

# SYSTEM OPIEKI OPARTY NA WARTOŚCI

KONCEPCJA • WDRAŻANIE • KORZYŚCI  
OCZAMI INTERESARIUSZY



MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

2023

SYSTEM OPIEKI OPARTY NA WARTOŚCI: KONCEPCJA, WDRAŻANIE, KORZYŚCI.  
OCZAMI INTERESARIUSZY

**Autorzy:**

Luiza Jakubiak („Rynek Zdrowia”)  
Krzysztof Jakubiak (mZdrowie.pl)

**Partner:**



**Wydawca:**

Modern Healthcare Institute

Warszawa – 2023

# SYSTEM OPIEKI OPARTY NA WARTOŚCI

KONCEPCJA • WDRAŻANIE • KORZYŚCI  
OCZAMI INTERESARIUSZY

# Spis treści

Wprowadzenie	3
Sameh Rafla: <b>Najważniejszą cechą opieki zdrowotnej opartej na wartościach jest to, że wyniki odzwierciedlają potrzeby i preferencje pacjentów</b>	5
Bartłomiej Chmielowiec: <b>Musimy promować postawy dotyczące ujawniania pewnych zdarzeń w medycynie. Na ile jesteśmy gotowi na przyznawanie się do błędów?</b>	7
Marcin Czech: <b>Patrzanie na opłacalność to serce farmakoekonomiki. Dlatego zestawiamy pieniądze i stronę kosztową z efektem</b>	11
Nienke Feenstra: <b>Budowę VBHC warto jest zacząć od mniejszych rzeczy, od projektów pilotażowych. Potem będziemy mogli dodawać warstwę po warstwie. Krok po kroku</b>	15
Małgorzata Gałązka-Sobotka: <b>Uczciwość, transparentność, przejrzystość – na tych zasadach zbudowane są systemy zorientowane na wyniki leczenia</b>	19
Paweł Kikosicki: <b>Chcemy budować system oparty na wartości, w oparciu o kompletne i dobrej jakości dane</b>	23
Magdalena Kołodziej: <b>Dobrze „zaopiekowany” pacjent otrzymuje opiekę medyczną w odpowiednim miejscu i w czasie</b>	27
Dorota Korycińska: <b>W systemie opartym na wartości nawet nieuleczalnie chory pacjent ma poczucie bycia zaopiekowanym</b>	31
Maciej Krzakowski: <b>Płaćmy za jakość, efektywność i poszukujmy wartości w systemie</b>	35
Anna Kupiecka: <b>Najważniejszą wartością dla pacjenta jest poczucie bycia zaopiekowanym, dobrze leczonym, dobrze zoperowanym</b>	39
Maria Libura: <b>Sposób, w jaki zarządza się wydawaniem pieniędzy na zdrowie, jest równie ważny, co ich ilość</b>	43
Maciej Miłkowski: <b>Najważniejsza jest wartość dla pacjenta</b>	47
Maciej Niewada: <b>Łatwiej sprawozdać, że coś zostało zrobione, niż koncentrować się na efekcie klinicznym</b>	51
Radosław Sierpiński: <b>Byłoby idealnie, gdybyśmy po wprowadzeniu leku do refundacji i praktyki klinicznej, mogli nadal kontynuować monitorowanie, jaki jest efekt jego działania</b>	55
Verena Voelter: <b>Do tanga trzeba pięciorga. To jak orkiestra z pięcioma pierwszymi skrzypcami bez dyrygenta</b>	59
Magdalena Władysiuk: <b>Teraz jest moment kluczowy, jak wydamy pieniądze na zdrowie, bo będzie to nam służyło na następne lata</b>	63

# Wprowadzenie

Rozmowy o wartości z czołowymi ekspertami i decydentami naszego systemu ochrony zdrowia pokazują, że... wartość niejedno ma imię. Różnorodność spojrzenia na problem, w jaki sposób zapewnić, że pacjent otrzyma taką opiekę czy leczenie, które są mu najbardziej potrzebne – to jednak powód do radości. Wyraźnie bowiem widać, że zagadnienie poszukiwania wartości znajduje się w centrum uwagi wielu osób i instytucji, odpowiedzialnych za kształt i efektywność ochrony zdrowia.

Przedstawiciele organizacji pacjentów przede wszystkim poszukują wartości w sferze emocjonalnej, podkreślając, że pacjent potrzebuje mieć poczucie bezpieczeństwa i bycia pod należytą opieką. Pacjenci powinni być w centrum zainteresowania, tak aby hasło „pacjent jest najważniejszy” nie było li tylko hasłem właśnie, ale fundamentem strategii działania każdej instytucji i celem ostatecznym każdego procesu.

Ważne miejsce w optyce pacjenta zajmuje czas – istotne jest, aby każda czynność czy świadczenie medyczne otrzymał on w odpowiednim momencie. Czas odgrywa kluczową rolę właściwą na każdej ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej, podobnie jak geograficzna dostępność do lekarza, szpitala czy miejsca przeprowadzania badań. System oparty na wartości z definicji musi niwelować nierówności w zdrowiu, których wciąż doświadczają bardzo wiele osób, mieszkających na słabiej zurbanizowanych i skomunikowanych obszarach Polski.

Organizacje pacjentów wskazują na konieczność efektywnego wydawania tych środków, którymi dysponuje płatnik publiczny, a które przecież pochodzą ze składki zdrowotnej. Samo zwiększenie wydatków nie przekłada się automatycznie na efekt zdrowotny ani na zwiększenie wartości, która trafia do pacjenta. Potrzebne jest ich efektywne wydawanie, a także traktowanie ich nie jako koszty, ale jako inwestycję – w zdrowie społeczeństwa,

w przyszłość, w dobrobyt naszego kraju. Taka zmiana sposobu postrzegania powinna wyrażać się w mierzeniu efektów i tym samym rozwijaniu metod płacenia za wartość.

W budowaniu systemu opartego na wartości ważną rolę do spełnienia mają organizacje pacjentów. Przy czym ich rolą nie powinno być jedynie skupianie się na nowych technologiach, na walce o refundację czy finansowanie badań lub wyrobów medycznych. Ich wkładem może być również zbieranie danych i monitorowanie, w jaki sposób pacjenci są leczeni i jaka jest dostępność do świadczeń. Szczególnie istotne są działania podnoszące poziom wiedzy o zasadach profilaktyki i dbania o swoje zdrowie, o metodach leczenia, o organizacji systemu czy wreszcie zwiększanie świadomości praw pacjenta.

Eksperti zajmujący się refundacją leków zwracają uwagę przede wszystkim na efektywność wykorzystywania budżetu płatnika publicznego oraz efektywność procesów udostępniania nowych technologii. Szczerze przyznają, że mierzenie wartości leków jest dziedziną szalenie trudną i pełną wyzwań, zwłaszcza w kontekście dynamicznego rozwoju technologii oraz wzrostu kosztów, a co za tym idzie – cen leków. I dlatego poszukują coraz to nowych, coraz bardziej precyzyjnych narzędzi do mierzenia ich efektów. Idealnym rozwiązaniem jest, abyśmy mogli monitorować wartość nowych technologii już po ich wprowadzeniu i sfinansowaniu, aby w razie czego modyfikować podjęte decyzje.

W naszym systemie ochrony zdrowia można już znaleźć pojedyncze przykłady rozwiązań, zgodnych z ideą systemu opartego na wartościach, zwłaszcza w obszarze refundacji leków i cyfryzacji. Budujemy kolejne – zwłaszcza wdrażając opiekę koordynowaną, integrując różne elementy opieki czy zastępując płacenie za świadczenia zasadami premijującymi efekty zdrowotne. Intensywnie rozwijamy systemy

zbierania danych, tworząc nowe rejestry i modernizując już istniejące rozwiązania, takie jak na przykład SMPT.

Budowanie systemu opartego na wartości musi się również wiązać, jak wskazują eksperci medycyny, z ujednoczeniem standardów postępowania. Konieczne jest doprowadzenie do sytuacji, że wszystkie placówki leczą według podobnych zasad, a co za tym idzie, jakość opieki jest zbliżona i każdy pacjent ma podobne szanse na optymalne leczenie. Pacjent musi też mieć tego świadomość, że jest leczony najlepiej, jak to możliwe – bo tylko wtedy będzie współpracował w zespole medycznym w procesie leczenia i stosował się do zaleceń lekarskich.

Dyskusja o wartości z opieki, jaką otrzymuje pacjent, a także efektywności inwestycji w zdrowie społeczeństwa, wiąże się z zagadnieniami jakości i bezpieczeństwa. Nie można tego pomijać, tak aby w poszukiwaniu możliwie efektywnego wydawania publicznych środków nie doszło do nadmiernej

konkurencji placówek – o pieniądze, o kadry, o pacjentów. Powinno na tym zależeć zwłaszcza płatnikowi publicznemu, ponieważ sposób zarządzania wydatkami jest równie ważny, jak ilość wydawanych pieniędzy. Jego najważniejszym zadaniem jest bowiem inwestowanie w zdrowie, którego efektywność warto mierzyć poziomem kosztów oraz długości i jakości życia mieszkańców naszego kraju.

Biorąc pod uwagę zmiany wprowadzone w ostatnich latach oraz znaczący wzrost wydatków na zdrowie, a także niekorzystne zmiany demograficzne i choroby cywilizacyjne, jesteśmy w krytycznym momencie kształtowania naszego systemu ochrony zdrowia. Potrzebne jest wdrażanie metod mierzenia, monitorowania, koordynacji i integracji opieki nad pacjentem. Mamy szansę na takie ukształtowanie naszego systemu, aby oprócz inwestycji na mierzeniu wartości, co przyniesie w przyszłości efekty i finansowe, i pod względem zdrowia populacji.

**Sameh Rafla**

dyrektor generalny  
Takeda Pharma



#### Komentarz

## Najważniejszą cechą opieki zdrowotnej opartej na wartościach jest to, że wyniki odzwierciedlają potrzeby i preferencje pacjentów

**Dzisiejsze systemy opieki zdrowotnej znajdują się pod ogromną presją budżetową. W ciągu wielu dziesięcioleci, które upłynęły od zaprojektowania tych systemów, populacja się zestarzała, a zakres możliwości leczenia znacznie się poszerzył.**

Takeda uważa, że systemy opieki zdrowotnej powinny pilnie odejść od tradycyjnego podejścia opartego na modelu *fee-for-service* na rzecz modelu opieki zdrowotnej opartego na wartości, w którym świadczeniodawcy są nagradzani za osiągnięcie lepszych wyników leczenia pacjentów w przeliczeniu na jednostkowe wydatki. Celem tego systemu jest więc osiągnięcie najlepszych wyników dla pacjentów przy najniższych całkowitych kosztach dla systemu opieki zdrowotnej. Mając świadomość, że chociaż koszty opieki zdrowotnej będą prawdopodobnie w dalszym ciągu rosły szybciej niż PKB ze względu na wpływ starzenia się społeczeństw,

wierzemy, że będą rosły znacznie wolniej, jeśli opieka zdrowotna będzie świadczona w oparciu o podejście oparte na wartościach.

Najważniejszą cechą opieki zdrowotnej opartej na wartościach jest to, że wyniki odzwierciedlają potrzeby i preferencje pacjentów. Model opłaty za usługę nie skupia się na pacjentach ani nie ma wbudowanej koncepcji wartości. Model VBHC wykorzystuje dane dotyczące wyników – dane, które pokazują, czy leczenie rzeczywiście jest efektywne w przypadku konkretnego pacjenta – w celu napędzania systemów opieki zdrowotnej. Dane dotyczące wyników umożliwiają systemom opieki

zdrowotnej identyfikację i przydzielanie zasobów na leczenie w ramach „najlepszego wydatku”.

Wierzymy, że wynagrodzenie powiązane z wynikami byłoby bardziej satysfakcjonujące także dla pracowników służby zdrowia i odwróciłoby deflację wynagrodzeń, której doświadczyli pracownicy służby zdrowia w wielu krajach. W ten sposób opieka zdrowotna oparta na wartościach może przyczynić się do stworzenia bardziej atrakcyjnego i zrównoważonego zawodu lekarza.

Włączając się w dyskusję nad VBHC, nawiązaliśmy współpracę z Instytutem ds. Szkoleń i Badań Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNITAR), który założył Globalne Centrum VBHC, aby pomóc rządowi i pracownikom służby zdrowia w krajach o niskich i średnich dochodach zrozumieć korzyści płynące z przejścia na podejście oparte na wartościach. Jednocześnie UNITAR, wspierany przez Takedę, pracuje nad praktycznym wdrożeniem opieki zdrowotnej opartej na wartościach w lokalnych systemach opieki zdrowotnej w Rwandzie, Republice Południowej Afryki i Turcji.

Innym ważnym wyzwaniem stojącym przed realizacją opieki zdrowotnej opartej na wartościach jest brak doświadczenia w budowaniu infrastruktury cyfrowej do gromadzenia danych o wynikach leczenia pacjentów, która śledzi rzeczywiste zmiany u pacjentów – a co jest niezbędne, aby opieka zdrowotna oparta na wartościach mogła działać. W odpowiedzi Takeda została współzałożycielką *Health Outcomes Observatories* (H2O), publiczno-prywatnego konsorcjum z całej Unii Europejskiej.

Wizją H2O jest pomoc w realizacji opieki zdrowotnej opartej na wartościach poprzez identyfikację terapii o najlepszej wartości dla pacjentów i systemów opieki zdrowotnej. W 2021 roku H2O uruchomiło obserwatoria danych w czterech krajach europejskich, pokazując, że koncepcja może działać przy wykorzystaniu już obecnie dostępnej technologii.

W kontekście VBHC warto zauważyć istotną rolę Międzynarodowego Konsorcjum ds. Pomiaru Wyników w Ochronie Zdrowia (ICHOM), niezależnej organizacji non-profit, która opracowała i zdigitalizowała standardowe zestawy wyników zdrowotnych w przypadku ponad 40 chorób.

Uważamy, że model oparty na opłacie za usługę jest niezrównoważony, w odróżnieniu od systemu opieki zdrowotnej opartej na wartościach jako systemu opieki zdrowotnej przyszłości, który świat musi zacząć wdrażać już teraz.

Takeda aktywnie przyczynia się do realizacji opieki zdrowotnej opartej na wartościach, inwestując w partnerstwa na poziomie globalnym, regionalnym i lokalnym, które rozwiązują różne wyzwania stojące przed realizacją opieki zdrowotnej opartej na wartościach, w szczególności budując infrastrukturę cyfrową do gromadzenia danych o wynikach niezbędnych do jej działania.

Cieszę się, że możemy być partnerem raportu oraz uczestnikiem dyskusji dotyczącej tworzenia zrównoważonego systemu pełnej opieki medycznej nie tylko globalnie, ale przede wszystkim w poszczególnych krajach, gdzie efekt zmian i wartość, które te zmiany wnoszą dla pacjentów są najszybciej odczuwalne i modyfikowane, aby spełniały swoją rolę.



**Bartłomiej Chmielowiec**

Rzecznik Praw Pacjenta



## Musimy promować postawy dotyczące ujawniania pewnych zdarzeń w medycynie. Na ile jesteśmy gotowi na przyznawanie się do błędów?

Powinniśmy promować te placówki medyczne, które oferują jakość na najwyższym poziomie. Te, które realizują procedury zgodnie ze standardami, gdzie jest najmniej powikłań, najmniej reoperacji, gdzie jest właściwie postawiona diagnoza, właściwie przeprowadzony cały proces leczniczy, jest najmniej zdarzeń niepożądanych. Gdzie na samym końcu pacjent wyraża pozytywne opinie na temat całego procesu leczenia i jest zadowolony z opieki.

### **Pana pierwsze skojarzenie z ideą *value-based healthcare*?**

Pierwsze skojarzenie jest związane z ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. I to jest bardzo pozytywne skojarzenie, związane z sukcesem, jakim było uchwaleniem tej ustawy.

Pozostaje kwestia dotycząca wprowadzenia w życie jej postanowień. Wyzwaniem jest to, by sprawnie wdrożyć przepisy ustawy i wprowadzić efektywne mechanizmy związane ze zbieraniem danych, określeniem wskaźników i mierników jakości oraz konsekwentną poprawą działania podmiotów i systemu. Jakość wreszcie rozumiemy szeroko, jej aspekty obiektywne i subiektywne

– obejmuje nie tylko wyniki kliniczne – efektywność i bezpieczeństwo, ale również zarządzanie podmiotami i procesami oraz jakość widzianą oczami pacjenta.

Tak budujemy wartość. Jednocześnie chcemy, umożliwić porównanie podobnych placówek medycznych i ich konkurencję w przestrzeni jakości, dając pacjentowi możliwość ich wyboru.

Gdzie to możliwe, powinniśmy też odchodzić od modelu *fee-for-service*, czyli płacenia za wykonaną usługę, który nie daje zachęt do dbałości o jakość. Jesteśmy na bardzo wczesnym etapie realizacji *value-based healthcare*. Choć warto pamiętać, że żadne państwo jeszcze takiego systemu

*Gdzie to możliwe, powinniśmy też odchodzić od modelu fee-for-service, czyli płacenia za wykonaną usługę, który nie daje zachęt do dbałości o jakość. Jesteśmy na bardzo wczesnym etapie realizacji value-based healthcare.*

*Choć warto pamiętać, że żadne państwo jeszcze takiego systemu nie wdrożyło w pełni – to jest idea, a nie gotowe rozwiązanie.*

*Te musimy stworzyć sami.*

nie wdrożyło w pełni – to jest idea, a nie gotowe rozwiązanie. Te musimy stworzyć sami.

**W Polsce wspomniana przez Pana fee-for-service jest jednak dominującą formą płacenia. Każdy szpital dostaje tyle samo pieniędzy, niezależnie od jakości. Rolą Rzecznika Praw Pacjenta jest pilnowanie, żeby za pieniądze, które mamy w systemie ochrony zdrowia, polscy pacjenci dostali maksymalnie dużo. Czy RPP jest zadowolony z wartości, którą dostają polscy pacjenci?**

Nie, nie jestem zadowolony i trudno być, bo jest jeszcze wiele do zrobienia przed nami.

Wartość i jakość są nierozdzielnie związane z bezpieczeństwem. Codziennie otrzymujemy sygnały wskazujące na to, że z tą wartością i jakością nie jest najlepiej, jeśli chodzi o system ochrony zdrowia. Ale jeśli spojrzymy na to, co do tej pory udało się zrobić w Polsce, to kilka elementów już mamy.

To jest uchwalenie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, dzięki której będziemy zbierać dane, a następnie je analizować. Moim zdaniem, w pewnym momencie wykreujemy wśród placówek medycznych, ale również wśród pacjentów, modę na konkurencję w oparciu o jakość. Bo to za nią chcemy płacić.

Po drugie, coraz szerzej wdrażamy opiekę koordynowaną. Dziś opieka koordynowana rozwija się w podstawowej opiece zdrowotnej, rozwijamy Krajową Sieć Onkologiczną i Krajową Sieć Kardiologiczną.

Myślę, że przed nami jest jeszcze kwestia ustalenia, jak w przyszłości powinniśmy umiejscowić w systemie instytucję Rzecznika Praw Pacjenta.

Do tej pory byliśmy instytucją, która reagowała na różnego rodzaju sygnały, czy też wskazywała na pewnego rodzaju zalecenia. Ale te dwie ustawy: o jakości i bezpieczeństwie pacjenta oraz nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dają nam również mocną podstawę do większej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów w Polsce.

**Wspomniał Pan o zbieraniu danych, by móc używaną wartość zmierzyć, ocenić, a następnie wycenić. Nie mamy powszechnego systemu rejestrów, zbierania danych, które pozwalałyby porównać skuteczność leczenia w poszczególnych placówkach medycznych czy jakość zabiegów wykonywanych przez różnych lekarzy. Pacjent też tego nie wie. Czy powinniśmy teraz skupić się na budowaniu systemowego zbierania danych o leczeniu?**

Wiele danych już zbieramy. Pytanie, czy są to odpowiednie dane do systematycznej oceny jakości, by móc z nich wyprowadzać odpowiednie wnioski.

Wracam do ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Idea była taka, żeby zbierać dane w sposób wystandaryzowany, by potem móc je porównywać, analizować i podejmować w oparciu o nie konkretne działania.

Tu jest duża rola po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, który tych danych ma najwięcej i nadal je będzie zbierał przy okazji finansowania świadczeń. Ale jest tu też rola dla Rzecznika Praw Pacjenta, żeby dokonywać analizy danych pod

*Myślę, że przed nami jest jeszcze kwestia ustalenia, jak w przyszłości powinniśmy umiejscowić w systemie instytucję Rzecznika Praw Pacjenta. Do tej pory byliśmy instytucją, która reagowała na różnego rodzaju sygnały, czy też wskazywała na pewnego rodzaju zalecenia. Ale te dwie ustawy: o jakości i bezpieczeństwie pacjenta oraz nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dają nam również mocną podstawę do większej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów w Polsce.*

*Zbieranie danych i ich analiza to musi być zaplanowany proces, który w efekcie pozwoli na porównanie poszczególnych placówek. Na tej podstawie powinniśmy płacić więcej tym, którzy najlepiej świadczą usługi zdrowotne, a jednocześnie musimy zakomunikować pacjentom, że mogą zgłaszać nogami, czyli wybierać te placówki, które mają jakość postawioną na pierwszym miejscu. A z tym nadal jest bardzo różnie.*

kątem zdarzeń niepożądanych i bezpieczeństwa pacjenta.

To musi być zaplanowany proces, który w efekcie pozwoli na porównanie poszczególnych placówek. Na tej podstawie powinniśmy płacić więcej tym, którzy najlepiej świadczą usługi zdrowotne, a jednocześnie musimy zakomunikować pacjentom, że mogą zgłaszać nogami, czyli wybierać te placówki, które mają jakość postawioną na pierwszym miejscu. A z tym nadal jest bardzo różnie.

**Nie zbudujemy rejestrów, systemu opartego o wartość, jeżeli lekarze będą obawiali się ujawniania pewnych zdarzeń, wykonanych niezgodnie ze sztuką. Bez otwartego stosunku do zgłaszania i gotowości do porównywania się między szpitalami tej wartości nie zmierzmy.**

Zgoda, to jest szersze wyzwanie: na ile jesteśmy gotowi na przyznawanie się do błędu, do nieprawidłowości, do pokazywania swoim przełożonym, że coś źle funkcjonuje. Z jednej strony jest zadaniem dla ustawodawcy, żeby umożliwić personelowi medycznemu zgłaszanie tego typu sytuacji z gwarancją, że nie poniosą konsekwencji za samo zgłoszenie. Z drugiej, to jest rola dyrektorów placówek szpitalnych, żeby w takich sytuacjach stawali po stronie pracowników, dbając o ich samopoczucie w miejscu pracy.

Zaś naszą rolą jako społeczeństwa jest promowanie tego typu postaw. Zresztą sami jako pacjenci niejednokrotnie machamy ręką i nie zgłaszamy pewnego rodzaju nieprawidłowości, których doświadczamy w codziennych kontaktach z opieką zdrowotną, choć powinniśmy.

**Jak płacić w zależności od jakości? Jak zbudować system, w którym płacimy za efekty? Czy w polskim systemie są już załączki tego typu mechanizmów?**

Myślę, że powinniśmy promować te placówki, które oferują jakość na najwyższym poziomie. Tak się dzieje, kiedy procedura w placówce medycznej jest realizowana zgodnie ze standardami, w oparciu o najwyższą jakość, gdzie jest najmniej powikłań, mniej reoperacji, gdzie jest właściwie postawiona diagnoza, właściwie przeprowadzony cały proces leczniczy, jest najmniej zdarzeń niepożądanych i na samym końcu pacjent wyraża pozytywne opinie na temat całego procesu leczenia i jest zadowolony z opieki.

W taki sposób powinniśmy promować najwyższą jakość, oczywiście patrząc przez pryzmat poniesionych kosztów, zarówno jeśli chodzi o świadczone usługi, jak i prowadzoną politykę lekową.

**Czy w naszym systemie obecne przepisy pozwalają nam na takie finansowanie jakości? Bo jednak mamy system *fee-for-service*, płacimy za wycenione świadczenie. Wprowadzenie VBHC oznaczałoby konieczność dokonania rewolucji?**

W artykule 5. ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta jest przepis, który będzie pozwalał prezesowi NFZ dokonywać korekt. Zresztą wiemy, że w praktyce takie korekty były dokonywane poprzez wskaźniki korygujące, ale to działanie było kwestionowane przez Najwyższą Izbę Kontroli. NIK wskazywała, że brak jest podstaw prawnych dla prezesa NFZ do stosowania takich korekt.

*To jest szersze wyzwanie: na ile jesteśmy gotowi na przyznawanie się do błędu, do nieprawidłowości, do pokazywania swoim przełożonym, że coś źle funkcjonuje. Z jednej strony jest zadaniem dla ustawodawcy, żeby umożliwić personelowi medycznemu zgłaszanie tego typu sytuacji z gwarancją, że nie poniosą konsekwencji za samo zgłoszenie. Z drugiej, to jest rola dyrektorów placówek szpitalnych, żeby w takich sytuacjach stawali po stronie pracowników, dbając o ich samopoczucie w miejscu pracy.*

*Myślę, że powinniśmy promować te placówki, które oferują jakość na najwyższym poziomie. Tak się dzieje, kiedy procedura w placówce medycznej jest realizowana zgodnie ze standardami, w oparciu o najwyższą jakość, gdzie jest najmniej powikłań, mniej reoperacji, gdzie jest właściwie postawiona diagnoza, właściwie przeprowadzony cały proces leczniczy, jest najmniej zdarzeń niepożądanych i na samym końcu pacjent wyraża pozytywne opinie na temat całego procesu leczenia i jest zadowolony z opieki.*

Ustawa o jakości daje prezesowi Funduszu taką podstawę prawną. Teraz przed nami wyzwanie, by ją odpowiednio wypełnić treścią. Wdrożenie rozwiązań tej ustawy będzie fundamentem podnoszenia jakości opieki.

**Słyszemy, że sukcesem naszego systemu ochrony zdrowia jest to, że wydajemy znacznie więcej pieniędzy na świadczenia medyczne. Z drugiej strony NFZ wydając coraz więcej pieniędzy, kupuje za te pieniądze właściwie taką samą liczbę świadczeń. Co jest nie tak?**

Przede wszystkim ulega zmianie struktura świadczeń – w części jest to wynik epidemii COVID-19. Ocena tego, co jest finansowane, jest niejednoznaczna. Musimy mieć też na uwadze wycenę świadczeń i jak wynagradzamy pracę ludzi.

Musimy jednocześnie pamiętać, że starzejemy się jako społeczeństwo i patrząc na inne kraje chyba nigdy nie osiągniemy stanu, gdzie jest wystarczająca ilość środków na zapewnienie pełnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i gdzie każdy

będzie miał zapewniony dostęp do dowolnego wybranego świadczenia.

Pieniądzy zawsze będzie za mało, a w dążeniu do value-based healthcare – nie stać nas na bylejakość. Powinniśmy starać się wprowadzać takie rozwiązania, w których po pierwsze będziemy płacili za całość procesu zdrowotnego, za całą jednostkę chorobową, nie tylko za poszczególne etapy, a po drugie, będziemy premiowali te placówki, które stawiają na jakość.

Zresztą mamy pozytywne przykłady takich placówek, które zwiększają z roku na rok liczbę świadczonych usług wysokiej jakości. To w konsekwencji będzie z czasem prowadziło do restrukturyzacji świadczeń. Przypomnę, że po to była stworzona mapa potrzeb zdrowotnych, żebyśmy mogli zaplanować struktury udzielania świadczeń. Po to też wprowadzamy rozwiązania związane z opieką koordynowaną.

**Jest Pan optymistą, jeśli chodzi o budowanie systemu opartego o wartości?**

Umiarkowanym. To nie nastąpi szybko i jest długotrwałym procesem. Ale podjęliśmy działania w tym kierunku. Jestem ciekaw efektów, jakie zobaczymy za rok, dwa.

*Pieniądzy zawsze będzie za mało, a w dążeniu do value-based healthcare – nie stać nas na bylejakość. Powinniśmy starać się wprowadzać takie rozwiązania, w których po pierwsze będziemy płacili za całość procesu zdrowotnego, za całą jednostkę chorobową, nie tylko za poszczególne etapy, a po drugie, będziemy premiowali te placówki, które stawiają na jakość.*

**Prof. Marcin Czech**

prezes Polskiego Towarzystwa  
Farmakoekonomicznego, były  
wiceminister zdrowia



## Patrzeć na opłacalność to serce farmakoekonomiki. Dlatego zestawiamy pieniądze i stronę kosztową z efektem

Są firmy, które będą bardzo elastyczne w stosowaniu instrumentów dzielenia ryzyka, opartych na pomiarach efektywności leczenia i dla nich „*sky is the limit*”, szczególnie, kiedy wierzą w produkt i jeśli ten produkt jest naprawdę dobry, jeśli jest to terapia przełomowa. Ale są też przedsiębiorstwa, które niechętnie podchodzą do zbierania danych z realnej praktyki, bo obawiają się, że te dane będą gorsze niż w badaniach klinicznych. Niechęć firmy do tego, żeby patrzeć na efekty, od razu zapala gdzieś czerwoną lampkę.

### Jaki jest Pana osobisty, prywatny stosunek do idei VBHC?

*Value*, czyli wartość, od zawsze jest wpisana w medycynę. Wartość tego, co robimy w medycynie i to w różnych jej odstonach. W medycynie zapobiegawczej w tym, że ludzie nie chorują, że się szczepią, że prowadzą – jak to nazywamy mniej lub bardziej trafnie – zdrowy, higieniczny tryb życia, że przesuwają moment zachorowania na choroby cywilizacyjne jak najbardziej w przyszłość, czyli w kierunku wieku bardziej zaawansowanego.

Ale wartość niesie również medycyna naprawcza. W przypadku zawału podejmujemy działanie z zakresu kardiologii interwencyjnej i wartością jest to, że człowiek zaczyna normalnie żyć. Jeśli

ktos ma wypadek, to ortopeda przynosi mu wartość w postaci złożonej czy zoperowanej nogi bądź ręki. Ta wartość w medycynie była od zawsze, a teraz jest po prostu tak nazwana.

### Tyle że twórcy tej koncepcji zderzyli wartość, wyniki zdrowotne istotne dla pacjenta, z kosztami. Czy wartość ma związek z tym, ile wydamy na ten efekt zdrowotny? Jak Pan na to patrzy jako farmakoekonomista?

Patrzeć na opłacalność różnych programów ochrony zdrowia to serce farmakoekonomiki, jak mówi Michael Drummond, mój nauczyciel z Uniwersytetu w Yorku. Rzeczywiście farmakoekonomiści zestawiają pieniądze i stronę kosztową

*Farmakoekonomiści mają różne sposoby na szacowanie wartości, która przynosi zdrowie. W analizach efektywności kosztowej, może to być mierzone kosztem, którego nie poniesiemy, gdy pacjent uniknie zawału serca, udaru albo ataku astmy z hospitalizacją. Tymi efektami w cukrzycy będą odsunięte w czasie powikłania albo mniej tych powikłań.*

z efektem. Dlaczego to robią? Dlatego, że zasoby w systemie ochrony zdrowia są zawsze ograniczone. Nie na wszystko nam wystarczy, w związku z czym staramy się wydawać pieniądze jak najlepiej. Tak samo działa budżet domowy.

Farmakoekonomiści mają różne sposoby na szacowanie wartości, która przynosi zdrowie. W analizach efektywności kosztowej może to być mierzone kosztem, którego nie poniesiemy, gdy pacjent uniknie zawału serca, udaru albo ataku astmy z hospitalizacją. Tymi efektami w cukrzycy będą odsunięte w czasie powikłania albo mniej tych powikłań.

Problem polega jednak na ustaleniu jednego miernika, który będzie wspólnym mianownikiem między różnymi schorzeniami i specjalnościami. Takim miernikiem mogą być lata życia. Liczymy, o ile przedłużamy życie, stosując daną terapię albo operację i patrzymy, ile nas to kosztuje.

