Alicja Sobczak, Justyna Grudziąż-Sekowska

Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej przez płacenie za wyniki : specyfika, przykłady i warunki skutecznego zastosowania

Problemy Zarządzania 9/3, 153-168

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Problemy Zarządzania, vol. 9, nr 3 (33): 153–168
ISSN 1644-9584, © Wydział Zarządzania UW

Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej przez płacenie za wyniki – specyfika, przykłady i warunki skutecznego zastosowania

Alicja Sobczak, Justyna Grudziąż-Sękowska

W artykule dokonano przeglądu najnowszej literatury zagranicznej (głównie amerykańskiej), przedstawiającej koncepcje oraz sposób wdrożenia systemów wynagradzania za wyniki (P4P) i kupowania w oparciu o wartość (V-BP) w opiece zdrowotnej. Ich celem jest wzrost efektywności, rozumianej jako udzielanie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych po uzasadnionym koszcie. Do podstawowych warunków ich zastosowania autorki zaliczyły opracowanie standardów medycznych oraz funkcjonowanie systemów informatycznych, rejestrujących wykonane procedury i osiągnięte efekty zdrowotne. Przedstawione doświadczenia zagraniczne pokazują, że sukces systemów typu P4P i V-BP zależy od dobrania właściwych kryteriów oceny (m.in. działania o udowodnionej skuteczności klinicznej, zależne od świadczeniodawców, różnorodne), a także od odpowiedniego powiązania wynagradzania z poziomem i dynamiką wartości tych kryteriów u usługodawców. Specyfika opieki zdrowotnej wymaga zatem ścisłej współpracy specjalistów ds. zarządzania z profesjonalistami medycznymi zarówno na etapie konstrukcji systemów, jak i wdrażania oraz zmian.

1. Koncepcje płacenia za wyniki i kupowania w oparciu o wartość – oczekiwania i ograniczenia

Koncepcja płacenia za wyniki (*pay-for-performance* – P4P) i kupowania w oparciu o wartość (*value-based purchasing* – V-BP) stają się coraz częściej stosowanymi podejściami do kształtowania wynagrodzeń pracowników oraz ustalania stawek za nabywane dobra. Podstawowym założeniem leżącym u ich podstaw jest powiązanie gratyfikacji finansowych z osiągnięciem określonych wyników i/lub wykonaniem konkretnych zadań przez poszczególnych pracowników, grupy lub organizacje. Bezpośrednie powiązanie wynagrodzenia lub stawki z efektami pracy powinno wpłynąć stymulująco i prowadzić do zwiększenia motywacji. Oczekuje się przy tym, iż spodziewane

korzyści – wzrost wydajności pracy i produktywności zasobów, wzrost jakości wytwarzanych dóbr, zadowolenie klientów – przewyższą koszty związane z działaniem systemów P4P i V-BP. Zaprojektowanie i wdrożenie takich systemów nie jest jednak sprawą łatwą, wymaga bowiem określenia, które zadania/wyniki mają stanowić podstawę wynagradzania i jak mierzyć skuteczność ich realizacji. Należy również ustalić zasady powiązania wartości osiągniętych wyników z poziomem wynagrodzenia.

Badania empiryczne wskazują, iż pomimo oczywistych zalet, praktyczna realizacja omawianych koncepcji napotyka wiele trudności (Pocztowski 2003: 365–368). Pojawiają się one w związku z konstruowaniem, bieżącą administracją i rosnącymi kosztami takich systemów wynagrodzeń. Konsekwencje niewłaściwie skonstruowanego, wdrożonego i funkcjonującego systemu mogą być poważne, prowadząc nie tylko do niewystarczającej motywacji, ale też do jej osłabienia a nawet „wypaczenia". Problemem jest odmienność oczekiwań względem takich systemów gratyfikacji ze strony wynagradzanych i wynagradzających (Lagace 2003). Ich początkowa akceptacja przez pracowników/dostawców produktów i usług wynika głównie z przeświadczenia, iż nowy system wynagradzania/płacenia będzie bardziej obiektywny, sprawiedliwy i przyczyni się do wzrostu wynagrodzeń/przychodów. Wynagradzani oczekują stałości kryteriów oceny efektów ich pracy oraz przypisania im odpowiedzialności jedynie za te determinujące wynik czynniki, które są od nich bezpośrednio zależne. Wynagradzający/płatnicy mają tendencję do traktowania tego typu systemów jako instrumentu stałego wzrostu efektywności finansowej.

Pojawiają się twierdzenia, że faktycznym problemem systemów typu P4P czy V-BP jest to, iż działają one aż zbyt skutecznie, choć wybiórczo. M. Beer i M.D. Cannon (2002) wskazują, iż systemy te sprzyjają naturalnej koncentracji wykonawców na podejmowaniu tylko takich działań, które bezpośrednio prowadzą do osiągnięcia celów i zadań, od których zależy wynagrodzenie. Odbywa się to często kosztem mniejszej uwagi, zaniedbania, a niekiedy nawet całkowitego zaniechania innych działań, korzystnych z punktu widzenia całości organizacji, lecz niepowiązanych z bodźcami finansowymi. Konsekwencją pogoni za doraźnymi gratyfikacjami bywa wzrost nieufności pomiędzy pracownikami, niechęć do współpracy i dzielenia się wiedzą oraz odejście od realizacji misji i ogólnych długofalowych celów.

Koncepcje płacenia za wyniki upowszechniają się od niedawna w sektorze ochrony zdrowia. Mogą mieć zastosowanie zarówno do kształtowania wynagrodzeń profesjonalistów medycznych zatrudnionych na etacie, jak i (co znacznie częstsze) w zarządzaniu kontraktami na realizację świadczeń zdrowotnych zawieranych między świadczeniodawcami opieki zdrowotnej a płatnikami publicznymi i niepublicznymi. Szczególnie duże doświadczenia z wdrożeń mają Stany Zjednoczone i Wielka Brytania.

