

Finansowanie oparte na VBHC – czy jesteśmy na to gotowi?

MICHAŁ SEWERYN

Value-based health care (VBHC), czyli opieka zdrowotna oparta na wartości, to dziś najmodniejszy temat wśród osób zajmujących się zarządzaniem w sektorze ochrony zdrowia. Wydaje się wręcz, że żadna branżowa konferencja czy debata ekspertów nie może się odbyć bez wplecenia w jej agendę skrótów VBHC. Oczywiście trudno się temu dziwić, bo mało kto odważyłby się polemizować z tezą, że model świadczenia usług medycznych, w którym placówki lecznicze otrzymują wynagrodzenie na podstawie wyników zdrowotnych, jakie osiągają ich pacjenci, jest pożądanym i racjonalnym.

Nie ulega wątpliwości, że VBHC jest optymalną drogą do uzyskania oczekiwanych zmian w każdym sektorze ochrony zdrowia, ponieważ oferuje powiązanie wydatków na system ochrony zdrowia z wartością, którą uzyskują pacjenci otrzymujący usługi medyczne. Dobitnie pokazuje wady archaicznego podejścia niektórych decydentów w polskim systemie, którzy utożsamiali wzrost ilości kupowanych usług zdrowotnych z poprawą stanu zdrowia społeczeństwa. Dziś oczywiście wszyscy wiemy, że takie podejście prowadzi donikąd, bo kupowanie większej liczby zbyt nisko wycenionych świadczeń ani nie powoduje pozytywnych skutków dla zdrowia publicznego, ani nie daje placówkom medycznym szans na podnoszenie jakości i tworzenie organizacji skupionej na pacjencie.

Przykłady wdrożenia VBHC za granicą

W wielu krajach systemy finansowania oparte na VBHC wdrożono zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i lokalnym. Najciekawszy i najbardziej zaawansowany jest system płacenia za wyniki (*pay for performance*) stosowany w Medicare w USA. Opiera się on na czterech komponentach: obszar pacjenta,



opieka kliniczna, obszar bezpieczeństwa, efektywność i redukcja kosztów. Każdy z nich jest traktowany jako równoważny i stanowi 25 proc. całkowitej oceny placówki medycznej.

Przykładem skutecznego wdrożenia płatności pakietowych (*bundled payments*) było wprowadzenie programu opieki nad pacjentami z cukrzycą w Holandii [1]. Pierwsze wyniki finansowania opartego na płatnościach pakietowych wykazały, że poprawiło ono organizację i koordynację opieki oraz współpracę między świadczeniodawcami. Zwiększyło się także przestrzeganie protokołów opieki. Negatywne wnioski dotyczyły podziału kompetencji pomiędzy grupy diabetologów i innych lekarzy oraz dużych obciążeń administracyjnych.

W USA z kolei sukcesem zakończyło się wdrożenie płatności pakietowych w przypadku pacjentów, u których istniała konieczność wymiany stawu kończyny dolnej. W porównaniu z okresem sprzed ich wprowadzenia średni koszt związany z 90-dniowym okresem opieki zmniejszył się z 21 324 do 18 953 dolarów w większych szpitalach, co stanowiło redukcję o 11,1 proc. W mniejszych szpitalach średni koszt zmniejszył się o 8,3 proc. Zarówno w szpitalach o większym, jak i mniejszym wolumenie największe oszczędności uzyskano poprzez obniżenie odsetka pacjentów korzystających z opieki w szpitalnym ośrodku rehabilitacji, skracając czas pobytu w wykwalifikowanej placówce pielęgniarskiej i ograniczając ponowne hospitalizacje.

Doświadczenia polskie z wdrażaniem VBHC

Polski płatnik w ostatnich latach coraz śmielej eksperymentuje z projektami, w których wdraża metody zarządcze i finansowe oparte na paradygmacie VBHC. Do popularnych projektów należą między

innymi: koordynowana opieka specjalistyczna nad pacjentem po zawale serca (KOS-zawał), koordynowana opieka w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ Plus), kompleksowe leczenie ran przewlekłych (świadczenia KLRP-1 i KLRP-2).

W przypadku KOS-zawał sukces jest połowiczny, co pokazuje, że wdrażanie opieki koordynowanej w warunkach polskich nie jest procesem przebiegającym bez przeszkód. Z jednej strony, badając realizację przez NFZ świadczeń w 2019 r., Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że uzyskanie rehabilitacji kardiologicznej przekładało się na niższą umieralność pacjentów, wobec czego KOS-zawał powinien być realizowany. Z drugiej strony wyknęła, że tylko 15,5 proc. kwalifikujących się pacjentów skorzystało z kompleksowej opieki, a 8,0 proc. odbyło rehabilitację kardiologiczną w jej ramach. Na koniec 2019 r. program KOS-zawał nadal nie był dostępny dla pacjentów w województwach warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim.

