

Važnost preferencija pacijenata u osmišljavanju, organizaciji i realizaciji zdravstvenih usluga

(Importance of patients)

Ana Bobinac, Suzana Janković, Emina Grgurević Dujmić, Giulia Malatestinić

Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ

Sažetak

Unazad desetak godina došlo je do intenzivnog razvoja područja Ekonomike zdravstva (Health economics) u svijetu. U sklopu te interdisciplinarnosti, koja pokušava dati odgovor na pitanje kako najučinkovitije alocirati oskudna sredstva unutar zdravstvenog sustava, usvajaju se i razvijaju znanja i tehnike kojima se služimo u procesu elicitanja preferencija pacijenata vezanih uz zdravstvene usluge. Iste uzimamo u obzir pri formuliranju zdravstvenih intervencija, unapređenju kvalitete usluga ili, primjerice, odabiru preporučene terapije. Najzanimljivija, primjenjena i najmodernija inačica Conjoint analize, koja najbolje obuhvaća dinamičnost i heterogenost dobara i usluga u zdravstvenom sustavu, jest metoda „diskretnog, određenog, osebujnog“ izbora ili Discrete choice experiment (DCE). Njome se dolazi do strukturiranih zaključaka o stvarnim preferencijama ispitanika, vezanima uz objekt istraživanja, i o mogućem trade-off između varijabli kojima ga opisujemo. Drugo, dolazimo do odgovora na pitanje: u kojem iznosu bi pacijenti sami bili voljni financirati neke od elemenata (varijabli) zdravstvenog dobra ili usluge (marginal willingness to pay – MWTP) i dobro ili uslugu u cjelini (total willingness to pay – WTP). Trendovi ispitivanja preferencija i njihova integracija u proces odlučivanja ne smiju zaobići ni zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Osim što osnova za donošenje odluka u sustavu mora biti temeljena na medicinskoj i ekonomskoj argumentaciji, za kvalitetnu dogradnju potrebno je uvažiti preferencije onih kojima se usluge nude.

Ključne riječi: elicitanje preferencija pacijenata, conjoint analiza, discrete choice experiment, willingness to pay (WTP), marginal willingness to pay (MWTP)

Uvod: Zašto elicirati preferencije

Pacijent je, neosporno, razlog zbog kojeg zdravstveni sustav postoji. Nije u funkciji viših sila (da se ne kaže interesa), već je tu da bi odgovorio na zahtjeve i potrebe onih kojima je zdravstvena pomoć potrebna. U krajnju liniju, sami pacijenti, oni sadašnji i budući, financiraju taj sustav i od njega mnogo očekuju.

U razvijenim zemljama svijeta nije novost uzeti u obzir preferencije pacijenata pri formuliranju zdravstvenih intervencija, unapređenju kvalitete usluga ili, primjerice, odabiru preporučene terapije. Ta je praksa na Zapadu uvriježena još od početka devedesetih godina (Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland, itd). Empirijski dokazi potvrđuju da, što liječnici, sestre i „manageri“ u sustavu znaju više o preferencijama pacijenata i zajednice vezanima uz usluge koje im nude, zdravstvena njega je jeftinija, učinkovitija i bliža stvarnim potrebama (Ryan and Farrar 2000). Naravno, kako bi se informacije o preferencijama smisljeno koristile, moramo ih kombinirati s drugim tipovima informacija: onima o raspoloživim vrstama liječenja, statusu pacijenta i dijagnozi. Integracija zahtijeva da se elicirane preferencije predstavljaju na univerzalan, usporediv i jasan način te da se podvrgavaju kompjuterskoj (statističkoj), umjesto ljudskoj interpretaciji.

Kako uočiti preferencije pacijenata

Tržište zdravstvenim uslugama specifično je; ono ne postoji i ne funkcionira u klasičnom smislu i obliku, iako postoji i ponuda i potražnja za zdravstvenim uslugama. Samim promatranjem tržišta evidentiramo potrošnju dobara i usluga u zdravstvu, dijagnoze i preporuke liječnika, no kako sami pacijenti prioritiziraju kad je riječ o njihovom zdravlju i kakav je odnos vrijednosti ili trade-off na kojeg se odlučuju pri donošenju odluka, ostaje izvan dosega. Iz tog je razloga preferencije pacijenata i vrijednosti koje pripisuju pojedinim dobrima i uslugama moguće utvrditi tek suptilnijim znanstveno-istraživačkim metodama.

