



W zeszłym tygodniu w Belwederze dyskutowano na temat możliwości zmiany modelu finansowania służby zdrowia. FOT. KRZYSZTOF SITKOWSKI/KPRP

Jacek Przybylski

**Kolejne kraje podpisują kontrakty, w których pieniądze za leki czy terapie uzależnione są od ich wyników. Kiedy Polska przejdzie na model płacenia szpitalom czy koncernom farmaceutycznym za efekty, a nie tylko za świadczenie usług?**

# Cel: zdrowy pacjent

**V**alue Based Healthcare – pod terminem promowanym przez Michaela Portera z Uniwersytetu Harvarda kryje się ochrona zdrowia oparta na wartościach. Zgodnie z tą ideą nacisk kładziony jest nie tyle na sam fakt świadczenia usług, ile na efekty kompleksowej poprawy zdrowia i jakości życia pacjenta.

W teorii na model VBHC składają się skuteczność leczenia, wysoka jakość świadczeń i efektywność kosztowa. W połączeniu z nowymi technologiami, ogromnymi bazami danych i ze zmianą sposobu myślenia najważniejszych graczy w systemie ochrony zdrowia koncepcja ta ma doprowadzić do rewolucyjnych zmian dla pacjentów, lekarzy czy firm farmaceutycznych. Idea ta zakłada bowiem, że nie będzie się już płacić za liczbę przyjętych osób czy wykonanych badań, ale za wyniki pracy i skuteczność oferowanych terapii. Tym wynikiem może być np. pokonanie przez pacjenta choroby nowotworowej, mniejsza liczba hospitalizacji w przypadku cukrzycy czy zapobieżenie złamaniom kości w przypadku chorych na osteoporozę. Taką zmianę paradygmatu widać już np. w leczeniu pacjentów onkologicznych. Wcześniej poddawano ich po prostu krótkotrwałej chemioterapii, po której chory był wyleczony albo nie. Nowoczesne leczenie nowotworów jest oparte na perso-

nalizowanej terapii celowanej molekularnie, która często trwa latami i choć kosztuje nieporównywalnie więcej, to pozwala długo utrzymywać chorobę pod kontrolą.

Chodzi nie tylko o innowacyjne leki, lecz także o to, aby rozwijać dużo tańszą profilaktykę, a jeśli pacjent już zachoruje, to dopilnować np., aby prawidłowo przyjmował przepisane medykamenty i nie przerywał terapii w połowie, bo takie działanie jest szkodliwe dla niego samego (choroba szybko powraca), jak i koszmarnie drogie dla i tak coraz bardziej niewydolnego systemu opieki.

## MODEL NA XXI WIEK

Eksperti przekonują, że stworzenie nowego modelu na miarę wyzwań XXI w. było konieczne. Systemy opieki zdrowotnej i społecznej na całym świecie są bowiem w coraz większych tarapatkach, ponieważ w starzejących się społeczeństwach wydatki na ochronę zdrowia rosną o wiele szybciej, niż wynosi wzrost gospodarczy. Na razie nie ma alternatywy. Idea VBHC od kilku lat zyskuje więc na popularności w takich krajach jak Holandia – gdzie wdrażanie opieki opartej na wartościach jest na bardzo zaawansowanym etapie – Dania, Szwajcaria, Francja, Finlandia, Szwecja, Hiszpania, Włochy, Wielka Brytania czy nawet Stany Zjednoczone, które na służbę

zdrowia w relacji do PKB wydają najwięcej na świecie.

– To model, na który stopniowo, bo oczywiście nie w całości, przechodzi coraz większa liczba krajów. Nowoczesne leki oraz technologie są coraz droższe i systemy opieki zdrowotnej nawet w najbogatszych krajach nie są w stanie udźwignąć rosnących kosztów. Na pewno nowym modelem są zainteresowani pacjenci oraz firmy farmaceutyczne, które widzą w nim sposób na szybsze wprowadzanie nowych leków oraz technologii. Trzeba jednak pamiętać, że Polska w porównaniu z innymi krajami – również tymi na naszym poziomie zamożności – ma niski odsetek innowacyjnych leków podlegających refundacji i choć sytuacja w ostatnich dwóch-trzech latach się poprawiła, to nadal mamy z tym problem – mówi „Do Rzeczy” prof. Piotr Czauderna, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w powołanej przez prezydenta Andrzeja Dudę Krajowej Radzie Rozwoju.