2. Specyfika P4P i V-BP w opiece zdrowotnej

We wszystkich systemach opieki zdrowotnej na świecie dominują obecnie dwa główne problemy: jakość i koszty opieki zdrowotnej. Rosnące w ostatnich latach zainteresowanie koncepcjami płacenia za wyniki ma swoje źródło w stale rosnących wydatkach na ochronę zdrowia, ponoszonych w większości za pośrednictwem różnych płatników instytucjonalnych, przez starzejące się społeczeństwa państw zachodu. Odnosi się to zwłaszcza do Stanów Zjednoczonych, gdzie wydatki na ochronę zdrowia w 2009 r. sięgnęły prawie 2,5 bln USD (ponad 8 tys. USD rocznie na mieszkańca) i stanowiły 17,6% PKB tego kraju (US National Health Expenditure, https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage). Wydatki te były przy tym prawie 2 razy wyższe niż w 1999 r., w którym wynosiły niecałe 1,3 bln USD. Dla porównania publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Zjednoczonym Królestwie wyniosły w tym samym roku prawie 110 mld GBP (1,8 tys. GBP rocznie na mieszkańca) i stanowiły 7,67% PKB tego kraju (odpowiednio 47 mld GBP i 5,06% PKB w 1999 r.) (UK Public Spendings, http://www.ukpublicspending.co.uk/classic#ukgs302), a wydatki całkowite osiągnęły 130 mld GBP i stanowiły 9% PKB (w porównaniu z 64 mld GBP i 6,9% udziałem w PKB w 1999 r.) (United Kingdom – National Expenditure on Health, http://www.who.int/nha/country/gbr.pdf). W Polsce wielkości te wyniosły 89 mld zł (2,3 tys. zł rocznie na mieszkańca) i 7,01% PKB w 2008 r., w porównaniu z prawie 40 mld zł, stanowiącymi około 6,1% PKB w 1999 r. (Narodowy Rachunek Zdrowia, http://www.stat.gov.pl).

Niezależnie od oceny poziomu finansowania i dynamiki jego wzrostu w poszczególnych krajach, stale aktualny i uniwersalny pozostaje problem ich wydawania na świadczenia o wysokiej jakości, zwiększające prawdopodobieństwo uzyskania oczekiwanych efektów zdrowotnych, ograniczające konieczność wykonywania dodatkowych usług generujących koszty. Chodzi o to, by ograniczone zasoby przeznaczone na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dawały lepszy efekt zdrowotny. Ma to szczególne znaczenie w warunkach rosnących potrzeb zdrowotnych, a zwłaszcza wzrostu zapotrzebowania na długotrwałą i kosztowną opiekę nad osobami starszymi. Koncepcje P4P i V-BP mogą być rozwiązaniem służącym wzrostowi efektywności opieki zdrowotnej, przy czym powinny zapewniać przede wszystkim poprawę jakości opieki zdrowotnej, a nie być bezpośrednim narzędziem kontroli kosztów. Podejście to bywa określane jako „wspaniały pomysł, który wymaga jedynie wdrożenia" (Goldfield i in. 2005).

W opiece zdrowotnej P4P i V-BP mają wiązać wysokość należności za udzielone świadczenia zdrowotne z osiągnięciem odpowiedniego poziomu ich jakości i skuteczności klinicznej. Wprowadza ekonomiczny mechanizm „nagradzania" świadczeniodawców udzielających świadczeń o wysokiej jakości i „karania" tych, którzy nie spełniają wymaganych standardów.

Zastosowanie P4P czy V-BP w ochronie zdrowia napotyka szczególne ograniczenia, niewystępujące w przypadku innych obszarów gospodarowania. Specyfika opieki zdrowotnej polega bowiem na niebywałym skomplikowaniu i różnorodności przypadków. Praktycznie każdy przypadek udzielenia świadczenia zdrowotnego różni się od innych ze względu na zastosowane środki oraz okoliczności ich zastosowania, wynikające ze stanu zdrowia i potrzeb konkretnego pacjenta. Te właściwości czynią szczególnie trudnym określenie, jakie czynności, zadania i wyniki powinny stanowić podstawę do (dodatkowego) wynagrodzenia, a co powinno skutkować jego zmniejszeniem.

Występująca w opiece zdrowotnej asymetria informacyjna między nabywcami a usługodawcami stwarza tym pierwszym znaczne ograniczenia w odróżnieniu świadczeń dobrej jakości od świadczeń złej jakości. Związek między jakością opieki zdrowotnej a jej kosztami jest skomplikowany i niejednoznaczny. Zapewnienie jakości zwiększa skuteczność leczenia, dając lepsze efekty zdrowotne dla pacjenta, a zarazem wpływa na koszty świadczeniodawców. Wzrost jakości może prowadzić do bezpośrednich oszczędności u poszczególnych świadczeniodawców i w całym systemie opieki zdrowotnej (np. w wyniku eliminacji powtarzania badań, rezygnacji ze zbędnych procedur, pozbycia się niepotrzebnych lub nieodpowiednich zasobów). Jednak u wielu usługodawców wyraźna poprawa jakości wymaga dodatkowych nakładów na sprzęt, aparaturę, wykwalifikowany personel, zmiany organizacyjne i udoskonalenie innych zmiennych determinujących jakość. Jednak nierzadko świadczeniodawcy uzyskują ją zbyt wysokim kosztem (wynikającym np. z niepełnego wykorzystania aparatury medycznej, niskiej wydajności pracy personelu, wysokiego kosztu materiałów itp.). Niska jakość opieki zdrowotnej zawsze kosztuje bardzo dużo, zarówno w sensie braku spodziewanych efektów zdrowotnych (więcej przypadków możliwych do uniknięcia zgonów, większy zakres niepełnosprawności, bólu itd.), jak i w sensie generowania dodatkowych kosztów u danego usługodawcy lub innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej (kolejne świadczenia będące wynikiem błędów, zaniedbań, zaniechania, opóźnień itd.) i poza nim (np. w systemie zabezpieczenia społecznego).

