

REKOMENDACJE

Eksperckiej Grupy Roboczej obradującej 4 marca 2019 r. w ramach IV Międzynarodowego Forum Medycyny Personalizowanej *Value based pricing* w polityce lekowej

Celem opieki zdrowotnej opartej na wartości (*value based healthcare*) jest to, by zasoby przeznaczone na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dawały lepszy efekt zdrowotny, co ma szczególne znaczenie przy ograniczonych zasobach systemu i jednocześnie rosnących potrzebach zdrowotnych społeczeństwa. Zwiększanie udziału liczby świadczeń finansowanych na podstawie dostarczonej wartości bądź efektu zdrowotnego zwiększa efektywność systemu i jest jednym ze sposobów stabilizacji budżetu płatnika.

Dbłość o uzyskiwanie jak najlepszych efektów zdrowotnych jest powinnością osób i instytucji dysponujących środkami publicznymi. Mierzenie i ocena efektów zdrowotnych powinny być dokonywane wszędzie tam, gdzie jest to możliwe.

Trudno jest wdrożyć rozwiązania nakierowane na wartość bez wprowadzenia metod ich finansowania. Stąd konieczna jest dyskusja na temat metod finansowania opartych na efektach (*value based pricing*).

Rekomendacja I

Regulator i płatnik powinni się zaangażować w poszukiwanie obszarów, w których wdrożenie *value based pricing* jest możliwe.

Wdrożenie *value based pricing* powinno następować etapami, w drodze ewolucji. Znalezienie właściwych obszarów, w których należy zastosować *value based pricing* w pierwszej kolejności, powinno nastąpić przy współpracy wielu środowisk i kluczowych interesariuszy rynku medycznego. Płynny proces implementacji założeń *value based pricing* przełoży się na większą wydajność i efektywność systemu.

Rekomendacja II

Regulator i płatnik powinni zbadać możliwość wykorzystania dostępnych w systemie informacyjnym NFZ danych o udzielonych świadczeniach do oceny wartości i jakości tych świadczeń, a także zdolności i zasadności ich wykonywania przez poszczególnych świadczeniodawców.

Model opieki zdrowotnej opartej na wartości/efekcie nie we wszystkich rodzajach czy zakresach świadczeń wydaje się możliwy. W ocenie dyskutantów model ten ma szansę sprawdzić się w stosunku do procedur medycznych realizowanych w planowych świadczeniach

zabiegowych (ortopedia, kardiologia interwencyjna, chirurgia naczyniowa) oraz niektórych programach lekowych, zwłaszcza w zakresie procedur:

- w których koszt jednostkowej procedury jest wysoki (kilkadziesiąt tysięcy złotych),
- których mierzalny efekt zdrowotny występuje w maksymalnie kilkumiesięcznym okresie,
- dla których istnieją obiektywne mierniki zdrowotne (najlepiej potwierdzone badaniami diagnostycznymi lub innymi obiektywnymi wskaźnikami),
- obecnie wystandaryzowanych i obejmujących ściśle zdefiniowaną populację pacjentów,
- realizowanych u małej liczby świadczeniodawców,
- w których obecnie funkcjonuje rozszerzona sprawozdawczość lub jest wola i akceptacja utworzenia rejestrów po stronie profesjonalistów.

Płacenie za efekt jest obecnie możliwe dla wybranych terapii lekowych, szczególnie w onkologii czy hematologii, zwłaszcza w terapii celowanej, gdzie identyfikacja i mierzenie efektu są możliwe, wiarygodne i powtarzalne.

Rekomendacja III

Wdrażanie modelu *value based pricing* powinno być przetestowane na obszarach najbardziej predestynowanych do tego rodzaju rozwiązań. Pilotaż pozwoli zebrać doświadczenia i podjąć decyzje co do dalszych kierunków działań.

Warunkiem sprawnego testowania i wdrażania narzędzi prowadzących do finansowania efektu zdrowotnego jest skuteczny dialog wszystkich zainteresowanych stron.

Rekomendacja IV

Regulator powinien być inicjatorem i moderatorem dialogu w zakresie praktycznych możli-

” Płacenie za efekt jest obecnie możliwe dla wybranych terapii lekowych, szczególnie w onkologii czy hematoonkologii, zwłaszcza w terapii celowanej, gdzie identyfikacja i mierzenie efektu są możliwe, wiarygodne i powtarzalne ”

wości i rozwiązywania problemów we wdrażaniu *value based pricing*.