Ale jeszcze lepszym wskaźnikiem jest taki, który jest korygowany o jakość życia. Stąd koncepcja lat życia skorygowanych o jakość, czyli słynne QALY. Patrzymy też, ile musimy za to płacić.

W lekach mamy ustalony próg opłacalności. Ale prawda jest też taka, że wiele z naszych oddziaływań wymyka się niejako tym punktom odcięcia. Na poziomie indywidualnego pacjenta, dla lekarza każde życie powinno być bezcenne. Dlatego też robimy wyjątki, nawet gdy dana terapia jest według wskaźnika nieopłacalna. W naszym systemie, jeśli wpisujemy daną technologię na tak zwaną listę negatywną, to jest ona albo ewidentnie bardzo słaba w sensie efektywności albo gdzieś na granicach medycyny, na przykład medycyna estetyczna, choć nie ta powypadkowa.

**Ale jednak tę terapię, która przynosi wartość, trzeba jakoś wycenić. Jak zweryfikować tę**

**wartość dostarczaną przez nowy lek i w jaki sposób ustalić cenę?**

To jest bardzo trudna sprawa. W ogóle zagadnienie *pricingu*, czyli ustalania cen, na różnych rynkach i nie tylko cen, które są widoczne, ale również cen poufnych, zawartych w instrumentach dzielenia ryzyka, to jest cała sztuka.

Ustalenie wysokości ceny zależy od bardzo wielu czynników: na ile ta terapia jest innowacyjna, na ile jest skuteczna, na ile jest bezpieczna, jak wygląda rynek konkurencyjny, w jakim kraju jest wytwarzana, w której linii leczenia, czy jest alternatywa czy nie ma. Nie ma jednej odpowiedzi i zawsze jest to wypadkowa bardzo wielu czynników.

Ale najważniejsza jest chyba ta kwestia skuteczności, czyli efektu dla pacjenta, żeby ten lek rzeczywiście pomógł pacjentowi. Jak zmierzyć, w jakim stopniu lek pomógł?

Możemy zmierzyć tymi miernikami, o których mówiłem: przedłużeniem życia skorygowanym o jakość. Natomiast w systemie refundacji staramy się szacować ten efekt biorąc pod uwagę badania kliniczne i używając ich wyniki do modeli farmakoekonomicznych, które symulują korektę naturalnego przebiegu choroby związaną z tym leczeniem, najczęściej do końca życia pacjentów.

Oczywiście jest to model matematyczny. A po drugie, to co uzyskujemy w badaniach klinicznych nie do końca oddaje to, co jest w życiu. Wystarczy spojrzeć na kryteria włączenia i wyłączenia z badania. Biorą w nich udział wyselekcjonowani pacjenci. Nie mamy tam osób z wielochorobowością, a większość ludzi przyjmujących później dany lek ma wielochorobowość. Nie mamy tam kobiet w ciąży, ale stosujemy te leki u kobiet w ciąży. Nie mamy tam dzieci, a stosujemy te leki u dzieci.

*Ustalenie wysokości ceny zależy od bardzo wielu czynników: na ile ta terapia jest innowacyjna, na ile jest skuteczna, na ile jest bezpieczna, jak wygląda rynek konkurencyjny, w jakim kraju jest wytwarzana, w której linii leczenia, czy jest alternatywa czy nie ma. Nie ma jednej odpowiedzi i zawsze jest to wypadkowa bardzo wielu czynników.*



*W ramach Funduszu finansujemy te najbardziej innowacyjne leki, które dostają szybciej decyzję o refundacji, czyli są obciążone największym ryzykiem dla płatnika. Dlatego po dwóch latach sprawdzamy, czy lek działa czy nie, na ile są to tylko ekstrapolacje z badań klinicznych, a na ile jest to rzeczywistość.*

Stąd bardzo ważna i rosnąca rola badań określanych mianem *real world evidence*, z rzeczywistej praktyki klinicznej. W naszym systemie mamy już takie mechanizmy, na przykład w Funduszu Medycznym, które nakładają obowiązek stworzenia rejestru, w którym to rejestrze zobaczymy, na ile zrefundowane w ten sposób leki spełniają obietnicę. W ramach Funduszu finansujemy te najbardziej innowacyjne leki, które dostają szybciej decyzję o refundacji, czyli są obciążone największym ryzykiem dla płatnika. Dlatego po dwóch latach sprawdzamy, czy lek działa czy nie, na ile są to tylko ekstrapolacje z badań klinicznych, a na ile jest to rzeczywistość.

Ma to szczególne znaczenie w terapiach zaawansowanych, na przykład w terapiach genowych albo terapiach komórkowych, gdzie ten efekt rozłożony jest w zasadzie na całe życie i mamy tylko obietnicę tego efektu, a powinniśmy za to zapłacić na samym początku leczenia.

**Czy nie mamy za mało raportów oceniających skuteczność, jakie dany lek przyniósł efekty po tych dwóch latach i czy dalej ten lek refundować czy też nie? Kto powinien to robić?**

W przestrzeni publicznej są już dostępne na przykład publikacje dotyczące leczenia rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) czy leczenia szpiczaka. Jest ich coraz więcej. Natomiast jak mnie Pan zapyta, czy jest ich wystarczająca liczba, to oczywiście powiem, że nie. Ich powinno być 10, 20 razy więcej. Nawet nie publikacji, bo my nie potrzebujemy publikacji naukowych, potrzebujemy porządných raportów.

Ale taki raport to jest duże pracochłonne zadanie. Wpierw trzeba zebrać odpowiednie dane, czy nawet wyciągnąć je z NFZ, potem obrobić je w odpowiedni sposób, zinterpretować, opisać, wystać do recenzentów. To wymaga dużo pracy.

Wydaje mi się, że najlepszym miejscem, gdzie takie raporty powinny powstawać, jest NFZ, który jest najbliższym danych i potrafi je najlepiej chronić. Proszę pamiętać, że to są super wrażliwe dane. Po drugie, NFZ jest w stanie pracować na pojedynczych rekordach, których nie udostępnia naukowcom, by uniemożliwić identyfikację indywidualnych pacjentów.

Płatnik może łączyć dane ze zanonimizowanymi numerami PESEL i z innymi informacjami. Po stronie publicznej jest wystarczająco dużo danych, żeby podejmować na ich podstawie decyzje, ale do tego potrzebujemy sporej liczby dobrze opłaconych analityków, którzy to wszystko policzą. Stawiam tezę, że wydatki na ich etaty wielokrotnie by się zwróciły, gdyby udowodnili, że płacimy za coś, za co nie powinniśmy płacić, bo rozmija się z naszymi oczekiwaniami i obietnicami. Tak właśnie w większym stopniu działa to w Europie Zachodniej.

*Po stronie publicznej jest wystarczająco dużo danych, żeby podejmować na ich podstawie decyzje, ale do tego potrzebujemy sporej liczby dobrze opłaconych analityków, którzy to wszystko policzą. Stawiam tezę, że wydatki na ich etaty wielokrotnie by się zwróciły, gdyby udowodnili, że płacimy za coś, za co nie powinniśmy płacić, bo rozmija się z naszymi oczekiwaniami i obietnicami.*

Oczywiście takie analizy powinny dotyczyć najdroższych terapii. Dlaczego myśmy wzięli na warsztat SMA? Dlatego, że to jest jeden z najdroższych programów. Dlaczego przyglądaliśmy się szpiczakowi? Bo jest to jeden z najdroższych programów w hematologii. Dlaczego jedna z ostatnich publikacji dotyczy psychiatrii? Bo wydawało nam się, że w pandemii będziemy mieli bardzo duże fluktuacje użycia różnego typu leków.

**Jeżeli dzisiaj płacimy za lek bardzo duże pieniądze, to nie wiedząc, jaki skutek przynosi ten lek, całe ryzyko ponosi strona publiczna. W niektórych**

**krajach, na przykład we Włoszech, w onkologii są już stosowane rozwiązania w oparciu o *risk-sharing*. Na czym one polegają i dlaczego w Polsce jeszcze ich nie ma?**

Mamy już rozwiązania podziału ryzyka. One dzielą się na dwa główne typy. Na typ finansowy, gdzie mamy do czynienia z różnego typu redukcjami ceny leku – cena efektywna jest obniżana w różny sposób, na przykład proporcjonalnie, może być obniżana rosnąco, malejąco, może być bezpłatna określona liczba cykli leczenia w onkologii, a potem niższe płatne albo na przykład bezpłatne, a jeśli ten lek nie zadziała, to nie ma płatności.

Są też tak zwane *outcomes-based risk-sharing agreements*, oparte na umowie między producentem leku i płatnikiem, że jeżeli wystąpi efekt zdrowotny, to strona publiczna zapłaci za lek uzgod-

*Niechęć firmy do tego, żeby zawierać instrumenty dzielenia ryzyka i patrzeć na efekty, od razu zapala gdzieś czerwoną lampkę, że może jednak z tą terapią jest coś nie tak. Myślę więc, że im więcej będziemy mieć aktywności tego typu, więcej różnych instrumentów, to przyniesie to dodatkową wartość dla systemu, budowania wiedzy medycznej i dla samego pacjenta.*

nioną kwotę. Jeśli nie wystąpi, to wtedy firma całą bądź część odpowiedzialności bierze na siebie i nie otrzyma płatności. Ale tego typu instrumenty dzielenia ryzyka w oparciu o efekt zdrowotny trudniej jest wynegocjować, monitorować i egzekwować płatności.

Są bardzo różne typy tych instrumentów i w moim przekonaniu to jest przyszłość płatności za te bardzo drogie technologie medyczne. W ostatnim czasie w Polsce mamy podwojenie kosztów innowacyjnych terapii, a dotyczą one niewielkiego fragmentu leczzonej populacji. Ani nas,

ani żadnego kraju na świecie, nie będzie stać na to, żeby utrzymać ten system bez instrumentów dzielenia ryzyka. Cała sztuka polega na tym, by jak najlepiej zorganizować to po stronie publicznej. Lub do cen leków podejść zupełnie inaczej, w rozdaniu paneuropejskim, ale to już temat na inny wywiad.

**Mówimy o tym, że strona publiczna bardzo chętnie by się tym ryzykiem podzieliła. Jak Pan ocenia gotowość przemysłu farmaceutycznego do wzięcia na siebie części odpowiedzialności czy części ryzyka, związanego z płatnościami i w ogóle z oceną wartości dostarczanej przez nowe terapie? Czy firmy łatwo się zgadzają na takie rozwiązania?**

To jest bardzo dobre pytanie. To zależy od firmy i siły danych, które posiadają, jeśli chodzi o dowody na skuteczność i bezpieczeństwo swojego produktu. Są firmy, które będą bardzo elastyczne w stosowaniu instrumentów dzielenia ryzyka i dla nich *sky is the limit*, szczególnie, kiedy wierzą w produkt i jeśli ten produkt jest naprawdę dobry, jeśli jest to terapia przełomowa.

Ale są też przedsiębiorstwa, które niechętnie podchodzą do zbierania danych z realnej praktyki, bo obawiają się, że te dane będą gorsze niż w badaniach klinicznych. Dlaczego? Dlatego, że w badaniach klinicznych mają wyselekcjonowaną, zdrową populację, a w życiu realnym tak nie jest.

Myślę, że będzie duża grupa podmiotów, które bardzo chętnie w to wejdą, by w oparciu o taki czy inny instrument dzielenia ryzyka uzyskać finansowanie ze środków publicznych. Jeżeli zaś firma będzie miała słaby lek, jeśli to będzie *me-too*, jeśli nie będzie dodatkowej wartości w stosunku do tego, co już mamy na rynku, to być może w ogóle nie będzie ubiegać się o refundację. Niechęć firmy do tego, żeby zawierać instrumenty dzielenia ryzyka i patrzeć na efekty, od razu zapala gdzieś czerwoną lampkę, że może jednak z tą terapią jest coś nie tak.

Myślę więc, że im więcej będziemy mieć aktywności tego typu, więcej różnych instrumentów, to przyniesie to dodatkową wartość dla systemu, budowania wiedzy medycznej i dla samego pacjenta.



## Nienke Feenstra

dyrektorka generalna Takeda  
Pharma w Polsce w latach  
2018- 2023, obecnie Takeda  
France, prezeska zarządu  
Związku Pracodawców  
Innowacyjnych Firm  
Farmaceutycznych INFARMA  
w latach 2020-2023.



# Budowę VBHC warto jest zacząć od mniejszych rzeczy, od projektów pilotażowych. Potem będziemy mogli dodawać warstwę po warstwie. Krok po kroku

Myślmy jak odpowiedzialna firma. Musimy zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby nie tylko zapewnić pacjentom innowacje terapeutyczne, ale także robić to w sposób zrównoważony dla systemów opieki zdrowotnej, zrównoważony dla pacjentów, a także zrównoważony dla nas. Wierzymy, że na tym polega też opieka zdrowotna oparta na wartościach.

**Jest Pani bardzo zaangażowana w ideę opieki zdrowotnej opartej na wartościach. Dlaczego jest to dla Pani takie interesujące?**

Ponieważ wierzę, że możemy zapewnić pacjentom większą wartość przy niższych kosztach w przeliczeniu na pacjenta. Wiemy, że w ciągu kolejnych lat pojawi się wiele terapeutycznych innowacji i chcemy, żeby również polscy pacjenci mogli z nich korzystać.

Widzimy, że przed systemem opieki zdrowotnej w Polsce stoi kilka wyzwań. Mamy bardzo małą liczbę lekarzy. Mamy też świadomość, że będzie coraz więcej starszych osób. Wiemy, że mamy luki w infrastrukturze opieki zdrowotnej, które chcielibyśmy naprawić.

Jeśli chcemy to wszystko sfinansować, to albo musimy zwiększyć fundusze, a tego nie możemy zrobić, bo mamy ograniczenia budżetowe, albo potrzebujemy opieki zdrowotnej opartej na wartościach. Jeśli więc chcemy zwiększyć wartość świadczoną pacjentowi przy niższych kosztach na pacjenta w systemie opieki zdrowotnej, musimy zmienić model. Value-based healthcare oznacza, że ostatecznie zapłacimy tylko za wartość dostarczoną pacjentowi, podzieloną przez wszystko, co razem wzięte.

**Co może być tą wartością?**

Na przykład w onkologii może to być przeżycie catkowitz lub przeżycie wolne od progresji.

*Jeśli więc chcemy zwiększyć wartość świadczoną pacjentowi przy niższych kosztach na pacjenta w systemie opieki zdrowotnej, musimy zmienić model. Value-based healthcare oznacza, że ostatecznie zapłacimy tylko za wartość dostarczoną pacjentowi, podzieloną przez wszystko, co razem wzięte.*

W przypadku chorób przewlekłych, kiedy u pacjenta mogą wystąpić nawroty lub ataki, np. w przypadku choroby zapalnej jelit lub stwardnienia rozsianego, oznaczałoby to brak nawrotów lub wydłużenie czasu pomiędzy nimi. Wartością jest to, że płacimy za efekt, który przekłada się na życie pacjentów cierpiących na określoną chorobę.

### **Czy w Polsce mamy odpowiednie narzędzia, żeby mierzyć tę wartość?**

Myślę, że mamy od czego zacząć, a to już jest bardzo obiecujące. Na przykład w Polsce mamy bardzo bogatą bazę danych z systemu monitorowania programów terapeutycznych (SMPT). Obecnie wykorzystujemy je także w naszych systemach wspomagających, aby mieć pewność, że rzeczywiście innowacyjne firmy farmaceutyczne wywiązują się z zobowiązań, które ciążą na nas na podstawie umowy z ministrem zdrowia. Dlaczego nie wykorzystywać ich bardziej? To bardzo dobry początek.

Wejście w system opieki zdrowotnej oparty na wartościach to duża zmiana. Nie możemy tego zrobić z dnia na dzień, więc musimy podjąć rozsądne kroki, które dadzą nam pewność osiągnięcia celu. Jednym z takich pierwszych kroków jest wykorzystanie baz danych, które już posiadamy.

### **Jakie powinny być kolejne kroki, żeby wprowadzić system opieki zdrowotnej oparty na wartościach?**

Uważam, że dobrze jest przyrzeć się temu, co już mamy i zobaczyć, jak możemy zoptymalizować wykorzystanie posiadanego potencjału, zamiast wymyślać koło na nowo. Myślę, że warto jest zacząć od mniejszych rzeczy, od projektów pilotażowych, wykorzystujących systemy i dane, które już posiadamy. Gdy to się sprawdzi, będziemy mogli zastanowić się, co dalej.

To powinno opierać się na zaufaniu i partnerstwie, bo tego wymaga przejście do systemu opieki zdrowotnej opartej na wartościach. Oznacza to, że do współpracy będą musiały przystąpić strony, które tradycyjnie nie współpracują ze sobą w tak intensywny sposób.

Zwracam też uwagę na potencjał rozwiązań cyfrowych, które wpływają na rozwój innowacji i również zwiększają wartość. Obecnie na poziomie unijnym toczy się dyskusja wokół europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (ESHD). W całej Europie pacjenci, niezależnie od miejsca zamieszkania, będą mieli możliwość wglądu w swoje dane medyczne. Oznacza to, że systemy danych, niezależnie od tego, czy pochodzą od lekarza pierwszego kontaktu czy od specjalisty w szpitalu, będą już musiały być łączone ze sobą. To już się dzieje. Możemy wykorzystać tę dynamikę w e-zdrowiu do budowania systemu opartego na wartościach. Myślę, że prawodawstwo europejskie i wymóg harmonizacji na wyższym poziomie dodatkowo nam w tym pomoże.

### **Problemem Polski są bardzo duże nierówności w zdrowiu. Czy w Polsce jesteśmy gotowi na porównywanie się, żeby te różnice niwelować?**

Faktem jest, że w Polsce istnieją różnice w wynikach leczenia pacjentów, co jest bardzo często powiązane z zasobami, którymi dysponujemy w systemie, a nie z zaangażowaniem personelu medycznego. W Polsce stale spotkam się z zaangażowaniem personelu w zapewnienie optymalnej opieki, jaką może zapewnić swoim pacjentom w ramach posiadanych zasobów.

*W Polsce mamy bardzo bogatą bazę danych z systemu monitorowania programów terapeutycznych (SMPT). Obecnie wykorzystujemy je także w naszych systemach wspomagających, aby mieć pewność, że rzeczywiście innowacyjne firmy farmaceutyczne wywiązują się z zobowiązań, które ciążą na nas na podstawie umowy z ministrem zdrowia. Dlaczego nie wykorzystywać ich bardziej? To bardzo dobry początek.*

*Zwracam uwagę na potencjał rozwiązań cyfrowych, które wpływają na rozwój innowacji i również zwiększają wartość. Obecnie na poziomie unijnym toczy się dyskusja wokół europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (ESHD). W całej Europie pacjenci, niezależnie od miejsca zamieszkania, będą mieli możliwość wglądu w swoje dane medyczne. Oznacza to, że systemy danych, niezależnie od tego, czy pochodzą od lekarza pierwszego kontaktu, czy od specjalisty w szpitalu, będą już musiały być łączone ze sobą. To już się dzieje. Możemy wykorzystać tę dynamikę w e-zdrowiu do budowania systemu opartego na wartościach.*

Myślę, że jeśli zaczniemy wdrażać pewne zasady i pojawią się pierwsze efekty opieki opartej na wartości, to szybko dotączy do tej idei więcej osób. Możemy wtedy osiągnąć o wiele więcej, niż obecnie uważamy za możliwe.

Czy lekarze chcą się tym dzielić danymi, mierzyć i porównywać? Na początku myślałam, że nie. Ale jestem pozytywnie zaskoczona rozmowami z pracownikami medycznymi. Na przykład w dziedzinie onkologii istnieją już pewne inicjatywy dotyczące oceny opieki zdrowotnej.

**Ale porównywanie się pokaże, że są pewne różnice między szpitalami. To będzie też oznaczać, że szpitale będą otrzymywać różne płatności za te same procedury. Czy są gotowe to zaakceptować?**

Nie sądzę, że każdy byłby gotowy na to z dnia na dzień, we wszystkich obszarach terapeutycznych, we wszystkich szpitalach w Polsce. Dlatego powiedziałam, że droga do dochodzenia do pełnego modelu VBHC jest długa. Najpierw przeprowadźmy pilotaż tam, gdzie mamy już bardziej zaawansowaną skoordynowaną opiekę i ludzi, którzy współpracują ze sobą bliżej, wykorzystując dostępne dane.

Myślę, że do tego potrzebna jest koordynacja. Również dlatego, że jeśli spojrzymy na wartość dostarczoną pacjentowi, to potrzebni są technicy laboratoryjni, lekarze, pielęgniarki. Lista specjalistów medycznych jest długa, więc potrzeba

wielu osób, aby zapewnić pacjentowi wartość. Jeśli więc chcemy za to zapłacić, wszyscy ci ludzie muszą się na to zgodzić, a to będzie duża zmiana.

Trzeba też komunikować przykłady, kiedy ta wartość zwiększa się, żeby pracownicy w innych obszarach zaczęli myśleć w ten sam sposób. Ale rzeczywiście, zanim dotrzemy do punktu docelowego, może to zająć nawet całe pokolenie. Tyle że sam fakt, że jest to długa podróż, nie oznacza, że nie powinniśmy zacząć od pierwszego kroku.

**Załóżmy, że jest Pani ministrem zdrowia i decyduje o wprowadzeniu VBHC w Polsce do systemu opieki. Jaki jest pierwszy krok, a jaki kolejny i w jakich obszarach możemy szukać pionierów?**

Myślę, że zaczęłabym od pewnych obszarów terapeutycznych, w których jest już energia do działania, w których istnieje już pewien poziom koordynacji i gdzie możemy już wykorzystywać zgromadzone dane. Kolejny krok to dzielenie się zdobytą wiedzą. Myślę, że wiąże się to z wieloma kwestiami związanymi z zarządzaniem zmianami. W międzyczasie warto już zacząć analizować, jaki może być kolejny krok.

Obszarami, które dzisiaj się wyróżniają, są kardiologia i onkologia. Kardiologia rozpoczęła wiele wspólnych projektów już całe lata temu. Onkologia jest w toku. Zobaczymy, co wydarzy się w dziedzinie rzadkich chorób. Tu może być nieco trudniej, ponieważ początkowo mamy mniej danych, ale zachodzi coraz większa koordynacja, również w oparciu o krajowy Plan dla Chorób Rzadkich.

**W refundacji leków mamy mechanizmy mierzenia wartości leku na przestrzeni lat, a następnie**

*W Polsce istnieją różnice w wynikach leczenia pacjentów, co jest bardzo często powiązane z zasobami, którymi dysponujemy w systemie, a nie z zaangażowaniem personelu medycznego. W Polsce stale spotkam się z zaangażowaniem personelu w zapewnienie optymalnej opieki, jaką może zapewnić swoim pacjentom w ramach posiadanych zasobów.*

### **otrzymanie płatności w zależności od efektu. Czy firmy farmaceutyczne są na to gotowe?**

Mogę na ten temat wypowiadać się wyłącznie w imieniu swojej firmy. Jest to temat, którym chętnie się dzielimy i prowadzimy dyskusje, ponieważ sami w tym uczestniczymy. Myślimy jak odpowiedzialna firma. Musimy zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby nie tylko zapewnić pacjentom innowacje terapeutyczne, ale także robić to w sposób zrównoważony dla systemów opieki zdrowotnej, zrównoważony dla pacjentów, a także zrównoważony dla nas. Wierzymy, że na tym polega też opieka zdrowotna oparta na wartościach.

Analogicznie do zmian w poszczególnych obszarach systemu, tu także powinniśmy zaczynać od firm, które są chętne i gotowe do wprowadzania modelu VBHC, a potem kolejne do nich dołączają. Myślę, że za 20 lat opieka zdrowotna będzie świadczona w zupełnie inny sposób. Wszyscy to wiedzą. Dlatego potrzebujemy podmiotów, które są na tyle odważne, aby rozpocząć pilotaż, uczyć się i dzielić tą wiedzą z innymi.

### **Jakiego rodzaju bariery mogą blokować rozwój systemu opartego na wartościach?**

Dzisiaj część problemów wynika z obszaru ochrony danych. Wiele osób wyraża obawy, by dane, które gromadzimy i udostępniamy, nie dostały się w niepowołane ręce. Dlatego musimy prowadzić bardzo jasną komunikację dotyczącą tego, które dane dla kogo będą dostępne.

Zapewne też do systemu trafi więcej danych medycznych dotyczących leczenia przez poszczególnych lekarzy czy placówki, co pozwoli nam

*Myślimy jak odpowiedzialna firma. Musimy zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby nie tylko zapewnić pacjentom innowacje terapeutyczne, ale także robić to w sposób zrównoważony dla systemów opieki zdrowotnej, zrównoważony dla pacjentów, a także zrównoważony dla nas. Wierzymy, że na tym polega też opieka zdrowotna oparta na wartościach.*

*Pacjent jest kluczowy w systemie, ale tak naprawdę punktem wyjścia wszystkich dyskusji powinna być wartość dostarczona pacjentowi. A kiedy mówimy o wartości dostarczanej pacjentowi, osobą ostatecznie opisującą, jakie znaczenie ma dla niego ta wartość, jest sam pacjent. Idealnie byłoby, gdyby uwzględniano pomiary wyników zgłaszane przez chorego, w tym jakości życia. Zmiany wymaga również to, by pacjenci wiedzieli więcej na temat zdrowia. Na co mogą mieć wpływ w systemie? Jakiej mają prawa? To również będzie przekładać się na wyniki.*

ulepszyć wytyczne i uzyskiwać lepsze wyniki leczenia pacjentów.

Na początku może się zdarzyć, że tylko lekarzom będą udostępniane dane zagregowane, tak aby szpitale nie sprawdzały, kto jest najlepszy, a kto najgorszy, ale by mogły po prostu zobaczyć, co należy zrobić, aby uzyskać najlepsze wyniki.

### **Jaka jest rola pacjenta w systemie zdrowotnym opartym na wartościach?**

Myślę, że pacjent jest w tym systemie kluczowy, ale tak naprawdę punktem wyjścia wszystkich dyskusji powinna być wartość dostarczona pacjentowi. A kiedy mówimy o wartości dostarczanej pacjentowi, osobą ostatecznie opisującą, jakie znaczenie ma dla niego ta wartość, jest sam pacjent.

Idealnie byłoby, gdyby uwzględniano pomiary wyników zgłaszane przez chorego, w tym jakości życia. Jeśli jest to pacjent chorujący przewlekle, można uwzględniać, czy pozostaje w domu czy jest aktywnym uczestnikiem życia społecznego. Nadal jednak w ocenie wartości nie uwzględniamy danych dotyczących jakości życia. Nie uwzględniamy kosztów pośrednich.

Zmiany wymaga również to, by pacjenci wiedzieli więcej na temat zdrowia. Na co mogą mieć wpływ w systemie? Jakiej mają prawa? To również będzie przekładać się na wyniki. Gdy nauczymy się, jak to zrobić, będziemy mogli dodawać warstwę po warstwie. Krok po kroku.

**Małgorzata  
Gałązka-Sobotka**

Dziekan Centrum Kształcenia  
Podyplomowego oraz dyrektor  
Instytutu Zarządzania  
w Ochronie Zdrowia Uczelni  
Łazarskiego, wiceprzewodnicząca  
Rady Narodowego Funduszu  
Zdrowia



## **Uczciwość, transparentność, przejrzystość – na tych zasadach zbudowane są systemy zorientowane na wyniki leczenia**

Tylko patrząc na konkretny przypadek, dostrzeżemy człowieka w tym systemie. Zorientujemy się, że ma być może powszechny problem zdrowotny, ale jednocześnie osobliwe cechy, uwarunkowania psychiczne i społeczne, które powinniśmy uwzględnić planując cykl diagnostyki i leczenia.

### **Z czym kojarzy się Pani value-based healthcare?**

Spotykając się z wieloma osobami dostrzegam, że wciąż dość często system oparty na wartości, kojarzy się raczej z aspektem humanizacji ochrony zdrowia i takimi wartościami jak empatia, życzliwość, profesjonalizm. Tymczasem za jednym z twórców tej koncepcji Michaeliem Porterem należy podkreślać, że jest to relacja pomiędzy wynikiem leczenia, który uwzględnia również doświadczenie pacjenta, w relacji do kosztu, jaki musimy ponieść na cały cykl opieki nad tym pacjentem.

Przy czym powinniśmy nieustannie monitorować i mierzyć relacje pomiędzy możliwym do osiągnięcia wynikiem leczenia a kosztami wszystkich działań podejmowanych na rzecz chorego w procesie diagnostyki, leczenia i opieki. Ten wynik leczenia to jest zarówno obiektywny stan zdrowia, czyli na przykład obniżenie wskaźnika śmiertelności albo osiągnięcie

zamierzonych określonych parametrów metabolicznych. Ale wynikiem leczenia jest również droga osiągnięcia tego celu, czyli jak długo to trwało, czy wystąpiły powikłania, reoperacje, zdarzenia niepożądane. Może się bowiem okazać, że proces trwał tak długo i wygenerował bardzo wysokie koszty, co istotnie zmniejsza finalną wartość zdrowotną.

To, jak organizujemy procesy diagnostyczno-terapeutyczne, decyduje o możliwych do uzyskania efektach terapeutycznych. Stąd ogromna popularność zarządzania procesowego, *lean management*, jako metod służących do optymalizacji działalności, co finalnie wpływa na wartość odzyskiwanego zdrowia.

**Czy nie jest jednak tak, że dążenie do opłacalności efektywności wiąże się z obniżaniem jakości? Bo jeżeli chcemy coś robić taniej, szybciej, to jakość może na tym ucierpieć.**



Ci, którzy mają ograniczone zasoby, a polski system ochrony zdrowia zalicza się nieustannie do systemów bardzo mocno deficytowych, zarówno w zasoby finansowe, zasoby kadrowe, zasoby organizacyjne czy infrastrukturalne, nie mogą myśleć tylko i wyłącznie przez pryzmat minimalizacji kosztów. Przypominam, że nadal zgodnie z OECD nie przekroczyliśmy pułapu pięciu procent PKB wydatków publicznych na zdrowie.

Michael Porter, Elizabeth Teisberg i wszyscy inni promujący ideę VBHC przestrzegają przed myśleniem, że sposobem na zwiększenie wartości zdrowotnej jest przede wszystkim obniżka kosztów.

*System zorientowany na wartość zdrowotną tworzy się w relacji pacjent-lekarz, konkretny świadczeniobiorca w relacji z konkretnym świadczeniodawcą bądź grupą świadczeniodawców zaangażowanych w cały cykl opieki. Tylko patrząc na konkretny przypadek, dostrzeżemy człowieka w tym systemie. Zorientujemy się, że ma być może powszechny problem zdrowotny, ale jednocześnie osobliwe cechy, uwarunkowania psychiczne i społeczne, które powinniśmy uwzględnić planując cykl diagnostyki i leczenia.*

Ona oczywiście jest możliwa. Przykładem jest chociażby urządzenie telemedyczne, dedykowane pacjentom z niewydolnością serca, które pozwala wyprowadzić pacjenta po dosyć poważnej interwencji kardiologicznej z opieki stacjonarnej do domu, jednocześnie stale monitorując stan zdrowia chorego. Wyniki pokazały, że to rozwiązanie istotnie poprawia wyniki leczenia, ale także ich trwałość, co jest jednym z atrybutów koncepcji value-based healthcare.

Innym źródłem poprawy wyników przy niższych kosztach jest profilaktyka. Dzięki systematycznym badaniom jesteśmy w stanie wykryć chorobę we wczesnej fazie, co zmniejsza koszty interwencji niezbędnych do wyleczenia.

**Czy w naszym systemie dzisiaj patrzymy z punktu widzenia pojedynczego pacjenta, czy skupiamy się**

**bardziej na statystykach i na milionach świadczeń i wykonanych zabiegów na milionach pacjentów?**

Dzisiaj skupiamy się na milionach świadczeń, milionach pacjentów, patrzymy na dane makro i jesteśmy z tych makro danych bardziej bądź mniej zadowoleni. Natomiast system zorientowany na wartość zdrowotną tworzy się w relacji pacjent-lekarz, konkretny świadczeniobiorca w relacji z konkretnym świadczeniodawcą bądź grupą świadczeniodawców zaangażowanych w cały cykl opieki. Tylko patrząc na konkretny przypadek, dostrzeżemy człowieka w tym systemie. Zorientujemy się, że ma być może powszechny problem zdrowotny, ale jednocześnie osobliwe cechy, uwarunkowania psychiczne i społeczne, które powinniśmy uwzględnić planując cykl diagnostyki i leczenia.

