejsze i powinny być gromadzone
- wewnętrzne wykorzystanie ograniczonej liczby kluczowych wskaźników w celu poprawy jakości wśród poszczególnych grup lekarzy

5

Zapewnienie przejrzystości cen dla pacjenta. Transparentność kosztów odgrywa istotną rolę w wyborze świadczeniodawcy. Jest to szczególnie istotne w krajach takich jak USA gdzie dominuje prywatny sektor opieki medycznej.

6

Oparte na współpracy podejście do ochrony danych medycznych. Z jednej strony wymiana danych mogłaby pozwolić na poprawę standardów, rozwój nowych terapii i prognozowania jednostek zagrożonych chorobą. Z drugiej – gromadzenie dużej ilości danych wobec przekonania że żadna organizacja nie jest w pełni zabezpieczona przed kradzieżą danych, budzi zrozumiałe wątpliwości. Doświadczenia różnych krajów w zakresie prób stworzenia rozbudowanych baz danych pacjentów pokazują, że takie procesy, aby miały szansę na realizację, muszą odbywać się w pełnej transparentności, przy dobrowolnej współpracy i pełnej możliwości kontroli przez pacjentów. Podczas prac nad strategią dot. gromadzenia osobowych danych medycznych należy nie tylko zdefiniować korzyści systemowe, ale przede wszystkim w jasny sposób określić korzyści, jakie odniesie pacjent.

7

Publikacja niezależnych opinii zwiększa jakość debaty. Niezależna ocena i interpretacja danych o służbie zdrowia przekłada się na lepsze zrozumienie efektów prowadzonej polityki w ochronie zdrowia a także jakość debaty na temat rynku usług zdrowotnych. Istnieje szereg przykładów konstruktywnego wpływu niezależnych organizacji na jakość debaty o służbie zdrowia. Przykładowo, w Wielkiej Brytanii organizacja Dr Foster, korzystając z danych udostępnionych na podstawie umowy z rządem, publikuje niezależne opinie o poszczególnych szpitalach. Z kolei w USA The Health Care Incentives Improvement Institute (HCII) wykorzystuje do swoich publikacji zaawansowane narzędzia analityczne.

Aby zapoznać się ze szczegółowymi wnioskami z badania oraz studiami przypadków, prosimy odwiedzić [stronę internetową KPMG](#).

5



Kluczowe działania do podjęcia – rządy:

- legislacja zapewniająca jasną informację o kosztach opieki dla pacjenta
- upublicznienie danych o kosztach opieki medycznej, w tym poszczególnych procedur
- opracowanie legislacji przeciwdziałającej ograniczeniu przejrzystości kosztów opieki medycznej

5



Kluczowe działania do podjęcia – świadczeniodawcy:

- zapewnienie jasnej informacji o kosztach ponoszonych przez pacjenta

7



Kluczowe działania do podjęcia – rządy:

- publikacja danych o ochronie zdrowia w sposób otwarty, w formatach podlegających obróbce elektronicznej i pozwalających na wykorzystanie i analizę przez niezależne jednostki
- publikacja metodologii i obliczeń używanych przy obróbce danych tak by pozwolić innym organizacjom weryfikować wnioski wyciągnięte z danych
- uzgodnienie z innymi organizacjami sposobu wykorzystania uzyskanych danych

7



Kluczowe działania do podjęcia – świadczeniodawcy:






- publikacja danych w sposób otwarty, w formatach podlegających obróbce elektronicznej