Podobne wnioski można wyciągnąć, analizując program POZ Plus. Podczas międzynarodowej konferencji 8–9 grudnia 2021 r. Narodowy Fundusz Zdrowia i Bank Światowy zaprezentowały wyniki pilotażu POZ Plus. Jak wynika z oceny, pod koniec programu pacjenci cieszyli się lepszym zdrowiem niż przed przystąpieniem do pilotażu, a także deklarowali wyższe kompetencje zdrowotne. Jednocześnie pacjenci gorzej ocenili koordynację świadczeń, mimo że nastąpiła pewna konsolidacja opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Ocena wskazuje też na wzrost wykorzystania większości świadczeń zdrowotnych przez uczestników POZ Plus, w tym w zakresie hospitalizacji. Odnotowano natomiast spadek wykorzystania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pilotaż POZ Plus skutkował tym samym wzrostem kosztów o 81 zł miesięcznie na pacjenta na wszystkich poziomach opieki. Dwunastomiesięczny koszt opieki nad pacjentem chorym przewlekłe objętym zarządzaniem chorobą na wszystkich poziomach opieki wzrósł o 56 proc. w stosunku do stanu przed wdrożeniem pilotażu.

Z jednej strony mamy więc niewątpliwy sukces pilotażu, czyli uzyskanie przez osoby z chorobami przewlekłymi dodatkowych dni życia w pełnym zdrowiu, a z drugiej potencjalną dużą eskalację kosztów. Autorzy konkludują, że aby w Polsce skuteczniej kontrolować koszty, należałoby wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną, co wymagałoby ogólnokrajowej strategii budowania potencjału zespołów medycznych pracujących w placówkach POZ, oraz zrewidować programy nauczania na studiach medycznych pod kątem pracy zespołowej, modeli stratyfikacji pacjentów, zarządzania populacyjnego, wykorzystania narzędzi informatycznych, opracowania protokołów telemedycznych oraz wdrażania ścieżek klinicznych.

„W Polsce odbywa się wdrażanie paradygmatu *value based health care*, a jego rozwój jest nieunikniony”

Kolejnym ciekawym przykładem jest analiza wdrażania systemu finansowania leczenia ran przewlekłych w Polsce. Wprowadzono świadczenia nowoczesne, z zaawansowanymi narzędziami informatycznymi, oparte na premiowaniu za wyniki (stopień zamknięcia rany), a zainteresowanie jego wykonywaniem jest niewielkie. Świadczenie KLRP-2 w 2021 r. zdecydowało się zakontraktować trzech świadczeniodawców w dwóch województwach w Polsce. Jako powody niewielkiego zainteresowania realizacją świadczeń podaje się między innymi: wysokie wymagania kadrowe i organizacyjne, brak należytych bodźców finansowych, brak faktycznych, a nie deklaracyjnych, zachęt do przeniesienia ciężaru z opieki stacjonarnej na ambulatoryjną.

Stawiając wysokie wymagania w zakresie liczby specjalistów, sprzętu, dostępności badań i innych czynników, NFZ zdaje się nie zauważać, że większość placówek leczniczych w Polsce boryka się dziś z ogromnymi problemami kadrowymi i organizacyjnymi. W tym kontekście dobre chęci nie wystarczają do rozwiązania problemu kompleksowego leczenia ran przewlekłych.

Podsumowując – w Polsce odbywa się wdrażanie paradygmatu VBHC, a jego rozwój jest nieunikniony. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że nasze systemowe bolączki, do których należą między innymi problemy kadrowe i organizacyjne, mogą te plany i działania skutecznie torpedować. Wydaje się, że z wdrożeniem opieki zdrowotnej opartej na wartości jest jak ze stosowaniem bardzo innowacyjnej farmakoterapii u poważnie chorych. Nikt nie kwestionuje jej zasadności, ale wiadomo, że pacjent przed przystąpieniem do leczenia musi być w takim stanie zdrowia, aby z niej odpowiednio skorzystać. Dopiero wtedy jest szansa, że kuracja przyniesie pożądane efekty.

Michał Seweryn, specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes zarządu EconMed Europe, były naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia

Piśmiennictwo

1. Tol J, Swinkels IC, Struijs JN i wsp. Integrating care by implementation of bundled payments: results from a national survey on the experience of Dutch dietitians. *Int J Integr Care* 2013; 13: e055.
2. McAsey CJ, Johnson EM, Hopper RH Jr i wsp. Bundled payments for care improvement: health system experience with lower extremity joint replacement at higher and lower volume hospitals. *J Arthroplasty* 2019; 34: 2284-2289.