Twórcy koncepcji value-based healthcare zwracają uwagę na ogromną siłę integracji świadczeniodawców na ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta. Wspólna praca i analizowanie tej ścieżki pozwala wykryć miejsca marnowania wartości albo wewnątrz poszczególnych podmiotów, ale i na styku pomiędzy nimi. Przykładem jest bardzo słaba komunikacja, rywalizacja, a nie współpraca oparta na współodpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta.

**Dzisiaj w naszym systemie ochrony zdrowia obowiązuje zasada płacenia za wykonanie świadczeń. Nikt nie mówi o płaceniu za efekt. Mamy przypadki płacenia za efekt?**

Zaczęliśmy już tą metodę stosować. Przykładem może być KOS-zawał, gdzie pojawiły się wskaźniki korygujące wycenę w zależności od osiągniętych parametrów. KOS-BAR to pilotaż kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem chorym na otyłość olbrzymią, który wymaga interwencji bariatrycznej. Wiemy, że jest to bardzo skomplikowana operacja, długi proces przygotowania, potem wielomiesięczny nadzór po operacji, rehabilitacja, wielomodułowy program leczenia, który ma rozwinięty panel wskaźników klinicznych do monitorowania. NFZ będzie naliczał dodatkową premię podmiotom nie tyle za operację czy przeprowadzenie pacjenta przez cały cykl opieki, ale również osiągnięte konkretne wyniki bariatryczne, metaboliczne i chociażby wskaźniki związane z powrotem do aktywności zawodowej.

Już wiemy, że podtrzymywanie modelu *fee-for-service*, płacenia za procedury, ma istotną

słabość, generuje ryzyko maksymalizacji liczby procedur, często kosztem jakości. W konsekwencji świadczeniodawcy są zmotywowani do tego, żeby mnożyć wizyty np. u specjalisty, bez orientacji na jak najszybsze wyleczenie. Pojawia się pytanie, czy na pewno każda wizyta jest zasadna, czy ona jest bezwzględnie konieczna, czy mogłaby zostać zastąpiona przez poradę recepturową pielęgniarki, to jest już inna historia. Model finansowania motywuje do tego, co nie zawsze jest racjonalne i nie zawsze prowadzi do uzyskania optymalnej wartości zdrowotnej.

Zwrotu w kierunku VBHC już kilkadziesiąt lat temu dokonała Wielka Brytania, redefiniując system ochrony zdrowia w kierunku wartości zdrowotnej, poprawy wyników leczenia, a nie samego leczenia. To oznacza, że systemy, które uznajemy za wzorcowe, wiele lat temu doszły do wniosku, że mechanizmy płacenia za usługę nie tworzą wartości zdrowotnej, a koncentrują uwagę dostawców na wolumenie i marży.

**Czy są jakieś obszary w systemie ochrony zdrowia, które są szczególnie predysponowane do tego, żeby wprowadzać tam system płacenia za efekty i gospodarkę wartością, a nie liczbą świadczeń?**

Na wszystkich poziomach i we wszystkich obszarach systemu ochrony zdrowia jest przestrzeń do wdrażania bardziej i mniej rozbudowanych rozwiązań nakierowanych na główny cel, jakim jest zdrowie. Myślę, że dzisiaj jesteśmy obserwatorami spektakularnej reformy podstawowej opieki zdrowotnej, czyli wdrożenia opieki koordynowanej. Zupełnie zmieniamy paradygmat lekarza rodzinnego, którego zadaniem nie może być tylko reaktywna reakcja na problemy populacji, objętej opieką, ale też aktywne pobudzanie pacjentów do dbania o swoje zdrowie. Ma zatem zabiegać o jego udział w badaniach profilaktycznych, zgłaszać się na wizyty bilansowe do realizacji Indywidualnego Planu Leczenia w różnych chorobach czy też w różnych grupach chorób, które często towarzyszą przede wszystkim osobom starszym. Ten system jest absolutnie zgodny z koncepcją VBHC. Ma tylko jeden istotny brak: nie zdefiniowano wskaźników, za pomocą których będziemy mierzyć efekty nowego modelu.

**Jeżeli nie będziemy mieć danych i mierzyć efektów, to ten system nie zadziała?**

Jakiś czas temu byłam na fascynującym wykładzie profesora Rifata Atuna z Uniwersytetu Harvarda, który mówił o koncepcji VBHC i podkreślił, że krwibiegim systemem zorientowanym na wartość zdrowotną są dane. Pierwszym krokiem każdej organizacji medycznej jest ustalenie danych, które są krytyczne dla pomiaru wyników leczenia i kosztów. Zbieramy tylko to, co potrzebne, tylko to, co pozwala oceniać wartość. I nie musimy zbierać masy danych, z których większości nie wykorzystamy, co my akurat właśnie robimy.

Wyzwaniem dla wielu placówek jest budowa wewnętrznych systemów bazodanowych, pozwalających na ewaluację procesów realizowanych na rzecz pacjenta. To kultura pomiaru będzie fundamentalna dla tworzenia wartości. Ważnym elementem takiego systemu są także dane zwrotne pochodzące z otoczenia placówki, np. NFZ, bo wiem pomiar wartości powinien odbywać się także na poziomie makro.

Obszarem, w którym zasadne jest promowanie koncepcji VBHC, jest POZ. W dobie wdrażania opieki koordynowanej w POZ, która osadzona jest kompleksowości i koordynacji, nowoczesnym modelem finansowania opartym na kapitacji i budżecie powierzonym, aż się prosi pójść dalej i wdrożyć mechanizmy pomiarów wyników w podziale na wyniki struktur, procesów i leczenia. Wychodząc naprzeciw takiemu myśleniu w ramach zespołu problemowego Rady NFZ, pod moim kierownictwem wraz z ekspertami na czele z prof. Agnieszką Mastalerz-Migas opracowaliśmy propozycję systemu benchmarkowania placówek POZ, na bazie kilkunastu wskaźników. Zanim wykorzystamy je do premiowania wartości, to wpierw nauczymy się je mierzyć, interpretować i uwzględniać w korekcie działalności praktyki leczniczej.

Naszym celem jest to, aby każda placówka POZ, bez względu na to, czy jest opiece koordynowanej, czy nie, dostawała od NFZ przynajmniej raz na pół roku swój profil dotyczący tego, jaki jest poziom realizacji kluczowych zadań w obszarze opieki nad dziećmi i młodzieżą, profilaktyki, opieki koordynowanej, wczesnej diagnostyki, w odniesieniu do innych świadczeniodawców, prowadzących działalność opieki podstawowej w sąsiednich gminach, w powiecie czy województwie.

Na podstawie już raportowanych danych możliwe jest dostarczenie zwrotnie informacji np. o poziomie

wyszczepialności różnych kwalifikowanych grup pacjentów, odsetka dzieci i młodzieży objętych bilansami, czy wskaźników zgłaszalności na programy profilaktyczne lub chorych przewlekłe, którzy otrzymali Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM).

Na starcie budowy systemu pomiaru wartości skupiamy się na procesach realizowanych w przychodni POZ, ale za moment będziemy przyglądali się i dobierali do tego wskaźniki wyników populacyjnych, epidemiologicznych. Jeżeli wypracujemy w sobie kulturę pomiaru jakości w odniesieniu nie tylko do procesów, ale i efektów leczenia, to przejdziemy „na drugą stronę mocy” systemu. Uczynimy go znacznie bardziej skutecznym w odtwarzaniu i utrzymaniu kapitału zdrowia.

Ustawa o jakości, jak wszystkie tego typu regulacje, daje ramę wszystkim uczestnikom tego sektora co do kierunków rozwoju swojej działalności. W ustawie o jakości jednoznacznie podkreślono znaczenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i pomiaru.

### **Wydaje mi się, że cała idea sieci szpitali i płatena ryczałtem stoi w sprzeczności z ideą płatena za wartość. Czy w tym obszarze też możemy liczyć na zmianę?**

Nie jest błędem samo płacenie ryczałtowe, tylko niepowiązanie tego ryczałtu z wynikiem. Jednym z rozwiązań, które minimalizuje wady powszechnie stosowanego modelu *fee-for-service*, jest np. płacenie *per case* lub *pay-for-performance* rozwijane np. w USA i Niderlandach.

Oczywiście w procesie ewaluacji wyników ważne jest różnicowanie choćby takich kwestii, jak wiek pacjenta, stopień zaawansowania choroby w momencie diagnozy, wielochorobowość, co determinuje budżet powierzony dla ośrodka na leczenie. Statystyka medyczna rozwiązuje problemy interpretacji wyników w zależności od demograficznych i epidemiologicznych cech pacjenta.

Szpital, który jest koordynatorem, w ramach budżetu powierzonego na pacjenta tworzy plan diagnostyczno-terapeutyczny, zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dobrany do indywidualnych potrzeb pacjenta. Klinicyści otrzymują więcej elastyczności, co pozwala na efektywniejsze gospodarowanie zasobami. Na końcu płatnik patrzy na wynik leczenia i premiuje tych, którzy dostarczają opiekę najwyższej jakości.

Biorąc pod uwagę fakt, iż dopiero raczkujemy w procesie budowy systemu opartego na koncepcji VBHC, ważne jest, aby analiza danych, pomiar jakości nie stał się narzędziem represji, ale motywacji i zaangażowania w doskonalenie procesów. Stąd apel, aby wdrażaniu systemu benchmarkowania towarzyszył proces wsparcia kompetencyjnego tych, których wyniki istotnie odchylają się od przeciętnych. Regulator powinien swoimi narzędziami zachęcać do szukania przyczyny niesprawności i ich usuwania. Rekomenduje się rozwój programów tutoringowych, w ramach których dochodzi do dzielenia się dobrymi praktykami.

To jest koncepcja współodpowiedzialności i współtroski, aby wyniki leczenia wartość zdrowotna były porównywalne bez względu na miejsce udzielania świadczeń. Dzisiaj w Polsce mierzymy się z gigantycznymi różnicami, nie tylko w dostępie do świadczeń, ale i w jakości świadczeń. Nie będziemy zdolni do niwelowania tych różnic, jeśli nie będziemy ich precyzyjnie mierzyć i identyfikować ich przyczyn.

### **Czy w obszarze refundacji można sobie wyobrazić płacenie za efekt czy finansowanie leków na podstawie wartości, które utrzymują pacjenci, a nie na zasadzie płatena za lek? Co z danymi i rejestrami?**

Na tę drogę już wkroczyliśmy. Przykładowo w refundacji terapii w szpiczaku zastosowano mechanizmy płatena za wartość. Na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia mamy wiele danych, które pozwalają oceniać skuteczność i efektywność stosowanych technologii. SMPT jest przykładem systemu, do którego klinicyści muszą mozolnie wpisywać wiele informacji, które wykorzystywane są przez MZ i NFZ, ale nie są udostępniane zwrótnie świadczeniodawcom lub dostawcom technologii jako informacja zwrotna służąca poprawie swoich procesów i produktów. Na razie to jest taka fragmentaryczna próba budowania systemu zorientowanego na wartość.

Systemy zorientowane na wyniki leczenia to są systemy transparentne i przejrzyste. Nawet jeżeli coś nie wychodzi, to mówmy o tym i szukajmy sposobu na rozwiązanie problemu. Bądźmy wobec siebie uczciwi. Dajmy sobie wzajemnie motywację do tego, żeby nieustannie poprawiać strukturę zasobów, ich wykorzystanie na rzecz poprawy wyników leczenia każdego pacjenta i całego naszego społeczeństwa.



**Paweł Kikosicki**

dyrektor Centrum e-Zdrowia



## Chcemy budować system oparty na wartości, w oparciu o kompletne i dobrej jakości dane

Myśląc o sztucznej inteligencji, wiele osób ma wyobrażenie na jej temat jako o niebywalej, niemal kosmicznej technologii. A przecież my ze sztucznej inteligencji korzystamy już od dawna. To są na przykład algorytmy, na podstawie których robimy predykcje tego, co się będzie działo albo raporty dla lekarzy, które przyspieszą diagnozę. To są właśnie elementy sztucznej inteligencji.

**Centrum e-Zdrowia buduje ogromną wartość dla systemu ochrony zdrowia. Czy rzeczywiście tak się czujecie, że jesteście bardzo ważnym elementem systemu?**

To, co jest kluczowe dla mnie, to żebyśmy mogli budować system oparty na wartości, na wyniku. Podmioty lecznicze mają obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej i przyrost tych danych jest stopniowy. Stąd rzeczywiście Centrum e-Zdrowia jest podmiotem, który ma bardzo dużo danych.

Ale żebyśmy mogli mówić o tym, że wykorzystamy te dane, to musimy zdawać sobie sprawę, że one muszą być po pierwsze kompletne, po drugie – być dobrej jakości. Musimy więc pilnować, aby placówki, które raportują elektroniczną dokumentację medyczną, robiły to poprawnie. Dlatego kładziemy tak duży nacisk na szkolenia, ale

budujemy też kolejne typy elektronicznej dokumentacji medycznej.

**Patrząc na informatykę, która jest na zapleczu systemu ochrony zdrowia, gdzie powstaje ta wartość, gdzie jest jej najwięcej?**

Myślę, że najwięcej wartości obecnie przynosi mi decydecjom, czyli strategicznie Ministerstwu Zdrowia, które korzysta z tych danych i w oparciu o nie podejmuje różne strategiczne decyzje.

Ale aktualnie przygotowujemy też projekt, w ramach którego przy wykorzystaniu naszych danych będziemy dostarczać placówkom medycznym i lekarzom raporty, na podstawie których będą mogli podejmować lepsze i szybsze diagnozy.

Mamy różne dane: z dokumentów realizacji recept, z elektronicznej dokumentacji medycznej, ze zdarzeń medycznych. Na ich podstawie możemy

*Centrum e-Zdrowia jest podmiotem, który ma bardzo dużo danych. Ale żebyśmy mogli mówić o tym, że wykorzystamy te dane, to musimy zdawać sobie sprawę, że one muszą być po pierwsze kompletne, po drugie – być dobrej jakości. Musimy więc pilnować, aby placówki, które raportują elektroniczną dokumentację medyczną, robiły to poprawnie.*

dostarczyć lekarzom systemowe rozwiązania, mające pewną wartość, którą te dane przynoszą.

### **Czy w Waszych rozwiązaniach zaczynacie już korzystać ze sztucznej inteligencji i na czym to polega?**

Myśląc o sztucznej inteligencji, wiele osób ma wyobrażenie na jej temat jako o niebywalej, niemal kosmicznej technologii. A przecież my ze sztucznej inteligencji korzystamy już od dawna. To są na przykład algorytmy, na podstawie których robimy predykcje tego, co się będzie działo albo właśnie wspomniane raporty dla lekarzy. To są elementy sztucznej inteligencji.

W ramach Centrum działa Departament Analiz, który łączy różne działania związane z analityką. Ale w ramach Centrum budujemy również komórkę kompetencji AI. Rozpoczęliśmy też współpracę ze środowiskiem naukowym, bo jeżeli chcemy iść dalej w rozwijaniu sztucznej inteligencji, to musimy zbudować niezbędne do tego kompetencje. A kto je zbuduje lepiej, jak nie środowisko naukowe, które ma doskonałe osiągnięcia, jeśli chodzi o teorię. Teraz będą mieli szansę wdrażać ją w ramach Centrum.

Do współpracy będziemy zapraszać również młodych naukowców, którzy będą mogli wdrażać swoje prace teoretyczne w obszarach zgodnych z naszym zapotrzebowaniem.

### **Które obszary medycyny najbardziej nadają się na wdrażanie takich rozwiązań? Ja intuicyjnie bym wskazał choroby rzadkie i onkologię.**

To jest dobra intuicja. Ale mamy też na przykład predykcje dotyczące udarów, które przygotował Departament Analiz NFZ i jest to taki obszar, który jesteśmy w stanie zaopiekować.

Kluczowe jest też to, aby dostarczać dane w podstawowej opiece zdrowotnej i obecnie przygotowujemy bardzo dużo rozwiązań informatycznych w zakresie opieki koordynowanej, w tym Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Chcemy wspomóc organizacyjnie koordynację w POZ i współpracujemy bardzo blisko ze środowiskiem lekarzy rodzinnych.

### **Czy to nie jest tak, że nowe systemy odbijają się nieco na pracy lekarza, który musi wpisywać do systemu coraz więcej danych i coraz więcej czasu zajmuje mu właśnie „karmienie” systemu danymi? Czy to nie jest bariera rozwoju technologii?**

Jest kilka takich barier. Ale musimy pamiętać o tym, że nowe technologie, w tym e-zdrowie, kosztują pieniądze, ale kosztują też czas, szczególnie na początku, który musimy poświęcić na to, aby „nakarmić” system danymi.

Żeby pewne algorytmy czy rozwiązania mogły się uczyć, muszą mieć odpowiednią ilość danych. Jeżeli mam 20 czy 30 procent danych włożonych do systemu, to nie jest to wystarczająca próba, która pozwoli na tworzenie bardzo zaawansowanych rozwiązań. Jeśli będziemy mieć tych danych 75, 90 procent, to już będzie to możliwe.

### **W polskim systemie ochrony zdrowia brakuje rejestrów klinicznych i miejsc, gdzie moglibyśmy gromadzić informacje o wybranych jednostkach chorobowych, żeby na tej podstawie mierzyć efektywność leczenia. Czy Centrum nad tym pracuje?**

Cały czas pojawiają się nowe rejestry. Moim organem doradczo-opiniodawczym jest Rada do spraw Interoperacyjności, w ramach której rozmawiamy ze specjalistami, z dostawcami na temat

*W ramach Centrum działa Departament Analiz, który łączy różne działania związane z analityką. Ale w ramach Centrum budujemy również komórkę kompetencji AI. Rozpoczęliśmy też współpracę ze środowiskiem naukowym, bo jeżeli chcemy iść dalej w rozwijaniu sztucznej inteligencji, to musimy zbudować niezbędne do tego kompetencje.*

*Kluczowe jest to, aby dostarczać dane w podstawowej opiece zdrowotnej i obecnie przygotowujemy bardzo dużo rozwiązań informatycznych w zakresie opieki koordynowanej, w tym Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Chcemy wspomóc organizacyjnie koordynację w POZ i współpracujemy bardzo blisko ze środowiskiem lekarzy rodzinnych.*

rejestrów i będziemy się nad nimi na pewno pochylać w najbliższym czasie.

Chodzi również o zastanowienie się i wspólne opracowanie standardu tworzenia rejestrów oraz jak wykorzystać narzędzia, które już mamy, by nie mnożyć kolejnych bytów i nie tworzyć kolejnych rejestrów. Nie jestem zwolennikiem takiego działania. Wydaje mi się, że trzeba korzystać z tych rozwiązań, które już są i rozbudowywać je, nie tworząc kolejnych.

Niestety czasami jest tendencja do tego, aby każda grupa schorzeń miała swój rejestr, bo podnosi to rangę danej dziedziny medycyny. Ale myślę, że jesteśmy już na takim etapie, kiedy możemy przechodzić na kolejne poziomy, by rozpocząć standaryzację i pracę na interoperacyjnością.

**Centrum pracuje nad nową wersją systemu monitorowania programów terapeutycznych (SMPT), który spełnia bardzo ważną rolę w leczeniu innowacyjnymi terapiami. W jaką stronę zmierzają prace?**

Wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia pracujemy nad nowym Systemem Monitorowania Programów Terapeutycznych. W ostatnim czasie uruchomiliśmy pierwszy program w ramach tego narzędzia, tj. program terapeutyczny dotyczący leczenia guzów litych. W przyszłości dołączy do niego wiele kolejnych. Będą to nowe rozwiązania, odpowiadające technologicznie naszym czasom. Zmiany robimy w infrastrukturze, która będzie umożliwiała lepsze połączenie z centralnym systemem P1.

**Czy Pana zdaniem potrafimy systemowo gromadzić dane dotyczące zdrowia? Czy potrafimy też w odpowiedni sposób zabezpieczać dane medyczne?**

Musimy pracować cały czas nad tym, aby więcej podmiotów miało większe kompetencje, jeżeli chodzi o zbieranie danych i o ich gromadzenie. Natomiast jeżeli chodzi o bezpieczeństwo i przygotowanie na cyberataki, to wygląda to średnio.

Zanim został uruchomiony program dofinansowania placówek w zakresie zabezpieczenia danych, przeprowadziliśmy badanie ankietowe, sprawdzając, jak są przygotowane i wyniki nie były specjalnie pozytywne.

Chodzi o dane wrażliwe o zdrowiu Polaków. Wiemy, co się działo w niektórych placówkach podczas cyberataków jakiś czas temu, kiedy wspieraliśmy działania naprawcze i z czym to się wiązało. Weźmy na przykład badania laboratoryjne. Mamy próbki poznaczane kodami kreskowymi i żadnymi innymi danymi. Jeżeli kod kreskowy „rozjedzie się” z systemem, który jest zaszyfrowany, to tak naprawdę nie wiemy, do którego pacjenta należy pobrany materiał. Można choremu wyrządzić ogromną szkodę.

Ale cieszę się, że Centrum będzie mogło wesprzeć placówki. Teraz budujemy zespół reagowania na incydenty, jeżeli chodzi o dane. To będzie takie miejsce, do którego placówki będą mogły zwracać się z różnymi problemami. Planujemy bardzo intensywne szkolenia z zakresu cyberbezpieczeństwa i ochrony danych.

Będziemy też mieli karetkę cyberbezpieczeństwa. Stwierdziliśmy, że takie rozwiązanie na pewno będzie przydatne. Jesteśmy operatorem usług kluczowych. Jeśli placówka nie będzie w stanie sobie pomóc, nie będzie w odpowiedni sposób zabezpieczona, gdy dojdzie do cyberataku, to będziemy pomagać, jak robimy to teraz wspólnie z innymi instytucjami w odzyskaniu danych czy ich odszyfrowywaniu.

*Będziemy mieli karetkę cyberbezpieczeństwa. Stwierdziliśmy, że takie rozwiązanie na pewno będzie przydatne. Jeśli placówka nie będzie w stanie sobie pomóc, nie będzie w odpowiedni sposób zabezpieczona, gdy dojdzie do cyberataku, to będziemy pomagać, jak robimy to teraz wspólnie z innymi instytucjami w odzyskaniu danych czy ich odszyfrowywaniu.*

*Wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia pracujemy nad nowym Systemem Monitorowania Programów Terapeutycznych. W ostatnim czasie uruchomiliśmy pierwszy program w ramach tego narzędzia, tj. program terapeutyczny dotyczący leczenia guzów litych. W przyszłości dołączy do niego wiele kolejnych. Będą to nowe rozwiązania, odpowiadające technologicznie naszym czasom.*

### **Co jest najważniejszym źródłem wartości w informatyzowaniu systemu ochrony zdrowia?**

Wskazałbym dwie takie wartości. Jedną to ucyfrowienie, informatyzowanie, które może pomóc lekarzom w lepszej diagnozie. Musimy pamiętać o tym, że brakuje lekarzy, a polskie społeczeństwo się starzeje. Za 30 lat będziemy mieli bardzo duży odsetek osób, które są w wieku powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia i żaden system, nawet najlepszy na świecie, nie będzie w stanie udźwignąć finansowo opieki zdrowotnej. Leczenie osoby powyżej sześćdziesiątego roku życia kosztuje 3 razy więcej niż każdej innej grupy poniżej tego wieku.

Dlatego już dzisiaj musimy myśleć o tym, żeby informatyzacja szła w takim kierunku, aby ułatwić lekarzom leczenie, prowadzenie pacjenta i przeliczanie maksymalnej liczby usług czy różnych rozwiązań do strefy online.

Drugą wartością w mojej opinii jest to, żeby rozwiązania, które wdrażamy, były tworzone z użytkownikiem, a nie dla użytkownika. Jasnym staje się to, że nawet najlepszy programista nie będzie wiedział, jak przygotować usługę dla użytkownika, bo ten programista nie będzie pracował na danym programie przez kolejne 20 lat. On to tylko wykona i odda do użytku, ewentualnie będzie utrzymywał albo zbierał uwagi, że jest coś nie tak w systemie, co też się zdarza.

Wydaje mi się, że to jest bardzo ważne i kluczowe, żeby zacząć współpracę ze środowiskiem profesjonalistów: lekarzami, diagnostami, farmaceutami. Jeśli te rozwiązania są tworzone wspólnie z nimi, będą dla nich bardziej przyjazne, ergonomiczne i przydatne, to ci profesjonaliści będą inaczej podchodzić do pracy w tych systemach.

Dlatego te dwie wartości uznaję za kluczowe: musimy myśleć o tym, co będzie za kilkadziesiąt lat oraz tworzyć rozwiązania *user friendly*, przyjazne ludziom.

*Wydaje mi się, że to jest bardzo ważne i kluczowe, żeby zacząć współpracę ze środowiskiem profesjonalistów: lekarzami, diagnostami, farmaceutami. Jeśli te rozwiązania są tworzone wspólnie z nimi, będą dla nich bardziej przyjazne, ergonomiczne i przydatne, to ci profesjonaliści będą inaczej podchodzić do pracy w tych systemach.*

**Magdalena Kołodziej**  
prezes Fundacji MY PACJENCI



## Dobrze „zaopiekowany” pacjent otrzymuje opiekę medyczną w odpowiednim miejscu i w czasie

Jest oczywiście pewne zagrożenie, żeby efektywność kosztowa nie przystoniła nam człowieka. Najważniejsze jest, żeby zawsze patrzeć na ludzką stronę medycyny i starać się widzieć pacjenta, człowieka, a nie tylko kolejny przypadek do rozwiązania i kolejną procedurę do przeprowadzenia.

**Pani pierwsze skojarzenie, kiedy mówimy o systemie opartym na wartości?**

System oparty na wartości to dla mnie taki, w którym pacjent czuje się bezpieczny, nie błądzi po nim w poszukiwaniu pomocy, a jakość świadczonych mu usług jest wysoka i podlega monitorowaniu.

**Ta wartość osobista jest ważniejsza dla pacjenta niż systemowa, czyli efektywność wydawania pieniędzy?**

Wartość systemowa bardzo często przekłada się na tę wartość osobistą. Jeśli system dobrze funkcjonuje, to wtedy pacjent dobrze się w nim czuje.

**Fundacja robi od wielu lat ciekawe badania opinii pacjentów. Jedno z badań poszukiwało odpowiedzi na pytanie, co jest dla pacjenta największą**

**wartością, której oczekuje. Na co wskazali respondenci?**

Dla pacjenta najważniejsza jest dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. I to dobrej jakości świadczeń, w miejscu i czasie, kiedy pacjent ich potrzebuje.

Chodzi o to, by pacjent był „zaopiekowany” jak najbliżej miejsca swojego zamieszkania, by nie musiał pokonywać setek kilometrów, szukając porady lekarskiej czy usługi zdrowotnej. I by nie musiał czekać miesiącami na diagnozę, a potem leczenie, bo w wielu przypadkach ten czas odgrywa kluczową rolę. Ważna jest więc dostępność w miejscu i w czasie.

**W dzisiejszym systemie problemem jest właśnie brak dostępności. A co jest ważne, kiedy już pacjent dostanie się do lekarza?**

*Wartość płynie z tego, czy pacjent czuje się bezpiecznie na każdym etapie leczenia. Kiedy wie, że jakość usług, które otrzymuje, podlega ocenie. Kiedy usługi świadczone są z poszanowaniem praw pacjenta, z odpowiednim zaangażowaniem i właściwą komunikacją. Kiedy wie, co się z nim dzieje i co jest dla niego przewidziane w kolejnych krokach terapeutycznych.*

Wartość płynie z tego, czy pacjent czuje się bezpiecznie na każdym etapie leczenia. Kiedy wie, że jakość usług, które otrzymuje, podlega ocenie. Kiedy usługi świadczone są z poszanowaniem praw pacjenta, z odpowiednim zaangażowaniem i właściwą komunikacją. Kiedy wie, co się z nim dzieje i co jest dla niego przewidziane w kolejnych krokach terapeutycznych.

**Czy nas system jest w ogóle na to nastawiony? Placówka medyczna jest świadczeniodawcą, a pacjent jest świadczeniobiorcą. NFZ tylko płaci za świadczenia. Gdzie jest miejsce na zastanawianie się nad wartością opieki zdrowotnej?**

W obecnie skonstruowanym systemie ochrony zdrowia takiego miejsca brakuje. Liczymy bardzo na to, że ustawa o jakości zacznie to zmieniać. Nie stanie się to z dnia na dzień, ale może zaczniemy przykładać większą wagę do tego, jaką jakość mają świadczone usługi. Dlaczego pacjent jest przyjmowany z wycinkowym problemem i „po załatwieniu” odsyłany do domu? Dlaczego nie patrzy się na niego holistycznie i nie ma całościowego planu dla tego pacjenta?

W naszym systemie brakuje też analizowania błędów, które zawsze będą się pojawiać, ale chodzi o to, by je analizować i wyciągać z nich wnioski na przyszłość. To jest jeszcze przed nami. Są oczywiście miejsca w Polsce, gdzie tak się już pracuje. Ale jako standard pracy z pacjentem, to jeszcze jest przed nami.

Kolejny duży problem to nierówności w zdrowiu. Mówi się coraz więcej o tym, że kod pocztowy decyduje, na jaką opiekę możemy liczyć, czy mamy szansę na dłuższe życie w zdrowiu, na szybką diagnozę, na wyleczenie. Dzisiaj to, gdzie mieszkamy,

jakimi środkami finansowymi dysponujemy, to wszystko warunkuje nasze zdrowie.

Bardzo często czekając na opiekę, osoby, które mogą sobie na to pozwolić, szukają pomocy w placówkach prywatnych. To też powoduje coraz większe nierówności w zdrowiu.

**Idea VBHC to poszukanie możliwie efektywnego wydawania pieniędzy, które płatnik publiczny ma do wydania. Jeśli okaże się, że pewnych procedur nie będzie finansować, bo są nieopłacalne, czy to poszukiwanie wartości nie spowoduje odhumanizowania medycyny?**

*Kolejny duży problem to nierówności w zdrowiu. Mówi się coraz więcej o tym, że kod pocztowy decyduje, na jaką opiekę możemy liczyć, czy mamy szansę na dłuższe życie w zdrowiu, na szybką diagnozę, na wyleczenie. Dzisiaj to, gdzie mieszkamy, jakimi środkami finansowymi dysponujemy, to wszystko warunkuje nasze zdrowie.*

Jest oczywiście pewna obawa, żeby ta efektywność kosztowa nie przystoniła nam człowieka. Żeby jednak zawsze patrzeć na ludzką stronę medycyny i starać się widzieć tam pacjenta, człowieka, a nie tylko kolejny przypadek do rozwiązania i kolejną procedurę do przeprowadzenia.

Wydaje mi się, że rozwiązaniem byłoby zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej. By pacjent miał podstawową wiedzę zdrowotną, wiedział jak najlepiej o siebie zadbać, jak najdłużej pozostawać w zdrowiu, by wykonywał różne badania profilaktyczne, korzystał z dostępnych szczepień, żeby poprawiać odporność, a w przypadku jakiejś choroby wiedział, jak z tą chorobą żyć, jak utrzymywać się w jak najlepszym zdrowiu.

Nie do przecenienia jest rola profilaktyki i edukacji, żeby taką interwencyjnością odciążać system ochrony zdrowia.