Z punktu widzenia całego systemu opieki zdrowotnej istotna jest poprawa poziomu jakości udzielanych świadczeń i wzrost efektywności wydatków na opiekę zdrowotną. Dlatego też pojawia się kategoria wartości świadczenia zdrowotnego (*value*), na którą składa się zarówno jego jakość, jak i koszt, rozumiany jako wielkość zużytych zasobów (Goldfield i in. 2005). Określenie wartość świadczenia, w rozumieniu podanym powyżej, używane jest zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych przez amerykańską administrację programów Medicare i Medicaid (CMS) oraz amerykańską Agencję Badań i Jakości w Ochronie Zdrowia (Agency for Healthcare Research and Quality). Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Meyera i innych koncepcja kupowania/zawierania kontraktów w oparciu o wartość polega na

uczynieniu świadczeniodawców odpowiedzialnymi za zarówno koszty, jak i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podejście to uwzględnia informacje o jakości opieki, w tym o wynikach klinicznych i stanie zdrowia pacjentów, oraz o wysokości poniesionych wydatków (Meyer, Rybowski i Eichler 1997). Na maksymalizacji tak rozumianej wartości świadczeń powinno zależeć szczególnie instytucjom gospodarującym środkami finansowymi na świadczenia zdrowotne (płatnikom, instytucjom i firmom ubezpieczeniowym). Posługiwanie się miarami wartości świadczeń umożliwia identyfikację i nagradzanie tych świadczeniodawców, którzy łączą udzielanie świadczeń wysokiej jakości z racjonalnym gospodarowaniem zasobami.

3. Konstrukcyja P4P/V-BP – kryteria oceny wyników/ /wartości, ich pomiar i powiązanie z gratyfikacjami

Pierwszy etap wdrożenia systemu płacenia za rezultaty w systemie opieki zdrowotnej stanowić powinno określenie celu tego działania. Cel ten powinien zostać wskazany zanim określi się narzędzia służące jego osiąganiu i wysokość przeznaczonych na to nakładów. W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż nie jest możliwe zastosowanie podejścia uniwersalnego (*one-size-fits-all approach*) – jednego, określonego sposobu postępowania, który pozwoli na wdrożenie systemu do każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych i zagwarantuje pozytywne rezultaty (Goldfield i in. 2005).

Jak wskazano wcześniej, celem jest przede wszystkim poprawa jakości udzielanych świadczeń poprzez powiązanie wysokości środków finansowych przekazywanych poszczególnym świadczeniodawcom z mierzalnymi efektami/charakterystykami udzielanych przez nich świadczeń. Chodzi też o efektywność gospodarowania zasobami zastosowanymi do uzyskania tych efektów. Problem stanowi jednak określenie kluczowych elementów i wynikających z nich miar jakości, co pozwoli odróżnić świadczenia zdrowotne wysokiej jakości od tych niskiej jakości. Świadczenie zdrowotne może bowiem być oceniane w trzech aspektach – z punktu widzenia klinicznego (np. trafność zastosowanej farmakoterapii, poziom doskonałości techniki operacyjnej, poprawność diagnozy), efektywności ekonomicznej (np. czas, materiałochłonność, koszt świadczeń) oraz satysfakcji pacjenta (zadowolenie z leczenia). Uważa się, iż poprawnie zaprojektowany system finansowania świadczeń powinien obejmować wszystkie trzy aspekty (Rowe 2006). Jeśli chce się zatem płacić świadczeniodawcom za ich wyniki w leczeniu pacjentów, należy najpierw wyznaczyć miary i opracować narzędzia umożliwiające pomiar jakości udzielanych świadczeń.

Zgodnie z definicją amerykańskiej Agencji Badań i Jakości w Ochronie Zdrowia, stworzenie systemu miar jakości wymaga zorganizowanego działania, polegającego na zbieraniu danych o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, mającego na celu dokonywanie stałej oceny jakości udzielanych świadczeń oraz przekazywania tych informacji świad-

czeniodawcom, płatnikom, podmiotom akredytującym oraz pacjentom (opinii publicznej) (Agency for Healthcare Research and Quality 2007). W pierwszej kolejności konieczne jest skonstruowanie systemu zbierania wiarygodnych informacji zdrowotnych. System taki powinien obejmować możliwie dużą część populacji i przetwarzać dane aktualne – optymalnie system powinien mieć charakter powszechny i działać w czasie rzeczywistym. W odniesieniu do zakresu przetwarzanych danych stawia się wymóg zawarcia informacji o procesie leczenia, jego wynikach oraz o poziomie zadowolenia pacjentów, a także uwzględniania wpływu na jakość czynników niezależnych od świadczeniodawców. Przykładem takiego czynnika może być stan zdrowia zgłaszających się pacjentów, nasilenie występowania u nich objawów choroby, który to czynnik ma znaczenie dla przebiegu leczenia (diagnostyki, rodzaju terapii, rokowań i zadowolenia pacjenta), a nie bywa brany pod uwagę w przypadku stosowania mechanizmu płacenia, jakim jest JGP (jednorodne grupy pacjentów). Brak jego uwzględnienia i oparcie oceny jakości jedynie na kryterium adekwatności diagnozy i skutków terapii może prowadzić do premiowania tych świadczeniodawców, którzy zajmują się lżej chorymi pacjentami, a pozostałych odsyłają do innych podmiotów – przez co „spijają śmietankę", nie psując sobie statystyk. Przy opracowywaniu kryteriów obiektywnego i sprawiedliwego systemu oceny jakości udzielanych świadczeń nie można pominąć organizacji reprezentujących środowiska medyczne – zarówno poszczególne grupy zawodowe, jak i różnego typu świadczeniodawców (Meterko i in. 2006). Wskazuje się przy tym, iż zaangażowanie tych podmiotów nie powinno polegać na tworzeniu nowych, własnych systemów oceny jakości, ale raczej na recenzowaniu już istniejących i ich ulepszaniu (Baumann i Dellert 2006).

Wysoki stopień skomplikowania procedur oceny jakości powoduje, że nie warto ich stosować do wszystkich rodzajów udzielanych świadczeń. Z uwagi na koszt zbierania i analizy danych oceny wprowadza się w pierwszej kolejności tam, gdzie spodziewamy się największych korzyści w postaci znaczącej poprawy jakości i ograniczenia wydatków (Spinelli i Fromknecht 2007).

Wyniki oceny poszczególnych świadczeniodawców, premiujące najlepszych muszą być jawne. Publikacja różnego rodzaju rankingów i zestawień świadczeniodawców, jeżeli są one oparte na wiarygodnych danych i dotyczą tych czynników, na które świadczeniodawcy mieli wpływ, jest już sama w sobie nagrodą dla najlepszych. Wpływa również na wybór świadczeniodawcy przez pacjentów (Hazelwood i Cook 2008).