Według sondażu przeprowadzonego w zeszłym roku przez NEJM Catalyst Insights Council w USA aż 42 proc. ankietowanych menedżerów systemu opieki zdrowotnej oraz klinistów stwierdziło, że rozliczenia oparte na wartościach efektów zdrowotnych staną się podstawowym modelem opieki medycznej. 46 proc. pytanym stwierdziło, że kontrakty oparte na VBHC

istotnie poprawią jakość opieki, a 42 proc., że znacząco obniżą jej koszt. Mimo to 36 proc. ankietowanych uznało, że nie są przekonani, czy model VBHC kiedykolwiek stanie się głównym modelem finansowania w Stanach Zjednoczonych. Dlaczego? Część podmiotów po prostu chciałaby pozostać przy obecnym systemie rozliczeń. Część chciałaby z kolei, aby przed rewolucyjną zmianą dokładnie zdefiniować oczekiwane „wartości”. Mimo obaw części środowiska transformacja z modelu „opłata za usługę” do modelu „opłata za jakość” nabiera tempa. Dla przykładu w maju jeden z amerykańskich ubezpieczycieli zdrowotnych zebrał wszystkie koszty związane z opieką prenatalną, porodem i opieką po porodzie w jeden pakiet opłacany już zgodnie z ideą VBHC. Ogólnie, według szacunków Business Insider Intelligence, w 2018 r. 71 proc. kosztów opieki w USA rozliczanych było według modelu „opłata za usługę”, a tylko 23 proc. zgodnie z ideą „opłata za jakość”, to już w roku 2021 proporcje te mają wynosić 49 proc. do 46 proc. I chociaż w roku 2018 z modelem VBHC eksperymentowały głównie najlepiej rozwinięte gospodarczo państwa, to w roku obecnym do idei tej zaczęły też na większą skalę sięgać kraje rozwijające się.

## CZY POLSKA JEST GOTOWA?

Za efekt i jakość, a nie tylko za sam fakt świadczenia usług płacić chce również obecny minister zdrowia. Profesor Łukasz Szumowski rozpoczęcie transformacji modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce w kierunku płacenia za efekty uznał za jeden ze swoich priorytetów na rok 2019. Zarówno minister Szumowski, jak i prof. Czauderna brali też udział w ubiegłotygodniowej konferencji w Belwedrze, której hasłem przewodnim był dostęp do nowoczesnych technologii w systemie ochrony zdrowia i ich znaczenie w Polsce (Value Based Healthcare).

Wśród gości konferencji był też Herb Riband, wykładowca Uniwersytetu Stanforda i jeden z najbardziej znanych ekspertów specjalizujących się w koncepcji VBHC. – To nowy, prawdziwie rewolucyjny model finansowania opieki zdrowotnej, którego wprowadzenie wydaje się niezbędne i który jest na tyle uniwersalny, że powinien zdać egzamin w różnych krajach, także w Polsce. Chodzi w nim bowiem o to, aby za pieniądze, które dane państwo wydaje na ochronę zdrowia, uzyskać jak największą wartość, czyli najlepszą jakość świadczeń dla pacjenta – tłumaczy „Do

Rzeczy” Herb Riband, który brał również udział w warsztacie dotyczącym sposobów wdrożenia koncepcji Value Based Healthcare w Polsce.

Czy Polska jest gotowa na przejście na model VBHC? – W skali masowej na pewno nie. Moglibyśmy jednak zacząć wdrażać te nowe rozwiązania w tych obszarach, w których są one szczególnie potrzebne, np. w zakresie dostępu do tych nowych leków, które są najdroższe i najbardziej pożądane dla pacjentów. Mówię o przypadkach wyjątkowych leków, które potrafią u niektórych pacjentów zadziałać, gdy już wszystko inne zawodzi, np. o niektórych terapiach celowanych czy o terapii zmodyfikowanymi limfocytami CAR-T. Ta ostatnia jednak potrafi kosztować pół miliona dolarów za jednego pacjenta i na razie mało który kraj ją refunduje – tłumaczy w rozmowie z „Do Rzeczy” prof. Piotr Czauderna. I zaznacza, że nie jest możliwe przejście z jednego modelu w bardzo krótkim czasie. – To jest proces na lata – podkreśla prof. Czauderna.