**Czy organizacje pacjenckie powinny zajmować się problemem efektywności wydatków? Czy to nie**



*Jest oczywiście pewne zagrożenie, żeby efektywność kosztowa nie przystoniła nam człowieka. Najważniejsze jest, żeby zawsze patrzeć na ludzką stronę medycyny i starać się widzieć pacjenta, człowieka, a nie tylko kolejny przypadek do rozwiązania i kolejną procedurę do przeprowadzenia.*

### **jest samoograniczenie się? Pacjenci powinni domagać się jak najwięcej i nie przyjmować do wiadomości, że czegoś się nie da, bo na coś nie ma pieniędzy?**

Oczywiście, rolę organizacji jest również zabieganie o to, by system był lepiej finansowany, ale przede wszystkim efektywnie zarządzany. Żeby dostępne środki były mądrze wykorzystywane. Bo wiadomo, że budżet jest ograniczony. Na pewno, decydenci powinni zadbać o jeszcze szersze włączanie organizacji pacjentów, czy to do oceny jakości, do edukacji, informowania pacjentów o różnych rozwiązaniach, by te środki mądrze wykorzystywać.

Myślę, że wciąż wykorzystujemy potencjał organizacji za mało. Nadal jest to niedocenione narzędzie i partner w tworzeniu polityki zdrowotnej. Organizacje często mają najbliższy kontakt z pacjentami i najlepiej znają ich problemy, potrzeby. Mają też własne doświadczenia wynikające z codziennym zderzaniem się z systemem.

### **Czy organizacje pacjentów, które skupiają się na określonej grupie, jednym obszarze, nie mają holistycznego spojrzenia na system?**

Większość organizacji skupia się na jednej konkretnej jednostce chorobowej czy wybranym obszarze. Ale też taka jest chyba ich rola, żeby wspierać konkretną grupę pacjentów.

Niemniej mamy też już przynajmniej kilka organizacji, które potrafią spojrzeć szerzej i mogą wtedy zbierać wokół siebie organizacje skupione na konkretnym problemie i wspólnie próbować wypracowywać pewne rozwiązania. Nie każdy może się na wszystkim znać i wszystkim zajmować. Ten podział jest według mnie bardzo zdrowy i bardzo dobrze się sprawdza.

### **Czy pacjent zawsze stoi na straconej pozycji, gdy są pewne problematyczne kwestie? Bo lekarze widzą wszystko, a nawet więcej, płacnik wie wszystko o naszym zdrowiu i trzyma pieniądze. Jak pacjenci mogą walczyć o tę wartość? Tylko krzycząc, czy mają jakieś twarde mechanizmy?**

Pacjent zawsze będzie na słabszej pozycji, to chyba jest nieuniknione. Ale ważna zmiana, której oczekujemy, to żeby traktować nas jako pełnowartościowego partnera do dyskusji o tym, jak nasz system ochrony zdrowia powinien funkcjonować, o tym, jakie standardy powinien spełniać.

Zależy nam, żeby ewaluacje i ankiety planowane w ramach ustawy o jakości rzeczywiście były procedowane we współpracy z organizacjami pacjentów. Trzeba również zadbać o to, w jaki sposób są zbierane te wszystkie informacje od pacjentów. Chory powinien móc dzielić się tymi informacjami w komfortie dla siebie, a nie przykładowo siedząc przy lekarzu wypisującym go ze szpitala. Takie opinie pacjentów będą zupełnie niemiarodajne.

### **Ustawa o jakości niesie nadzieje na zmiany? Które kroki będą najważniejsze?**

Wiele lat rozmawialiśmy o tym, że potrzebne jest monitorowanie jakości i nic się nie działo. Cieszę się, że poszliśmy krok do przodu i mamy ustawę, która daje nam taką możliwość.

Pacjenci oczekują, że powstaną rankingi jakościowe, by mogli sprawdzić, który szpital świadczy usługi najwyższej jakości, gdzie jest najmniej zakażeń szpitalnych, gdzie najkrócej się czeka na określone procedury.

Chodzi o to, by to zarządzanie pobytem w szpitalu i czasem tam spędzonym było jak najbardziej efektywne. Jeśli pacjent trafi do szpitala na planową procedurę i czeka kilka dni na

*Myślę, że wciąż wykorzystujemy potencjał organizacji za mało. Nadal jest to niedocenione narzędzie i partner w tworzeniu polityki zdrowotnej. Organizacje często mają najbliższy kontakt z pacjentami i najlepiej znają ich problemy, potrzeby. Mają też własne doświadczenia wynikające z codziennym zderzaniem się z systemem.*

*W naszym systemie zbieranych jest mnóstwo danych, tylko brakuje mechanizmów analizy i wyciągania wniosków. Wymaga to poprawy, by te wszystkie dane, które są zgromadzone w NFZ, można było analizować i wyciągać z nich wnioski.*

badanie niezbędne do wykonania danego zabiegu, to świadczy o słabej organizacji tej placówki. To są ważne informacje dla pacjenta. Dlatego czeka na rankingi, by mógł prześledzić i wybrać placówkę, która najbardziej mu odpowiada.

W tym chodzi również o to, by te słabsze placówki dążyły do podnoszenia swojej jakości, a tylko w taki sposób, kiedy będą się porównywały, mają szansę wychwycić te miejsca, które wymagają poprawy.

### **Czy NFZ wykorzystuje swój potencjał, jeśli chodzi o budowanie jakości i płacenie za wartość?**

W naszym systemie zbieranych jest mnóstwo danych, tylko brakuje mechanizmów analizy i wyciągania wniosków. Wymaga to poprawy, by te wszystkie dane, które są zgromadzone w NFZ, można było analizować i wyciągać z nich wnioski.

### **Są obszary, gdzie szybko można wprowadzić rozwiązania oparte o wartość, płacenia za efekt, za jakość?**

Takim obszarem jest na przykład onkologia. Pojawiało się tam dużo procedur, mamy koordynatorów, karty DiLO, różne ścieżki, więc przeanalizowanie tego obszaru wydaje się najprostsze.

Również podstawowa opieka zdrowotna i opieka koordynowana, gdzie jest ogromny potencjał, żeby te wszystkie dane zbierać, analizować i sprawdzać, ilu pacjentów udało się przesunąć z opieki specjalistycznej pod opiekę POZ i nie muszą już czekać w wielomiesięcznych kolejkach do

specjalisty, ale są pod opieką swojego lekarza POZ, który w razie potrzeby wspólnie z nimi zorganizuje konsultację specjalistyczną.

### **Gdzie szukać wsparcia dla idei VBHC?**

Sojusznicy to osoby, które posiadły już wiedzę na ten temat. Najbardziej obawiamy się tego, czego nie znamy. Obawiamy się wszelkich nowości i ich wprowadzania. Jak będą pierwsze wyniki, to będzie więcej sojuszników, wśród personelu, ale też i pacjentów.

Przykład to właśnie opieka koordynowana. Dzisiaj pacjenci podkreślają, jakie to jest fantastyczne rozwiązanie. Jako Fundacja przyznaliśmy nagrodę Lidera Pacjentocentryzmu dla zespołu, który wprowadził ten model opieki. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków również przyznało takie wyróżnienie za opiekę koordynowaną w obszarze diabetologii. Pacjenci bardzo doceniają to rozwiązanie. W ślad za tym pójdzie zrozumienie personelu i kierownictw placówek, że jest to rozwiązanie, które służy wszystkim.

Ważne, by raz wprowadzane rozwiązania pozostawały z nami na dłużej, a nie żebyśmy wracali do punktu zero, jak to ćwiczyliśmy w pandemii na przykładzie teleporad. Uważam, że dzisiaj za mało je wykorzystujemy.

### **Czy to uda się zrealizować bez dodatkowych pieniędzy? Czy jednak jest potrzeba więcej pieniędzy w systemie?**

Oczywiście pieniądze są bardzo ważne i jest wiele miejsc, które potrzebują większego dofinansowania. Ale jak patrzę na efekt finansowy, który NFZ pokazał za ubiegły rok, czyli wielkie oszczędności, to jest to dla mnie przerażające. Bo pokazuje, że nawet jak mamy większe zasoby finansowe, to nie potrafimy ich wykorzystać i przeznaczyć dla dobra pacjenta.

Bezustanne dosypywanie pieniędzy nie będzie według mnie miało takiego efektu, jeśli nie zastanowimy się mocno, jak te pieniądze efektywnie wykorzystać. Same pieniądze nas nie uzdrowią.



## Dorota Korycińska

prezes zarządu Ogólnopolskiej  
Federacji Onkologicznej  
oraz Stowarzyszenia  
Neurofibromatozy Polska



# W systemie opartym na wartości nawet nieuleczalnie chory pacjent ma poczucie bycia zaopiekowanym

Kiedys podczas wizyty lekarskiej z dzieckiem w innym mieście profesor zapytał, czy mam gdzie nocować. To pytanie bardzo mnie zdumiało i aż wprowadziło w zakłopotanie. Okazało się, że w szpitalu jest hotel dla rodziców i lekarz zaproponował mi nocleg. Proszę sobie wyobrazić, w jakiej żyjemy rzeczywistości, że zdumienie pacjenta wynika z tego, że lekarz zapytał go nie o stan zdrowia, ale o to, czy ma jak dojechać, czy ma gdzie przenocować, jak sobie radzi.

**Jaki jest Pani osobisty stosunek do idei VBHC? Podooba się Pani pomysł, żeby system ochrony zdrowia był oparty na wartości, a nie na pieniądzach lub czymkolwiek innym?**

W tej chwili to jest jeszcze w Polsce niedościgniony rodzaj opieki zdrowotnej. W wielu krajach wprowadzony, nam jeszcze do niego daleko ze względu na różne okoliczności. Mam na myśli zarówno niedobory finansowe, jak i niedobory kadrowe.

Prowadzę organizację pacjentów z chorobą ultrarazadką, jaką jest neurofibromatoza. Szczególnie w przypadku takich schorzeń widać, jak bardzo potrzebna jest medycyna oparta na wartościach, która bierze pod uwagę wszystkie uwarunkowania i potrzeby pacjenta, nie tylko zdrowotne i nie tylko

kliniczne, ale również mające na celu poprawę jakości życia i poczucie zaopiekowania.

**Co to jest w ogóle jakość? Co to jest wartość dla pacjenta?**

W przypadku chorób rzadkich, które są nieuleczalne, jakość życia pacjenta rozumiem w ten sposób, że w zależności od stanu zdrowia ma poczucie opieki, poczucie troski, poczucie tego, że jeżeli jest możliwość jakiegokolwiek działania medycznego, to chory je otrzyma. Wartością jest również to, że brane są pod uwagę jego uwarunkowania życiowe, możliwości finansowe, dostępność do lekarza. Bo nieuleczalność nie oznacza, że pacjent nie może być pod opieką zdrowotną.

*Istota filozofii VBHC polega również na tym, by lekarz, który chce zapewnić pacjentowi opiekę zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą medyczną, nie musiał patrzeć tylko i wyłącznie na koszty, ale na wartość, którą dobra opieka medyczna przyniesie pacjentowi nie tylko tu i teraz, ale również w przyszłości.*

Zresztą, w przypadku chorób populacyjnych liczą się te same wartości, czyli na przykład dostępność. Zwracam na nią uwagę, ponieważ w Polsce jest jednym z elementów decydujących o nierównościach w zdrowiu.

Inaczej wygląda sytuacja osoby, która mieszka w dużym mieście i jest w stanie dostać się do lekarza w pół godziny, korzystając chociażby z komunikacji miejskiej. W innej sytuacji jest ktoś, kto mieszka daleko od ośrodków medycznych i żeby dostać się do lekarza musi na to przeznaczyć cały dzień. Niejednokrotnie człowiek w takiej sytuacji musi dokonywać wyborów: albo zrezygnować z opieki zdrowotnej, co może oznaczać pogorszenie stanu zdrowia, albo skorzystać z pomocy medycznej, ale ogromnym kosztem czasowym, często też finansowym. Zatem jakość życia chorego polega również na tym, żeby miał maksymalną dostępność do opieki zdrowotnej w zakresie swoich możliwości.

### **Na czym polega filozofia oparcia systemu na wartości?**

Na tym, żeby ten pacjent nie otrzymywał procedury, żeby pacjent nie był świadczeniobiorcą, żeby ośrodek medyczny nie był świadczeniodawcą, bo język w tym przypadku ma ogromne znaczenie. Kiedy ta opieka jest dobrze zorganizowana, nie ma świadczeniobiorcy, a jest pacjent, nie ma świadczeniodawcy, a jest lekarz, nie ma wyceny świadczenia, tylko jest dopasowanie opieki zdrowotnej adekwatnie do problemu zdrowotnego.

Istota tej filozofii polega również na tym, by lekarz, który chce zapewnić pacjentowi opiekę zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą medyczną, nie musiał patrzeć tylko i wyłącznie na koszty, ale na wartość, którą dobra opieka medyczna przyniesie pacjentowi nie tylko tu i teraz, ale również w przyszłości.

Tymczasem w naszym systemie stale mówimy o kosztach i wycenach świadczeń, których szpitale muszą trzymać się kurczowo, z których lekarze nie są zadowoleni, a najbardziej cierpią na tym pacjenci, którzy nie mają dostępu do optymalnego leczenia. Jest to dla nich przynębiające.

### **Ale wiemy też, że można wydać dowolne pieniądze na opiekę zdrowotną, ale niekoniecznie ta opieka przyniesie oczekiwane efekty. Co znaczy optymalne wydatkowanie pieniędzy na zdrowie?**

Myślę, że musimy zdefiniować pojęcie inwestycji w zdrowie i odpowiedzieć sobie na kilka pytań. Co jest tą inwestycją? Czy w Polsce traktujemy inwestycję jako wydatek i koszt czy jako wartość na przyszłość? Czy dzisiaj możemy zainwestować więcej po to, żeby w przyszłości ponoszone koszty malały?

Jeżeli dzisiaj zaoferujemy pacjentowi optymalnie dobrą opiekę i nawet jeżeli będzie kosztować więcej, to przyniesie efekty jakościowe i wartościowe w przyszłości. Pacjent lepiej leczony nie będzie wracał do lekarza, będzie mógł wrócić do pracy, uniknie niepełnosprawności, będzie mógł założyć rodzinę i płacić składki. Jeżeli zaczniemy patrzeć na system ochrony zdrowia pod kątem inwestycji i przyszłości pacjenta, a nie kosztów, będzie to wartością dla wszystkich, nie tylko chorego, ale całego systemu. Tylko wyjściowo trzeba prawdopodobnie wyłożyć na to trochę więcej pieniędzy.

### **A czy pacjenta w ogóle powinny obchodzić pieniądze? Zdrowie jest największą wartością. Pacjent powinien dostać odpowiednią opiekę, ale nie on jest dysponentem pieniędzy w systemie.**

*Jaka jest jakość życia pacjenta w nieuleczalnej chorobie? Tu wychodzimy poza samą chorobę i często pacjenci mówią, że jest im łatwiej znieść chorobę i z nią sobie radzić niż z tym wszystkim, z czym ona się wiąże: kolejkami, ograniczeniem dostępności, trudnościami z komunikacją. Dużo jest też jeszcze do zrobienia przed lekarzami, którzy muszą się nauczyć rozmawiać z pacjentami.*

*Moim zdaniem działania organizacji pacjentów, które skupiają się na tym, żeby były dostępne wszystkie leki, są pochodną tego, że pacjent nie otrzymuje odpowiednich informacji w gabinetach lekarzy. Pamiętajmy, że taka rzetelna, uczciwa i pełna informacja też jest wartością.*

Obecnie mamy taką sytuację, że pacjenci są sfrustrowani, ponieważ płacą podatki, a finał bywa taki, że muszą korzystać z prywatnej opieki zdrowotnej albo dopłacać ogromne czasami pieniądze do leczenia. Niektóre terapie onkologiczne są dostępne w Europie, ale nie w Polsce. Żeby je dostać, chorzy muszą zbierać pieniądze. Czasami potrzebują 20 tysięcy złotych, a czasami 100 tysięcy złotych. Podobnie wygląda rehabilitacja. Zapominamy o tym, że rehabilitacja jest formą leczenia, tymczasem dostęp do niej jest ogromnie ograniczony. Rehabilitacja jest przykładem takiej dobrej inwestycji, bo pacjent odpowiednio zrehabilitowany odzyskuje sprawność albo nie pogarsza się jego stan zdrowia na tyle, że może normalnie żyć, pracować i funkcjonować w społeczeństwie. Nie musi też zażywać nadmiernej ilości leków przeciwbólowych, ponieważ leczenie rehabilitacyjne zniweluje bardzo dużo problemów zdrowotnych.

**Wiemy, że lepsze efekty zdrowotne uzyskuje się, jeśli w systemie jest koordynacja opieki przez cały proces diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Potrzebujemy większej koordynacji?**

Zdecydowanie tak. Znowu wróć do rzadkich chorób i do neurofibromatozy. Przed pilotażem opieki koordynowanej dla pacjentów z neurofibromatozami, ci chorzy doświadczali zjawiska, które nazywamy odyseją diagnostyczną. Otrzymałam nawet kiedyś dokumenty, z których wynikało, że w ciągu jednego roku pacjenci skorzystali z opieki w 720 podmiotach medycznych. Po analizie okazało się, że bardzo wielu pacjentów było u lekarza w danej placówce tylko raz. W większości przypadków dana wizyta była niepotrzebna, nie poszły za nią żadne badania, a czasami było tych badań bardzo dużo, w większości zbędnych. Nazywam to diagnostyką śrutową. Badamy wszystko co się da, może coś się wykryje, niekoniecznie adekwatnie do problemów zdrowotnych u danego pacjenta i jego wieku.

W momencie wprowadzenia koordynowanej opieki zdrowotnej okazało się, że pacjentów można skupić w kilku ośrodkach w Polsce. Jadą do specjalisty, który zna ich problem zdrowotny i wie jak prowadzić pacjenta, wie, czego pacjent potrzebuje w danym okresie życia.

Neurofibromatoza to nieuleczalna choroba, dlatego w tym przypadku kluczowa jest nie rozmowa o terapii, ale o opiece zdrowotnej, która pozwoli w miarę szybko wykryć schorzenie i podjąć decyzję, co dalej: operować, zastosować chemioterapię czy skierować chorego na rehabilitację. Wtedy pacjenci nie błądzą w systemie i to jest moim zdaniem kolejny przykład wartości w opiece zdrowotnej.

W przypadku tej grupy chorych po wprowadzeniu koordynacji pacjenci byli wreszcie zadowoleni, że ktoś się nad nimi pochylał. Pojawiły się bardzo pozytywne emocje i to jest między innymi element jakości życia. Pacjent nie jest samotny, jest zauważany. Wcześniej pacjenci sami o sobie mówili, że są poza systemem. Nagle znaleźli w nim swoje miejsce. Wcześniej mówili, że oni też chcieliby stać w kolejkach, tylko dla nich nie ma kolejek. Po informacji o pilotażu ich pierwsza myśl była taka: będziemy mieli swoje kolejki, będziemy mogli się do nich zapisać.

Porównanie tych dwóch rzeczywistości – przed i w trakcie pilotażu pokazuje, że skoordynowana opieka zdrowotna jest wartością dla pacjenta. Jest też wartością dla systemu, dlatego że ci pacjenci przestali kosztować, nie mają wykonywanych niepotrzebnych badań, nie odbywają niepotrzebnych wizyt, nie generują kolejek.

**Cały czas jednak mamy w Polsce problem, jak płacić za świadczenia. Dzisiaj płacimy przede wszystkim za to, że coś zostało wykonane, a nie za to, jaki efekt przyniosło. Nie płacimy za wyleczenie.**

Zgadzam się, płacimy za leczenie, a nie za wyleczenie. Wydaje mi się, że to jest właśnie największy problem polskiego systemu ochrony zdrowia. W momencie, kiedy pacjent kończy leczenie szpitalne czy jakiegokolwiek inne, znika z systemu, nikt się nim nie interesuje. Pacjent znika z systemu w momencie, kiedy kończy terapię.

Tymczasem dalej powinniśmy monitorować, jakie efekty przyniosła dana terapia, jak funkcjonują pacjenci, jakie to przyniosło dla ich korzyści zdrowotne.

Chodzi o to, żeby nie tylko leczyć, ale żeby wyleczyć w taki sposób, żeby ten pacjent wrócił do swojego środowiska i mógł realizować wszystkie swoje społeczne, zawodowe i rodzinne cele życiowe. Po drugie, kiedy jest w trakcie terapii, często nie bierze się pod uwagę jego otoczenia społecznego. To widać szczególnie w przypadkach nierówności w zdrowiu, na przykład związanych z wykluczeniem transportowym.

Pacjent ma przyjechać do szpitala i wrócić do domu. Niedawno przeczytałam o sytuacji, gdy mama z chorym na neurofibromatozę dzieckiem 3 razy musiała się przesiadać, a na końcu wracała stopem, bo nie miała innej możliwości.

Jaka jest jakość życia pacjenta w nieuleczalnej chorobie? Tu wychodzimy poza samą chorobę i często pacjenci mówią, że jest im łatwiej znieść chorobę i z nią sobie radzić niż z tym wszystkim, z czym ona się wiąże: kolejkami, ograniczeniem dostępności, trudnościami z komunikacją. Dużo jest jeszcze do zrobienia przed lekarzami, którzy muszą się nauczyć rozmawiać z pacjentami.

Kiedyś podczas wizyty lekarskiej z dzieckiem w innym mieście profesor zapytał mnie, czy mam gdzie nocować. To pytanie bardzo mnie zdumiało i aż wprowadziło w zakłopotanie. Tak naprawdę wtedy pierwszy raz spotkałam się z taką troską. Szukałam drugiego dna tego pytania, że może jak powiem, że nie mam jeszcze noclegu, to już więcej mnie nie przyjmie. Okazało się, że w szpitalu jest hotel dla rodziców i zaproponowano mi nocleg.

Proszę sobie wyobrazić, w jakiej żyjemy rzeczywistości, że zdumienie pacjenta wynika z tego, że lekarz zapytał go nie o stan zdrowia, ale o to, czy ma jak dojechać, czy ma gdzie przenoćować, jak sobie radzi. To jest szalenie ważne.

### **Jaka jest rola organizacji pacjenckich w budowaniu systemu opartego na wartościach?**

Przy naszych niedoborach w dostępie do terapii lekowych, organizacje pacjentów skupiają się bardzo często na tym, żeby ta dostępność do terapii była. Oczywiście to jest działanie i krótkofalowe, i długofalowe. Jeżeli konkretna grupa pacjentów uzyskuje odpowiednie leczenie, to realizuje się wartość dostępności do leczenia.

Są też organizacje monitorujące, które terapie są dostępne dla pacjentów w innych krajach Europy. Na przykład Fundacja Aliva, która prowadzi Onkoindex. I nie chodzi o to, żeby wszystkie terapie

były finansowane, bo dobrze wiemy, że nie ma na świecie kraju, w którym pacjenci mają wszystkie dostępne terapie. Chodzi o to, żeby polscy pacjenci mieli wybór.

Lekarze na ogół nie mówią swoim pacjentom o wszystkich terapiach dopuszczonych do leczenia. Przepisują jeden lek, a później pacjenci dowiadują się, że są też inne opcje. W tym momencie pacjent może poczuć bardzo duże ograniczenie.

W dodatku bardzo często nie ma kogo zapytać. Gdyby w gabinecie u lekarza podczas wizyty pacjent usłyszał o różnych rozwiązaniach, mógłby uwzględnić przy wyborze cały szereg uwarunkowań, w tym na przykład miejsce zamieszkania, jeśli terapia wymaga częstych kontroli.

Moim zdaniem działania organizacji pacjentów, które skupiają się na tym, żeby były dostępne wszystkie leki, są pochodną tego, że pacjent nie otrzymuje odpowiednich informacji w gabinetach lekarzy. Pamiętajmy, że taka rzetelna, uczciwa i pełna informacja też jest wartością.

### **Gdybyśmy chcieli w Polsce budować system ochrony zdrowia oparty na wartościach, to od czego należałoby zacząć? W których obszarach można to zrobić najszybciej i najprościej?**

Możemy zacząć od dostępności, żeby pacjent miał dostęp do opieki, uwzględniając na przykład wykluczenia transportowe. Są kraje, w których pacjent jest dowożony do lekarza, jeżeli sam nie może dojechać. Albo lekarz przyjeżdża do niego.

Przykładowo we Francji kobieta chora na raka piersi może wybrać między stacjonarną opieką w szpitalu a możliwością podania leczenia w swoim domu. To jest wybór pacjenta i znowu – to jest wartość, o której rozmawiamy, ponieważ uwzględnienia uwarunkowania życiowe pacjenta.

Druga rzecz, która w Polsce absolutnie „leży”, to profilaktyka. Mamy fatalnie niską zgłaszalność na profilaktykę. Ciągłe się o niej mówi, wszyscy mają dobre chęci, a nic z tego nie wynika. A to jest jedna z najlepszych inwestycji w zdrowie.

Jeżeli mówimy o tym, co możemy poprawić, to zacznijmy od pytania, w co można zainwestować. Musimy jednak pamiętać, że zyski z niektórych inwestycji będą odroczone w czasie. Dzisiaj inwestujemy w edukację i profilaktykę, a zyski będą za 10 lat. Co można zrobić szybko? Szybko można dowieźć pacjenta do lekarza.

**Prof. Maciej Krzakowski**

konsultant krajowy w dziedzinie  
onkologii klinicznej



## Płaćmy za jakość, efektywność i poszukujemy wartości w systemie

Są kraje, w których stosuje się mechanizm warunkowej refundacji. Ona może być przyznana na rok albo na dwa lata. Jestem gorącym zwolennikiem takiego rozwiązania, dlatego że lek w tym czasie może potwierdzić swoją wartość, ale nie musi. Wówczas mamy sytuację, w której możemy wznowić negocjacje finansowe, mając twardy argument, że uzyskaliśmy efekt, który nie jest taki sam, jak ten, który był nam pierwotnie prezentowany.

### **Czy system ochrony zdrowia oparty na wartości ma sens?**

Bardzo duży sens i to zostało dostrzeżone już wiele lat temu w krajach, które mają większy niż w Polsce potencjał ekonomiczny, większy potencjał kadrowy i osiągają lepsze wyniki. Mimo to w tych krajach zaczęto myśleć o zmianie fundamentów systemu opieki zdrowotnej, czyli właśnie o value-based healthcare.

Rozumiem tę ideę jako zarządzanie oparte na wynikach postępowania, nie tylko leczenia, bo to w równym stopniu odnosi się do diagnostyki i leczenia, do wyników o rzeczywistym znaczeniu dla chorych. Wyniki nie tylko powinny być ogólne, ale również powinno się analizować wyniki uzyskiwane w poszczególnych podgrupach chorych.

W przypadku chorych na nowotwory mamy świadomość tego, że nie wszystkich chorych

możemy wyleczyć. Opieranie wyniku wyłącznie na wskaźniku przeżycia całkowitego, przeżycia pięcioletniego, czy nawet przeżycia do progresji choroby, nie powinno być wyjątkowym kryterium oceny.

U wielu chorych postępowanie ma charakter paliatywny i może mieć ono różny wymiar. Może prowadzić do uzyskania długotrwałej remisji w dobrym stanie sprawności i możliwości prawidłowego lub w miarę prawidłowego funkcjonowania społecznego, rodzinnego lub zawodowego.

U części chorych jest to całkowita lub częściowa remisja, która jest długotrwała. Jednak u większości chorych remisja kiedyś kończy. Długość remisji choroby należy brać pod uwagę, mówiąc o wynikach mających rzeczywiste znaczenie dla chorych. Należy również interpretować wyniki w relacji do poszczególnych nowotworów i ich rokowania. Podam przykład. U chorego z rozsianym



*Rozumiem tę ideę jako zarządzanie oparte na wynikach postępowania, nie tylko leczenia, bo to w równym stopniu odnosi się do diagnostyki, jak i do leczenia, do wyników o rzeczywistym znaczeniu dla chorych. Wyniki nie tylko powinny być ogólne, ale również powinno się analizować wyniki uzyskiwane w poszczególnych podgrupach chorych.*

nowotworem płuca przeżycie dwóch lat jest wielkim sukcesem. Inna jest natomiast sytuacja w przypadku chorej na raka piersi, gdzie mówimy już o nawet kilkunastu latach przeżycia.

Drugi aspekt jest taki, że korzyści, które mają rzeczywiste znaczenie dla chorych, powinny być analizowane wobec rzeczywistych kosztów uzyskania wyników. Chodzi nie tylko o cenę leku czy koszt przeprowadzenia cyklu napromieniania lub operacji, ale również o tak zwane koszty pośrednie, które wynikają z dalszych losów chorego. To wszystko trzeba bardzo dokładnie analizować. To jest bardzo trudne.

**Ale jakoś musimy to mierzyć. Jakimi miernikami czy wskaźnikami należy się postugiwać? Czy nimi dysponujemy?**

Tych mierników nadal nie ma. Te mierniki musimy wypracować. To jest ogromne wyzwanie i myślę, że przed tym wyzwaniem nie uciekniemy. W tej chwili jest dyskusja o jakości i bardzo dobrze, że zmierzamy do stworzenia systemu, który będzie ją nadzorował, monitorował i poprawiał.

Natomiast jeszcze jest coś takiego jak efektywność. Podam przykład. W nowotworze można stosować dwie różne metody leczenia chirurgicznego: jedna jest bardziej agresywna i daje określony wynik, druga jest mniej agresywna, daje bardzo podobny wynik, ale obciążona jest mniejszą toksycznością, mniejszym bagażem działań niepożądanych. To jest sytuacja wzięta z życia i dotyczy leczenia chirurgicznego chorych z rozpoznaniem międzybłoniaka opłucnej. Przez lata stosowano rozległe resekcje, które były bardzo kaleczące – jakość życia chorych była bardzo upośledzona. Przeżycie takiej operacji wiązało się z trwałym kalectwem i niewydolnością oddechową. Analizy

wykazały, że chirurgiczne leczenie bardzo agresywne nie jest lepsze – w sensie wyników onkologicznych – niż mniej agresywne zabiegi, obciążone mniejszymi działaniami niepożądanymi. Świat od tych zabiegów odszedł. To jest właśnie przykład VBHC. Ta walka o jakość powinna być połączona z dążeniem do poprawienia efektywności.

**Żeby poprawiać efektywność, trzeba ją mierzyć, a po drugie porównywać poszczególnych chorych, ich rokowania, różne metody terapeutyczne. W jaki sposób uśrednić tę wartość, którą osiągamy dzięki leczeniu? Jak tę wartość zdefiniować?**

W ocenie nowych technologii medycznych i technologii lekowych przede wszystkim opieramy się na wskaźnikach wyniku, które uzyskano w badaniach klinicznych, a powinniśmy analizować również bezwzględnie wpływ na aspekt ekonomiczny.

Mamy mnóstwo przykładów, kiedy wprowadzenie nowej metody leczenia farmakologicznego poprawia wyniki leczenia średnio o kilkanaście miesięcy. To jest bardzo dużo. To oczywiście zależy również od typu nowotworu. Ale mamy też technologie medyczne, zarejestrowane, zatwierdzone przez amerykańską FDA i europejską EMA, w których korzyść dodana wynosi średnio 2-3 miesiące. Jeżeli mówimy o średniej, to jeszcze musimy pamiętać, że na tę średnią pracują skrajne wyniki, które mogą być bardzo dobre, ale mogą też być żadne.

Dlatego w tym przypadku ogromną pomocą byłyby analizy efektywności danej technologii z praktyki klinicznej, w realnych, rzeczywistych warunkach, bo one są bardzo często różne od warunków, które są uzyskiwane w badaniach klinicznych.

**To można osiągnąć tworząc rejestry kliniczne, których w Polsce nie ma.**

*W przypadku chorych na nowotwory mamy świadomość tego, że nie wszystkich chorych możemy wyleczyć. Opieranie wyniku wyłącznie na wskaźniku przeżycia całkowitego, przeżycia pięcioletniego, czy nawet przeżycia do progresji choroby, nie powinno być wyłącznym kryterium oceny.*

Może nie byłbym taki radykalny w ocenie, że ich nie ma, ale na pewno jest ich za mało. Ale zgadzam się, że rejestry byłyby doskonałym narzędziem do oceny tego, co znajduje się w mianowniku tej proporcji, która stanowi ideę VBHC. W mianowniku są całkowite koszty uzyskania danych wyników. To by było naprawdę niezwykle pomocne narzędzie.

