

VALUE BASED HEALTHCARE – CZY POLSKA JEST GOTOWA NA REWOLUCJĘ W ZAKRESIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ?

VALUE BASED HEALTHCARE – IS POLAND READY FOR A REVOLUTION IN THE FINANCING OF BENEFITS?

Weronika Ciećko^{1,2}, Ewa Bandurska¹, Marzena Zarzeczna-Baran¹

¹Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.54>

STRESZCZENIE

Value Based Healthcare (VBHC), czyli opieka zdrowotna oparta na wartościach, to model świadczenia opieki zdrowotnej, w ramach którego świadczeniodawcy, w tym szpitale i lekarze, otrzymują wynagrodzenie w oparciu o wyniki zdrowotne pacjentów. Model ten opiera się na czterech filarach: 1. dane i informatyka zdrowotna, 2. benchmarking, badania i narzędzia, 3. organizacje dostawcze i zarządzanie zmianami oraz 4. zachęty i płatności. Jedną z głównych zalet, wynikających z wdrożenia opieki zdrowotnej opartej na wartości, jest ogólna poprawa stanu zdrowia społeczeństwa przy jednoczesnym zmniejszeniu wydatków na opiekę zdrowotną. VBHC jest nową koncepcją wdrażaną przez kraje bądź całe regiony, której głównym elementem jest opieka zintegrowana. Część państw jest dobrze przygotowana do wprowadzenia modelu VBHC, natomiast wiele krajów boryka się wciąż z problemami dotyczącymi rozwoju infrastruktury oraz stopnia komputeryzacji jednostek ochrony zdrowia. Problem ten dotyczy również Polski.

Słowa kluczowe: VBHC, opieka zintegrowana, Polska.

ABSTRACT

Value Based Healthcare (VBHC) is a health care delivery model in which providers, including hospitals and doctors, receive a salary based on the health outcomes of patients. This model is based on four pillars: 1. data and health informatics, 2. benchmarking, research and tools, 3. delivery organizations and change management, and 4. incentives and payments. One of the main advantages of implementing value-based health care is simultaneous overall improvement in the health of population and a decrease in healthcare expenditure. VBHC is a new concept implemented by countries or whole regions which main element is integrated care. Some countries are well prepared for the introduction of the VBHC model, while many countries are still struggling with problems of infrastructure development and the degree of computerization of health care units. This problem also applies to Poland.

Keywords: VBHC, integrated care, Poland.

Wstęp

Popyt na opiekę zdrowotną zwiększa się w wielu krajach na całym świecie. Jest to spowodowane zmianami demograficznymi, takimi jak starzenie się społeczeństwa, wzrostem rozpowszechnienia chorób przewlekłych, a także poprawą technologii medycznych i zwiększającą się świadomością społeczeństwa w zakresie wyrażonych potrzeb zdrowotnych [1, 2]. Skutkuje to coraz większymi rachunkami za opiekę medyczną. Zwiększająca się liczba osób w populacji powyżej 65 roku życia może doprowadzić do częstszego występowania chorób przewlekłych. Uznaje się, że nawet około 80% wszystkich kosztów opieki zdrowotnej na terenie krajów Unii Europejskiej przeznaczane jest na leczenie chorób z wyżej wymienionej grupy [3]. Problem ten dotyczy także Polski – w roku 2012 choroby przewlekłe były przyczyną 55,06% zgonów [4]. Co więcej, szacuje się, że do roku 2035 odsetek osób cierpiących na ten rodzaj schorzeń zwiększy się z 56,84% (dane z roku 2015) do 60,13% [5].

Analizując sytuację od strony podaży, można zauważyć, że zarówno podmioty prywatne jak i publiczne, które świadczą opiekę zdrowotną także odczuwają wzrost kosztów przeznaczanych na tę opiekę. Nowoczesne terapie, systematycznie wprowadzane na rynek technologie lekowe oraz nielekowe z dnia na dzień generują coraz większe koszty. W jednym z krajów Unii Europejskiej, Hiszpanii, szacuje się, że nowe technologie medyczne odpowiedzialne są za około 50% wzrostu wydatków na zdrowie w ostatnich latach [3, 6].