Należy stwierdzić, iż dostrzegane i premiowane powinny być wszystkie działania podnoszące wartość świadczeń, również te podejmowane przez świadczeniodawców sklasyfikowanych na odległych miejscach tabel rankingowych.

Możliwe są różne sposoby powiązania wysokości przekazywanych świadczeniodawcom środków finansowych z poziomem lub zmianą wartości udzielanych przez nich świadczeń. Różnicowanie stawek można stosować nieza-

leżnie od przyjętego mechanizmu płacenia – zarówno w przypadku opłacania fragmentarycznej opieki (*fee for service*) czy też osobodnia (np. hospitalizacji), jak i kompleksowej opieki, charakteryzowanej przez postawioną diagnozę i wdrożone leczenie (system JGP) lub w systemie kawitacyjnym (stawka za pacjenta na wszystkie potrzebne świadczenia POZ). Płacenie za rezultaty nie stanowi bowiem samo w sobie odrębnej metody opłacania świadczeń zdrowotnych, lecz narządzie podziału środków z uwzględnieniem wyników działalności poszczególnych świadczeniodawców.

Kwestią, która musi zostać rozstrzygnięta przed wdrożeniem koncepcji płacenia za wyniki, jest określenie sposobu nagradzania świadczeniodawców udzielających świadczeń o wysokiej wartości i wskazanie, jaka grupa może być nagrodzona. Jak już zostało powiedziane, podstawowym sposobem nagradzania jest przekazanie świadczeniodawcy dodatkowych środków finansowych. Nie można jednak zapominać o pozafinansowych zachętach, takich jak podanie do publicznej wiadomości rankingu świadczeniodawców, polecanie pacjentom świadczeniodawców spełniających oczekiwania odnośnie jakości świadczeń oraz pomoc świadczeniodawcom w dalszym doskonaleniu. Wszystkie te działania mogą w dłuższej perspektywie przynieść świadczeniodawcy korzyści finansowe. Płatnik może nagradzać świadczeniodawców udzielających świadczeń o najwyższej wartości lub przyjąć bardziej skomplikowane i wielostopniowe podejście. To drugie, którego ilustracja może być opisane przez K. Mandel i U. Kotagal (2007) wdrożenie koncepcji płacenia za wyniki w opiece nad osobami chorymi na astmę, polega na sformułowaniu zróżnicowanych warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Pierwszy poziom to wzrost stawek za akces do programu wynagradzania za wyniki, czyli „podejmujących wyzwanie", a potem kolejno – za podjęcie działań uznawanych za przyczyniające się do poprawy jakości udzielanych świadczeń i wreszcie – bezpośrednie nagradzanie poszczególnych świadczeniodawców za osiągnięte wyniki.

Niezależnie od wybranego podejścia, kwestią otwartą pozostaje sposób podziału środków finansowych przeznaczonych na wynagradzanie jakości między usługodawców opieki zdrowotnej. Możliwe są dwa rozwiązania (Rowe 2006). Pierwszym jest sytuacja gry o sumie zerowej, gdy łączna wysokość środków przeznaczonych na wynagrodzenie świadczeniodawców przed i po wdrożeniu systemu płacenia za wyniki pozostaje na niezmienionym poziomie. Oznacza to, iż ewentualne zachęty dla najlepszych świadczeniodawców pochodzą ze zmniejszenia wynagrodzeń innych podmiotów. Dochodzi wówczas do redystrybucji środków i zwiększenia konkurencji między świadczeniodawcami w oparciu o wyznaczone przez płatnika kryteria. Drugą możliwą sytuacją jest przeznaczenie dodatkowych środków finansowych na zachęty dla najlepszych świadczeniodawców lub świadczeniodawców, którzy dokonali największej poprawy jakości/wartości udzielanych świadczeń danego rodzaju. Wskazuje się przy tym, iż wysokość przyznawanych dodat-

kowo środków powinna zwiększać stawki o od 5 do 20% dotychczasowych stawek (Goldfield i in. 2005; Doran 2008).

4. Przykłady zastosowania P4P w opiece zdrowotnej

Analiza dostępnych materiałów źródłowych oraz literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, iż w połowie pierwszej dekady obecnego wieku wdrożonych zostało ponad 150 różnego rodzaju programów opierających się na koncepcji płacenia za wyniki (Rowe 2006; Hazelwood i Cook 2008). Programy te wdrażane były przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii. Niewiele takich prób wykonano w Australii, Kanadzie i Niemczech (Greb i in. 2006). Programy płacenia za wyniki są wdrażane najczęściej w dziedzinach, gdzie może to przynieść liczące się wymierne korzyści dla płatników (zmniejszenie wydatków, poprawa efektywności gospodarowania środkami finansowymi) i świadczeniobiorców (większe nastawienie świadczeniodawców na potrzeby zdrowotne, poprawa jakości leczenia). Jako że jedną z bardziej kosztochłonnych dziedzin medycyny jest medycyna ratunkowa, nie może dziwić fakt, iż doczekała się ona wielu prób wprowadzenia systemów płacenia za rezultaty. Wskazuje się przy tym na stały wzrost liczby przypadków zastosowania omawianego podejścia właśnie do medycyny ratunkowej (Bakre i Carter 2004).

Przykładem wdrożenia koncepcji płacenia za rezultaty w medycynie ratunkowej może być podjęta w 2003 r. przez amerykańską administrację publicznych programów zdrowotnych (Center for Medicare and Medicaid Services – CMS) inicjatywa „Premier Hospital Quality Incentive Demonstration". Ten pilotażowy program, zakładający ocenę uczestniczących w nim szpitali za pomocą przeszło 34 miar przebiegu procesu udzielania świadczeń i ich wyników, w dużej części (25%) odnosił się do przebiegu postępowania medycznego i jego wyników. Monitorowano przede wszystkim przypadki zawałów serca, udaru i zapalenia płuc i obejmowały takie kluczowe działania świadczeniodawców, jak m.in. podanie aspiryny i B-blokerów niezwłocznie po przybyciu chorego do szpitala, przeprowadzenie trombolizy niezwłocznie po przybyciu chorego do szpitala, podjęcie działań z zakresu kardiologii inwazyjnej w ciągu 120 minut od przybycia chorego do szpitala oraz stosowanie antybiotyków z jednoczesnym wykonywaniu antybiotykogramów niezwłocznie po przybyciu chorego do szpitala (*Premier Hospital Incentive Demonstration* 2011).