Uočavanjem preferencija dolazimo do revealed preferences (otkivene preferencije), a one preferencije koje ekstrahiramo, eliciramo pomoću upitnika, nazivamo stated preferences (izrečene preferencije).

Elicitanje preferencija (stated preferences) provodi se pomoću upitnika, u pismenom, usmenom ili kompjuterskom obliku. Najjednostavniji primjer jesu upitnici koje u bolnicama ispune pacijenti, a s pitanjima kao: jeste li zadovoljni uslugom koja vam je pružena ili ljubaznošću medicinskog osoblja.

Takvi odgovori daju podstrek za uvođenje promjena i poboljšanje kvalitete sustava. Međutim, unutar ekonomike zdravstva služimo se mnogo složenijim upitnicima, čije kreiranje i interpretacija daju odgovore na mnogo složenija pitanja, upravo ona potrebna za integraciju preferencija u proces odlučivanja.

U kreiranju tako složenih upitnika nalazimo dvojaku svrhu. Prvo, njima se dolazi do strukturiranih zaključaka o stvarnim preferencijama ispitanika vezanima uz objekt istraživanja i o mogućem trade-off između varijabli kojima isti opisujemo. Drugo, dolazimo do odgovora na pitanje u kojem iznosu bi pacijenti bili voljni sami financirati neke od elemenata (varijabli) zdravstvenog dobra ili usluge (marginal willingness to pay – MWTP) i dobro ili uslugu u cjelini (total willingness to pay – WTP).

Osim toga, vrednovanje pojedine zdravstvene usluge u novčanom obliku – dakle WTP za pojedino dobro ili uslugu – način je kako kvantificirati vrijednost zdravlja u najširem smislu.

Primjer će nam pomoći da bolje razumijemo problematiku. Uzmemo li da se lijek za neku bolest može uzimati oralno jednom dnevno uz mučninu ili intravenozno, što je samo po sebi neugodnije, svaki drugi dan bez mučnine (uz istu učinkovitost), na pacijentima je da odluče kojoj bi se terapiji radije podvrgli. Također, utvrđuje se koliki je trade-off između mučnine i učestalosti uzimanja lijeka. Kod nas ta praksa nije još zaživjela. Nadalje, uključivanjem varijable „cost-trošak“ u opis objekta istraživanja (u ovom slučaju terapiju za bolest iz primjera), možemo utvrditi koliko bi pacijenti platili za lijek koji neće izazivati mučnine, a uzimati će se u oralno (dakle i MWTP i WTP). Drugi primjer bilo bi ispitivanje voljnosti pacijenata da sami preuzmu plaćanje neke usluge u zdravstvu, prijeti li se da će ona inače biti ugašena. Primjerice, može se ispitati koliko bi žene u dobri od 20-60 godina bile same voljne platiti za pregled unutar skrininga za HPV. Tada bi znali, ako nam je poznat trošak takvog pregleda, postoji li mogućnost za žene same financirati skrining program.

Elicitiranje preferencija

Tehnike koje možemo upotrijebiti u svrhu eliciranja preferencija ili iznalaženja WTP za pojedine usluge ima nekoliko. Najčešće upotrijebljene su „Objedinjena“ - Conjoint i „Uvjetna“ - Contingent analiza.

Naravno da preferencije i WTP, do kojih dolazimo na ovakav „umjetan“ način, imaju svoje nedostatke, međutim validitet tih metoda potvrđuje se svakom novom studijom (Teslera and Zweifel, 2005), a to znači da se ono što pacijenti otkriju pomoću stated preferences, a kasnije se zaista potvrđuje u praksi – observira kao revealed preference. U našem primjeru to znači da, ako su žene u istraživanju odredile svoj WTP za skrining HPV-a od 25 kn, u trenutku kada se program organizira i naplaćivanje započne, odziv ne opada ispod procijenjene razine.