Wymienione powody stawiają pod znakiem zapytania funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej w obecnie znanej nam formie pod względem ich trwałości. Rozpatrywanie zasadności refundacji procedur jedynie od strony kosztowej (w zakresie udzielania odpowiedzi na pytanie – czy nas na to stać) staje się nieaktualne. Problem ten będzie można rozwiązać tylko jeżeli zostaną podjęte istotne zmiany strukturalne, związane z zadawaniem pytań dotyczących nie tylko kwestii kosztów, ale również uzyskiwanych efektów i wdrażaniem

refundacji kosztów w zależności od uzyskiwanych efektów [3].

Nierówny dostęp do opieki w wielu systemach opieki zdrowotnej na całym świecie powiązany jest z nawarstwiającymi się kosztami oraz fragmentarycznym postępowaniem medycznym, w którym kładzie się nacisk na usługodawców (dostawców) oraz ich pacjentów. Biorąc pod uwagę wciąż rosnące koszty i ściśle określone budżety we wspomnianych systemach status quo jest trudny do osiągnięcia, a równowaga pomiędzy kosztami i zasobami nieustannie zaburzona. Społeczeństwo domaga się zmian od podstaw, zmian fundamentalnych, które będą odchodziły od już przyjętych systemów na rzecz systemów zintegrowanych, które w holistyczny sposób będą podchodziły do pacjenta oraz do jego leczenia. Nowe, przeprojektowane systemy mogą pomóc w zarządzaniu kosztami oraz poprawie stanu zdrowia pacjentów, co stanowi podstawę opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC ang. *Value Based Healthcare*) [7]. Przy ograniczonych budżetach przeznaczonych na opiekę zdrowotną ważne jest, aby zasoby były wykorzystywane w sposób zapewniający największą wartość dla pacjentów [8].

Co to jest wartość?

Wartość ma wiele definicji, które rozpatrywać można z różnych perspektyw – zarówno medyka, płatnika jak i samego pacjenta. Część definicji wartości uwzględnia aspekty etyczne i moralne [9], inne mają wymiar ekonomiczny, tak jak w definicji, którą zaproponował Michael Porter: „Wartość = osiągnięte wyniki – wydane pieniądze” [10], gdzie osiągnięte wyniki (w oryginale *health outcomes*) należy rozumieć jako rezultaty zdrowotne, tj. możliwą do osiągnięcia poprawę stanu zdrowia, samopoczucia, jakości życia pacjenta. Wartość w opiece zdrowotnej zdefiniował Gray jako „korzyść netto, czyli różnicę między korzyścią a szkodą wyrządzoną przez usługę, biorąc pod uwagę ilość zainwestowanych środków” [9].

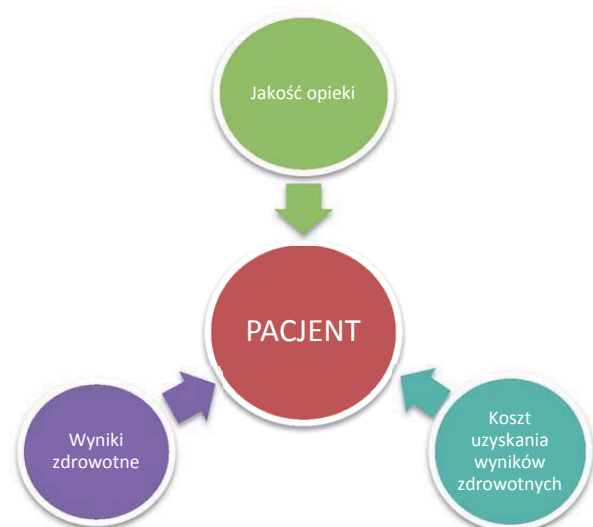
Zapewnienie wartości w opiece zdrowotnej coraz częściej uznawane jest za istotny element konstruowania efektywnych systemów zdrowia, w przeciwieństwie do uwzględniania jedynie opłacalności, skuteczności lub wydajności [2].

Czym jest i na czym polega opieka zdrowotna oparta na wartości?