Aneks

Światowy indeks przejrzystości w systemach ochrony zdrowia - zbiorcze wyniki



	Wyniki ogólne	1. Jakość opieki zdrowotnej	2. Zadowolenie pacjenta	3. Finanse	4. Zarządzanie	5. Dane osobowe dotyczące opieki zdrowotnej	6. Prezentacja danych zdrowotnych
	%	%	%	%	%	%	%
Dania	74	67	62	83	94	93	50
Finlandia	72	48	46	83	88	86	93
Szwecja	71	81	69	75	69	79	50
Norwegia	69	67	62	83	81	71	50
Wielka Brytania	69	57	85	83	81	57	57
Australia	68	52	62	83	88	64	64
Nowa Zelandia	67	38	54	83	94	64	79
Holandia	67	57	85	75	69	50	71
Portugalia	64	48	46	83	63	86	71
Singapur	63	57	77	83	81	43	43
Izrael	62	48	92	50	56	79	57
Brazylia	61	48	69	67	81	64	43
Kanada	61	57	46	50	81	50	79
Hiszpania	61	76	46	42	75	71	43
Francja	60	48	62	67	75	50	64
Niemcy	56	29	54	75	63	64	64
Włochy	54	57	31	67	56	64	50
Islandia	53	43	54	75	63	50	43
Szwajcaria	53	33	69	67	69	57	36
Korea Płd.	52	29	31	83	56	50	79
Polska	50	29	46	67	56	57	57
Irlandia	49	29	31	67	75	79	43
Luksemburg	47	29	46	50	63	50	50
Rosja	47	33	38	67	63	50	36
Austria	46	29	31	58	56	64	43
Japonia	46	48	31	67	56	43	29
Grecja	43	29	38	50	69	50	29
Meksyk	42	33	46	42	50	36	50
Arabia Saudyjska	38	29	31	50	50	43	29
RPA	37	33	31	33	44	50	29
Indie	36	29	31	42	44	43	29
Chiny	32	29	31	50	31	29	29
Średni wynik	55	44	51	66	67	59	52

	co najmniej 70%
	co najmniej 60%
	co najmniej 50%
	co najmniej 40%
	mniej niż 40%

Kontakt



KPMG Sp. z o.o.

ul. Inflancka 4A
00-189 Warszawa
T: +48 22 528 11 00
F: +48 22 528 10 09
E: kpmg@kpmg.pl

Sabina Samplawska

Dyrektor, Szef zespołu Life Science
T: +48 22 528 13 83
E: ssamplawska@kpmg.pl

Krzysztof Radziwon

Partner, Risk Consulting
T: +48 22 528 11 37
E: kradziwon@kpmg.pl

kpmg.pl

Biura KPMG w Polsce

Warszawa

ul. Inflancka 4A
00-189 Warszawa
T: +48 22 528 11 00
F: +48 22 528 10 09
E: kpmg@kpmg.pl

Kraków

ul. Opolska 114
31-323 Kraków
T: +48 12 424 94 00
F: +48 12 424 94 01
E: krakow@kpmg.pl

Poznań

ul. Roosevelta 18
60-829 Poznań
T: +48 61 845 46 00
F: +48 61 845 46 01
E: poznan@kpmg.pl

Wrocław

ul. Bema 2
50-265 Wrocław
T: +48 71 370 49 00
F: +48 71 370 49 01
E: wroclaw@kpmg.pl

Gdańsk

al. Zwycięstwa 13a
80-219 Gdańsk
T: +48 58 772 95 00
F: +48 58 772 95 01
E: gdansk@kpmg.pl

Katowice

ul. Francuska 34
40-028 Katowice
T: +48 32 778 88 00
F: +48 32 778 88 10
E: katowice@kpmg.pl

Łódź

al. Piłsudskiego 22
90-051 Łódź
T: +48 42 232 77 00
F: +48 42 232 77 01
E: lodz@kpmg.pl

© 2017 KPMG Sp. z o.o. jest polską spółką z ograniczoną odpowiedzialnością i członkiem sieci KPMG składającej się z niezależnych spółek członkowskich stowarzyszonych z KPMG International Cooperative („KPMG International”), podmiotem prawa szwajcarskiego. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Nazwa i logo KPMG są zastrzeżonymi znakami towarowymi bądź znakami towarowymi KPMG International.

Informacje zawarte w niniejszej publikacji mają charakter ogólny i nie odnoszą się do sytuacji konkretnej firmy. Ze względu na szybkość zmian zachodzących w polskim prawodawstwie i gospodarce prosimy o upewnienie się w dniu zapoznania się z niniejszą publikacją, czy informacje w niej zawarte są wciąż aktualne. Przed podjęciem konkretnych decyzji proponujemy skonsultowanie ich z naszymi doradcami. Poglądy i opinie wyrażone w powyższym tekście prezentują zapatrywania autorów i mogą nie być zbieżne z poglądami i opiniami KPMG Sp. z o.o.