Contigent analiza

Contingent analiza je metoda kojom se direktno otkrivaju preferencije i monetariziraju vrijednosti dobara i usluga koje ne postoje na standardno definiranom tržištu. Ispitanike se moli da zamisle da dotično dobro ili usluga zaista postoje na tržištu te da sami odrede maksimalni iznos koji bi za njega bili voljni platiti (WTP). Druga opcija jest da ispitanici zamisle da posjeduju dotično dobro ili im se može pružiti dotična usluga. Pitanje koliko bi im se trebalo platiti da se toga odreknu, odnosno prodaju (willingness to accept - WTA) (Smith, 2003). Nadalje, najčešće se u primjeni ove analize u zdravstvu koristi upravo WTP, jer se na izravniji način mjeri korist od dobra ili usluge za ispitanike, a WTA se empirijski pokazao višim od WTP, zbog efekta supstitucije (Hanemann 1991) ili straha od gubitka (Tversky & Kahneman 1991).

Primjer pitanja kakvog susrećemo u Contingent analizi (van der Berg et al 2005):

„Pretpostavimo da je vašem supružniku potreban dodatni sat njege na tjedan i da će vam država platiti kako bi pružali tu dodatnu njegu“. Koji je minimalan iznos kojeg biste primili od države za tu uslugu (upotpunite): (1) 10 € (2) manje od 10 €, dakle ... kn (3) više od 10, dakle..... € (upišite iznos na crtu)

Rezultat ovakvog upitnika dao je prosječan WTA od 9.52 eura (n=124) – dakle, iznos kojeg bi država trebala platiti supružnicima za dodatni sat njege. Razumije se kakvu implikaciju ima ovakva informacija; odluči li država platiti dodatno vrijeme neformalnog oblika njege supružnicima, svakako je korisno znati kojim bi iznosom ona bila osigurana. Elicitiramo li, na isti način, monetarnu vrijednost nekog drugog dobra ili usluge, možemo ih međusobno usporediti i iskoristiti pri prioritiziranju.

Conjoint analiza

Conjoint analiza je metoda indirektnog otkrivanja preferencija; razvijena je u psihologiji, a široku primjenu našla je, ponajprije, u marketinškim istraživanjima. Danas ova metodologija nalazi svoje mjesto i u ekonomici zdravstva te je njezina primjena uobičajena pri eliciranju preferencija za izbor vrste liječenja, organizacije zdravstvenih programa ili vrednovanja ishoda liječenja. Također, conjoint analizom koristimo se kada želimo indirektno utvrditi monetarnu vrijednost (WTP) dobara ili usluga u zdravstvu (Ryan and Farrar, 2000).

Unutar Conjoint analize, od ispitanika se može tražiti da po određenom sistemu rangiraju dobra ili usluge ili ih drukčije ocijene. Međutim, najzanimljivija, primjenjenija i najmodernija inačica Conjoint

analize, koja najbolje obuhvaća dinamičnost i heterogenost dobra i usluga u zdravstvenom sustavu, jest metoda „diskretnog, određenog, osebujnog“ izbora ili Discrete choice experiment (DCE). Njom se elicitiraju preferencije ispitanika, a u isto vrijeme (ovisno o dizajnu istraživanja) indirektno određuje i WTP za određeno dobro ili uslugu (Drummond, 2005). DCE se bazira na Lancasterovoj ekonomskoj teoriji vrijednosti (Lancaster, 1966). Metodologija nalaže da se dobra i usluge opišu pomoću njihovih atributa, karakteristika, raščlanjenih na različite stupnjeve ili levela. Atributi i leveli određuju se prema mišljenju stručnjaka iz područja, analizom literature, vlastitim iskustvima i mišljenjima pacijenata. Kombiniranjem različitih atributa, tj. njihovih levela, stvaramo scenarije, dakle različite opise istog dobra ili usluge. Broj scenarija povećava se s brojem atributa i levela. Scenariji tvore uputnike koji se podastiru ispitanicima. Primjerice: imamo dvije vrste liječenja GERB-a, obje se mogu opisati pomoću atributa i levela prikazanih Tablicom 1 (Kleinman et al 2002). Kakve su preferencije pacijenata vezanih uz ove tretmane i koliki je MWTP za pojedini atribut te TWTP za cjelokupno liječenje, pokazat će se DCE metodom.