Podczas 3 lat trwania programu świadczeniodawcom osiągającym wyniki sytuujące ich w górnych 10% rankingu przyznawano dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 2% stawki DRG (za przypadek należący do określonej grupy, ustalonej na podstawie kryteriów diagnostycznych). Świadczeniodawców osiągających wyniki w przedziale od 80 do 90 centyla nagradzano 1% wzrostem płatności. Już w pierwszym roku na dodatkowe płatności przeznaczono kwotę 8,9 mln USD, co stanowiło prawie cały budżet zarezerwo-

wany na ten cel (9 mln USD). W okresie 3 pierwszych lat realizacji programu na zachęty dla świadczeniodawców przeznaczono 25 mln USD (Sikka 2007). Przez cały czas realizacji programu, pod koniec każdego kwartału dokonywano oceny wyników poszczególnych świadczeniodawców i opracowywano ich rankingi. Dane do oceny pochodziły z systemów informatycznych świadczeniodawców oraz z dokumentacji medycznej pacjentów. Do dokonania oceny wymagano przy tym wystąpienia u pojedynczego świadczeniodawcy co najmniej 10 przypadków (pacjentów z określoną diagnozą). Począwszy od 4. roku realizacji programu oprócz nagród dla najlepszych świadczeniodawców wprowadzono też kary finansowe – obniżenie wysokości stawek tym świadczeniodawcom, którzy znaleźli się w dolnym kwintylu (20%) rankingu o jeden procent oraz w dolnym decylu (10%) rankingu o kolejny procent.

Powyższemu przykładowi wdrożenia koncepcji płacenia za wyniki zarzucono m.in., iż kładąc nacisk na jakość, nie uwzględnił jej zwiększenia u świadczeniodawców, którzy poprawili swoją pozycję w rankingu, ale nie zakwalifikowali się do górnych decyli. Sikka wskazuje przy tym, iż posłużenie się modelem opartym na konkurencji świadczeniodawców (nagrody tylko dla najlepszych, a nie dla tych, którzy dokonali poprawy) może prowadzić do zakłóceń w funkcjonowaniu systemu opieki. W skrajnym przypadku świadczeniodawcy, którzy nie będą w stanie osiągnąć wystarczająco dużej poprawy wartości udzielanych świadczeń, mogą całkowicie zaprzestać działalności. Inni świadczeniodawcy mogą natomiast w trosce o własne wyniki pozbywać się ciężej chorych pacjentów, odsyłając ich do innych zakładów lub oddziałów albo do domu (Sikka 2007).

Przyjęte przez CMS kryteria oceny wartości udzielanych świadczeń zostały również skrytykowane przez S.W. Glickmana i in. (2008). Dokonali oni oceny 9 kryteriów/miar jakości odnoszących się do medycyny ratunkowej (podanie aspiryny niezwłocznie po przybyciu do szpitala pacjenta z zawałem, podanie B-blokerów niezwłocznie po przybyciu do szpitala pacjenta z zawałem, wykonanie EKG pacjentowi z bólem w klatce piersiowej, wykonanie EKG w przypadku omdlenia, odpowiednia antybiotykoterapia zapalenia płuc, ocena wpływu czynników środowiskowych na wystąpienie bakteryjnego zapalenia płuc, ocena utlenowienia krwi, ocena stanu psychicznego chorego na zapalenie płuc, ocena zasadności zastosowania fibrynolizy w przypadku udaru), wskazanych przez wiodące amerykańskie organizacje – American College of Cardiology (ACC) i American Heart Association (AHA) (Spertus, Eagel i Krumholz 2005).

Według przyjętych przez ACC i AHA zaleceń metodologicznych podstawą tworzenia i doboru miar jakości dla świadczeń z zakresu medycyny sercowo-naczyniowej powinny być: siła dowodów naukowych na poparcie włączenia danej miary, istotność związku pomiędzy wysoką oceną przy użyciu proponowanej miary (zgodność postępowania ze wzorcem) a efektami klinicznymi (stanem zdrowia pacjenta), proporcjonalność oceny dokona-

nej przy użyciu proponowanej miary (stopień zgodności postępowania ze wzorcem) do zmiany wskaźników klinicznych pacjenta oraz efektywność kosztowa (opłacalność). O ile wszystkie zastosowane miary spełniały dwa pierwsze kryteria ACC i AHA i mierzone przy ich użyciu działania świadczeniodawców pozostawały w związku z wynikami klinicznymi pacjentów oraz poparte były bogatą i wiarygodną literaturą, o tyle inne (np. ocena wpływu czynników środowiskowych na wystąpienie bakteryjnego zapalenia płuc, ocena utlenowienia krwi, ocena stanu psychicznego chorego na zapalenie płuc) nie spełniły wymogu proporcjonalności do zmiany stanu zdrowia pacjenta.

Warto przy tym zauważyć, iż argumentem przemawiającym za rezygnacją z oceny świadczeniodawców pod kątem badania przez nich wpływu czynników środowiskowych na wystąpienie bakteryjnego zapalenia płuc, utlenowienia krwi oraz stanu psychicznego chorego na zapalenie płuc był m.in. fakt, iż prawie wszyscy świadczeniodawcy (średnio 99,4% przy próbie wynoszącej 3975 szpitali, a SD = 2%) postępowali zgodnie ze wzorcem. Autorzy uznali zatem, iż nie jest celowe dalsze nagradzanie świadczeniodawców za poprawę tych wskaźników, gdyż nie przyczyni się ona do poprawy poziomu opieki, a generować będzie koszty po stronie zarówno świadczeniodawców, jak i dokonującego oceny. Jakkolwiek wnioski zawarte w dokonanej ocenie inicjatywy CMS wskazywały na konieczność dokonania zmian w przyjętych miarach jakości, należy jednak zauważyć, iż ocena ta została dokonana w 2008 r., czyli po przeszło 4 latach od wdrożenia programu Premier Hospital Quality Incentive Demonstration. Pośrednio wysoki odsetek świadczeniodawców postępujących zgodnie z założonym wzorcem wskazuje na sukces podejścia polegającego na płaceniu za rezultaty.