Value Based Healthcare (VBHC), czyli opieka zdrowotna oparta na wartościach to model świadczenia opieki zdrowotnej, w ramach którego świadczeniodawcy, w tym szpitale i lekarze, otrzymują wynagrodzenie w oparciu o wyniki zdrowotne pacjentów. Termin *value-based* został po

raz pierwszy użyty w tym kontekście przez zespół badaczy z Uniwersytetu Stanowego w Pensylwanii, gdzie zdefiniowano go jako praktykę medyczną, obejmującą dane oparte na dowodach naukowych o największej wiarygodności (a więc uwzględniającą EBM), obejmującą również wartość technologii określoną przez pacjenta w odniesieniu do wydatkowanych środków [11].

W ramach umów o świadczenie opieki opartej na wartości, dostawcy są nagradzani za wspieranie pacjentów w zakresie uzyskiwania korzystnych efektów zdrowotnych, ograniczanie skutków i częstości występowania chorób przewlekłych oraz prowadzenie zdrowego trybu życia – wszystko w sposób oparty na dowodach. Parametr określony jako „wartość” w VBHC pochodzi z pomiaru wyników zdrowotnych w porównaniu z kosztami uzyskania wyników [12]. Teoria opieki zdrowotnej opartej na wartościach nie koncentruje się na liczbie świadczonych usług, ale na wartości rozumianej jako ogólna jakość opieki, wyniki zdrowotne związane z opieką zdrowotną oraz na kosztach uzyskania tych wyników [3], co zaprezentowano na **Rycinie 1**. Idea połączenia wyników opieki zdrowotnej z kosztami określonymi jako wartość została spopularyzowana w 2006 roku przez Michaela Portera i Elizabeth Teisberg w książce *Redefining Health Care* [7].



Rycina 1. Model Value Based Healthcare (VBHC) (3)

W każdej dziedzinie poprawa wydajności działania zależy od możliwości osiągnięcia wytyczonego celu, który łączyłby wszystkich interesariuszy. Jednak w systemie zdrowia interesariusze mają niezliczone, często sprzeczne cele (np. poprawa samopoczucia, zwiększenie rentowności, ograniczanie kosztów, dostęp do usług), co znacząco utrudnia wdrażanie systemowych zmian. Wydaje się jednak, że VBHC łączy obszary zainteresowania różnych grup osób zaangażowanych w funkcjonowanie systemu

zdrowia. Wdrożenie modelu może nieść pozytywne skutki zarówno dla pacjentów (bezpieczniejsza, bardziej skuteczna opieka skutkująca lepszymi wynikami zdrowotnymi i jakością życia), jak i dla lekarzy (stosowanie zweryfikowanych pod względem bezpieczeństwa metod) czy całego społeczeństwa (bardziej wydajny system z łatwiejszym dostępem) [7] (Tabela 1).

Tabela 1. Cztery etapy wdrażania medycyny opartej na wartości

KROK	DZIAŁANIE	POWIĄZANE METODY
I KONCEPCJE		
1	Zadanie odpowiedzialnych pytań	Populacja, interwencja, komparatory i parametry wynikowe
2	Potwierdzenie najlepszych dowodów	Poszukiwanie i ocenianie
3	Zbieranie wartości liczbowych	Analiza użyteczności kosztów
3a	Mierzenie wartości użyteczności	Handlowanie czasem
3b	Obliczanie wartości całkowitej	Drzewo decyzyjne i QALY
3c	Szacowanie kosztów	Analiza kosztów z dyskontowaniem
3d	Obliczanie wskaźników użyteczności kosztów	koszt/QALY
4	Zarządzanie niepewnością	Analiza wrażliwości

Filary opieki zdrowotnej opartej na wartości

Stworzenie ram dla VBHC na skalę globalną jest trudne. W zakresie prac nad modelem opieki zdrowotnej opartej na wartości, Światowe Forum Ekonomiczne opracowało cztery filary zmiany podejścia w kierunku bardziej ukierunkowanym na pacjenta [13]:

1. dane i informatyka zdrowotna,
2. benchmarking, badania i narzędzia,
3. organizacje dostawcze i zarządzanie zmianami,
4. zachęty i płatności.

1. Dane i informatyka zdrowotna

VBHC wymaga kompleksowej infrastruktury informatycznej, aby móc gromadzić, dzielić się oraz analizować dane dla populacji w pełnym zakresie świadczonej opieki. Systemy informatyczne muszą posiadać wspólne standardy danych, aby być bardziej efektywne. Aktualnie pozostają niespójne na rynkach rozwijających się i już rozwiniętych.