Tablica 1: Atributi i leveli kojima opisujemo liječenje GERB-a

ATRIBUTI	LEVELI		
	0	1	2
1. Vrijeme u kojem nestaju simptomi bolesti	2 dana	4 dana	-
2. U kojem obujmu nestaju simptomi?	U potpunosti	Djelomično	Ne uopće
3. Nuspojave	Nema nus pojava	Ima nus pojava	-
4. Mjesečna cijena lijeka	0 kn	50 kn	100 kn

Tablica 2: Primjer jednog od mogućih scenarija uključenog u upitnik

IZBOR I	Liječenje A	Liječenje B
Vrijeme u kojem nestaju simptomi bolesti	2 dana	4 dana
U kojem obujmu nestaju simptomi?	Djelomično	U potpunost
Nuspojave	Nema nus pojava	Ima nus pojava
Mjesečna cijena lijeka	100 kn	50 kn

Koje liječenje preferirate?

liječenje A

liječenje B

Upitnik sadrži više ovakvih Izbori, a točan broj ovisi o broju atributa i levela te ekperimentalnom dizajnu. Ispitanike se moli da odaberu u svakom Izboru između dva ponuđena liječenja, dakle dva scenarija, ovisno o svojim preferencijama. Cijena i ostali atributi variraju u svojim levelima kroz scenarije. Kako bi odabrao liječenje A ili liječenje B, ispitanik sagledava sve attribute istovremeno. Odlukom da odabere liječenje A povrh liječenja B, ispitanik odgovara na mnogo više pitanja nego se čini, a prvenstveno na pitanje koji atributi su važniji od kojih i kakav im je međusobni trade-off i, ako je atribut „cijena“ uključen, koliki je MWTP za svaki od atributa te ukupno.

Nakon što se ispitivanje provede, statističkom obradom dolazimo do željenih odgovora. Statističke metode podrazumijevaju aplikaciju probit ili logit modela te njihove složenije inačice.

Uz scenarije, ispitanici popunjavaju i rubriku s osobnim podacima koji omogućavaju segmentacijsku analizu; njome sagledavamo kako preferencije i WTP variraju s obzirom na dob, spol, dohodak ili obrazovanje. Budući da se svako istraživanje, a priori, oslanja na određene pretpostavke (primjerice, WTP će rasti kako raste dohodak), segmentacijska analiza omogućuje testiranje teoretske ispravnost (theoretical validity) istraživanja.

Rezultati analize

Primjera rezultata analiza o kakvima govorimo u novoj literaturi ima sve više. Primjer terepije za GERB proizlazi iz studije koja je dokazala da, nakon što je 250 pacijenata popunilo upitnik sa više setova scenarija (kao u Tablici 2), svi su atributi kojima se opisuje liječenje bili statistički značajni. To znači da su atributi, kojima smo opisali proces i posljedice liječenja, bili zaista važni za ispitanike. Ukupna WTP za liječenje koje će biti uspješno u najkraćem roku i bez nuspojava iznosi 182\$ mjesečno (TWTP). Segmentacijskom analizom utvrdilo se da bi pacijenti s manje uznapredovalim oblikom GERB-a bili voljni platiti više kako bi izbjegli nuspojave, oko 60\$ (TWTP). Stariji pacijenti voljni su platiti manje od mlađih za istu uslugu, a za sve je pacijente najvažniji atribut bio smanjenje nuspojava. MWTP za vrijeme u kojem nestaju simptomi (po danu) iznosi 2,5\$; MWTP za potpuno eliminiranje nuspojave 41,66\$; MWTP za obujam u kojem nestaju simptomi: djelomično 35\$, potpuno 110\$.

Respondenti

Ispitanici, koji sudjeluju u popunjavanju upitnika, ne moraju nužno imati iskustva s proizvodom ili uslugom o kojoj se radi (Lloyd, 2003). Upitnici mogu varirati unutar skupina (pacijenti, ugrožene skupine ili slično). Općenito, u DCE se nastoji obuhvatiti skupina u kojoj su zastupljeni i pacijenti, ali i društvena perspektiva. Ispunjavanje upitnika može se provoditi usmenim putem, pismeno ili kompjuterski.