Ciekawym przykładem możliwości zastosowania systemu płacenia za wyniki jest terapia cukrzycy. Jak każda choroba przewlekła, a w przeciwieństwie do wyżej przytoczonych przykładów interwencji o charakterze chirurgicznym, terapia cukrzycy opiera się w przeważającej mierze na zaangażowaniu samego chorego. Warto przy tym zauważyć, iż w niektórych krajach choroby przewlekłe dotykają 45% populacji i odpowiadają za przeszło 78% wydatków na ochronę zdrowia (Anderson i Horvath 2004). Wobec powiązania wyników leczenia cukrzycy z wiedzą i aktywnością samego pacjenta, na którą niebagatelny wpływ mają takie jego cechy, jak m.in. pozycja społeczno-ekonomiczna, wykształcenie czy wiek, trudno uznać stan kliniczny osoby cierpiącej na tę chorobę za miarodajną ocenę jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez konkretnego świadczeniodawcę (Longo i Schubert 2006). W takiej sytuacji powiązanie wysokości wynagrodzenia świadczeniodawcy z wynikami zdrowotnymi pacjenta mogłoby prowadzić do sytuacji, w której pacjenci byliby zachęcani do zmiany świadczeniodawcy (Beaulieu i Horrigan 2005). Wszelkie miary jakości i kosztu terapii chorób przewlekłych powinny uwzględniać złożoność uwarunkowań społeczno-eko-

nomicznych i takich czynników, jak nasilenie objawów chorobowych, możliwość wywiązania się przez pacjenta z obowiązków związanych z obserwacją własnego stanu zdrowia i wczesnym reagowaniem na jego pogorszenie (Beich i in. 2006).

Kolejnym obszarem wdrażania systemu płacenia za wyniki jest opieka psychiatryczna (Pelonero i Johnson 2007). Jednym z pierwszych był program wdrożony w 1996 r. przez jednego z ubezpieczycieli i organizatorów opieki zdrowotnej w USA – Anthem Blue Cross and Blue Shield. Pierwotnym celem tego programu była poprawa jakości opieki psychiatrycznej przy wykorzystaniu nadwyżek środków finansowych przeznaczanych na ten rodzaj opieki. W miarę rozwoju programu i przystępowania do niego kolejnych świadczeniodawców (ostatecznie odmówiło jedynie 3,4% świadczeniodawców współpracujących z ubezpieczycielem) wskazywano kolejne jego cele: umożliwienie różnego finansowania poszczególnych świadczeniodawców oraz wykazanie znaczenia opieki psychiatrycznej dla zdrowia populacji. Udział w programie miał charakter dobrowolny, lecz uzależniony od spełnienia przez świadczeniodawcę wymogu udzielania świadczeń odpowiednio dużej liczbie pacjentów, tak aby możliwe było zastosowanie większości zastosowanych miar jakości. Dzięki zaangażowaniu świadczeniodawców w proces wyboru miar możliwe było uzyskanie ich wsparcia i zaangażowania w program. W konstrukcji zestawu miar kierowano się takimi kryteriami, jak: uniwersalność, dostępność danych, odniesienie do diagnozy, kliniczna istotność oraz akceptacja przez świadczeniodawców. Uniwersalność zastosowanych miar powinna umożliwiać ich zastosowanie do działalności większości świadczeniodawców. Pozyskanie danych potrzebnych do określenia jakości/wartości udzielanych świadczeń nie powinno wiązać się z dodatkowymi obciążeniami administracyjnymi, lecz opierać się na już gromadzonych informacjach. Wreszcie, podstawą określenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych powinny być informacje odnoszące się do tych elementów procesu terapeutycznego, które są istotne z klinicznego punktu widzenia.

Według A.L. Pelonero i R.L. Johnsona (2007) realizacja programu przyczyniła się do znaczącej poprawy jakości/wartości udzielanych świadczeń w sześciu obszarach z siedmiu poddanych ocenie. W okresie 8 lat poprawy nie zanotowano jedynie w zakresie satysfakcji pacjentów, rozumianej jako gotowość pacjenta do zarekomendowania danego świadczeniodawcy członkowi rodziny lub znajomemu. Dodatkowo autorzy wskazali na zalety wdrożenia koncepcji płacenia za rezultaty dla ubezpieczyciela. Jest to przede wszystkim możliwość użycia wyników pomiaru wartości udzielanych świadczeń do wyboru współpracujących świadczeniodawców i, dzięki upublicznieniu informacji o wynikach „własnej sieci", uzyskania przewagi konkurencyjnej nad innymi ubezpieczycielami. Uwaga ta jest oczywiście aktualna w odniesieniu do specyficznej organizacji rynku usług zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych.

Przykładem udanego wdrożenia koncepcji płacenia za rezultaty jest stan Massachusetts, który począwszy od 1997 r. zlecił zarządzanie opieką psychiatryczną spółce Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) (Bachman 2006). Zawarty z MBHP kontrakt przewidywał ocenę wartości udzielanych świadczeń przy użyciu 19 miar, a w przypadku spełnienia wszystkich wymagań uprawniał spółkę do otrzymania dodatkowych 6,7 mln USD wynagrodzenia. Już w 2. roku realizacji programu MBHP wypełniła większość z postawionych celów i uzyskała dodatkowe 5 mln USD. Od 2004 r. MBHP rozpoczęła przenoszenie zastosowanych rozwiązań na poziom kontraktów z poszczególnymi świadczeniobiorcami, oferując im wzrost wysokości wynagrodzeń o 3,2%, pod warunkiem regularnego monitorowania stanu zdrowia i sposobu funkcjonowania pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnych, oraz przekazywania ich MBHP.