2. Benchmarking, badania i narzędzia

W celu radykalnego zmniejszenia nieefektywności oraz w celu identyfikacji najlepszych sposobów leczenia mogą pomóc tylko bardzo szczegółowe dane. Taki poziom szczegółowości wymaga opracowania i wprowadzenia nowych, zaawansowanych narzędzi wspomagania decyzji, nowych rodzajów badań oraz systemowego benchmarkingu (systemowej analizy porównawczej).

3. Organizacje dostawcze i zarządzanie zmianami

Większość dostawców sieci jest zorganizowana wokół poszczególnych funkcji na każdym etapie łańcucha opieki zdrowotnej, co sprawia, że uzyskanie prawdziwej przejrzystości i skutecznej koordynacji jest bardzo trudne. W teorii takie działanie powinno pozwolić pacjentowi znaleźć najbardziej odpowiednie warunki i metody leczenia danego stanu zdrowia. W rzeczywistości sytuacja kształtuje się inaczej, gdyż każde ogniwo systemu (np. POZ, AOS, lecznictwo szpitalne) zarządzane jest osobno. W rezultacie, zachęty dla lekarzy na różnych poziomach są często sprzeczne. (Przykład: Szwedzka służba zdrowia nie opiera się na popycie, a na hierarchii, co oznacza, że wszyscy pacjenci, bez względu na status czy pochodzenie, przechodzą przez system w identyczny sposób, docierając w końcu do miejsca, w którym otrzymują właściwą diagnozę a co za tym idzie, także leczenie).

4. Zachęty i płatności

Modele wynagrodzeń w sektorze prywatnym nagradzają dostawców za „ilość” leczenia, co w rzeczywistości oznacza, że bardziej opłacalne może być przedłużanie choroby niż jej wyleczenie. Natomiast w sektorze publicznym rozdrabnianie priorytetów rozumiane jako fragmentaryzacja procesu leczenia oraz celów, prowadzi do rozdzielania wydatków, a nie do podejścia holistycznego [13].

VBHC w Polsce – implementacja

Coraz większy nacisk na opiekę skoordynowaną oraz wdrażanie nowych modeli refundacji stawia Polskę w sytuacji, w której zaakceptowanie i wdrożenie sprecyzowanych aspektów opieki zdrowotnej opartej na wartościach staje się koniecznością. Dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce jest powszechny, gwarantowany. Uprawnionymi do korzystania z publicznej opieki zdrowotnej są niemal wszyscy obywatele kraju.

Standardy dotyczące bezpieczeństwa jak i jakości opieki zdrowotnej opisane są w licznych dokumentach prawnych m.in. w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Oceną skuteczności, a także opłacalności danych procedur (technologii) medycznych zajmuje

się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W pewnym zakresie także w Polsce uwzględnianie są postulaty VBHC, m.in. unikanie fragmentaryczności opieki. Przykładowo, AOTMiT opracowuje nowe metody refundacji, których celem jest poprawa koordynacji opieki oraz nagradzanie lepszych wyników klinicznych. Dotyczy to płatności pakietowych za leczenie osób poddawanych procedurom sercowo-naczyniowym w pełnym cyklu opieki zdrowotnej, łącznie z rehabilitacją oraz wtórną prewencją przeprowadzaną po zabiegu. Wszystkie te usługi refundowane są jako jedna kompleksowa usługa zdrowotna. Pakiety płatności opracowywane są także dla niektórych interwencji z zakresu rehabilitacji oraz ortopedii.