Warunkiem podstawowym, a jednocześnie najtrudniejszym, jest jednoznaczne określenie wartości czy efektu zdrowotnego i ustalenie jego mierników. Efekty, za które warto płacić, są specyficzne dla danego obszaru terapeutycznego, modelu choroby, określonej populacji, a nawet subpopulacji pacjentów. Świadczenie zdrowotne powinno być oceniane w kontekście efektów w trzech aspektach: a) z punktu widzenia klinicznego (np. trafność zastosowanej farmakoterapii, poziom doskonałości techniki operacyjnej, poprawność diagnozy, zgodność postępowania terapeutycznego z wytycznymi i zaleceniami), b) efektywności ekonomicznej, c) satysfakcji pacjenta. Świadczeniodawcy muszą mieć pewność, że realizacja finansowania procedur na podstawie efektu zdrowotnego uwzględni wszystkie czynniki mające wpływ na końcowy wynik leczenia.

Rekomendacja V

Określenia wartości, efektów, mierników powinni dokonywać eksperci kliniczni, konieczne jest stworzenie otoczenia formalnoprawnego dla pracy ekspertów w tym zakresie.

Wdrażanie *value based pricing* może się wiązać początkowo z dodatkowymi nakładami, zwłaszcza jeżeli zostanie przyjęty model nagradzania za większy efekt zdrowotny. W ocenie dyskutantów w początkowym okresie finansowania na podstawie efektu zdrowotnego procedury muszą być atrakcyjnie wycenione.

Wzrost ten może zostać sfinansowany z różnych źródeł: NFZ, budżetu Ministerstwa Zdrowia, ale także spoza obszaru ubezpieczeń zdrowotnych – m.in. wskazano możliwość finansowania świadczeń przez ZUS, jeśli jest on płatnikiem (w przypadku świadczeń w ramach rehabilitacji, przed przejściem na rentę z tytułu niezdolności do pracy), lub premiowania dodatkowego świadczeniodawców, jeśli efektem zdrowotnym jest

uzyskanie sprawności umożliwiającej szybszy powrót pacjenta do pracy.

Rekomendacja VI

Należy rozważyć możliwość zaangażowania w finansowanie świadczeń *value based pricing* ze źródeł spoza systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Pojęcia *value based pricing*, *outcome based pricing* funkcjonują już w dokumentach programowych rządu RP i znajdują przykłady realizacji na gruncie obowiązującego prawa, chociażby ustawy refundacyjnej.

Poprawa efektywności wykorzystania środków publicznych w celu osiągnięcia jak najlepszego efektu zdrowotnego oraz systematyczne poszerzanie katalogu terapii o udowodnioną skuteczność w ramach realizowanego budżetu może nastąpić poprzez pełniejsze wykorzystanie potencjału instrumentów podziału ryzyka, zwłaszcza uzależniających wielkość przychodu wnioskodawcy od uzyskiwanych efektów zdrowotnych. Przy tworzeniu i stosowaniu takich narzędzi należy zwracać szczególną uwagę na zachowanie ich przejrzystości.

Rekomendacja VII

W celu usprawnienia procesu refundacyjnego wzory narzędzi dzielenia ryzyka oparte na efekcie zdrowotnym mogłyby powstawać poza procesem refundacyjnym w dialogu regulatora, płatnika i przedstawicieli wnioskodawców.

W celu identyfikowania i mierzenia efektu zdrowotnego niezbędne jest zastosowanie właściwych narzędzi informatycznych. Jeśli efektem zdrowotnym jest wynik badania diagnostycznego lub konkretny efekt zabiegu chirurgicznego jest jednoznaczny, jego rozliczanie może się opierać na prostym systemie informatycznym płatnika.

Jeśli efekt jest trudniej mierzalny, można rozważyć powołanie instytucji arbitra, który będzie rozstrzygał przypadki sporne, może to być rozwiązanie oparte na zespołach koordynacyjnych lub zespołach arbitrażowych funkcjonujących w NFZ.

Wskazano jako niezmiernie ważne zapewnienie publikowania danych związanych z finansowaniem świadczeń na podstawie efektu zdrowotnego, jako stanowiących element nagradzania, ale także eliminowania tych podmiotów leczniczych i dostawców technologii medycznych, gdzie uzyskano niezadowalające efekty zdrowotne.

Rekomendacja VIII

Rozwój systemów informatycznych w ochronie zdrowia powinien uwzględniać konieczność monitorowania efektu zdrowotnego.

Monitorowanie jakości opieki zdrowotnej jest możliwe dzięki monitorowaniu efektów leczenia. Dużym wyzwaniem jest brak dostępu do danych i rejestrów, które w Polsce dopiero powstają. Dzięki nowym tech-