MBHP wspierało korzystanie przez innych świadczeniodawców, szczególnie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, z Laboratorium Opieki Psychiatrycznej. Była to instytucja, do której przesyłane były wypełnione przez pacjentów kwestionariusze wywiadu i która w czasie rzeczywistym (około 15 minut) przekazywała świadczeniodawcy raport opracowany na podstawie przyjętych wytycznych postępowania leczniczego. Współpraca z Laboratorium umożliwiła nie tylko ujednolicenie, wzrost trafności diagnoz i skuteczności leczenia, ale również zbieranie danych, które w połączeniu z innymi informacjami, do których zbierania zachęcani byli świadczeniodawcy (ocena stanu zdrowia i funkcjonowania pacjenta), umożliwiały kompleksową ocenę wartości świadczeń udzielanych przez poszczególnych świadczeniodawców. W celu uzyskania miarodajnych wyników i zapobieżenia procesowi „unikania cięższych przypadków" w ocenie wartości świadczeń uwzględniano wpływ stopnia nasilenia objawów chorobowych występujących u pacjentów.

Analiza wyników wdrożonego programu pozwoliła stwierdzić, iż w opiece psychiatrycznej do wywołania pożądanych zachowań świadczeniodawców konieczne jest przeznaczenie odpowiednio wyższych zachęt niż w innych dziedzinach medycyny (Alper 2005). Wskazano przy tym na trudność w zmobilizowaniu świadczeniodawców do stałej, wielomiesięcznej aktywności (np. kontroli farmakoterapii pacjenta z depresją), która mogłaby się przyczynić do poprawy stanu zdrowia pacjenta – lepszych wyników klinicznych i wzrostu poziomu satysfakcji. Stwierdzono jednocześnie wyższość koncepcji płacenia za rezultaty nad metodą płacenia za usługę w tych świadczeniach, które wymagają współpracy pacjenta i lekarza (np. leczenie zaburzeń zachowania). Powiązanie wysokości otrzymywanego przez świadczeniobiorcę wynagrodzenia ze skutecznością jego działań sprzyja bowiem jego aktywności i zaangażowaniu w proces terapeutyczny oraz zapobiega przedłużaniu terapii (Leonard i Zivin 2004).

5. Podsumowanie i wnioski

Przedstawione powyżej założenia koncepcji płacenia za wyniki, jak również przytoczone przykłady wdrożenia takich systemów płacenia w odniesieniu do opieki zdrowotnej, uzasadniają stwierdzenie, iż poprawnie zaprojektowany system wynagradzania świadczeniodawców za jakość lub wartość (jakość i koszt) udzielanych świadczeń może generować pozytywne zmiany w sposobie funkcjonowania, prowadzące do poprawy efektywności na poziomie pojedynczych świadczeniodawców i systemu, do poprawy wskaźników zdrowotnych pacjentów i całego społeczeństwa. Nie należy jednak zapominać o zagrożeniach. W kontekście potencjalnych korzyści i zagrożeń stosowania systemów typu P4P i V-BP kluczową role odgrywa stworzenie warunków i właściwe zaprojektowanie.

E. Merrick i in. (2002) określają wymogi co do wyboru miar wartości udzielanych świadczeń zdrowotnych w udanym programie płacenia za wyniki. Mają one odnosić się do:

- oceny wyników klinicznych pacjentów (rezultatów leczenia),
- oceny przebiegu procesu terapii,
- zgodności postępowania terapeutycznego z wytycznymi i zaleceniami,
- wyników oceny zadowolenia pacjentów.

J. Rowe (2006) formułuje następujące zasady, wynikające z doświadczeń z wdrażania programów płacenia za wyniki:

- zaangażowanie świadczeniodawców w programy poprawy wartości (wzrostu jakości i spadku kosztów) wzrasta wraz ze wzrostem stopnia skomplikowania programu,
- dodatkowe wynagrodzenie powinno objąć nie tylko świadczeniodawców osiągających wysoką bezwzględną wartość udzielnych świadczeń zdrowotnych, ale również tych, którzy zanotowali dużą dynamikę pozytywnych zmian jakości do kosztów (Birkmeyer i Birkmeyer 2006),
- w przypadku celów łatwo osiągalnych przez dużą liczbę świadczeniodawców zachęty powinny przybrać postać niefinansową,
- zachęty finansowe powinny być atrakcyjne dla świadczeniodawców i pochodzić z dodatkowych środków („nowe pieniądze"),
- kryteria oceny jakości świadczeń udzielnych przez poszczególnych świadczeniodawców powinny wynikać przede wszystkim z dowodów naukowych (*evidence-based medicine* – EBM), charakteryzując się kliniczną istotnością, obserwowalnością i mierzalnością.

Dążenie do wzrostu jakości i wartości świadczeń zdrowotnych musi być wspólnym działaniem płatników i usługodawców. Nie nastąpi bez aktywnego włączenia się tych ostatnich. Dla obu stron oznacza deklarację niezgody na sytuację, w której jednakowo płaci się za świadczenia jakościowo dobre i złe. Monitorowanie jakości i wartości świadczeń zdrowotnych na różnych poziomach systemu wyznacza kierunek na standaryzowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ujednolicanie kryteriów ich oceny.

Głównym czynnikiem determinującym prawidłowe funkcjonowanie systemów typy P4P i V-BP jest wsparcie przez systemy informatyczne, gromadzące i przetwarzające wiele danych o stanie zdrowia, o procedurach zastosowanych przez usługodawców opieki, o kosztach świadczeń.

W funkcjonujących obecnie w Polsce zasadach płacenia świadczeniodawcom za udzielone świadczenia zdrowotne odniesienia do koncepcji płacenia P4P czy V-BP są marginalne. Obowiązujące rozwiązania przewidują co prawda kilka mechanizmów finansowych, które powinny zachęcać świadczeniodawców do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób efektywny, ich głównym celem jest jednak ograniczenie wydatków płatnika publicznego, a nie poprawa jakości opieki. Jak na razie, główny płatnik publiczny nie włącza się do wdrażania systemów wzrostu jakości i wartości świadczeń zdrowotnych przez zachęty finansowe, mimo że dysponuje rozległą bazą danych od usługodawców. Niewykorzystaną szansę wdrożenia jakiegoś systemu typu V-BP stwarzała sytuacja nadwyżek finansowych NFZ w latach 2006–2009. Sprawa wzrostu jakości została pozostawiona zakładom opieki zdrowotnej, które koncentrują się na zdobywaniu certyfikatów jakości. Fakt posiadania takiego certyfikatu nie jest powiązany w sposób przejrzysty z poziomem stawek lub dodatkowymi gratyfikacjami finansowymi.