Bo z własnego doświadczenia wiem, że nie zawsze nowe technologie, które są nam dostarczane, powodują uzyskanie korzyści dodanych proporcjonalnych do kosztów finansowych.

### **Mamy ustawę o jakości, wprowadzamy Krajową Sieć Onkologiczną. Te rozwiązania idą w kierunku VBHC. Co należy zrobić, żeby w praktyce zaczęły działać?**

Zacząłbym od tego, żeby doprowadzić do sytuacji, kiedy wszystkie ośrodki uczestniczące w opiece nad chorymi na nowotwory ujednolicią swoje standardy postępowania. Nadal jest sporo różnic w zakresie diagnostyki. Przykładowo w no-

*Dlatego w tym przypadku ogromną pomocą byłyby analizy efektywności danej technologii z praktyki klinicznej, w realnych, rzeczywistych warunkach, bo one są bardzo często różne od warunków, które są uzyskiwane w badaniach klinicznych.*

wotworach płuca i klatki piersiowej w niektórych ośrodkach wykonuje się więcej niż jedno działanie zmierzające do pobrania materiału. Zdaję sobie sprawę, że nie zawsze każde podejście musi zakończyć się sukcesem. Jeżeli jednak działań diagnostycznych w przypadku pobieraniu materiału jest zbyt dużo, to znaczy, że coś trzeba poprawić.

To samo jest z wykonywaniem badań obrazowych. Mnożenie tych samych badań jest działaniem nieefektywnym, które jeszcze dodatkowo opóźnia rozpoznanie.

Pierwszy punkt zatem to doprowadzenie do sytuacji, kiedy wszystkie polskie ośrodki będą przestrzegały pewnych wytycznych. Oczywiście nie jest

tak, że będą je wykonywać w stu procentach, bo nie zawsze sytuacja indywidualna pozwoli nam na takie stuprocentowe przestrzeganie standardów.

Jeżeli mamy już standardy, to wówczas trzeba moim zdaniem doprowadzić do sytuacji, w której wszystkie te ośrodki przestrzegające standardów będą chciały i mogły realizować pełen zakres świadczeń. To oczywiście wiąże się z pieniędzmi, dlatego ośrodki, które postępują prawidłowo, powinny być finansowane lepiej.

Nie jestem przekonany co do tego, że powinien istnieć jeden ośrodek, który ma nadzorować, monitorować, nagradzać lub karać inne placówki. Uważam, że zadaniem ośrodka centralnego jest tworzenie racjonalnych standardów, natomiast monitorowaniem tego całego procesu powinien zajmować się zupełnie zewnętrzny zespół ekspertów, który nie może być przypisany do jednego ośrodka, bo to może niestety rodzić pewne nieprawidłowości.

### **Kiedy mamy już standardy, rejestry i ktoś obiektywny to wszystko monitoruje, pozostaje jeszcze kwestia rozliczeń. Jak płacić za efektywność? Jak ją mierzyć?**

Płacimy za jakość i płacimy za efektywność. Mierzenie efektywności jest wielkim wyzwaniem, bo można robić wszystko bardzo dobrze, zgodnie z wytycznymi, a nie uzyskać wyników takich, jakich się spodziewamy, na przykład z powodu niekorzystnej struktury stopnia zaawansowania nowotworu, jaki występuje w danym regionie.

Na tym polega ogromna trudność mierzenia efektywności, ponieważ to wszystko należy oceniać w relacji do charakterystyki klinicznej chorych, którymi zajmujemy się w danym ośrodku czy w danym województwie. Ona może się różnić. W niektórych województwach są działania profilaktyczne, myślę o profilaktyce wtórnej, o skriningu, których efektywność może być regionalnie różna i struktura zaawansowania chorych jest lepsza lub gorsza. W Polsce średnia zgłaszalność na mammograficzne badania przesiewowe wynosi około 30 procent, ale są województwa, w których jest ona niższa. Te województwa automatycznie będą miały mniej korzystną strukturę zaawansowania w momencie rozpoczynania całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a zatem będą miały też gorsze wyniki.

*Jeżeli mamy już standardy, to wówczas trzeba moim zdaniem doprowadzić do sytuacji, w której wszystkie te ośrodki przestrzegające standardów będą chciały i mogły realizować pełen zakres świadczeń. To oczywiście wiąże się z pieniędzmi, dlatego ośrodki, które postępują prawidłowo, powinny być finansowane lepiej.*

Dlatego mierzenie efektywności musi być naprawdę zrobione przyzwoicie, bo w przeciwnym razie istnieje zawsze ryzyko wypaczenia wyników i wskazania ośrodków niesłusznie uznawanych za gorsze.

**Czy przemysł farmaceutyczny jest gotowy na wyjście naprzeciw oczekiwaniom płatnika, żeby otrzymywać pieniądze nie za to, że pacjentowi został podany lek, ale za to, że ten lek działa, czyli płacenie za efekt leczenia?**

Tutaj znowu warto się postawić przykładem. Są kraje, w których stosuje się mechanizm warunkowej refundacji. Ona może być przyznana na rok albo na dwa lata. To oczywiście powinno zależeć od nowotworu, od charakterystyki tej choroby, od charakterystyki metody leczenia. Jestem gorącym zwolennikiem takiego rozwiązania, dlatego że lek w tym czasie może potwierdzić swoją wartość, ale nie musi.

Wówczas mamy sytuację, w której możemy wznowić negocjacje finansowe, mając twardy argument, że uzyskaliśmy efekt, który nie jest taki sam jak ten, który był nam pierwotnie prezentowany.

**Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ocenia nowe technologie lekowe i niektóre dyskwalifikuje z uwagi na brak skuteczności, ale niektóre z uwagi na brak efektywności kosztowej. Jak to policzyć?**

Agencja opiera się przede wszystkim na wynikach uzyskanych w badaniu klinicznym. W badaniu klinicznym uczestniczą odpowiednio wybrani chorzy, oni nie mogą być „za bardzo chorzy”, mówiąc kolokwialnie. Rygorystyczne kryteria kwalifikowania chorych do badań klinicznych są działaniem zmierzającym do wykazania sukcesu, ale ten sukces w rzeczywistej sytuacji może być już trudny do osiągnięcia.

Agencja bazuje na tych wynikach badań rejestracyjnych, bo innych nie ma. Powinna uwzględnić dane z praktyki. Powinna też uwzględnić aspekt ekonomiczny oraz tak zwany stopień zapotrzebowania – są nowotwory, w których nie ma nadal wartościowych metod leczenia, a są również nowotwory, w których jest kilka opcji terapeutycznych. Wtedy trzeba to porównać z istniejącymi terapiami i zobaczyć, jaka jest wartość dodana.

Ale jeszcze raz powtórzę, to najlepiej byłoby sprawdzać w rzeczywistej praktyce klinicznej. Po drugie, w procesie refundacji należy wybierać takie leki, która najbardziej na to zasługują, zgodnie ze wskazanymi priorytetami.

Muszę powiedzieć, że w tym kierunku idzie myślenie tej części kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, które odpowiada za politykę lekową. Środowisko jest pytane o wskazanie priorytetów. Resort poszukuje wartości i chce racjonalnie wydawać pieniądze.

*Agencja opiera się przede wszystkim na wynikach uzyskanych w badaniu klinicznym, w którym uczestniczą odpowiednio wybrani chorzy, oni nie mogą być „za bardzo chorzy”. Rygorystyczne kryteria kwalifikowania chorych do badań klinicznych jest działaniem zmierzającym do wykazania sukcesu, ale ten sukces w rzeczywistej sytuacji może być już trudny do osiągnięcia.*





**Anna Kupiecka**

prezes Fundacji OnkoCafe  
– Razem Lepiej

## Najważniejszą wartością dla pacjenta jest poczucie bycia zaopiekowanym, dobrze leczonym, dobrze zoperowanym

Jak większość fundacji czy organizacji zajmujących się pacjentami onkologicznymi w Polsce, zajmujemy się przede wszystkim sprzątnięciem bałaganu, leczeniem ran, zaopiekowaniem smutków albo uzupełnianiem wszystkiego tego, czego nie daje system. To jest rola organizacji pacjenckich. Ona polega również na uzupełnianiu wiedzy, jakiej pacjenci nie dostali od pracowników placówki. Często chodzi tutaj o wiedzę specjalistyczną.

**Zajmuje się Pani pomocą pacjentom chorym na nowotwory. Jak z tego punktu widzenia brzmi system ochrony zdrowia oparty na wartości?**

Rzeczywiście już od ponad dekady pomagamy różnym pacjentom onkologicznym i ich bliskim oraz osobom, które im towarzyszą, bo nie zawsze są to rodziny.

To co jest istotne dla systemu ochrony zdrowia, to co jest istotne dla placówki, czasem wydaje się być w ogóle nieistotne dla pacjenta, czy jego bliskich. Dla pacjenta system oparty na wartości to jego odczucia, których doświadcza na ścieżce onkologicznej.

Ta wartość oczywiście może być bardzo różna, w zależności od nowotworu. Jej poczucie jest też bardzo zmienne, bo na pewnych etapach procesu

diagnostycznego czy leczenia jedne rzeczy są bardziej istotne, inne mniej. To się zmienia w trakcie często bardzo długiej ścieżki pacjenta. Bo zaczyna się od diagnostyki, leczenia, ale często trwa jeszcze długie lata po wyleczeniu również. I tę wartość odbieraną przez pacjenta ocenia się przez te wszystkie lata.

Z mojej perspektywy, po rozmowach z tysiącami pacjentów, ich bliskimi i osobami towarzyszącymi, najważniejszą naczelną wartością jest poczucie bycia zaopiekowanym, poczucie bycia dobrze leczonym, poczucie bycia dobrze zoperowanym.

To oznacza, że najważniejszym celem jest to, aby pacjent miał poczucie, że jest w dobrych rękach. Ten profesjonalizm powinien być też wyrażony w umiejętności komunikacji z pacjentem, bo

*Z mojej perspektywy, po rozmowach z tysiącami pacjentów, ich bliskimi i osobami towarzyszącymi, najważniejszą naczelną wartością jest poczucie bycia zaopiekowanym, poczucie bycia dobrze leczonym, poczucie bycia dobrze zoperowanym. To oznacza, że najważniejszym celem jest to, aby pacjent miał poczucie, że jest w dobrych rękach.*

wiemy, że często odbiór poczucia bycia zaopiekowanym jest wielce subiektywny. Inaczej odbiera to osoba z małej miejscowości, inaczej młodszy, starszy, inaczej kobieta, mężczyzna. Różni się bardzo, a nowotwór dotyka wszystkich.

W związku z tym system opieki zdrowotnej powinien zaopiekować pacjenta tak, jak jest mu to potrzebne, zachowując oczywiście pełen profesjonalizm w standardach podejścia do chorego czy w standardach leczenia. Jednak z mojej perspektywy myślę, że w Polsce to poczucie zaufania i poczucie bycia zaopiekowanym, czyli poczucie wartości leczenia, jest bardzo niskie i jesteśmy daleko za innymi systemami.

### **Jak takie rzeczy miękkie można zmierzyć? W jaki sposób je kwalifikować? Czy Fundacja zajmuje się mierzeniem wartości dostarczanej w leczeniu i poziomem satysfakcji pacjentów?**

Jak większość fundacji czy organizacji zajmujących się pacjentami onkologicznymi w Polsce, zajmujemy się przede wszystkim sprzętaniem bałaganu, leczeniem ran, zaopiekowaniem smutków albo uzupełnianiem wszystkiego tego, czego nie daje system. To jest rola organizacji pacjenckich.

Ona polega również na uzupełnianiu wiedzy, jakiej pacjenci nie dostali od pracowników placówki. Często chodzi tutaj o wiedzę specjalistyczną, z zakresu chociażby terapii, z zakresu rehabilitacji czy chirurgii. Mogą to być informacje na temat chociażby przebiegu leczenia, dostępnych terapii i możliwości terapeutycznych w kraju bądź za granicą. To wszystko pacjent powinien dostać w placówce, ale w Polsce nie we wszystkich placówkach tak się nie dzieje. Chorzy niejednokrotnie uzupełniają tę wiedzę dzięki organizacjom pacjenckim.

Nie zgodzę się, że to są „miękkie” rzeczy. Tu w grę wchodzi emocje, poczucie troski, samopoczucie i poczucie dobrostanu, satysfakcji, bycia zaopiekowanym. Co więcej, te wszystkie nasze odczucia jesteśmy w stanie zmierzyć poprzez ankiety. Jest to metoda zastosowana na przykład w Krajowej Sieci Onkologicznej – wprowadzono tam system ankiet oceniających poziom satysfakcji. Jest to niezmiernie ważne, żeby zbierać dane na temat poczucia satysfakcji, które wiemy, że jest subiektywne, ale innej miary do tego nie da się przyżyć.

Warto jest zbierać te informacje na różnych etapach leczenia, bo nie wystarczy pacjentowi podać ankietę tylko raz. To działanie powinno towarzyszyć pacjentowi przez całą ścieżkę jego leczenia. Wtedy możemy mówić o opiece zdrowotnej na wysokim poziomie, opartej na wartościach.

### **Elementem idei VBHC jest efektywność kosztowa – płacimy za to, co przynosi korzyść dla pacjenta. Ale jak w ogóle z punktu widzenia pacjenta wygląda zainteresowanie kwestią kosztów ponoszonych na jego diagnostykę czy leczenie?**

Myślę, że większość pacjentów ma świadomość swojej roli w systemie. Wie o tym, żeby nie nadużywać świadczeń. Cały czas apelujemy również o to, aby pacjenci odwoływali wizyty, jeśli wiedzą, że nie będą mogli z nich skorzystać. Ta świadomość społeczna i poczucie współodpowiedzialności rośnie z roku na rok.

Ale trudno byłoby zakładać, żeby indywidualny pacjent miał się interesować tym, jak placówka rozlicza się z płatnikiem albo ile ma płacone za daną procedurę czy za dane leki. To jest dla niego nieistotne.

Szczególnie w przypadku chorób onkologicznych, to jest dramat dla pacjenta i rodziny. Wiemy, bo wszyscy jesteśmy pacjentami, że w sytuacji

*Jak większość fundacji czy organizacji zajmujących się pacjentami onkologicznymi w Polsce, zajmujemy się przede wszystkim sprzętaniem bałaganu, leczeniem ran, zaopiekowaniem smutków albo uzupełnianiem wszystkiego tego, czego nie daje system. To jest rola organizacji pacjenckich.*

*Trudno byłoby zakładać, żeby indywidualny pacjent miał się interesować tym, jak placówka rozlicza się z płatnikiem albo ile ma płacone za daną procedurę czy za dane leki. Szczególnie w przypadku chorób onkologicznych, to jest dramat dla pacjenta i rodziny. Kiedy choroba dotyka rodzinę, jest w gotowości sprzedać auto, dom, wyjąć wszystkie oszczędności i płacić, bo nigdy ten aspekt finansowy nie jest istotniejszy od życia i ratowania zdrowia.*

choroby pacjenta nie interesuje w ogóle aspekt ekonomiczny, bo schodzi on na plan dalszy. Kiedy choroba dotyka rodzinę, jest w gotowości sprzedać auto, dom, wyjąć wszystkie oszczędności i płacić, bo nigdy ten aspekt finansowy nie jest istotniejszy od życia i ratowania zdrowia.

To nie jest moment, w którym człowiek zastanawia się nad tym, czy dana placówka finansowo stoi dobrze czy niedobrze. Dla pacjenta najistotniejszy jest efekt kliniczny, korzyść zdrowotna, jaką pacjent odniesie. A za to odpowiedzialny jest systemodawca i tak ma to zorganizować, żeby to było efektywne dla budżetu.

**Czy organizacje pacjenckie powinny patrzeć na ręce osobom organizującym system i sprawdzać, czy rzeczywiście decyzje podejmowane są w sposób optymalny dla pacjentów? Czy dla wspomnianego systemodawcy bardziej liczą się pieniądze czy bardziej liczy się zdrowie i wartość, którą otrzymuje pacjent?**

Oczywiście jako organizacje pacjenckie patrzymy na to, co się dzieje w systemie, dlatego też jesteśmy często aktywnym uczestnikiem procesów legislacyjnych, współpracujemy z placówkami, zbieramy informacje i wiedzę od szefów szpitali, od menedżerów.

Co istotne, chcemy tę wiedzę posiadać. Widzimy, że czasami to się rozjeżdża i często lekarze mają związane ręce ze względu na system rozliczeń.

Z mojej perspektywy idealnym rozwiązaniem byłoby to, żeby lekarz miał narzędzia do leczenia, a nie żeby musiał myśleć o aspekcie ekonomicznym. Od tego jest menadżer czy dyrekcja placówki, żeby to się dobrze spinało.

To, co jest ważne z naszej perspektywy i mam nadzieję, że w tym kierunku zmierzamy, jest uwzględnienie przez systemodawcę kosztów pośrednich. Korzyścią dla systemu, dla nas jako dla kraju i podatników jest również to, żeby pacjent był leczony dobrze, w komfortowych warunkach, z poczuciem bycia zaopiekowanym. Wtedy możemy powiedzieć, że ta inwestycja nam się opłaca. Bo inwestujemy ogromne pieniądze, zwłaszcza w pacjenta onkologicznego i ta inwestycja musi się nam opłacać.

Nie możemy marnować pieniędzy w taki sposób, że inwestujemy w pacjenta gigantyczne pieniądze, a finalnie wychodzi z tego wrak człowieka, który nie nadaje się do pracy, życia społecznego i do pełnienia swoich ról w rodzinie, ponieważ system tak go przeciągnął z prawa na lewo, od placówki do placówki, od nietrafionego leczenia do nietrafionego leczenia, przez pięć niepotrzebnych operacji zamiast jednej czy dwóch.

**W naszym systemie płacimy za świadczenie, za lek, za operację, za wizytę. Nie płacimy za efekt, który ten lek czy operacja przynosi. Czy jest szansa, żeby zmienić system płacenia, rozliczania w kierunku VBHC?**

Mam nadzieję, że mądre głowy w Polsce od ekonomii i od zdrowia są w stanie skonstruować taki właśnie system. Nie mamy innego wyjścia i musimy zmierzać w kierunku oceny efektu klinicznego, efektu satysfakcji i tego, jak zrobić, żeby te zainwestowane pieniądze nam się zwracały.

Mamy pierwsze jaskółki takich rozwiązań, które już zaczynamy wdrażać bądź przechodzą etap pilotażu. To jest opieka koordynowana, opieka kompleksowa, unyterytorializowana. Te wszystkie rozwiązania prowadzą nas do tego, żebyśmy uzyskiwali

*Jeśli już inwestujemy ogromne pieniądze, zwłaszcza w pacjenta onkologicznego, to ta inwestycja musi się nam opłacać. Nie możemy marnować pieniędzy w taki sposób, że inwestujemy w pacjenta gigantyczne pieniądze, a finalnie wychodzi z tego wrak człowieka, który nie nadaje się do pracy, życia społecznego i do pełnienia swoich ról w rodzinie.*

*Mamy już ustawę o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Teraz wszystkie ręce na pokład, abyśmy zmierzali w kierunku, w którym pacjent będzie zadowolony, a korzyść, jaką uzyskamy jako kraj z leczenia tego pacjenta, będzie optymalna i zwróci się.*

optymalny efekt wielowymiarowy, czyli mierzony na wielu różnych płaszczyznach.

Mamy też ustawę o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Teraz wszystkie ręce na pokład, abyśmy zmierzali w kierunku, w którym pacjent będzie zadowolony, a korzyść, jaką uzyskamy jako kraj z leczenia tego pacjenta, będzie optymalna i zwróci się.

**Ale czy na przykład szpitalom zależy na tym, żeby ktoś im patrzył na ręce i weryfikował efekty leczenia? Tak samo firmy farmaceutyczne – czy są gotowe uzależnić płatność, którą otrzymują za lek, od tego czy ten lek leczy?**

Taki kierunek jest już wybierany przez Ministerstwo Zdrowia i firmy farmaceutyczne widzą, że chcemy płacić za efekt. Tu mówimy też o pewnej współodpowiedzialności, na przykład zapewnienia możliwości kontynuacji leczenia dla pacjentów po zakończonych badaniach klinicznych.

Jednak myślę, że zarówno dyrektorom szpitali, firmom farmaceutycznym, systemodawcy, społeczeństwu zależy na tym, żeby płacić za efekt, ponieważ zmierzamy w kierunku podniesienia jakości życia obywatela i człowieka.

Każda działalność to jest biznes: prowadzenie placówki zdrowotnej to jest biznes, każda praca to jest biznes. Jeśli chcemy, aby on przetrwał i funkcjonował przez lata, to musi być dobrze odbierany przez klienta, w tym przypadku pacjenta.

Zdrowa konkurencja może doprowadzić do tego, że jedni będą ciągnęli drugich i to jest

jedyny kierunek. Dbanie o jakość w placówce, dbanie o pacjenta, o jego satysfakcję – to jest kierunek, który może pozwolić przetrwać firmie. Nisko jakościowy usługodawca, tak jak nisko jakościowy pracownik, nie przetrwa. Dajmy naszym pacjentom taką jakość, jaką chcielibyśmy sami uzyskać, wówczas biznes będzie dobrze się kręcił.

**Jest Pani optymistką, jeśli chodzi o ocenę tego, czy zmiany idą w dobrym kierunku i że za jakiś czas doczekamy się prawdziwego systemu opartego na wartości?**

Choć jestem optymistką i zwolenniczką szerzenia wizji, które są optymistyczne, to jednak potrzeba większych starań, żeby jak najszybciej naprawić naszą opiekę zdrowotną. Widzę, że wiele środowisk dokłada rzeczywiście starań do tego, żebyśmy uzyskali jakość w placówkach, a resort dokłada starań, żebyśmy uzyskali jakość w całym systemie.

Optymistyczne jest to, że w Polsce dzieje się coraz lepiej w onkologii. Mamy dużo więcej nowych refundacji, dużo więcej nowych rozwiązań. Rozmawiamy o chirurgii robotowej, o nowoczesnym leczeniu, o innowacyjnych terapiach. To są pierwsze jaskółki i mam nadzieję, że rzeczywiście przynajmniej w onkologii będziemy szli takim tempem rozwoju.

*Zdrowa konkurencja może doprowadzić do tego, że jedni będą ciągnęli drugich i to jest jedyny kierunek. Dbanie o jakość w placówce, dbanie o jakość pacjenta, o jego satysfakcję. To jest kierunek, który może pozwolić przetrwać w firmie. Nisko jakościowy usługodawca, tak jak nisko jakościowy pracownik, nie przetrwa. Dajmy naszym pacjentom taką jakość, jaką chcielibyśmy sami uzyskać, wówczas biznes będzie dobrze się kręcił.*

## **Maria Libura**

kierownik Zakładu Dydaktyki  
i Symulacji Medycznej Collegium  
Medicum Uniwersytetu  
Warmińsko-Mazurskiego  
w Olsztynie, ekspertka Polskiej  
Sieci Ekonomii



# **Sposób, w jaki zarządza się wydawaniem pieniędzy na zdrowie, jest równie ważny, co ich ilość**

Idea systemu opartego na wartości polegać powinna przede wszystkim na podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej z myślą o tym, żeby jak najlepiej wydać ograniczone publiczne pieniądze. Ale niekoniecznie w takim bardzo ciasnym, ekonomicznym paradygmacie oszczędności i ograniczenia kosztów. Żebyśmy nie zgubili podstawowego powodu, dla którego system ochrony zdrowia w ogóle funkcjonuje.

### **Co oznacza idea value-based healthcare?**

Koncepcja VBHC zrodziła się w Stanach Zjednoczonych na gruncie nauk o zarządzaniu. Już wcześniej pojawiły się nurty myślenia o reformie systemu ochrony zdrowia nastawione na jakość, które miały jednak inny charakter. Otóż w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku zaczyna narastać przekonanie, że stosowane sposoby rozliczania placówek ochrony zdrowia nie sprawdzają się, ponieważ nie przynoszą oczekiwanego efektu. Szczególnie Stany Zjednoczone wydają coraz więcej na zdrowie, ale nie otrzymują za to tak dużo, jak można by oczekiwać, jeżeli chodzi o efekt zdrowotny, czyli zdrowie obywateli.

Pamiętajmy, że w Stanach Zjednoczonych nie mamy systemu publicznego w rozumieniu

europejskim. Sami ubezpieczyciele prywatni uważali problem związany z tym, że płacą dużo świadczeniodawcom, a jednak pacjenci nie wracają do zdrowia, nie zachowują go, a w niektórych przypadkach wręcz ponoszą na nim uszczerbek przez niską jakość opieki. W związku z tym muszą ponosić kolejne koszty.

Sama organizacja systemu ochrony zdrowia może wywoływać inflację kosztów, a nawet negatywnie odbijać się na uzyskiwanych efektach leczenia. Jeżeli płacimy za wizytę, to siłą rzeczy będziemy motywować świadczeniodawców do tego, żeby tych wizyt odbywało się dużo. Jeżeli płacimy w systemie kapitacyjnym, to z kolei demotywujemy świadczeniodawców do częstych wizyt i tych wizyt będzie mniej, czasem za mało.



*Sama organizacja systemu ochrony zdrowia może wywoływać inflację kosztów, a nawet negatywnie odbijać się na uzyskiwanych efektach leczenia. Jeżeli płacimy za wizytę, to siłą rzeczy będziemy motywować świadczeniodawców do tego, żeby tych wizyt odbywało się dużo. Jeżeli płacimy w systemie kapitałowym, to z kolei demotywujemy świadczeniodawców do częstych wizyt i tych wizyt będzie mniej, czasem za mało.*

Te bodźce trzeba równoważyć innymi, pro jakościowymi.

Od dawna szuka się różnych metod w systemach rynkowych albo quasi-rynkowych, w których ubezpieczyciel albo płatnik publiczny kupuje usługi na rynku, żeby doprowadzić do pewnej idealnej równowagi. W ramach tych poszukiwań pojawiły się koncepcje jakości opieki medycznej, a więc i pomiaru jakości, efektu zdrowotnego i bezpieczeństwa pacjenta.

Z tej refleksji nad bezpieczeństwem i efektywnością wypłynęły dwa nurty. Jeden, który się skupił przede wszystkim na podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia, oraz koncepcja value-based healthcare, która ma wiele punktów stykowych z poprzednią, czyli również zakłada, że liczy się jakość i efekt zdrowotny, natomiast jest bardzo mocno osadzona w myśleniu o konkurencyjności, które niekoniecznie musi być obecne w podnoszeniu jakości.

### **Zdrowie i konkurencyjność. To dobre zestawienie, kiedy mówimy o zdrowiu?**

Krytycy idei value-based healthcare, których nie brakuje, szczególnie na gruncie europejskim, zwracają uwagę, że de facto ta teoria nie ma wartości dodanej w stosunku do idei opartych przede wszystkim na podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa, a wprowadzając dodatkowo element konkurencyjności wprowadza jednocześnie wszystkie problemy, których chcielibyśmy wcześniej uniknąć, czyli zachęca podmioty do rywalizacji zamiast do współpracy.

W ogóle europejski odbiór VBHC zdążyła w stronę myślenia o wartościach w szerokim, etycznym ujęciu, a nie tylko o wartości czysto ekonomicznej dla systemu; m.in. są w nim również uwzględnione

wartości ważne dla pacjentów. Innymi słowy ta teoria z czysto ekonomicznej staje się bardziej humanistyczna. Ma to swoje zalety, ale oznacza też, że pomiar efektu jest o wiele trudniejszy i przestaje być atrakcyjną, prostą teorią, jaką pierwotnie był, przynajmniej na papierze.

Silne skupienie się na pomiarze efektu zdrowotnego pomija te aspekty opieki medycznej, które są często kluczowe dla pacjentów. Na przykład bardzo podstawowym wymiarem tej opieki jest samo okazywanie troski. Fakt, że ktoś się nami opiekuje, kiedy jesteśmy chorzy, sam z siebie ma wartość dla pacjentów.

Możemy zatem wprowadzać różne modele pomiaru opieki końca życia albo opieki paliatywnej. Ale głównym zadaniem tej opieki, oprócz przyniesienia ulgi w cierpieniu, jest to, że nie zostawiamy bez opieki osób, które już nie rokują w sensie ekonomicznym. Tu nie ma już zastosowania hasło „zdrowie to gospodarka”, „kupujemy więcej zdrowia”, „musimy inwestować w zdrowie, bo to się przekłada na miejsca pracy”. Człowiek umiera, chcemy mu ulżyć w cierpieniu.

Modele, które są wypracowane głównie na gruncie zarządzania i teorii ekonomicznych, często w tym miejscu mają ślepe plamy, łatanne potem na wykresach dodaniem „wartości dla pacjenta” i udawaniem, że pojęcie to wpisuje się w ten sam porządek kosztowej efektywności, co, dajmy na to, zamiana leków oryginalnych na generyki.

### **Jaka korzyść wynika z mierzenia tych efektów zdrowotnych?**

Korzyść powinna być taka, przynajmniej w teorii, że dostaniemy więcej zdrowia za mniej pieniędzy.

*Z refleksji nad bezpieczeństwem i efektywnością wypłynęły dwa nurty. Jeden, który się skupił przede wszystkim na podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia, oraz koncepcja value-based healthcare, która ma wiele punktów stykowych z poprzednią, czyli również zakłada, że liczy się jakość i efekt zdrowotny, natomiast jest bardzo mocno osadzona w myśleniu o konkurencyjności, które niekoniecznie musi być obecne w podnoszeniu jakości.*



### Jest to możliwe?

Są takie obszary, w których zastosowania tej teorii przynoszą pozytywne efekty, np. eliminują świadczenia bezwartościowe, utrzymujące się w systemie mimo braku dowodów na skuteczność, siłą pewnej inercji. Natomiast musi być jasne, co rozumiemy przez efekt zdrowotny. Bo nie w przypadku każdej interwencji ten efekt zdrowotny daje się łatwo zmierzyć, nie zawsze można w sposób prosty zważyć wpływ czynników, które mogą silnie wpływać na pomiar efektu zdrowotnego, na przykład inne choroby, na które cierpi pacjent.

Ale są takie obszary, w których daje się to robić: można popatrzeć się na liczbę reoperacji w konkretnych dziedzinach, wprowadzając też odpowiednie współczynniki korygujące dotyczące szczególnych przypadków. Odpowiednia organizacja pracy i sprawozdawczości w systemie ochrony zdrowia, który pozwala jednocześnie wdrożyć bardzo wiele różnych elementów podejścia VBHC, rzeczywiście może wytwarzać takie wyspy, w których ten model działa ku pożytkowi społecznemu, racjonalizując jednocześnie koszty opieki.

### Mamy takie wyspy w Polsce?

W Polsce więcej mówi się na temat VBHC niż robi. W przypadku RSS w polityce lekowej pojawiają się elementy, które mają prowadzić do tego, że płacimy za przypadki, w których dana substancja czynna działa, a nie za sam fakt zakupienia dawek konkretnego leku. Jednak dzisiaj w Polsce bardziej służą one ograniczeniu kosztów niż maksymalizacji efektywności terapii. Co też jest w pewnej mierze zrozumiałe, bo pamiętajmy, że pula pieniędzy przeznaczonych na zdrowie jest ograniczona i w przypadku innowacyjnych terapii strona publiczna w interesie społecznym może narzucać pewne ograniczenia, które w przypadku polskiego

*Na idei VBHC bardzo powinno zależeć samemu płatnikowi publicznemu, bo to, na co wydaje bardzo ograniczone w Polsce środki, jest kluczowe. Szczególnie teraz, kiedy nominalny wzrost nakładów nie przynosi spodziewanych efektów, bardzo wyraźnie widać, że sposób, w jaki zarządza się wydawaniem tych pieniędzy, jest również ważny, co ich ilość.*

*Silne skupienie się na pomiarze efektu zdrowotnego pomija te aspekty opieki medycznej, które są często kluczowe dla pacjentów. Na przykład bardzo podstawowym wymiarem tej opieki jest samo okazywanie troski. Fakt, że ktoś się nami opiekuje, kiedy jesteśmy chorzy, sam z siebie ma wartość dla pacjentów.*

systemu ochrony zdrowia będą bardziej restrykcyjne niż w bogatszych krajach.