Polska zmagą się jeszcze z wieloma lukami w systemie. W kraju istnieją rejestry chorób, ale dostępność do nich jest utrudniona ze względu na ograniczenia w zakresie wykorzystania danych osobowych i konieczność pozyskania pisemnej zgody pacjenta. Dane często nie są wystandaryzowane w stopniu, który może zapewnić wartość prak-

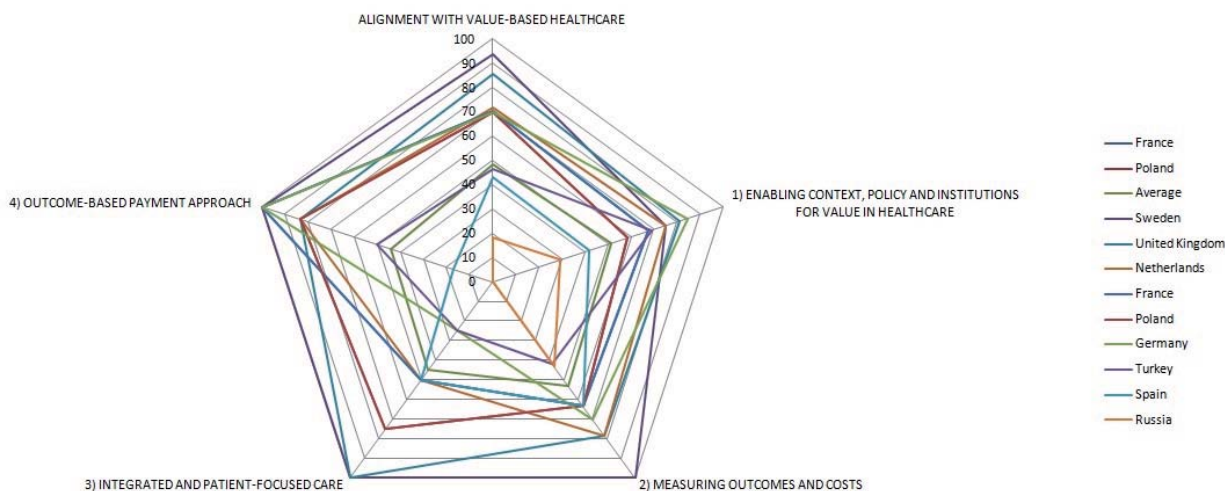
tyczną dla celów porównawczych. Istniejące zbiory danych są nadal stosowane głównie do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Należy zauważyć, że mają one wąski zakres i są rozproszone pomiędzy tysiącami podmiotów świadczących opiekę zdrowotną i realizujących swoje działania w różnych częściach systemu. Utworzenie jednego, ogólnokrajowego systemu informacyjnego jest utrudnione ze względu na wciąż istniejące problemy infrastrukturalne. Kolejną przeszkodą jest niski stopień komputeryzacji w obszarze opieki zdrowotnej co jednoznacznie wiąże się z ograniczeniem wymiany informacji [7].

O ile Polska jedynie częściowo spełnia warunki konieczne do wprowadzenia VBHC to w Regionie Europejskim istnieje szereg państw lepiej przygotowanych do tego procesu np. Wielka Brytania, Szwecja. Oczywiście w tym samym regionie są także państwa, takie jak Rosja, które w mniejszym stopniu przygotowane są na wdrożenie modelu opieki opartej na wartości. Szczegółowe informacje przedstawia **Tabela 2** oraz **Rycina 2**.

Tabela 2. Analiza porównawcza gotowości wdrożenia VBHC na przykładzie wybranych krajów (7)

Państwo	Włączenie (umożliwienie) kontekstu, polityki i instytucji dla wartości w opiece zdrowotnej							
	Ubezpieczenie zdrowotne ludności	Polityka krajowa lub plan wysokiego szczebla JST	Obecność elementów umożliwiających opiekę zdrowotną opartą na wartości	Inne wsparcie interesariuszy	Kształcenie i szkolenie zawodowe w VBHC	Istnienie i niezależność organizacji oceny technologii medycznych (HTA)	Oparte na dowodach wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej	Wsparcie w zakresie usuwania luk w wiedzy
Polska	4	Nie	2	Tak	0	2	2	1
Szwecja	4	Nie	3	Tak	0	2	4	2
Wielka Brytania	4	Tak	3	Tak	0	2	2	2
Rosja	4	Nie	1	Nie	0	0	2	1