Zaključak

Literatura navodi mnoge metodološke, praktične i teorijske probleme pri osmišljavanju i provođenju ovako složenih eksperimenata. Najčešće spominjani argument odnosi se na hipotetičnost sadržaja upitnika i, samim tim, nesrazmjer s stvarnim izborima i preferencijama. Sistematske pogreške koje se javljaju u metodama eliciranja preferencija opširno su raspravljane u literaturi (vidjeti Gilovich et al. 2002, Kahneman et al. 1982, Kahneman & Tversky, 2000). Međutim, sve se više pokazuje da je razvojem metode DCE ipak riješeno mnogo problema te da su rezultati konzistentni sa stvarnim preferencijama (Teslera and Zweifel, 2005).

Conjoint analiza, ponajviše DCE, najrelevantnija je metoda eliciranja preferencija u zdravstvu, ponajviše zahvaljujući svojoj heterogenosti i dinamičnosti, kojom se lako sagledavaju višestruki aspekti pojedinih elemenata zdravstvenog sustava. Danas je ova metoda vrlo prisutna te lako nalazi svoje mjesto u sadržajima indeksiranih časopisa, što govori o njezinoj važnosti i potencijalu. Trendovi ispitivanja preferencija i njihova integracija u proces odlučivanja ne smiju zaobići ni zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Osim što osnova za donošenje odluka u sustavu mora biti temeljena na medicinskoj i ekonomskoj argumentaciji, za kvalitetnu dogradnju potrebno je uvažiti preferencije onih kojima se usluge nude. Sve većom konkurencijom u području dodatnog zdravstvenog osiguranja, povećavat će se i konkurencija u sustavu pružanja zdravstvenih usluga. Tržišna utakmica okrenuta je jedino prema publici – u ovom slučaju pacijentima – što ni nacionalni zdravstveni sustav ne može zanemariti. Potencijala za implementaciju preferencija pacijenata ima na pretek te se nadam da će i ovaj rad ukazati na njihovu važnost.

Literatura:

1. Farrar S, Ryan M, Ross D, Ludbrook A., Using discrete choice modelling in priority setting: an application to clinical service developments, *Soc Sci Med.* 2000 Jan;50(1):63-75
2. Flatley P. and Indiana S., Improving Health Care by Understanding Patient Preferences: The Role of Computer Technology, *Journal of the American Medical Informatics Association* 1998;5:257-262
3. Hanemann, W. M., Willingness to Pay and Willingness to Accept - How Much Can They Differ, *American Economic Review* 1991;81(3):635-647
4. Kleinman L, McIntosh E, Ryan M, Schmier J, Crawley J, Locke GR 3rd, De Lissoyoy G., Willingness to pay for complete symptom relief of gastroesophageal reflux disease, *Arch Intern Med.* 2002 Jun 24;162(12):1361-6
5. Lancaster, K. J., A new approach to consumer theory, *Journal of Political Economy*, 1966;74(2):132-157.
6. NHS Management Executive. Local voices: the views of local people in purchasing for health. London: Department of Health, 1992.
7. Scottish Office Department of Health. The patient's charter: what users think. Edinburgh: HMSO, 1992
8. Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland.

Promoting better health. London: HMSO, 1989.

9.Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland.
Working for patients. London: HMSO, 1989.

10.Secretary of State for Health. The health of the nation. London: HMSO,
1989.

Smith DB., Healthcare's hidden civil rights legacy, St Louis Univ Law J. 2003 Fall;48(1):37-60

Ruland C. and Bakken S., Representing patient preference-related concepts for inclusion in electronic health records, Journal of biomedical informatics 2001;34 (6): 415-422

Ryan M. and Farrar S., Using conjoint analysis to elicit preferences for health care, BMJ, 2000 Jun 3;320(7248):1530-3

Tversky A. And Kahneman D., Loss Aversion in Riskless Choice - A Reference-Dependent Model, Quarterly Journal of Economics 1991; 106(4):1039-1061

van den Berg B, Brouwer W, van Exel J, Koopmanschap M., Economic valuation of informal care: the contingent valuation method applied to informal caregiving, Health Econ. 2005 Feb; 14(2):169-83

AUTOR:

Mr.sc. Ana Bobinac, dipl.oec

Odjel Socijalne medicine

Nastavni Zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

Krešimirova 52a

51000 Rijeka

Hrvatska

Email: anabobinac@gmail.com

Tel: 00385919348189