**Problemem jest sam pomiar, samo mierzenie, czyli trzeba tworzyć rejestry, zbierać dane i je walidować po to, żeby w obiektywny sposób obliczyć tę wartość dodaną. Potrafimy dzisiaj mierzyć tę wartość? I czy jest zgoda interesariuszy, żeby płacić w zależności od wartości dodanej, która się pojawiła?**

To jest kolejna słabość naszego systemu ochrony zdrowia, który gromadzi bardzo dużo danych, ale często nie w tych profilach, które są przydatne do oceny efektu zdrowotnego. Na pewno w ostatnich czasach wiele się dzieje, by to zmienić. Powołanie Centrum e-Zdrowia, e-DILO, reforma Krajowego Rejestru Nowotworów czy Plan dla Chorób Rzadkich. To wszystko przybliży nas w kierunku infrastruktury, która na podstawie analizy danych pozwoli sensownie mierzyć efekty zdrowotne.

Gotowość do stosowania tego modelu widać w różnych programach lekowych. Takie rozwiązania można wypracować w konkretnych jednostkach chorobowych, przy konkretnych stosowanych interwencjach. Paradoksalnie to jest dobra strona centralizacji takich przedsięwzięć jak programy lekowe. Klinikom, którzy się tym zajmują, łatwiej jest uzyskać konsensus i uzgodnić go ze wszystkimi stronami. To taki załączek zmiany, gdzie ćwiczona jest definicja wartości i ich pomiar w ochronie zdrowia. Kierujemy tu uwagę na wąskie zakresy, ale droga od tych konkretnych przypadków do systemu ochrony zdrowia globalnie opartego na zasadach VBHC jest długa, wyboista i najeżona pewnymi niebezpieczeństwami.

Użyteczność tego modelu nawet niekoniecznie będzie zależała od dziedziny medycyny, bardziej od tego, czy istnieje konsensus dotyczący właśnie rozumienia wartości i metod jej pomiarów, ich obiektywnego charakteru, a następnie powiązania

go z obszarem miękkich kompetencji, szczególnie zaś komunikacji z pacjentem. Wydaje się, że takim obszarem może być też chociażby opieka nad osobami z cukrzycą. Wychodząc od monitorowania glikemii możemy odpowiednimi bodźcami skłonić do zmiany pracy świadczeniodawców, doprowadzić do tego, by zespół opiekujący się pacjentem włożył więcej wysiłku w samą komunikację z chorym, wyjaśniając mu, dlaczego ważne jest stosowanie odpowiedniej diety, pomiar określonych parametrów, a potem stosowanie leków.

### **Choroby rzadkie i onkologia to obszary, które dość często wspomina się w kontekście łatwiejszego pomiaru efektu zdrowotnego, czy jakiegokolwiek innego osiąganego dzięki określonym terapiom. Zgadza się z tym Pani?**

W obu tych przypadkach rzeczywiście można powiedzieć, że są to choroby, dla których można budować tego rodzaju modele. Tak jest na przykład w przypadku hormonu wzrostu, który jest stosowany u pacjentów z różnych powodów. W jednych jednostkach chorobowych chodzi rzeczywiście o długość ciała jako efekt końcowy, ale są też jednostki chorobowe, w których stosuje się go głównie po to, żeby chore dziecko mogło zbudować masę mięśniową.

### **Zakładając, że chcemy budować system oparty na VBHC, to od jakiej grupy interesariuszy powinniśmy zacząć?**

Nie wiem, czy powinniśmy akurat przywiązywać się do tego hasła, bo podejrzewam, że VBHC zostanie w perspektywie 10 lat zastąpiona kolejną koncepcją, która zostanie opracowana na jakimś amerykańskim uniwersytecie zajmującym się zarządzaniem. Natomiast to, co należałoby rzeczywiście wdrażać, to model łączący różne podejścia pro jakościowe i skupiające się na bezpieczeństwie. Tym powinni być zainteresowani wszyscy: sami pacjenci i ich stowarzyszenia, które w tej chwili zupełnie zmieniają swoją rolę, przechodząc z pozycji walki o to, żeby dany lek pojawił się w refundacji, w kierunku profesjonalnych organizacji, które zauważają daną terapię w całym szerokim kontekście zachowania zdrowia i funkcjonowania społecznego.

Bardzo powinno na tym zależeć samemu płatnikowi publicznemu, bo to, na co wydaje bardzo ograniczone w Polsce środki, jest kluczowe.

Szczególnie teraz, kiedy nominalny wzrost nakładów nie przynosi spodziewanych efektów, bardzo wyraźnie widać, że sposób, w jaki zarządza się wydawaniem tych pieniędzy, jest równie ważny, co ich ilość. A także zawody medyczne, dla których brak jakości i bezpieczeństwa to stres moralny (tak, istnieje takie zjawisko!), a nawet ryzyko pozwów.

Natomiast myślę, że problem pojawi się na poziomie wdrożeniowym, dlatego że wdrażanie tego rodzaju rozwiązań oznacza po prostu zmiany, a zmiana oznacza, że trzeba inaczej pracować. Pojawia się pytanie, jak zapłacić za zmianę, kto chociażby poniesie koszt gromadzenia danych. Do niedawna w Polsce ten koszt gromadzenia danych był często kosztem ukrytym, ponieważ chociażby w programach lekowych przez wiele lat był zrzucany na lekarza klinicystę, który miał to po prostu zrobić, żeby szpital mógł rozliczyć świadczenia w programie lekowym.

Wiemy, że wszędzie, gdzie wprowadzano różnego rodzaju rozwiązania mające cyfryzować zdrowie i poprawiać jakość danych, pojawia się problem silnego oporu samych pracowników z różnych zawodów medycznych, jeżeli jest to narzucone im jako dodatkowa praca, de facto nieuwzględniona wcześniej w żaden sposób w wynagrodzeniu. Potrzebujemy takich rozwiązań, jak wprowadzanie asystentów medycznych. Poza tym programy, które służą do gromadzenia danych, muszą być projektowane zgodnie z podstawowymi zasadami user experience, być przyjazne użytkownikowi.

### **Budowanie systemu na wartości – jak to robić z głową?**

Idea systemu opartego na wartości polegać powinna przede wszystkim na podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej z myślą o tym, żeby jak najlepiej wydać ograniczone publiczne pieniądze. Ale niekoniecznie w takim bardzo ciasnym, ekonomicznym paradygmacie oszczędności i ograniczenia kosztów. Żebyśmy nie zgubili podstawowego powodu, dla którego system ochrony zdrowia w ogóle funkcjonuje: ma zagwarantować, iż każdy obywatel, który znajdzie się w potrzebie medycznej albo będzie w bólu i cierpieniu, otrzyma pomoc. Jeszcze raz podkreślę: wiemy z badań, że sam fakt okazania troski przynosi ulgę. Wartości mają różne twarze i wartość dla pacjenta jest ważna, nie tylko w sensie ekonomicznym.

**Maciej Miłkowski**

wiceminister zdrowia,  
odpowiedzialny za politykę  
lekową



## Najważniejsza jest wartość dla pacjenta

Komisja Europejska pokazała dane, że 80 procent budżetu przeznaczamy na finansowanie leków innowacyjnych przy bardzo wąskich wskazaniach, podczas gdy większość pacjentów z chorobami populacyjnymi leczy się tańszymi, zgenerowanymi lekami. Nie możemy przeznaczać tak dużych środków na innowacje, bo zdecydowaną innowacją jest otrzymanie przez pacjenta – dokładnie w momencie, kiedy potrzebuje – konsultacji i diagnozy na wczesnym etapie choroby, gdy metoda postępowania jest bardzo tania.

**Jakie jest pierwsze skojarzenie z systemem ochrony zdrowia opartym na wartości kogoś, kto zajmuje się refundacją leków?**

Wartość dla kogo? Wartość dla pacjenta. I to jest pierwszy, podstawowy element. Wartość zdrowotna: albo wydłużenie życia, albo jakość życia, albo mniejsze koszty.

Te wartości mogą być dla każdego inne. Na przykład współpracując z firmami farmaceutycznymi widzimy, że wartość dla pacjenta jest dla nich istotnym elementem, ale zdecydowanie bardziej istotnym jest wartość przychodu realizowanego ze sprzedaży danej substancji, danego produktu.

**Cała idea polega na tym, żeby kupić jak najwięcej wartości za te pieniądze, które mamy, czyli innymi słowami, żeby nie płacić na zasadzie *fee-for-service* tylko żeby płacić za wartość dodaną, za jakość, za efekt zdrowotny?**

Tak, oczywiście i my też staramy się płacić za ten efekt, tylko to jest trudne. Czasem przychodzą do nas firmy farmaceutyczne z innowacyjnymi produktami leczniczymi i udowadniają, że ich leki są skuteczniejsze albo nie mniej skuteczne niż te, które są już dostępne na rynku.

Często też mamy w przypadku innowacji oczekiwania znacząco wyższej ceny, ponieważ jest udowodnione w pewnych drobnych elementach badania, że jest mniej działań niepożądanych, że w pewnym zakresie ten lek jest jednak lepszy, choć nie w podstawowych parametrach zdrowotnych. Wtedy pojawia się element negocjacji, ile możemy zapłacić za tę czasami niewielką dodatkową wartość zdrowotną.

Mamy też czasami takie leki, które bardzo dobrze się sprawdzały przez ostatnie 20, 30 lat, za które płacimy aktualnie 500, 600 zł rocznie przy schorzeniu przewlekłym. I czasem firmy

*Często mamy w przypadku innowacji oczekiwania znacząco wyższej ceny, ponieważ jest udowodnione w pewnych drobnych elementach badania, że jest mniej działań niepożądanych, że w pewnym zakresie ten lek jest jednak lepszy, choć nie w podstawowych parametrach zdrowotnych.*

przychodzą do nas z lekiem, który jest minimalnie lepszy, ale kosztuje już nie 500 zł za pacjenta, ale 150 tysięcy złotych. Pytanie, czy ten dodatkowy minimalny efekt jest warty tych pieniędzy.

Gdybyśmy w ten sam sposób patrzyli na wartość świadczeń zdrowotnych, finansowanych jako procedury zabiegowe, to na przykład wymiana stawu biodrowego powinna kosztować nie 20 tysięcy zł, tylko nawet 700 tysięcy zł. Nie mówiąc już o wartości leczenia pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym. To jest prosta procedura, ale ratująca życie. Idąc tym torem myślenia, powinna być wyceńniona na kilkanaście milionów złotych.

**Podstawą musi być mierzenie wartości, czyli cały system zbierania danych, monitorowania, oceniania, zanim zapadnie decyzja o refundacji. Jakie dzisiaj są największe przeszkody, co jest najtrudniejsze?**

Staramy się mierzyć te najbardziej istotne elementy. Mamy system monitorowania programów terapeutycznych, który zbiera informacje dotyczące pacjentów kwalifikujących się do danego typu leczenia. Ponieważ to są bardzo kosztowne terapie, więc musimy wiedzieć, że pacjent jest precyzyjnie ukierunkowany na to leczenie, że nie ma innej mutacji, że jest w odpowiedniej linii leczenia. Leki, które są refundowane, mają dowiedzioną efektywność kliniczną i ekonomiczną w konkretnym wskazaniu, dla konkretnych pacjentów. Jak już to mamy ustalone, później analizujemy wyniki i monitorujemy efektywność.

Bardzo często leczenie onkologiczne jest tak planowane, że pacjent przychodzi raz na 3 tygodnie na kolejne podanie leku i to jest monitorowanie pod kątem efektywności leczenia, działań niepożądanych lub innych elementów.

Jeśli mamy kilka leków w danym wskazaniu, czasami są to 3, 4 substancje wskazane do leczenia tej samej grupy chorych, to możemy analizować efektywność na podstawie tych danych. Mamy coraz więcej takich schorzeń, gdzie dysponujemy nawet dziesięcioma różnymi lekami. Dzięki temu możemy je porównywać i wskazywać, które z nich mają lepszą efektywność.

Analizujemy również ośrodki, ponieważ są między nimi różnice. Przykładowo w Charakterystyce Produktu Leczniczego jest wskazanie do stosowania terapii co 30 dni. Ale z zaleceń europejskich wiemy, że ten czas podania kolejnych dawek leku można istotnie wydłużyć.

W takiej sytuacji nie ma uzasadnienia ani klinicznego, ani ekonomicznego, by stosować lek w krótszych odstępach czasu. Nie ma też uzasadnienia wymagania od pacjenta, żeby przyjeżdżał na kolejną iniekcję co 30 dni. Chodzi więc tu również o jakość życia chorego.

**Mówiąc o wartości terapii i ekonomicznych uwarunkowaniach refundacji leków, mamy model podziału ryzyka. Te rozwiązania już pojawiają się w naszym systemie ochrony zdrowia. Będzie ich więcej?**

Rzeczywiście takie rozwiązania są u nas stosowane, przy czym standardem jest to, że w pierw płacimy pełną kwotę za terapię, a później ewentualnie są zwroty.

Mamy bardzo różne instrumenty dzielenia ryzyka, w tym oparte na efektach klinicznych. Przykładowo mamy sytuację, że u pacjentów jest stosowane trzymiesięczne leczenie nasycające. Po tym okresie okazuje się, że 60 procent chorych nie odpowiada na leczenie. Umowa dzielenia ryzyka może zawierać zasadę, że koszt leczenia pacjentów, którzy nie odpowiedzieli na leczenie, firma

*Mamy bardzo różne instrumenty dzielenia ryzyka, w tym oparte na efektach klinicznych. Umowa dzielenia ryzyka może zawierać zasadę, że koszt leczenia pacjentów, którzy nie odpowiedzieli na leczenie, firma bierze na siebie. A my finansujemy leczenie tych, którzy odpowiedzieli pozytywnie.*

*Rejestry powinny być tworzone i cały czas pracujemy nad tym, żeby były właściwie zaprojektowane na samym początku, żeby dane były zbierane w miejscu wykonywania badań i świadczeń, czy to bezpośrednio na bloku operacyjnym, czy w pracowni mikrobiologicznej lub patomorfologicznej.*

bierze na siebie. A my finansujemy leczenie tych, którzy odpowiedzieli pozytywnie.

Jednak do takich rozwiązań potrzebna jest zgoda i wola dwóch stron.

**Mówiąc o wartościach, bardzo wielu pacjentów ocenia, że wartością dla nich nie zawsze jest wyłącznie wyleczenie, ale również poczucie, że są otoczeni opieką, że mają lepszą jakość życia, że na przykład rzadziej jeżdżą do ośrodka na podanie leku, albo lek jest w formie tabletki zamiast wlewu. Czy potrafimy również te rzeczy wziąć pod uwagę przy wydawaniu decyzji refundacyjnych?**

Zawsze bierzemy pod uwagę chociażby formę podania, czy to jest leczenie tabletkowe czy wlew, ale również inne twarde wskaźniki.

Porównajmy terapię, którą podaje się w chorobie przewlekłej dwa razy do roku i drugą, która wymaga leczenia raz na miesiąc. Widząc, że za kwalifikację i poradę lekarską płacimy 500 zł, to w tym pierwszym przypadku wychodzi 1000 zł za usługę, w tym drugim 6000 zł. W takiej sytuacji możemy podwyższyć cenę terapii, którą podaje się rzadziej, tak by te koszty się zrównały. A wiemy jeszcze, że są dodatkowe koszty, których w tych wyliczeniach nie uwzględniamy, jak koszt dojazdu pacjenta do placówki. I czas, który na to poświęca.

Pewnie już w przyszłym roku będziemy szukali rozwiązania dla pacjentów, którzy muszą co 2 tygodnie pojawić się w ośrodku celem podania wlewów. Chodzi o pacjentów z chorobami rzadkimi i ultraradkimi. Planujemy przybliżyć im to leczenie i zaproponować podanie leku w najbliższym miejscu zamieszkania ośrodka pod nadzorem ośrodka wysoko specjalistycznego albo w formie leczenia domowego.

**W poszukiwaniu systemu opartego na wartości, bardzo istotne jest tworzenie rejestrów medycznych, rejestrów klinicznych. W Polsce mamy system monitorowania programów terapeutycznych, który zastępuje rejestry kliniczne. Czy jest wystarczającym systemem czy warto jednak tworzyć te rejestry?**

Rejestry powinny być tworzone i cały czas pracujemy nad tym, żeby były właściwie zaprojektowane na samym początku, żeby dane były zbierane w miejscu wykonywania badań i świadczeń, czy to bezpośrednio na bloku operacyjnym, czy w pracowni mikrobiologicznej lub patomorfologicznej.

Myślę też, że istotną częścią rejestrów będą też takie elementy, jak dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dotyczące zwolnień lekarskich.

Po raz pierwszy monitorowanie efektywności leczenia wprowadziliśmy u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym, gdzie lekarze decydują, czy pacjent powinien mieć jeszcze zwolnienie lekarskie, czy nie. To jest ostateczny dowód na efektywność leczenia – jak szybko pacjent może wrócić do pracy. Oczywiście to wszystko zależy od tego, jak duży był zawał, jak ciężki był stan pacjenta. Bardzo profesjonalnie jest też prowadzony rejestr kardiologiczny. Podstawowym parametrem jest stan wyjściowy chorego oceniany w różnych skalach, w tym przypadku według EuroSCORE.

Rejestr będzie najlepiej spełniał swoje zadanie, jeśli skorzystamy z danych źródłowych, żeby nie doszło na przykład do błędnej kwalifikacji pacjenta.

**Problemem jest jakość danych, które trafiają do systemu. Jeśli są błędne, to jaką wartość ma podjęta na ich podstawie decyzja?**

Dlatego powiedziałem, że najważniejszą rzeczą jest takie zaprojektowanie rejestrów, żeby tych

*Mieliśmy przykład COVID-19, kiedy podczas pandemii do systemu informatycznego były wprowadzane online różne dane dotyczące badań i testowania. Każdy wynik z laboratorium od razu pojawiał się w systemie informatycznym. Mieliśmy pełny wgląd i to były dane faktyczne, bardzo wiarygodne.*



*Nie możemy przeznaczać tak dużych środków na innowacje, bo zdecydowaną innowacją jest otrzymanie przez pacjenta – dokładnie w momencie, kiedy potrzebuje – konsultacji i diagnozy na wczesnym etapie choroby, gdy metoda postępowania jest bardzo tania.*

danych nie wprowadzać na późniejszym etapie, tylko zbierać je w miejscach, gdzie one powstają, czy to w laboratorium, czy na bloku operacyjnym.

Ważny w tym przypadku jest chociażby czas niedokrwienia czy czas operacji. Bo to wszystko ma bardzo istotny wpływ na efekty. Przy dobrze zaprojektowanym rejestrze, te dane są bardzo wiarygodne. Poza tym na wprowadzenie wyniku nie ma wpływu tylko jedna osoba, ale pochodzą z reguły z bardzo wielu źródeł. W związku z tym to są pewne dane.

Mieliśmy przykład COVID-19, kiedy podczas pandemii do systemu informatycznego były wprowadzane online różne dane dotyczące badań i testowania. Każdy wynik z laboratorium od razu pojawiał się w systemie informatycznym. Mieliśmy pełny wgląd i to były dane faktyczne, bardzo wiarygodne.

**Czy można ocenić, że nasz dzisiejszy system podejmowania decyzji refundacyjnych jest oparty na wartości dla pacjenta, która wiąże się z nową terapią?**

Myślę, że jest, ale pewnie docelowo za dużo płacimy za te innowacje. Bardzo często jest tak, że ludzie oczekują finansowania nowości. Tymczasem długość życia przez ostatnie kilkanaście lat nie wydłużyła się aż tak bardzo, a finansujemy dużo nowoczesnych technologii.

Komisja Europejska pokazała dane, że 80 procent budżetu przeznaczamy na finansowanie leków innowacyjnych przy bardzo wąskich wskazaniach, podczas gdy większość pacjentów z chorobami populacyjnymi leczy się lekami, na które

wygaś już okres wyłączności i zostały zgenerowane. Można więc powiedzieć, że 80 proc. zdrowia pacjentów kupujemy za 20 proc. budżetu.

Nie możemy przeznaczać tak dużych środków na innowacje, bo zdecydowaną innowacją jest otrzymanie przez pacjenta – dokładnie w momencie, kiedy potrzebuje – konsultacji i diagnozy na wczesnym etapie choroby, gdy metoda postępowania jest bardzo tania.

Przykładem może być rak tarczycy. Możemy przeprowadzić proste, bardzo skuteczne leczenie operacyjne. Jest jednak jeden warunek: musi być wcześniej zdiagnozowany.

Oczywiście mamy też niektóre jednostki chorobowe bardzo trudne, na przykład rak jelita grubego. U osoby w wieku 25 lat nikt się tego nie spodziewa, więc trudno o wczesną diagnozę. Ale tu pomocna jest genetyka. Jeśli mamy w rodzinie przypadki wczesnych zgonów na rozpoznane problemy zdrowotne, to potomkowie wcześniej mogą znaleźć się pod opieką lekarzy. Choroba nie stanie się wyrokiem, bo tak w rodzinie było od zawsze. Wprost przeciwnie, osoby te mogą dożyć sędziwego wieku, jeżeli wiedza o predyspozycjach do konkretnej choroby będzie wskazaniem do profilaktyki i stałej kontroli lekarskiej.

**Wynika z tego, że innowacja niejedno ma imię, a źródłem wartości może być nie tylko sama terapia, ale i organizacja systemu, leczenie, diagnostyka, rehabilitacja, bardzo wiele elementów.**

Największą innowacją, którą możemy jeszcze zrobić, największym zwrotem jest zmiana w organizacji systemu ochrony zdrowia. Do tego jeszcze profilaktyka.

Warto też zwrócić uwagę na obiektywny czas oczekiwania na pewne działanie medyczne, konsultacje, leczenie. To oznacza, że z pewnymi problemami można poczekać kilka miesięcy w kolejce. Ale jeżeli jest podejrzenie poważnej choroby, gdzie liczy się czas, to pacjent powinien otrzymać pomoc bardzo szybko. I to nie jako cykl badań w różnych miejscach, ale w jednym wyspecjalizowanym ośrodku, najlepiej podczas jednej porady.



## Maciej Niewada

farmakolog kliniczny, adiunkt  
w Katedrze Farmakologii  
Doświadczalnej i Klinicznej WUM,  
prezes firmy HealthQuest



# Łatwiej sprawozdać, że coś zostało zrobione, niż koncentrować się na efekcie klinicznym

Płatnik nie jest instytucją finansową, która ma generować kapitał zapasowy, tylko wydawać pieniądze, a dokładniej inwestować w zdrowie. Gdyby można było powiedzieć, że dzięki wydanym środkom mamy nowoczesny dostęp do leczenia udaru mózgu taki, jak w najlepiej zorganizowanych krajach Europy, co akurat u nas się realizuje – to byłoby się czym chwalić. Tego typu wskaźniki są nie tylko atrakcyjne z perspektywy pacjenta, ale i płatnika.

### Jak mierzy się wartość w systemie ochrony zdrowia i skąd ta idea mierzenia wartości?

Przede wszystkim powinniśmy określić, czym jest wartość. Możemy ją różnie definiować, ale ponieważ cały system nie jest po to, żeby sam sobie dobrze dawał radę, ale po to, żeby służył pacjentowi, dlatego tę wartość należałoby zdefiniować przede wszystkim z perspektywy pacjenta. Dlatego wartość z jego perspektywy jest najważniejsza. Oczywiście jak zaczniemy rozkładać wartość na części pierwsze, to pojawią się też inne perspektywy.

Pytanie, na ile system realizuje ten cel wartości dla pacjenta. Pewnie mógłby realizować lepiej, bo nigdy nie jest tak dobrze, by nie mogło być jeszcze lepiej. Ale co do zasady wydaje mi się, że cały system jest skoncentrowany na pacjencie.

Chodzi o to, żebyśmy dłużej żyli w lepszym zdrowiu. To jest najważniejsze. Stąd idea mierzenia

wartości, która jest bliska ocenie technologii medycznych, na przykład w analizach ekonomicznych, gdzie jest mierzona choćby w postaci takiej jednostki, jak dodatkowy rok życia skorygowany o jakość. Mierzy zatem wpływ na długość i jakość życia.

Ale wiemy też, że są jeszcze inne wartości dalece wykraczające poza ten dwuwymiarowy wpływ. Tych elementów, które mogą nieść za sobą korzyść, które będą wydawały się atrakcyjne dla samego pacjenta, ale i dla systemu, jest dużo więcej.

### A jaka jest Pana ulubiona korzyść?

Z perspektywy, że pacjent jest najważniejszy, takim wskaźnikiem jest QALY. Mając do dyspozycji nasz budżet, powinniśmy maksymalizować liczbę QALY. Aczkolwiek to nie jest idealne podejście, bo gdybyśmy się tylko nim kierowali, to na przykład

*Nie mamy obecnie bardzo dobrze ugruntowanych jednostek, które będą w stanie wyłapywać wartość w każdym wymiarze. Robimy to w miarę dobrze w tych dwóch wymiarach: kosztów oraz długości i jakości życia. Ale inne elementy nie są takie proste do zmierzenia i nie mamy jednej dobrej metody. Wszystkie te elementy, które dotyczą na przykład poprawy funkcjonowania rodziny, wpływu wielokierunkowego na społeczeństwo, w tym koszty pośrednie, ale nie tylko, to jest pytanie, na które chciałbym mieć odpowiedzieć.*

pacjenci z chorobami rzadkimi mieliby mało korzystną sytuację.

### **Jak z punktu widzenia oceny efektywności czy QALY można szukać metod zmierzenia wartości, która jest dostarczana pacjentowi?**

Nie mamy obecnie bardzo dobrze ugruntowanych jednostek, które będą w stanie wyłapywać wartość w każdym wymiarze. Robimy to w miarę dobrze w tych dwóch wymiarach: kosztów oraz długości i jakości życia. Ale inne elementy nie są takie proste do zmierzenia i nie mamy jednej dobrej metody.

Wszystkie te elementy, które dotyczą na przykład poprawy funkcjonowania rodziny, wpływu wielokierunkowego na społeczeństwo, w tym koszty pośrednie, ale nie tylko, to jest pytanie, na które chciałbym mieć odpowiedzieć.

Ktoś może powiedzieć, że taką metodą jest analiza wielokryterialna (MCDA). Ta koncepcja jest bardzo atrakcyjna, ale problem polega na tym, że w analizie wielokryterialnej to, co możemy robić, to próbować porządkować różnego typu opcje, które mamy pod względem szeroko rozumianej atrakcyjności określonej kilkoma kryteriami, a więc pewnym agregatem tych kryteriów. Obecnie nie są opracowane metody przełożenia tych efektów na jedną skalę, jednostkę.

W dwuwymiarze klasycznej oceny farmakoekonomicznej, a więc kosztów związanych z długością i jakością życia, mamy bardzo wyraźną, jasno określoną jednostkę, czyli koszt uzyskania QALY.

Takiego wyniku nie otrzymamy z analizy MCDA metodami powszechnie akceptowanymi.

### **Nie możemy zatem jednym mianownikiem zmierzyć każdej procedury medycznej, każdego leku?**

Nie możemy, ale staramy się mimo wszystko przyjąć zunifikowane podejście. Bo pieniądze są jedne i te same. Jeśli chcemy je wydawać, alokować, to musimy mieć miarę, która nas zakotwiczy i pozwoli powiedzieć, na co warto, a na co nie. QALY poniekąd abstrahuje od typu choroby, od rokowania w tej chorobie, od wielu różnych rzeczy i mierzy uniwersalny efekt, bez względu na to, jakiej grupy pacjentów on dotyczy. Z tym wiązą się oczywiście pewne ograniczenia.

Warto też powiedzieć, że płacenie za wartość, jakkolwiek ją zdefiniujemy, jest czym innym niż płacenie za wykonaną usługę. To drugie jest teoretycznie łatwe do zaaranżowania. Mamy sprawozdaną usługę, płacimy za nią, nie zważając na efekt. Ale zorientowaliśmy się, że to jest suboptymalne rozwiązanie.

Chyba najbardziej wyraźnie było to widać w leczeniu zawału serca i tym, co związane było z wprowadzeniem programu KOS-Zawał, czyli kompleksowej opieki pacjentów po zawale serca. Udało się dzięki programowi dwukrotnie ograniczyć śmiertelność.

W Polsce był fantastyczny dostęp do zabiegów sercowo-naczyniowych, ale już rokowanie w ciągu pierwszego roku od zawału było nienajlepsze. Po to, żeby utrzymać tę wysoką wartość zdrowotną, wprowadzono program KOS-Zawał. Dzisiaj nie dość, że mamy świetnych kardiologów, którzy robią dobrą robotę w ostrej fazie, mamy też system zorientowany na to, by nie roztrwonić późniejszego

*Takich strictly klasycznie definiowanych przykładów płacenia za efekt jest niewiele i to nie tylko w Polsce, ponieważ to jest po prostu trudne. Łatwiej sprawozdać, że coś zostało zrobione, niż koncentrować się na efekcie klinicznym. Jakość możemy mierzyć wskaźnikami, mamy parametry, które pozwalają nam zdefiniować, czy dana usługa jest właściwej jakości czy nie.*

*W USA płatnik właśnie często chwali się, jaki jest odsetek osób objętych szczepieniami, jaki jest dostęp do określonej technologii, jakie jest rokowanie w określonym schorzeniu. O to właśnie chodzi. Gdyby można było dać taką informację, że wydając więcej generujemy dłuższe życie i poprawiamy jego jakość, to z perspektywy płatnika i z perspektywy politycznej jest ultra atrakcyjne.*

efektu i dać właściwą opiekę w pierwszym najważniejszym roku po epizodzie.

### **Czy w naszym systemie są już rozwiązania płatnika za efekt? Brania pod uwagę wartości, a nie tylko wykonania pewnej procedury, świadczenia?**

Takich stricte klasycznie definiowanych przykładów płatnika za efekt jest niewiele i to nie tylko w Polsce, ponieważ to jest po prostu trudne. Łatwiej sprawozdać, że coś zostało zrobione, niż koncentrować się na efekcie klinicznym. Jakość możemy mierzyć wskaźnikami, mamy parametry, które pozwalają nam zdefiniować, czy dana usługa jest właściwej jakości czy nie.

Na razie jest to, powiedziałbym, „nienachalne”, ale jestem dobrej myśli. Dlaczego takie metody nie znajdują finansowania i szerokiego poparcia? Moim zdaniem z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że sprawozdawanie i monitorowanie efektów terapeutycznych jest trudne. Dobrze to robimy niestety tylko w jednym aspekcie – przeżycia, czy pacjent przeżył czy nie. Ale chyba nie tylko takim efektem chcielibyśmy się posługiwać.

Po drugie, ten efekt może nie zależeć od pojedynczego elementu, tylko od całości systemu. Dlatego też takie rozwiązania nie są częściej wprowadzane w przypadku finansowania nowoczesnych leków. Nawet przy fantastycznych lekach, jeżeli diagnostyka, a później monitorowanie pacjenta będą złej jakości, to dany lek może najzwyczajniej w świecie nie zadziałać cudów.

Ten drugi element związany jest z tym, że żyjemy w coraz bardziej zdigitalizowanym świecie. Zbierane dane o nas są bardzo przekrojowe, dziś przede wszystkim na potrzeby rozliczenia budżetu i finansowania. Wiadomo, co jest sprawozdawane

i wiadomo, że tych informacji jest coraz więcej. Będą coraz bardziej interoperacyjne w sensie takim, że będzie je można łatwo wykorzystywać do różnego typu wyliczeń, co spowoduje, że o efekcie będzie można mówić na przykład po korekcie innych czynników, które mogą ten efekt zaburzać.

Przykładowo efekt leczenia nie jest zależny tylko od terapii, ale też od istnienia u pacjenta wielu chorób współistniejących, które mogą zaburzać ten efekt. Dlatego trzeba będzie umieć to korygować. Jeśli będziemy mieli właściwe informacje, a gromadzimy ich coraz więcej, będzie technicznie coraz łatwiej ten efekt zobiektywizować. Wtedy też będzie łatwiej za niego płacić.