Zgadza się z nim Herb Riband. – Mówimy o procesie transformacji całego systemu opieki. A to musi potrwać wiele lat. Ważne jednak, aby zacząć jak najszybciej. Dlatego zachęcam, aby nie tracić czasu na dyskusje i jak najszybciej rozpocząć od pilotażowych projektów w wybranych dwóch, trzech dziedzinach. Na podstawie pierwszych sukcesów będzie można rozszerzać tę koncepcję na pozostałe obszary – radzi nam profesor Stanforda. I ostrzega, że jak w każdym kraju, również w Polsce pojawiają się pewnie trudności z wprowadzeniem rewolucji w służbie zdrowia. Od niechęci do zmian wśród niektórych lekarzy czy polityków do potrzeby unowocześnienia systemów informatycznych w placówkach zdrowotnych, co jest konieczne do zbierania i analizy dużej liczby danych. – Warto pokazać lekarzom, pacjentom, płatnikom i politykom, że ten model może być korzystniejszy dla każdej ze stron. Wiele osób szybko staje się entuzjastami nowego systemu, ale sceptycy zdarzają się w każdym kraju – dodaje prof. Riband, którego zdaniem przedstawiciele polskich władz już teraz wydają się zainteresowani wprowadzeniem nowego modelu.

Zdaniem rodzimych ekspertów w Polsce rzeczywistości brakuje odpowiednich systemów informatycznych oraz baz danych, przez co nasze placówki medyczne mają kłopot z udowodnieniem osiągniętych efektów leczenia, ale podstawową barierą wprowadzenia nowego modelu w Polsce

jest wyjątkowo niskie finansowanie systemu opieki zdrowotnej.

Problemem są też przepisy o finansowaniu wydatków publicznych i rozdział na wydatki NFZ i ZUS. Biorąc pod uwagę wyłącznie cenę danej procedury medycznej, pomijamy całościowe koszty choroby – dużo wyższe wydatki na dany lek czy nowoczesną terapię mogą się okazać bardzo opłacalne, bo chory szybciej wróci do pracy, w związku z czym będzie krócej pobierał zasiłki zdrowotne, a NFZ nie będzie musiał płacić za jego długotrwałą rehabilitację. Konieczna jest więc integracja obu systemów. Aby móc wprowadzać ideę opieki opartej na wartościach, potrzebne są także rzetelne informacje o wynikach i wskaźnikach efektywności pozwalające na ocenę jakości leczenia. Jedynie opierając się na wiarygodnych analizach, nowoczesnych rejestrach oraz wiedzy pokazującej efekty zdrowotne, a nie tylko liczbę przeprowadzonych procedur, będzie można obiektywnie oceniać pracę lekarzy, porównywać wyniki leczenia w konkretnych placówkach, a także zestawiać efektywność stosowanych w Polsce technologii lekowych z wynikami uzyskiwanymi w innych krajach Europy czy świata.

Międzynarodowe konsorcjum mierzenia wyników w służbie zdrowia (ICHOM), organizacja non profit działająca na rzecz nowego modelu, udostępnia już bowiem rzetelne dane dotyczące standardów, pomiarów i procedur w różnych krajach świata. Z kolei organizacja All.Can promuje rozwiązania bazujące na modelu opartym na wartościach w onkologii. Jak bowiem informuje Szymon Chrostowski, przewodniczący Polskiej Grupy Sterującej All.Can, „w Europie dostępne są technologie medyczne mogące przedłużyć życie, ale polscy pacjenci często nie mogą z nich korzystać”.

Do sukcesu nowego modelu konieczna jest też właściwa identyfikacja chorych, którzy mogą odnieść największe korzyści z konkretnej metody leczenia. Niezbędne są więc informatyzacja oraz cyfryzacja, która ułatwi np. promowanie efektywnych kosztowo działań. Bo im efektywniej wydaje się pieniądze – niezależnie od tego, ile ich jest w danym systemie – tym więcej celów można zrealizować. W szybko starzejących się gospodarkach – takich jak m.in. Polska – wprowadzenie w ciągu najbliższych lat idei Value Based Healthcare może być zaś nie tylko opłacalne, lecz także wręcz konieczne. Dla zdrowia pacjentów i dla wytrzymałości systemu opieki społecznej.