Państwo	Mierzenie wyników i kosztów					Opieka zintegrowana i skoncentrowana na pacjencie		Metoda płatności zależna od wyników	
	Krajowe rejestry chorób	Dostępność danych dla pacjentów	Standaryzacja danych dotyczących wyników pacjentów	Gromadzenie danych o kosztach leczenia pacjenta	Rozwój interoperacyjnych elektronicznych rejestrów medycznych (EHR)	Polityka krajowa, która wspiera organizowanie dostarczania zdrowia w zintegrowanych i / lub zorientowanych na pacjenta jednostkach	Długofalowe planowanie leczenia	Główni płatnicy systemów wspierają płatności pakietowe	Istnienie mechanizmów umożliwiających identyfikację interwencji w przypadku wycofania (dezinvestycji)
Polska	2	1	1	2	Tak	Tak	1	2	Tak
Szwecja	4	2	2	3	Tak	Tak	2	3	Tak
Wielka Brytania	3	1	2	2	Tak	Tak	2	2	Tak
Rosja	2	1	1	2	Nie	Nie	0	0	Nie



Rycina 2. Wyniki całkowite i domeny z możliwym zakresem od 0 do 100 gotowości wdrożenia VBHC wśród krajów Regionu Europejskiego (7)

Studium przypadku Niemiecki *Gesundes Kinzigtal* (GK)

Starzenie się ludności niemieckiej i zmiany zachodzące w stanie zdrowia w związku ze stylem życia, prowadzą do wzrostu liczby pacjentów, którzy wymagają skoordynowanego planu opieki z udziałem wielu podmiotów świadczących opiekę zdrowotną. Niemiecki system opieki zdrowotnej nie jest jednorodny, bazuje bowiem na wielu działających osobno kasach chorych, co sprawia, że taka koordynacja jest wyzwaniem zarówno dla pacjenta jak i dla usługodawców. Jest to jeden z najważniejszych problemów niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, który potencjalnie może być rozwiązany poprzez wprowadzenie zintegrowanej opieki.

Gesundes Kinzigtal to zlokalizowana w południowo-zachodnich Niemczech spółka, która zajmuje się zarządzaniem opieką zdrowotną oraz regionalną, interdyscyplinarną siecią lekarzy i psychoterapeutów. Program GK, który organizuje opiekę nad około połową populacji żyjącej w regionie *Kinzigtal*, stosuje zasady oparte na wartościach w celu rozwiązania problemu fragmentacji opieki, polepszenia profilaktyki i poprawy jakości życia, unikając niepotrzebnych kosztów długoterminowych.

Program GK otrzymał dofinansowanie o wartości 4 mln euro z dwóch kas chorych, które są częścią niemieckiego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych finansowanego ze środków publicznych. Celem inwestycji było obniżenie kosztów opieki świadczonej osobom objętym funduszami bez obniżenia poziomu jakości opieki, którą otrzymali. Program GK obejmuje wszystkich ubezpieczonych przez kasy chorych, mieszkających w regionie *Kinzigtal*.

Gesundes Kinzigtal stosuje opiekę opartą na wartości poprzez "Triple Aim", czyli metodę spopularyzowaną przez brytyjską organizację non-profit – Institute for Healthcare

Improvement. Działanie to ma potrójny cel, który koncentruje się na następujących aspektach – poprawie opieki, poprawie zdrowia populacji oraz zmniejszeniu kosztów opieki zdrowotnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Działania te mają opierać się na multidyscyplinarnym podejściu do zdrowia publicznego, które obejmuje nie tylko pracowników służby zdrowia, ale także innych specjalistów, np. opiekę społeczną. Ma to zasadnicze znaczenie dla długoterminowej jakości życia, poprawy i utrzymania optymalnego stanu zdrowia. Należy zaznaczyć, że podejście multidyscyplinarne jest nietypowe w niemieckim systemie opieki zdrowotnej, który tradycyjnie jest organizowany wokół konkretnych jednostek chorobowych. W związku z tym, że Niemcy stoją przed wyzwaniem związanym ze starzeniem się społeczeństwa, potrzeba wprowadzenia programu opartego na wartościach staje się coraz bardziej nagląca, co prowadzi do pierwszych prób wprowadzania zintegrowanego podejścia, tj. GK.