### **NFZ nie będzie się już chwalił, że wydał 150 zamiast 100 mld zł, tylko że przedłużył życie Polaków albo że żyją w lepszym zdrowiu?**

Może to nie najlepszy przykład, ale w USA płatnik właśnie często chwali się, jaki jest odsetek osób objętych szczepieniami, jaki jest dostęp do określonej technologii, jakie jest rokowanie w określonym schorzeniu. O to właśnie chodzi. Gdyby można było dać taką informację, że wydając więcej generujemy dłuższe życie i poprawiamy jego jakość, to z perspektywy płatnika i z perspektywy politycznej jest ultra atrakcyjne.

Oczywiście co jakiś czas mamy takie katastrofy, jak ostatnią pandemię, która dużo rzeczy zaburzyła, ale co do zasady, czy to w krótkim czy dłuższym horyzoncie, jednak o to właśnie chodzi. Płatnik nie jest instytucją finansową, która ma generować kapitał zapasowy, tylko wydawać pieniądze – inwestować w zdrowie.

Całe VBHC nie jest nową koncepcją i nadal trwa poszukiwanie konsensusu, jak mierzyć efekty i je rozliczać, ale jest to na tyle atrakcyjne rozwiązanie,

*Całe VBHC nie jest nową koncepcją i nadal trwa poszukiwanie konsensusu, jak mierzyć efekty i je rozliczać, ale jest to na tyle atrakcyjne rozwiązanie, że jestem optymistą, co do wykorzystania w przyszłości. Na razie płacimy głównie fee-for-service, czyli za to, co zostało zrobione, ale myślę, że elementy płatnika za efekt będą wdrażane coraz częściej.*

*Jak będziemy bogatsi, to będziemy bardziej skoncentrowani na zdrowiu i systematycznym dostarczaniu zdrowia. Patrząc na historyczne dane, w Europie Zachodniej jeszcze nieco ponad dekadę temu wydatki na ochronę zdrowia były jednocyfrowe. Dzisiaj są to już liczby dwucyfrowe. Widać wyraźnie, że zdrowie robi się coraz ważniejsze. My też będziemy tą drogą podążać. Jeżeli będziemy podążać na tyle efektywnie, że ta różnica wobec bogatszych krajów się zmniejszy, będzie nam łatwiej implementować bardziej zaawansowane rozwiązania zorientowane na wartość. Taka wiedza pozwoli przekierować strumień pieniędzy we właściwą stronę.*

że jestem optymistą, co do wykorzystania w przyszłości. Na razie płacimy głównie *fee-for-service*, czyli za to, co zostało zrobione, ale myślę, że elementy płacenia za efekt będą wdrażane coraz częściej.

### **Jakie zmiany systemowe są potrzebne, by idea płacenia za wartość upowszechniała się bardziej niż płacenie za wykonanie czegokolwiek?**

Zanim zabierzemy się za płacenie za efekt, to w pierwszej kolejności musimy znaleźć więcej pieniędzy na ochronę zdrowia. Pieniądzy, które ma NFZ jest względnie i bezwzględnie za mało. Zwłaszcza na leczenie szpitalne. Jeśli delikatnie mówiąc nie jest to jeszcze zapaść, to jesteśmy mocno na zakręcie.

Myślę że musimy uzyskać pewną masę krytyczną finansowania i dostępności środków, żeby potem móc je jeszcze lepiej wydawać w modelu

zorientowanym na efekt kliniczny. Bo w przeciwnej sytuacji zarządzamy biedą. A to jest trudne.

Kiedy już osiągniemy tę masę krytyczną, to będziemy myśleć bardziej pragmatycznie o rozwiązaniach, które będą odnosiły się do efektu terapeutycznego i płacenia za efekt. U nas to nadal jednak niestandardowe rozwiązanie, implementowane rzadko, choć o tym się dużo mówi. Jest też duża świadomość płatnika w tej materii.

### **Co jest priorytetem w budowaniu tego systemu ochrony zdrowia opartego o wartość?**

Na ile zdrowie na tle innych potrzeb jest priorytetem? A drugie pytanie, co w zdrowiu ma być, a co nie być priorytetem? Wpierw ten pierwszy poziom. Nie wydaje mi się, aby zdrowie w Polsce było priorytetem. Dzisiaj. Ale długoterminowo jestem spokojny. Jesteśmy krajem, który dobrze sobie radzi i będzie dobrze radził, co będzie się przekładało na to, że zdrowie będzie dla nas coraz ważniejsze.

Jak będziemy bogatsi, to będziemy bardziej skoncentrowani na zdrowiu i systematycznym dostarczaniu zdrowia. Patrząc na historyczne dane, w Europie Zachodniej jeszcze nieco ponad dekadę temu wydatki na ochronę zdrowia były jednocyfrowe. Dzisiaj są to już liczby dwucyfrowe. Widać wyraźnie, że zdrowie robi się coraz ważniejsze. My też będziemy tą drogą podążać.

Jeżeli będziemy podążać na tyle efektywnie, że ta różnica wobec bogatszych krajów się zmniejszy, będzie nam łatwiej implementować bardziej zaawansowane rozwiązania zorientowane na wartość. Taka wiedza pozwoli przekierować strumień pieniędzy we właściwą stronę. Nie oznacza to jednak, że należy zwlekać z rozwiązaniami implementującymi płacenie za efekt/wartość. Już teraz trzeba to robić, aby ich upowszechnienie poprawiło alokowanie budżetu, rozumiane jako poprawa zdrowia wszystkich chorych i każdego z osobna.

**Radostaw Sierpiński**

prezes Agencji Badań  
Medycznych



## Byłoby idealnie, gdybyśmy po wprowadzeniu leku do refundacji i praktyki klinicznej, mogli nadal kontynuować monitorowanie, jaki jest efekt jego działania

Zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach, wybór terapii stosowanej w praktyce klinicznej powinien być podejmowany w oparciu o wiarygodne, wysokiej jakości dane kliniczne, pozyskane w pierwszej kolejności z badań umożliwiających bezpośrednie porównanie skuteczności i bezpieczeństwa alternatywnych opcji terapeutycznych.

### **Jak Pan rozumie system ochrony zdrowia oparty na wartości?**

Myślę, że wszyscy, którzy zajmują się systemem ochrony zdrowia, poszukują cały czas idealnych rozwiązań. Fakt, że kraje Europy Zachodniej czy Stany Zjednoczone cały czas nie znalazły tego idealnego środka, pokazuje, że do dzisiaj nie wiadomo, jak taki idealny system powinien wyglądać.

Mówiąc o idei *value-based healthcare* można nawet mówić szerzej o *value-based policy*, bo to jednak polityka zdrowotna odpowiada za to, w jakiej formule zdrowie jest dostępne.

Jeśli przyjrzymy się systemowi ochrony zdrowia, to nie on jest jedną płaszczyzną, jest wielowarstwowy. Na tych różnych płaszczyznach staramy

się poszukiwać wartości, które w systemie są najważniejsze. Poszukujemy tego, co najlepsze i co możemy kupić relatywnie za najlepszą cenę.

### **Staramy się odnaleźć wartość, jaką daje pobyt w szpitalu, jaką wartość zdrowotną tworzy nowy lek, nowa metoda wykonywania zabiegu chirurgicznego. Ale jak to zweryfikować?**

Kluczem są dane, uczciwe, prawdziwe, pochodzące z systemu ochrony zdrowia. Myślę, że w Polsce jesteśmy na właściwej drodze, jeżeli chodzi o budowanie systemu opartego o wartość. Wszelkiego rodzaju tworzenie rejestrów i badania obserwacyjne, które pokazują koszt i efektywność



*Kluczem są dane, uczciwe, prawdziwe, pochodzące z systemu ochrony zdrowia. Myślę, że w Polsce jesteśmy na właściwej drodze, jeżeli chodzi o budowanie systemu opartego o wartość. Wszelkiego rodzaju tworzenie rejestrów i badania obserwacyjne, które pokazują koszt i efektywność w oparciu o zastosowane procedury to jest klucz do optymalizacji systemu.*

w oparciu o zastosowane procedury to jest klucz do optymalizacji systemu.

Nie zawsze mamy przekonanie, czy często ta wielokrotnie droższa technologia jest rzeczywiście dużo lepsza od dostępnych już metod. Czy czasami nie jest tak, że lek za złotówkę powoduje poprawę jakości życia, obniżając ciśnienie o 7 kresiek, podczas gdy lek za 100 tys. zł obniża je o 8 kresiek.

Oczywiście w idealnym, nieskończonym w zasoby systemie, można decydować o sfinansowaniu wszystkiego. W sytuacji, kiedy musimy decydować w skończonych warunkach finansowych jaka grupa ludzi uzyska daną terapię, musimy jednak sobie jasno publicznie powiedzieć, że nie na wszystko nas stać.

### **ABM wykonuje badania *head-to-head*, czyli porównuje dwie różne technologie, by ocenić, jaką wartość dają pacjentowi?**

To są badania, które porównują dwa podejścia w tym samym wskazaniu. Przykładem może być operacja z wykorzystaniem robota versus operacja standardowa. Dużo mówimy o tym, że dzięki zabiegom z wykorzystaniem robota uzyskujemy wyraźnie lepsze efekty leczenia. Jednocześnie wiemy też, że te operacje są droższe. W związku z tym, należałoby porównać efekty w grupie pacjentów z tą samą chorobą i tym samym wskazaniem. Jeżeli jedna operacja kosztuje np. 10 tys. zł, a druga 130 tys. zł, to powinniśmy oczekiwać w długofalowej obserwacji wyraźnie lepszego efektu zdrowotnego tej droższej. Czy tak jest? Czas pokaże.

Takie badania będziemy teraz finansować. Mamy już ogłoszoną listę rankingową w pierwszym tego typu konkursie. W pierwszej rundzie do polskich badaczy popłynęło kilkaset milionów złotych.

Tego typu badania cieszą się ogromną popularnością. Napłynęło blisko 100 projektów.

W spektrum naszego zainteresowania znajdują się też technologie lekowe. Tym bardziej, że obecne terapie to nie są już tanie, proste substancje chemiczne, które jeszcze kilkadziesiąt lat temu podawaliśmy pacjentom. Dzisiaj nawet w badaniach naszych beneficjentów finansujemy leki, gdzie jedno podanie kosztuje czasem ponad 1,5 mln złotych. W niektórych chorobach rzadkich, hematologicznych tyle kosztuje podanie pacjentowi jednej tabletki.

Badania leków, które wykonujemy, wcale nie jest takie łatwe. Pamiętajmy, że leki mają swoją biodynamikę, swój metabolizm, który będzie inny u populacji kaukaskiej, a inny u populacji azjatyckiej. Jeżeli badanie zostało wykonane na przykład w Chinach na populacji 100 tys. pacjentów i okazało, że dany lek ma taki, a nie inny metabolizm, osiąga takie, a nie inne stężenie, to nadal nie wiemy, czy dokładnie tak samo lek zadziała w populacji polskiej, z uwagi chociażby na inny metabolizm. Trzeba mieć tego świadomość.

Dlatego warto takie technologie przetestować w użyciu klinicznym i sprawdzić, czy one faktycznie działają. Jeżeli nie działają, to trzeba również dać decydentom możliwość usunięcia ich z refundacji i powiedzieć, że nie ma powodu do alokacji publicznych pieniędzy na terapię, która nie daje oczekiwanych efektów.

### **Czy w Polsce dysponujemy systemami gromadzenia i weryfikowania danych, które pozwolą na**

*Badania leków, które wykonujemy, wcale nie jest takie łatwe. Leki mają swoją biodynamikę, swój metabolizm, który będzie inny u populacji kaukaskiej, a inny u populacji azjatyckiej. Dlatego warto takie technologie przetestować w użyciu klinicznym i sprawdzić, czy one faktycznie działają. Jeżeli nie działają, to trzeba również dać decydentom możliwość usunięcia ich z refundacji i powiedzieć, że nie ma powodu do alokacji publicznych pieniędzy na terapię, która nie daje oczekiwanych efektów.*



*Mam nadzieję, że jako ABM będziemy również w stanie zbierać jakościowe dane. Zakończyliśmy niedawno konkurs na tworzenie centrów medycyny cyfrowej, które powstaną w najlepszych polskich szpitalach klinicznych w całym kraju. To będą miejsca, gdzie będziemy gromadzić dane w jednolitym standardzie, w jednym miejscu, w formie biobanków. Tam również będzie prowadzona analityka tych danych pod kątem kosztowo – efektywnym dla naszego systemu.*

### **porównanie jednej metody leczenia z drugą? Jak Pan ocenia system zbierania danych i ich wykorzystywania do podejmowania decyzji?**

Myślę, że jesteśmy w połowie drogi. Po pierwsze już dostrzegliśmy wartość danych w podejmowaniu decyzji. To jest bardzo dobrze, bo jednak w teorii zarządzania do każdej decyzji zarządczej trzeba mieć podwaliny.

Po drugie niewątpliwie dużym sukcesem i drogą we właściwym kierunku jest usprawnienie Centrum e-Zdrowia pod kątem Internetowego Konta Pacjenta i możliwości korzystania ze gromadzonych tam danych.

Mam nadzieję, że jako ABM będziemy również w stanie zbierać jakościowe dane. Zakończyliśmy niedawno konkurs na tworzenie centrów medycyny cyfrowej, które powstaną w najlepszych polskich szpitalach klinicznych w całym kraju. To będą miejsca, gdzie będziemy gromadzić dane w jednolitym standardzie, w jednym miejscu, w formie biobanków. Tam również będzie prowadzona analityka tych danych pod kątem kosztowo – efektywnym dla naszego systemu.

### **Czy w Polsce jest instytucja, która zajmuje się takim systemowym, systematycznym analizowaniem zebranych danych?**

Obecnie mamy kilka zespołów analitycznych: w Ministerstwie Zdrowia, w Centrum e-Zdrowia, w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

Jak widać, te działania są wzmożone. Natomiast myślę, że najlepiej byłoby, aby te gromadzone dane były analizowane przez jeden zespół w trybie

ciągłym na zlecenie ministra. W ten sposób mógłby dostarczać mu te najbardziej potrzebne dane do podejmowania decyzji w systemie ochrony zdrowia.

### **Czy w Polsce mamy już taki system, który pozwala wskazać terapie czy świadczenia, które niosą największą wartość dla pacjenta?**

Myślę, że pośrednio tak. Uważam, że zmierzamy we właściwym kierunku, bo dostrzegamy taką potrzebę efektywności i właściwej alokacji środków. Oczywiście Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji jest tym miejscem, które jest powoływane właśnie do tego typu analiz i decyzji – czy dana cząsteczka, lek, czy wyrób medyczny jest tym najważniejszym. Oczywiście pamiętajmy, że AOTMiT bazuje przede wszystkim na wynikach badań klinicznych i publikacjach naukowców, nie prowadzi jednak badań prospektywnych. Stąd też badania *head-to-head*, które zaczynamy wykonywać. Mam nadzieję, że w przyszłości będą służyły Ministerstwu Zdrowia do podejmowania decyzji systemowych opartych o wartość.

### **Bardzo duża część badań klinicznych dotyczy nowych leków. Jak pan ocenia ten system weryfikowania wartości dodanej związanej z nowymi technologiami, które wprowadzamy do refundacji?**

Decyzje dotyczące refundacji nowej technologii medycznej mogą budzić kontrowersyjne. W związku z tym najlepszym rozwiązaniem w praktyce jest oddzielenie oceny od procesu weryfikacji oraz podjęcia decyzji. Niektóre systemy w Europie oceniają ewentualny wpływ technologii na budżet

*Decyzje dotyczące refundacji nowej technologii medycznej mogą budzić kontrowersyjne. W związku z tym, najlepszym rozwiązaniem w praktyce jest oddzielenie oceny od procesu weryfikacji oraz podjęcia decyzji. Niektóre systemy w Europie oceniają ewentualny wpływ technologii na budżet ochrony zdrowia lub efektywność leku w porównaniu do kosztów ponoszonych przez system, jednak nie wszystkie systemy kładą taki sam nacisk na porównawczą analizę opłacalności.*

ochrony zdrowia lub efektywność leku w porównaniu do kosztów ponoszonych przez system, jednak nie wszystkie systemy kładą taki sam nacisk na porównawczą analizę opłacalności.

Ma to jednak ogromne znaczenie dla systemu, ponieważ w oparciu o takie projekty podejmowane są kluczowe decyzje w ochronie zdrowia. Zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach, wybór terapii stosowanej w praktyce klinicznej powinien być podejmowany w oparciu o wiarygodne, wysokiej jakości dane kliniczne, pozyskane w pierwszej kolejności z badań umożliwiających bezpośrednie porównanie skuteczności i bezpieczeństwa alternatywnych opcji terapeutycznych.

### **Właśnie dlatego Agencja finansuje niekomercyjne badania, również badania *head-to-head*, żeby te dane pozyskiwać i dochodzić do prawdy?**

Myślę, że to jest nadrzędny cel badań akademickich, żeby jednoznacznie wykazać efekt. W badaniach typu *head-to-head* badacz szuka odpowiedzi, czy lek za złotówkę jest lepszy od tego za 3 zł czy za 5. I nie ma żadnego interesu w tym, żeby ten za 5 zł był lepszy od tego za złotówkę, ponieważ nie jest ani producentem tego leku ani nie odpowiada za jego wdrożenie. W obiektywny sposób jest w stanie to wykazać. Myślę, że jest to ważna rola państwa, żeby podejmować wykonywanie takich badań.

### **Kiedy nowy produkt zostanie objęty refundacją, możemy zbierać dane z rzeczywistej praktyki klinicznej. Wyniki czasami bywają odmienne od tych z badania klinicznego. Czasami lepsze, zaskakujące, czasami niestety gorsze.**

Byłoby idealnie, gdybyśmy po wprowadzeniu leku do refundacji i do praktyki klinicznej, mogli nadal kontynuować monitorowanie, jaki jest efekt jego działania.

Natomiast w większości przypadków, ponieważ w badaniach klinicznych udowodniono działanie leku, po wprowadzeniu go na rynek kończy się jego obserwacja. Mamy świadomość, że mimo realizacji badań na grupach liczących czasem kilkadziesiąt tysięcy pacjentów, istnieje ryzyko, że u pewnej wyselekcjonowanej grupy chorych dany lek może z jakiegoś powodu nie zadziałać tak samo. Dlatego warto byłoby kontynuować obserwację rejestrową

*Zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach, wybór terapii stosowanej w praktyce klinicznej powinien być podejmowany w oparciu o wiarygodne, wysokiej jakości dane kliniczne, pozyskane w pierwszej kolejności z badań umożliwiających bezpośrednie porównanie skuteczności i bezpieczeństwa alternatywnych opcji terapeutycznych.*

po 12, 24 czy 36 miesiącach od wprowadzenia leku do stosowania przez ogół pacjentów.

### **W przypadku takich niepewności, czy dany lek rzeczywiście daje większą wartość dla pacjenta, w systemie refundacji, gdy stosuje się rozwiązania, w których to ryzyko jest dzielone między producentem leków i płatnikiem, czyli tak zwane *risk sharing agreement*.**

Jestem zwolennikiem podejścia bardziej pragmatycznego i stosowania na przykład warunkowych refundacji. W momencie, kiedy mamy pewne przekonanie, że cząsteczką czy wyrób medyczny działa, wówczas wprowadzamy je do systemu na ograniczonych zasadach, na przykład na węższej grupie. To się w pewnym sensie dzieje. Dopiero po umówionym okresie czasu, roku lub po dwóch latach podejmujemy ostateczną decyzję po uzyskaniu potwierdzającej informacji, że dana substancja działa.

### **Jakie największe korzyści dla polskich pacjentów płyną z tego, że w Polsce jest dużo i coraz więcej badań klinicznych nowych leków?**

Myślę, że z perspektywy pacjentów należałoby powiedzieć o dostępności do terapii. Należy pamiętać, że dla pacjentów badania kliniczne to szansa na często dłuższe czy lepsze życie, bowiem dają dostęp do terapii, które pojawiają się w refundacji dopiero za kilka albo kilkanaście lat. Między ostatnią fazą badań klinicznych a refundacją upływa zwykle około 5 do 7 lat.

Dzisiaj już 70 tysięcy ludzi w Polsce zyskało możliwość udziału w badaniach klinicznych finansowanych przez Agencję Badań Medycznych. To jest bezpośrednim dowodem, że jest to właściwa inwestycja.

## Verena Voelter

ekspertka w dziedzinie transformacji opieki zdrowotnej z doświadczeniem zdobytym w USA i Szwajcarii, autorka książki „Do tanga potrzeba 5: od konkurencji do współpracy w ochronie zdrowia”



# Do tanga trzeba pięciorga. To jak orkiestra z pięcioma pierwszymi skrzypcami bez dyrygenta

**Sprzedajemy produkty, procedury i operacje, ale nigdy nie myślimy o pacjencie. Powinniśmy oferować opiekę zdrowotną opartą na wartościach: nagradzamy i płacimy za wyniki i samopoczucie pacjenta. W opiece zdrowotnej opartej na wartościach wszyscy są powszechnie motywowani wynikami dla pacjenta.**

## **Dlaczego zdecydowała się Pani napisać książkę o idei opieki zdrowotnej opartej na wartościach i dlaczego VBHC jest dla Pani tak ważna?**

Przez 15 lat pracowałam jako lekarz klinicysta, a potem kolejne 12 lat jako specjalista w dziedzinie biofarmaceutyki. Podobnie jak wiele osób w tej branży, miałam dość tego, że wszystko wydawało się działać źle, koszty gwałtownie rosły, jakość opieki spadała i jedyną rzeczą, która wydawała się być wspólna dla wszystkich pięciu elementów: świadczeniodawcy, pacjenta, branży farmaceutycznej, płatnika i polityki, to to, że wszyscy są sfrustrowani tą sytuacją.

Jedyne, o czym czytałam w gazetach, to wskazywanie winnych palcami. A to na złą farmację, na chciwych lekarzy i ubezpieczycieli, polityków, którzy niczego nie rozumieją. A pacjenci, którzy

powinni być najważniejsi, okazali się najstańszymi w całym łańcuchu wartości.

Pomyślałam więc, że to dobry punkt wyjścia. Wróciłam do moich naukowych korzeni i rozpoczęłam głębokie badania. Po 12 miesiącach badań i pisania książki doszłam do wniosku, że powodem nieprawidłowości w systemie jest *fee-for-service*. Sprzedajemy produkty, procedury i operacje, ale nigdy nie myślimy o pacjencie. Powinniśmy oferować opiekę zdrowotną opartą na wartościach: nagradzamy i płacimy za wyniki i samopoczucie pacjenta.

Dla zilustrowania przytoczę krótką anegdotę. W przypadku problemów z biodrem, w ramach usługi typu *fee-for-service* płaci się za wymianę stawu biodrowego. Pokrywany jest koszt pracy chirurga, anestezjologa, koszty szpitala, materiałów,

może także rehabilitacji. Po czym nikt nie sprawdzi, czy pacjent będzie mógł kiedykolwiek chodzić.

W systemie opieki zdrowotnej opartym na wartościach, jeśli pacjent będzie mógł znowu chodzić po sześciu czy dwunastu miesiącach, każdy otrzymuje wynagrodzenie. Ale jeśli pacjent nie będzie mógł chodzić i cała procedura okaże się porażką, nikt nie otrzyma dobrego wynagrodzenia. W systemach opieki zdrowotnej opartych na systemie opłat za usługi nie działa to w ten sposób.

Ale jest wiele miejsc na świecie, w których dużo się zmienia. Napisałam książkę, żeby nieść takie dobre nowiny. Istnieją obszary oraz kraje i regiony, które przeszły na ten model opieki zdrowotnej opartej na wartościach. W ten sposób płacą za usługi i to bardzo dobrze działa.

### **W swojej książce pisze Pani o braku współpracy i otwartości między zainteresowanymi stronami w naszych systemach opieki zdrowotnej. Czy to ma aż tak duże znaczenie?**

Tak, w dodatku te dwa obszary są ze sobą powiązane. Po pierwsze, brak współpracy wynika z silosowości sektora i odosobnienia ludzi pracujących na ścieżce pacjenta. Po drugie, tak naprawdę powszechnym problemem są niewłaściwe zachęty w systemie opłat za usługę.

Powtarzam: jeśli zachęcasz do sprzedaży produktów, usług i procedur, otrzymujesz więcej produktów, usług i procedur. Nie skupiasz uwagi na pacjencie. W opiece zdrowotnej opartej na wartościach wszyscy są zwykle wspólnie motywowani wynikami osiąganymi przez pacjenta.

Weźmy przykład dzieci chorych na cukrzycę. Trzeba uzgodnić, jakie wyniki chcemy osiągnąć. To mogą być na przykład takie efekty jak: mniej przyjęć na szpitalne izby, lepsza opieka społeczna i wsparcie systemów szkolnych dla tych dzieci, lepiej kontrolowany poziom glukozy we krwi. W opiece zdrowotnej opartej na wartościach model opieki skoordynowanej działa jak sprawny zespół projektowy. Myślę, że ludzie biznesu mogą się z tym utożsamiać: lekarz, pielęgniarka, pacjent, rodzina, szpital, płatnik – wszyscy spotykają się i uzgadniają, jakie powinny być wyniki. Następnie jest to mierzone i każdy, łącznie z pacjentem, może otrzymać odpowiednie wynagrodzenie i nagrodę, jeśli te wyniki zostaną spełnione.

*Po 12 miesiącach badań i pisania książki doszłam do wniosku, że powodem nieprawidłowości w systemie jest fee-for-service. Sprzedajemy produkty, procedury i operacje, ale nigdy nie myślimy o pacjencie. Powinniśmy oferować opiekę zdrowotną opartą na wartościach: nagradzamy i płacimy za wyniki i samopoczucie pacjenta.*

### **Wydaje się, że jest to system idealny. Dlaczego w praktyce to nie działa tak łatwo?**

Opiekę zdrowotną opartą na wartościach opisał Michael Porter 20 lat temu. Przeciwnicy podkreślają więc, że idea ma już swoje lata i nie działa. Bo gdyby działała, to dzisiaj istniałaby wszędzie. Ale jest w tym pewien trik, ponieważ 20 lat temu byliśmy znacznie mniej zaawansowani w zakresie IT i oprogramowania oraz elektronicznego gromadzenia danych.

I dlatego nie da się tego zrobić za pomocą pióra i papieru. Musimy gromadzić bardzo dużo danych, a jest to możliwe tylko dzięki informatyce, sztucznej inteligencji i uczeniu maszynowemu. Jak widać, potrzebny jest okres przejściowy, więc jedyną wadą opieki zdrowotnej opartej na wartościach jest to, że wymaga czasu i dostosowania się aktorów 5P.

Jak już wspomniałam, są to: świadczeniodawca, branża farmaceutyczna, płatnik, polityk, pacjent. Nie ma dyrygenta. To jak orkiestra z pięcioma pierwszymi skrzypcami bez dyrygenta. A bez dyrygenta panuje bałagan.

### **Pacjent nie jest w centrum uwagi?**

Pacjent jest w centrum uwagi, ale wszyscy muszą się na to zgodzić. Dlatego mówimy o zmianie systemu opieki zdrowotnej opartej na wartościach. Farmacja nie istnieje sama dla siebie, szpital musi działać według pewnych regulacji. Potrzebne jest ubezpieczenie zdrowotne, żeby zapłacić za usługę. A ponieważ wszystko to jest tak skomplikowane, osiągnięcie porozumienia zajmuje dużo czasu.

Obecnie wszyscy ci aktorzy pracują w silosach. Każdy patrzy na swoje własne interesy i siłą przetargową, aby uzyskać jak największe korzyści i zyski, ponieważ zachęty są niewłaściwe – nastawione są na sprzedaż. Musimy więc zaprzestać sprzedaży

produktów i usług i zamiast tego zacząć zapewniać rezultaty. Jeśli spojrzymy na inne sektory i branże, na przykład turystykę czy gastronomię, tam wszyscy skupiają się na kliencie. Wszyscy wiedzą, że w ten sposób osiąga się sukces.

### Jak konkurencyjność wpływa na zdrowie?

Spojrzymy na miejsca, w których to działa, np. Sheba Medical Center (posiada zintegrowany oddział pacjentów z rakiem piersi), Kaiser Permanente, Oak Street Health, Jefferson Health – lista takich podmiotów jest bardzo długa.

Po pięciu, dziesięciu czy piętnastu latach doświadczenia pracy w tych firmach pracownicy wiedzą, że dostarczają wartość swoim pacjentom, są konkurencyjne i odnoszą sukcesy. Trzeba na pierwszym miejscu postawić na wartość. Pacjenci będą wybierać szpital, w którym uzyskają największą wartość. To się sprawdza tam, gdzie to już faktycznie ma miejsce.

### Czy może Pani podać przykłady udanego wdrożenia idei VBHC?

Wspomniałam już o Centrum Medycznym Sheba z oddziałem raka piersi, gdzie bardzo wyraźnie różnie liczba pacjentów, ponieważ placówka zapewnia lepszą jakość. Każda pacjentka z rakiem piersi chce skorzystać z oferty tego ośrodka, ponieważ dzięki temu zyskuje większą wartość.

Mówiłam o cukrzycy. Jeśli chodzi o Europę, mamy przykład znanego modelu funkcjonującego w Holandii, zwanego Diabeter, który istnieje od 10 lat i dotyczy dzieci chorych na cukrzycę typu 1. Jest jeszcze inny, dotyczący choroby Parkinsona.

Zwykle ten model działa najlepiej w przypadku chorób przewlekłych, gdzie istnieje co najmniej jeden bardzo namacalny i mierzalny pomiar wyniku. W przypadku wspomnianej cukrzycy może to być

poziom glukozy lub przypadki przyjęć na szpitalną izbę. Działa również całkiem dobrze w przypadku chorób sercowo-naczyniowych, kiedy można dokonywać bardzo konkretnych pomiarów w postaci kolejnych przyjęć do szpitala.

Zwykle ma to miejsce wtedy, gdy istnieje dobrze określony stan chorobowy i populacja pacjentów, często w leczeniu przewlekłym. Ale wspomniałam też o wymianie stawu biodrowego. Zatem operacje takie jak wymiana stawu kolanowego lub biodrowego doskonale nadają się do pilotażowego projektu opieki zdrowotnej opartej na wartościach i projektów długoterminowych.

### To ciekawe, bo moim pierwszym skojarzeniem, gdzie można wdrożyć tego typu rozwiązania, jest onkologia.

Mogę podać przykład na dowód, że tak jest. Martini-Klinik w Hamburgu jest wiodącym na świecie ośrodkiem, specjalizującym się w raku prostaty. Istnieją od prawie 15 lat. Realizują ideę: konkurencja poprzez wartość, zwiększanie zasięgu poprzez wartość. Mają ponad 2 000 pacjentów rocznie. Na drugiej pozycji na świecie wśród ośrodków leczenia raka prostaty o największej liczbie pacjentów są Mayo Clinic i John Hopkins, które wykonują po „tylko” tysiąc zabiegów rocznie.

Martini-Klinik wykonuje więc dwa razy więcej zabiegów niż kolejne centra na świecie dzięki temu, że koncentruje się na wynikach w oparciu o wiedzę chirurgiczną, ale także dzięki spojrzeniu na to, co jest naprawdę ważne dla pacjentów. Istnieją na przykład dwa takie wskaźniki: nietrzymanie moczu i funkcje seksualne. Wyniki uzyskiwane w klinice są od dwóch do trzech razy lepsze niż średnia gdziekolwiek indziej na świecie.

Chodzi też o konkurencyjność pomiędzy lekarzami. Czy im się to podoba? Polecam wszystkim przestudiowanie działania Martini-Klinik. Na początku lekarze nie podchodzili do tego z entuzjazmem, ponieważ upubliczniano informację, czy ich pacjent ma na przykład problem z trzymaniem moczu, ale w pewnym momencie nastąpiła zmiana kultury. Cała klinika współpracowała ze sobą w sposób skoordynowany i wprowadziła kulturę nieobwiniania. To wymaga czasu, nie jest szybkie, ale teraz, 15 lat później, klinika ma najwyższy wskaźnik retencji lekarzy, jaki można sobie wyobrazić.