Informacje o autorkach

Dr Alicja Sobczak – Zakład Teorii i Metod Organizacji, Katedra Teorii Organizacji, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski; Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. E-mail: alicjateresa@gmail.com.

Lek. dent. Justyna Grudziąż-Sękowska – Zakład Stomatologii Dziecięcej, Instytut Stomatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. E-mail: justyna.grudziaz@op.pl.

Bibliografia

Agency for Healthcare Research and Quality 2007. *Conference on health care data collection and reporting*, http://healthhit.ahrq.gov/portal/server.pt/gateway/PTARGS_0_227079_0_0_18/AHRQ_DataReport_final.pdf, odczyt: 4.02.2011.

Alper, P.R. 2005. Performance incentives. *Health Affairs*, nr 24.

Anderson, G. i J. Horvath 2004. Growing burden of chronic diseases in America. *Public Health Reports*, nr 119, s. 263–270.

Bachman, J. 2006. Pay for performance in primary and specialty behavioral health care: Two "concept" proposals. *Profesional Psychology*, nr 4 (37), s. 384–388.

Bakre, G. i B. Carter 2004. The evolution of pay-for-performance models for rewarding providers, w: J. Gutman, *Case Studies in Health Plan Pay-for-Performance Programs*, s. 1–13. Waszyngton: Atlantic Information Services.

Baumann, M.H. i E. Dellert 2006. Performance measures and pay for performance. *CHEST*, nr 129, s. 188–191.

Beaulieu, N.D. i D.R. Horrigan 2005. *Putting smart money to work for quality improvement. Health Service Research*, nr 40, s. 1318–1334.

Beer, M. i M.D. Cannon 2002. *Promise and Peril in Implementing Pay for Performance: A Report on Thirteen Natural Experiments*. Harvard Business School, http://www.people.hbs.edu/bhall/NOMTalks/papers/HPPayExperimentFinal2_25.pdf, odczyt: 4.02.2011.

Beich, J., Scalon, D.P., Ulbreht, J., Ford, E.W. i I.A. Ibrahim 2006. The role of disease management in pay-for-performance programs for improving the care for chronically ill patients. *Medical Care Research and Review*, nr 63, s. 96S–116S.

Birkmeyer, N.J. i J.D. Birkmeyer 2006. Strategies for improving surgical quality – should payers reward excellence or effort? *The New England Journal of Medicine*, nr 356, s. 864–870.

Doran, T. 2008. Lessons from early experience with pay for performance. *Disease Management and Health Outcomes*, nr 2 (16), s. 69–77.

Glickman, S.W., Schulman, K.A., Peterson, E.D., Hockre, M.B. i C.B. Carins 2008. Evidence-baised perspectives on performance and quality of patient care and outcomes in emergency medicine. *Annales of Emergency Medicine*, nr 5 (51).

Goldfield, N., Burford, R., Averil, R., Boissonnault, B., Kelly, W., Kravis, T. i N. Smithline 2005. Pay for performance: An excellent idea that simply needs implementation. *Quality Management in Health Care*, nr 1 (14), s. 31–44.

Greb, S., Focke, A., Hessel, F. i J Wasem 2006. Financial incentives for disease management programmes and integrated care in Germany social health insurance. *Health Policy*, nr 2–3 (78), s. 295–305.

Hazelwood, A. i E.D. Cook 2008. Improving quality of health care through pay-for-performance programs. *The Health Care Manager*, nr 2 (27), s. 104–112.

Lagace, M. 2003. *Pay-for-Performance Doesn't Always Pay Off*, Harvard Business School, http://hbswk.hbs.edu/item/3424.html, odczyt: 4.02.2011.

Leonard, K.L. i J.G. Zivin 2004. Outcome versus service based payments in health care: Lesson from African traditional healers. *Health Economics*, nr 14, s. 575–593.

Longo, D.R. i S.L. Schubert 2006. Issues in pay for performance: The case of diabetes self-management. *Journal of Health Care Finance*, nr 1 (33), s. 17–23.

Mandel, K.E. i U.R. Kotagal 2007. Pay for performance alone cannot drive quality. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*; nr 7 (161), s. 650–655.

Merrick, E., Granick, D.W., Horgan, C.M. i D. Hodgkin 2002. Quality measurements and accountability for substance abuse and mental health services in managed care organizations. *Medical Care*, nr 40, s. 1238–1248.

Meterko, M., Young, G.J., White, B., Bokhour, B.G., Burgess, J.F., Berlovit, D., Guldin, M.R. i M.N. Seibert 2006. Provider attitudes toward pay-for-performance programs: Development and validation of a measurement instruments. *Health Services Research*, nr 5 (41), s. 1959–1978.

Meyer, J., Rybowski, L. i R. Eichler 1997. *Theory and Reality of Value-Based Purchasing: Lessons from the Pioneers*, Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 98-0004.

Narodowy Rachunek Zdrowia 2011. http://www.stat.gov.pl, odczyt: 4.02.2011.

Pelonero, A.L.A. i R.L. Johnson 2007. Pay-for-performance program for behavioral health care practicioners. *Psychiatric Services*, nr 4 (58).

Pocztowski, A. 2003. *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Premier Hospital Incentive Demonstration 2011. http://www.cms.gov/HospitalQualityInits, odczyt: 4.02.2011.

Rowe, J.W. 2006. Pay-for-performance and accountability: Related themes in improving health care. *Annals of Internal Medicine*, nr 145, s. 695–699.

Sikka, R. 2007. Pay for Performance in Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*, nr 6 (49).

Spertus, J.A., Eagel, K.A. i H.M. Krumholz 2005. American College of Cardiology and American Heart Association for the selection and creation of performance measures for qualifying the quality of cardiovascular care. *Journal of American College of Cardiology*, nr 45, s. 1147–1156.

Spinelli, R.J. i J.M. Fromknecht 2007. Pay for performance. Improving quality care. *The Health Care Manager*, nr 2 (26), s. 128–137.

UK Public Spendings 2011. http://www.ukpublicspending.co.uk/classic#ukgs302, odczyt: 4.02.2011.

United Kingdom – National Expenditure on Health 2011. http://www.who.int/nha/country/gbr.pdf, odczyt: 4.02.2011.

US National Health Expenditure 2011. https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage, odczyt: 4.02.2011.