*W systemie opieki zdrowotnej opartym na wartości, jeśli pacjent będzie mógł znowu chodzić po sześciu czy dwunastu miesiącach, każdy otrzymuje wynagrodzenie. Ale jeśli pacjent nie będzie mógł chodzić i cała procedura okaże się porażką, nikt nie otrzyma dobrego wynagrodzenia.*



### Jakie powinny być pierwsze kroki we wdrażaniu idei opieki zdrowotnej opartej na wartościach w kraju takim jak Polska?

Istnieją trzy kluczowe kroki. Najpierw należy określić stan chorobowy i docelową populację pacjentów. Często słyszę, że są chęci wprowadzenia opieki zdrowotnej opartej na wartościach, ale okazuje się, że nie ma wiedzy o populacji pacjentów, których tą opieką chcemy objąć. Zatem nie należy tego zrobić w całym szpitalu, tylko odpowiedzieć sobie na pytanie, jaki jest najbardziej palący problem w naszym szpitalu. Może to kwestia leczenia cukrzycy. Być może to rak prostaty. Może to coś innego.

Drugi krok polega na zastanowieniu się, co tak naprawdę chcemy ulepszyć? Jakiego wyniku chcemy? Czy chodzi o większe zadowolenie pacjenta, mniej powikłań pooperacyjnych, lepsze wykorzystanie leku? Trzeci element jest najtrudniejszy: aby uzyskać te wyniki, należy zmapować wszystkie działania, wszystkich aktorów i wszystkie działania będące częścią łańcucha wartości.

Radzę nie zaczynać od najbardziej skomplikowanych rzeczy. Warto pomyśleć, co w szpitalu jest takim nisko wiszącym owocem. Można zacząć od tego, co już istnieje, może szpital jest w posiadaniu dobrej bazy danych. Może właśnie wprowadzić nowy system informatyczny, którym wszyscy są podekscytowani. Byłby to świetny punkt wyjścia i określenie kilku wskaźników, które chcemy zmierzyć na przykład w populacji pacjentów z rakiem piersi.

Potem należy porozmawiać ze wszystkimi członkami zespołu medycznego o tym, co chcemy poprawić. Warto mieć cel długoterminowy i krótkoterminowy.

### Czy potrzebujemy na to więcej pieniędzy?

Kwestia pieniędzy jest ważna. Ale nie każdy projekt w zakresie opieki zdrowotnej oparty na wartościach musi być dużym projektem i wymagać ogromnych inwestycji.

Być może szpital właśnie zainwestował w elektroniczną dokumentację medyczną lub informatyczną. Nie warto wtedy wymyślać na siłę czegoś innego, ale podejść pragmatycznie do tego, co dzieje się w rzeczywistości. Być może istnieje już krajowa baza danych, z której można skorzystać. Myślę, że na tym etapie często dochodzi do nieporozumień. Lepiej zacząć od małego projektu

pilotażowego, który jest praktyczny i możliwy do wykonania od razu.

Po drugie, jeśli w pewnym momencie chcemy zwiększyć skalę projektu, potrzebne są inwestycje. Chciałabym podkreślić jedną rzecz: projekty w zakresie opieki zdrowotnej opartej na wartościach naprawdę działają w obu kierunkach. Dla pomysłów oddolnych potrzebne jest wsparcie kadry kierowniczej wyższego szczebla. Jest też element odgórny. Jeśli dyrektor generalny nie jest przekonany do projektu, to on nie zadziała. Myślę, że kluczowe znaczenie ma odgórne wsparcie kadry kierowniczej i posiadanie wizji jako części strategii korporacyjnej.

### Branża farmaceutyczna jest jedną z pięciu grup interesariuszy 5P. Czy sądzi Pani, że producenci są otwarci na rozwiązania VBHC, kiedy nie dostają pieniędzy za lek, ale za wartość, jaką ten produkt niesie dla pacjenta?

Powiedziałabym – zdecydowanie tak i powtórzę, że odnoszące sukcesy firmy robią to na wiele sposobów. Być może nie będzie musiała zmieniać całego asortymentu leków. Myślę jednak, że należy sprawdzić, gdzie ma to sens – nie każda choroba, nie każdy stan chorobowy czy populacja pacjentów temu sprzyja.

Przytoczę inny system opieki zdrowotnej w USA, jakim jest Intermountain Health. Przez 15 lat podzielili swój model biznesowy pół na pół. W 50 procentach funkcjonują w oparciu o model opłaty za usługę stosowany w ostrej opiece epizodycznej, na przykład w COVID-19. A w 50 procentach przypadków funkcjonują w modelu opartym na wynikach, przede wszystkim w chorobach przewlekłych, takich jak cukrzyca i choroby układu krążenia. Zatem nie zawsze jest to czarno-białe. I odpowiedź jest twierdząca: tak, wiele firm jest na to otwartych. Trzeba działać strategicznie i realistycznie wdrażać VBHC w tych obszarach, w których ma to sens.

### Co mogłaby Pani polecić naszemu Ministerstwu Zdrowia i decydentom?

Otwartość umysłu, wezwanie do działania. Zaproszenie do rozmów każdego przedstawiciela z P5 i zorganizowanie burzy mózgów. Zalecam całkowitą otwartość, a następnie zastanowienie się, gdzie można dodać VBHC do planowania budżetu i zasobów. I warto zacząć od jednego projektu na dobry początek.



## Magdalena Władysiuk

ekspert zdrowia publicznego,  
analityk HTA, prezes  
Stowarzyszenia CEESTAHC,  
wiceprezes firmy HTA Consulting



# Teraz jest moment kluczowy, jak wydamy pieniądze na zdrowie, bo będzie to nam służyło na następne lata

Jesteśmy na razie jak ta żaba, ani piękni, ani mądrzy. Już coś mamy, już coś rozumiemy, już się czegoś nauczyliśmy, a jednocześnie jeszcze nie wiemy, gdzie dalej iść. Stoimy w rozkroku i zastanawiamy się, w którą stronę. Mam trochę wrażenie, że dryfujemy w tym systemie. Chcemy być innowacyjni, poprawiać, a jednocześnie utrzymać *status quo*. Myślę, że jesteśmy w przełomowym momencie, kiedy decydujemy, w którą stronę będziemy rozwijać nasz system.

## Pani pierwsze skojarzenie dotyczące idei value-based healthcare?

Oczywiście wartość, a tak naprawdę zdrowie.

## A nie pieniądze?

Zdrowie, ponieważ wychodzę z założenia, że jeżeli nie mierzymy efektów tego, co robimy, nieważne czy to jest kwestia zdrowia czy kwestia biznesu, to w gruncie rzeczy można wydać jakiegokolwiek pieniądze, nie wiedząc dokąd się zmierza. Dlatego w przypadku VBHC kluczowym celem jest zdrowie, czyli jakie osiągamy efekty.

## Jak to zmierzyć?

Upraszczając, efekty powinniśmy mierzyć na trzech poziomach. Pierwszy poziom jest naszym

indywidualnym. I to jest *clue* zmiany podejścia w VBHC – dane historyczne mają nam tylko pokazać, co się zdarzyło, ale kluczowe jest zmierzenie efektu tu i teraz, jak się czuję w danym momencie. Dlatego w VBHC mierzymy na poziomie pacjenta jego jakość życia, poczucie komfortu w danym momencie, możliwości wykonywania czynności zawodowych czy w życiu osobistym. W literaturze jest mowa o satysfakcji, ale obecnie na świecie odchodzi się już od satysfakcji, przechodząc na rzecz *experience*, czyli tego czego doświadczamy. Żeby móc ocenić czego doświadczamy, nie możemy mierzyć przeszłości, możemy mierzyć teraźniejszość.

Drugi jest poziom populacyjny, który pozwala nam mierzyć twarde punkty końcowe, czyli

*Wszystkie badania pokazują, że jeżeli mierzymy value przez koszty, czyli nie ma myślenia o efekcie, który chcemy osiągnąć, to dochodzi do nadużyć. Nadużywamy świadczeń, dlatego że stymulują nas koszty. Bardziej skupiamy się na tym, żeby coś wykonać, a nie zastanawiamy się, jaki osiągniemy efekt.*

przeżywalność, czy niektóre aspekty dotyczące występowania chorobowości. Te aspekty powinny być mierzone na tyle prospektywnie, żeby była możliwość analizy na poziomie danej grupy świadczeniodawców, potem na poziomie populacyjnym. Typy wskaźników powinny być zróżnicowane w zależności od tego, kto jest odbiorcą, ponieważ w VBHC nie mamy obiektywnych miar, które można przypisać wszystkim. Dodatkowo jest to poziom oceny wartości społecznych.

Ostatnim elementem, który dopina VBHC, są koszty. I tu od razu można rozprawić się z mitem, że ma być tanio i dobrze. Tak się nie da. Ma być odpowiednia opieka, a metody dochodzenia do odpowiedniej opieki powinny prowadzić do odpowiedniego poziomu kosztów. Ważne jest, że mierzymy je prospektywnie, dlatego że nie poprawimy zdrowia, jeżeli będziemy wracać tylko do tego, co się wydarzyło dwa czy trzy lata temu.

### **Dzisiaj mówimy o wydatkach, które przyniosą efekt za pół roku, za rok czy za dwa? Czy to jest właśnie wychodzenie w przyszłość?**

Żeby wyjść w przyszłość, trzeba teraz się zastanowić – co robimy, kto o tym decyduje i na jakim etapie. To, co niesie niestety ryzyko myślenia przez koszty, co widać zresztą w naszym systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP), to myślenie przez procedurę. Myślimy nad wykonaniem czegoś, a nie nad tym, co chcemy osiągnąć. Wszystkie badania pokazują, że jeżeli mierzymy value przez koszty, czyli nie ma myślenia o efekcie, który chcemy osiągnąć, to dochodzi do nadużyć. Nadużywamy świadczeń, dlatego że stymulują nas koszty. Bardziej skupiamy się na tym, żeby coś wykonać, a nie zastanawiamy się, jaki osiągniemy efekt.

Dlatego dziś odchodzi się od JGP w niektórych aspektach opieki przewlekłej, żeby nie stymulować

wykonywania procedur, bo one niestety prowadzą do nadużywania procedur w różnym zakresie, w zależności od tego, jak ustawione są taryfy. Widzimy, że w Polsce mamy procedury wycenione lepiej i gorzej. W tej chwili na świecie także specje od ekonomii behawioralnej zastanawiają się, jak metodami finansowymi stymulować określone zachowania w systemie opieki zdrowotnej. Tutaj pojawia się nowa koncepcja określana jako *bundled payment*. Oznacza sytuację, kiedy zajmujemy się pacjentem dzieląc poszczególne etapy leczenia w określonym cyklu, ustawiając metody płacenia tak, żeby widzieć efekty w określonym czasie.

Na przykładzie chirurgii, możemy mieć *bundled payment* na okres przedoperacyjny, wczesny po operacji albo wczesny pooperacyjny i odległy, nawet do 5 lat. Właśnie w takim zastosowaniu testowali to Szwedzi. Stosując tę metodę, już na samym początku, wyjściowo musimy wiedzieć, jaką mamy strukturę pacjentów, jaki jest zakres procedur, i dopasować to do typu pacjenta. Czy jest to grupa obejmująca chorych z wyższym ryzykiem infekcji, które jak wiadomo niosą ze sobą wyższe koszty. W płatności jest ujęty efekt uzyskiwany w całym cyklu leczenia. Kluczowe jest mierzenie efektów na poziomie świadczeniodawcy, a potem w całym łańcuchu dostaw u kilku świadczeniodawców, który organizuje opiekę i cały czas prowadzi się weryfikację, dlaczego coś idzie dobrze albo nie. Dlatego też kluczowe jest zbieranie danych.

I tu znowu mamy pułapkę myślenia, że jak stworzymy standard medyczny, to wystarczy nam na długie lata. Mamy przykład z Włoch, gdzie już prawie 20 lat temu wprowadzono standard leczenia cukrzycy. W północnych Włoszech wyniki się

*Pojawia się nowa koncepcja określana jako *bundled payment*. Oznacza sytuację, kiedy zajmujemy się pacjentem dzieląc poszczególne etapy leczenia w określonym cyklu, ustawiając metody płacenia tak, żeby widzieć efekty w określonym czasie. Na przykładzie chirurgii, możemy mieć *bundled payment* na okres przedoperacyjny, wczesny po operacji albo wczesny pooperacyjny i odległy, nawet do 5 lat.*

*VBHC to też jest zmiana kulturowa, która wymaga czasu. Przykłady z innych krajów pokazują, że ona ma sens tylko wtedy, kiedy odbywa się już na poziomie szkolenia kadry. W Stanach Zjednoczonych można dodatkowo studiować VHBC na niektórych uczelniach. Skandynawowie wprowadzają elementy pracy w zespołach. Lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, farmaceuta, dietetyk i przedstawiciele innych zawodów, określają wspólny cel, którym jest długofalowy efekt zdrowotny dla pacjenta.*

poprawiały, ale na południu kraju nie, mimo że pacjenci byli leczeni tym samym standardem. Okazało się, że zabrakło uwzględnienia czynników wpływających na opiekę, takich jak na przykład stres czy sposób odżywiania. Jeśli więc wprowadzamy pewien standard, to trzeba jeszcze monitorować efekty. Jeżeli nie ma poprawy, to trzeba go zweryfikować. Stąd potrzeba pomiarów prospektywnych, żeby po roku nie okazało się, że wykonujemy określone badania i procedury, które nie przynoszą efektu i marnujemy środki.

Możliwości takich pomiarów daje nam dzisiaj cyfryzacja w ochronie zdrowia. Takie kraje jak Niemcy (dla prostaty) czy Holandia wprowadzają na niektórych elementach opieki systemy prospektywne, porównując na przykład, jak działania pojedynczego lekarza przekładają się na liczbę infekcji czy zgonów. Dzięki temu lekarze mogą się od siebie uczyć. Czasem małe zmiany, na przykład w czasie podania antybiotyku, typu antybiotyku, przygotowania do zabiegu, zmieniają wyniki na plus.

### **Czy takie proste porównywanie lekarzy lub placówek w Polsce jest wyzwaniem?**

Faktycznie, patrząc na porównywanie szpitali, w Polsce może to być trudne z różnych powodów. Wyniki danego szpitala nie są zależne tylko od tego szpitala, stąd jest obawa przed oceną.

VBHC to też jest zmiana kulturowa, która wymaga czasu. Przykłady z innych krajów pokazują, że ona ma sens tylko wtedy, kiedy odbywa się już na poziomie szkolenia kadry. W Stanach

Zjednoczonych można dodatkowo studiować VHBC na niektórych uczelniach. Skandynawowie wprowadzają elementy pracy w zespołach. Lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, farmaceuta, dietetyk i przedstawiciele innych zawodów, określają wspólny cel, którym jest długofalowy efekt zdrowotny dla pacjenta.

Badania prowadzone w niektórych krajach pokazują, że przy takiej organizacji pracy dochodzi do obniżenia kosztów opieki nad pacjentem, z tego względu, że jest zaopatrzone w to, czego potrzebuje w określonych momentach. Przykładowo edukacja na temat stosowania leków w ramach opieki farmaceutycznej niesie efekt w postaci wyższego wskaźnika compliance. Podobnie okazuje się, że zwykły telefon pielęgniarki po miesiącu daje więcej niż niejedna wizyta lekarska. Bo okazuje się, że nie słuchamy się lekarzy. A to może wynikać z nierówności w zdrowiu, w tym wynikających z czynników socjoekonomicznych. Lekarz zaleca, ale ktoś musi tę edukację wzmocnić.

Z kolei w Wielkiej Brytanii z powodu kosztów i ograniczonego dostępu w grupie pacjentów z otyłością stosowane są *virtual visits*. Taka wizyta ma określony czas, określony cel, jest w odpowiedni sposób udokumentowana na potrzeby innych specjalistów. To się spina z innymi elementami systemu.

### **Gdzie w tym wszystkim jest optymalizacja kosztów, optymalne wykorzystanie budżetu, żeby za określone pieniądze kupić jak najwięcej wartości zdrowia?**

*U nas pacjent osobno idzie do kardiologa, osobno do diabetologa, osobno do nefrologa, osobno do okulisty. Liczba wizyt zaczyna się mnożyć i dlatego też rosną m.in. kolejki do ambulatorium. Tymczasem na świecie buduje się to w ten sposób, że jest lekarz określonej specjalności z uwagi na największą liczbę problemów zdrowotnych pacjenta, ale docelowo ten pacjent jest ustawiany przez resztę zespołu, żeby od razu zaspokajać jego inne potrzeby. Wtedy okazuje się, że spada liczba wizyt.*

*Jakość to jest głęboka wiedza także kliniczna, lecz o kształtowaniu opieki. To nie jest czysta wiedza o wskaźnikach. Trzeba rozumieć, co ten wskaźnik pokazuje, a czego nie pokazuje. I trzeba mieć świadomość, że wskaźniki nie pokazują wielu aspektów opieki, szczególnie te zbierane centralnie. Po pierwsze wskaźniki zmieniają się w czasie. Po drugie, to czego nam brakuje, to identyfikowanie dziur w systemie w opiece, bo to jest ważniejsze niż identyfikowanie, co dobrze działa.*

Po pierwsze musimy sobie jasno odpowiedzieć, jaką rolę pełni specjalista w systemie. W sumie od lat 90. nie przeszliśmy na system podstawowej opieki zdrowotnej, która przekierowuje pacjenta do specjalisty wtedy, kiedy rzeczywiście wymaga on opieki na wyższym poziomie, ciągle jednak pozostając z pewnymi potrzebami na poziomie podstawowym.

Po drugie, nie patrzymy na liczne potrzeby pacjenta. Jeżeli mamy np. pacjenta kardiologicznego ze skierowaniem na rehabilitację kardiologiczną, to powinien mieć też zapewnioną opiekę dietetyka czy może psychologa. Nie powinniśmy patrzeć przez jedną specjalizację, tylko wyjść od potrzeb pacjenta i zastanowić się, jak ustawić zespół do opieki, także we współpracy z nim.

Myślę, że u nas problem jest taki, że wszyscy myślą przez konkretny problem albo konkretny etap opieki i konkretnego specjalistę. Tymczasem na świecie buduje się to w ten sposób, że jest lekarz określonej specjalności z uwagi na największą liczbę problemów zdrowotnych pacjenta, ale docelowo ten pacjent jest ustawiany przez resztę zespołu, żeby od razu zaspokajać jego inne potrzeby. Wtedy okazuje się, że spada liczba wizyt. Tymczasem u nas pacjent osobno idzie do kardiologa, osobno do diabetologa, osobno do nefrologa, osobno do okulisty. Liczba wizyt zaczyna się mnożyć i dlatego też rosną min. kolejki do ambulatorium.

**Czy w naszym systemie można dostrzec działania, które zmierzają w tym kierunku? Takie elementy pojawiają się w opiece koordynowanej w POZ albo**

**w założeniach sieci kardiologicznej, żeby pacjenta lepiej koordynować?**

Widzę taki kierunek. Zaczęliśmy rozumieć, że jest potrzeba zbudowania opieki, która będzie zintegrowana. Już widzimy elementy integracji. Zauważyliśmy potrzebę koordynacji. Tylko że koordynacja na świecie ma różne wymiary. Koordynacja to jest przejście pomiędzy pewnymi aspektami na różnych poziomach, ale także w ramach określonego poziomu, przekazywanie informacji i czasem tę rolę pełni koordynator, ale czasami komunikuje się odpowiedni zespół, czasem wystarcza odpowiednia dokumentacja.

Jest też potrzeba zmiany finansowania świadczeń. Na pewno wpuszczenie szpitali w czysty rynek, który generuje zadłużanie się, bez zbudowania poprawy finansowania ambulatoriów, to jest takie wpuszczenie nas w pułapkę zadłużania i to już widzimy od kilku lat. Ponieważ w ostatnim czasie zwiększyły się płace w ochronie zdrowia, widzimy erozję tego, co chce kadra medyczna w stosunku do tego, czego potrzebuje system. Moim zdaniem w tej chwili wymaga to szybkich działań.

Drugi poziom, którym się nie zaopiekowaliśmy, to pilotaże. Jeżeli stawiamy na pilotaże, stawiamy na pacjentów nowo rozpoznanych. I dobrze, bo testujemy coś od początku. Ale minusem tego rozwiązania jest to, że dzisiaj mamy problem głównie z ogromną rzeszą pacjentów już znajdujących się na pewnym etapie leczenia.

Kolejna rzecz – nie patrzymy kompleksowo, jeśli chodzi o zbieranie wskaźników do mierzenia.

*Kiedy w 2012 roku wchodziła ustawa refundacyjna, mieliśmy marzenie, by mieć RSS oparte na wyniku. 11 lat później doszliśmy do tego marzenia, którego emanacją jest Fundusz Medyczny: mierzymy wszystko, co refundujemy z obszaru innowacji. Tymczasem przykłady ze świata pokazują, że Wielka Brytania i inne kraje odeszły już od takich typowych outcome based. Większość krajów przesunęła się w stronę rejestrów, na rzecz myślenia, żeby mierzyć, co się stało z pacjentem w systemie. Krok po kroku – w całej organizacji opieki.*

*Mamy ustawę o jakości, która idzie w kierunku rejestrów i mierzenia. Mamy potencjał na rozwój i to rozwój cyfrowy. Niedługo spłyną do nas olbrzymie pieniądze na cyfryzację w ochronie zdrowia, jedne z największych, jakie będziemy być może widzieć w najbliższych latach. Uważam, że teraz jest moment kluczowy, na co my te pieniądze wydamy. To co teraz postanowimy, będzie nam służyło na następne 10, 15 lat. Więc pytanie, czy te pieniądze mądrze wykorzystamy.*

Powinniśmy zastanowić się, czy wskaźnik, który mierzymy, rzeczywiście poprawia wszystkie elementy opieki. Potrzebne jest określenie celu, bo dane mają służyć temu, żeby ten cel został zrealizowany. Ważniejsze jest budowanie kultury nastawionej na cel, a wskaźniki mają nam tylko pokazać, czy udaje się te cele osiągnąć. Myślę, że w Polsce zaczynamy dyskutować o kulturze celu, ale jeszcze bardziej patrzmy na wskaźniki. Jest taka kultura: zrobimy dużo wskaźników, pomierzmy się, ale obawiam się, że za 5 lat się okaże, że jesteśmy w podobnym miejscu.

### **Samo posiadanie ogromnej ilości danych nie prowadzi do szczęścia. NFZ jest lepszym przykładem.**

Myślę, że musimy zdjąć odium z NFZ, który ma inne cele niż określanie jakości – choć ustawa o jakości nakreśliła pewne ramy działania płatnika. Nie rozumiemy, że jakość to też edukacja. W jakości nie chodzi o same wskaźniki. Poprawa jakości to jest ciągłe przyglądanie się temu, co się robi.

W wartości chodzi o to, by lekarz patrzył na pacjenta holistycznie i dobierał leczenie do pacjenta. Mamy przykład pacjenta kardiologicznego, który genetycznie jest bardziej uwarunkowany do rozwoju otyłości, który już ćwiczy i jest na diecie. W jego przypadku nie ma już potrzeby zmuszać go do tylko dalszych ćwiczeń czy diety, tylko zachęcić do dalszej kontynuacji opieki i włączenia odpowiedniego leczenia. Ale może okazać się, że nie może obniżyć wagi, bo ma depresję, która powoduje wysoki poziom określonych hormonów. W tej sytuacji można zaproponować leczenie

przeciwdepresyjne. Zawsze jest pytanie, co jest przyczyną, a co jest skutkiem.

Tak samo jest w systemie. Być może dobrze leczymy w niektórych obszarach, bo są dobrze finansowane. Ale to nie znaczy, że musi być drogo. W idei VBHC czasami dobre finansowanie nie znaczy drożej. Pokazuje to szwedzki przykład *bundled payment*, który ustawiono o 20 procent niżej niż w najdroższych klinikach. Okazało się, że przesunięcie opieki w systemie na niższe poziomy referencyjności spowodowało przesunięcie pacjentów niżej do systemu i rozładowanie klinik, które mogły rozwijać inną działalność. Wpierw jest myślenie, kogo dopuścić do systemu. To nie zawsze jest myślenie przez koszty. W Polscy tymczasem wpierw patrzmy, kto może już wykonać procedurę, a potem zastanawiamy się, jak to sfinansować.

### **Czy mamy gospodarkę niedoborów? Brakuje nam pieniędzy?**

Nie zgodzę się, że brakuje nam pieniędzy. Świadomie podnosimy wydatki na zdrowie do 6 procent PKB i chcemy dalej podnosić. Więc dzisiaj mamy więcej pieniędzy w systemie.

Dziś jest też szersze spojrzenie w kardiologii, onkologii, hematologii, tam robimy wielki eksperyment na naszym systemie. Myślę, że klinicyści przyjęli w Polsce takie myślenie o jakości i zaczynają edukować innych. To widać, jak NFZ czy inne instytucje publiczne współpracując z klinicystami też się uczą. Bo nie oszukujmy się, jakość – to jest głęboka wiedza także kliniczna, lecz również o kształtowaniu opieki. To nie jest czysta wiedza o wskaźnikach. Trzeba rozumieć, co ten wskaźnik pokazuje, a czego nie pokazuje. I trzeba mieć świadomość, że wskaźniki nie pokazują wielu aspektów opieki, szczególnie te zbierane centralnie.

Po pierwsze, wskaźniki zmieniają się w czasie. Po drugie, to czego nam brakuje, to identyfikowanie dziur w systemie w opiece, bo to jest ważniejsze niż identyfikowanie, co dobrze działa. To znowu jest kwestia kultury, żebyśmy nie bali się rozmawiać, co idzie nam źle, bo to jest miejsce na poprawę, a nie mierzenie tego, że jesteśmy doskonali i już więcej nic nie musimy robić.

Podam przykład KOS-zawał. Mieliliśmy fantastyczny poziom wykonywanych procedur kardiologicznych, po czym pacjenci umierali w ciągu 3-5 lat. Poprawienie pierwszego roku opieki po



*Mam wrażenie, że dryfujemy w tym systemie. Chcemy być innowacyjni, poprawiać, a jednocześnie utrzymać status quo. Trzeba się zdecydować, czy status quo w tym formacie jest wystarczające. Na pewno status quo tworzy system publiczny. Pod znakiem zapytania stoi system ubezpieczeń prywatnych. Ale to już jest decyzja polityczna, która musi w pewnym momencie być podjęta.*

wystąpieniu zawału już poprawiło efekty, w tym śmiertelność. Oczywiście ciągle możemy zadać sobie pytanie, co się dzieje po 5 latach, czy nie tracimy tego efektu, ale to jest właśnie VBHC. To jest pomyślenie: wydaję tyle, żeby utrzymać efekt, muszę dołożyć pewien poziom, ale i tak go muszę mieć, bo inaczej jak tego nie zrobię, to efekty będą znowu za jakiś czas katastrofalne. Dlatego istotą jest przede wszystkim pomyślenie, czego nam brakuje. KOS-zawał wymaga dalszej ewaluacji i z tego, co słyszę, kardiologowie już zastanawiają się, co dalej z tym zrobić. To był pierwszy krok, a teraz trzeba zrobić kolejny.

**Polityka lekowa oraz refundacja wydaje się najprostszym obszarem do wprowadzenia zasady płacenia za efekt. Podajemy lek i albo działa, albo nie działa. Jak nie działa, to nie płacimy producentowi.**

Najpierw musimy wyjść od tego, gdzie dziś w Polsce jesteśmy? Jaki system stworzyliśmy? Wyszliśmy od marzenia, które się zrealizowało. Kiedy w 2012 roku wchodziła ustawa refundacyjna, mieliśmy marzenie, by mieć RSS oparte na wyniku. 11 lat później doszliśmy do tego marzenia, którego emanacją jest Fundusz Medyczny: mierzymy wszystko, co refundujemy z obszaru innowacji.

Tymczasem przykłady ze świata pokazują, że Wielka Brytania i inne kraje odeszły już od takich typowych *outcome based*. Okazuje się, że zmierzenie efektu jest bardzo trudne, dlatego że efekt nie zależy tylko od leku. Większość krajów przesunęła się w stronę rejestrów, na rzecz myślenia, żeby mierzyć, co się stało z pacjentem w systemie. Krok po kroku – w całej organizacji opieki.

Moim zdaniem w onkologii jesteśmy już gotowi, żeby tak myśleć, hematologia jest takim drugim obszarem, podobnie jak część kardiologii. Również w niektórych chorobach rzadkich możemy już myśleć o takich pomiarach.

Ale całościowo mam wrażenie, że jesteśmy na razie jak żaba, ani piękni, ani mądrzy. Już coś mamy, już coś rozumiemy, już się czegoś nauczyliśmy, a jednocześnie jeszcze nie wiemy, gdzie dalej iść. Stoimy w rozkroku i się zastanawiamy, w którą stronę.

Mamy ustawę o jakości, która idzie w kierunku rejestrów i mierzenia. Mamy potencjał na rozwój i to rozwój cyfrowy. Niedługo spłyną do nas olbrzymie pieniądze na cyfryzację w ochronie zdrowia, jedne z największych, jakie będziemy być może widzieć w najbliższych latach. Uważam, że teraz jest moment kluczowy, na co my te pieniądze wydamy. To co teraz postanowimy, będzie nam służyło na następne 10, 15 lat. Więc pytanie, czy te pieniądze mądrze wykorzystamy.

Nie ma możliwości, że przy okazji nie popełnimy błędów. Dlatego jestem zwolenniczką testowania, mierzenia efektów i zmiany, jeśli jest potrzebna. Chciałabym, żeby była większa wola po stronie decydentów, NFZ, Ministerstwa Zdrowia na testowanie zupełnie nowych rozwiązań, do eksperymentowania.

Cyfryzacja nam daje olbrzymie narzędzia współpracy, koordynacji, integracji. Nie powinniśmy obawiać się stosowania nowych narzędzi cyfrowych, bo tutaj mamy też duży potencjał polskich firm, bardzo dużo dzieje się w zakresie biotechnologii, start-upów z rozwiązaniami cyfrowymi.

Tymczasem mam wrażenie, że dryfujemy. Chcemy być innowacyjni, poprawiać, a jednocześnie utrzymać *status quo*. Trzeba się zdecydować, czy *status quo* w tym formacie jest wystarczający. Na pewno *status quo* tworzy system publiczny. Pod znakiem zapytania stoi system ubezpieczeń prywatnych. Ale to już jest decyzja polityczna, która musi w pewnym momencie być podjęta. Nie zmienia to faktu, że poprawiając funkcjonowanie kardiologii czy onkologii utrzymujemy system publiczny. Decydujemy, że chcemy go rozwijać i teraz to jest dobry moment na określenie, w którą stronę. Myślę, że jesteśmy w bardzo przełomowym momencie.



© Wydawcą raportu jest  
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone

Wydawca oraz autorzy nie ponoszą  
odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne  
decyzje, które zostaną podjęte na podstawie  
niniejszego opracowania.

Niniejszy raport jest objęty  
prawami autorskimi.

Zabronione jest powielanie i kopiowanie  
oraz wykorzystywanie w takiej formie części  
lub całości raportu, w tym wykresów i tabel,  
na jakimkolwiek polu eksploatacji  
bez pisemnej zgody wydawcy.

Cytowanie fragmentów lub danych zawartych  
w raporcie powinno zawierać adnotację  
o źródle.

Treści zawarte w niniejszym raporcie nie  
mają na celu promowania produktów  
leczniczych. Zostały zawarte jedynie w celach  
informacyjno-edukacyjnych.

---

## MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

---

**Modern Healthcare Institute sp. z o.o.**  
ul. Zabłocińska 6 lok. 46, 01-697 Warszawa

REGON: 368041956 NIP: 5223098085  
KRS: 0000690383

Prezes zarządu: Krzysztof Jakubiak

[mhi@mzdrowie.pl](mailto:mhi@mzdrowie.pl)  
[www.mzdrowie.pl](http://www.mzdrowie.pl)

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

価値に基づく医療