Wstępnie, Program GK nie został zaprojektowany wyłącznie w celu świadczenia usług dla pacjentów z wieloma schorzeniami (ang. co-morbidities), ale właśnie w tej grupie pacjentów stosuje się aktualnie najbardziej złożone i kosztowne plany opieki. Dlatego dla wielu dostawców grupy te są priorytetem pod względem wprowadzania zintegrowanego planu opieki i VBHC. Koordynacja usług Programu *Gesundes Kinzigtal* w odniesieniu do osób z chorobami wieloczynnikowymi kładzie największy nacisk na wymianę informacji, konsultacje pomiędzy świadczeniodawcami i koordynację opieki w celu zmaksymalizowania poprawy wyników.

W regionie *Kinzigtal* w ciągu roku lekarze sześciokrotnie uczestniczą w konsultacjach z klinicznym farmakologiem, aby dostosować i dostatecznie zoptymalizować leczenie pacjentów z wieloma chorobami, a także osób

starszych. Cały proces obejmuje trzech specjalistów tj. lekarza, lekarza klinicystę, który jednocześnie jest geriatrą oraz farmakologa. Lekarz przekazuje opis przypadku lekarzowi klinicznemu. Następnie farmakolog ocenia leki, a lekarz otrzymuje informacje zwrotne dotyczące możliwości poprawy procesu leczenia, a także odnoszące się do tego czy konkretny lek w danym przypadku powinien zostać zmieniony lub zupełnie usunięty z procesu leczenia. Biorąc pod uwagę, że pacjenci z wieloma chorobami wymagają zazwyczaj kombinacji leków, Program GK uwzględnia tę interdyscyplinarną konsultację aby zwiększać bezpieczeństwo pacjentów i skuteczność leczenia pacjenta.

Kompleksowa analiza kosztów i korzyści na poziomie programu jest przeprowadzana raz na 1,5 roku przez komitet składający się z lekarzy, terapeutów, psychologów, menedżerów programów i kierownictwa *Gesundes Kinzigtal*. Analizują oni koszty programów, wyniki pacjentów i dane jakościowe pochodzące od pacjentów oraz dostawców usług zdrowotnych. Następnie, uzyskane informacje przekazywane są administratorom programu i omawiane, w celu usprawnienia problematycznych elementów. Prezentowane są także nowe programy opieki i szacowane możliwości wprowadzenia ich w życie.

Celem finansowym GK jest poprawa finansowej marży dwóch uczestniczących w programie kas chorych, które zapewniły pierwotną inwestycję. Pomimo tego, że zebrane dotychczas dane są pozytywne i zachęcają do działania, fundusze chorobowe przeprowadzają dalszą analizę zwrotu z inwestycji przed rozważeniem rozszerzenia programu GK na inne regiony.

Na podstawie badania przeprowadzonego w 2015 roku stwierdzono, że Program *Gesundes Kinzigtal* w latach 2006-2010 uzyskał oszczędności w wysokości 16,9%. Głównym czynnikiem wpływającym na te oszczędności były nagłe przyjęcia do szpitala. Na przełomie 5 lat liczba hospitalizacji w nagłych przypadkach wśród uczestników programu GK wzrosła jedynie o 10,2%, w porównaniu do 33,1% przypadków z innych regionów państwa. Poprawiając koordynację opieki i jakość komunikacji pomiędzy dostawcami usług zdrowotnych i społecznych, problemy zdrowotne można szybciej zidentyfikować i rozwiązać, zanim będą wymagały wsparcia służb ratowniczych, które należy do najbardziej kosztownych rodzajów opieki w systemie zdrowia [7].

Podsumowanie

Value Based Healthcare jest nową, skomplikowaną koncepcją wdrażaną przez kraje Regionu Europejskiego oraz części świata, dlatego też cały proces budowania środowiska sprzyjającego modelowi VBCH należy rozpatrywać

jako proces wieloetapowy i długofalowy. Co więcej, niewiele krajów posiada instytucje wspierające opiekę zintegrowaną oraz odpowiednio ukierunkowaną politykę zdrowia, aby wdrożyć VBCH w trybie natychmiastowym. Nawet te kraje, które podejmują rozbudowane działania wdrożeniowe mają trudności z przyjęciem opieki zintegrowanej, która stanowi główny element tego modelu. Wynika to między innymi z problemów natury psychologicznej i wyraża się pod postacią niechęci do zaakceptowania zmiany modelu rozliczania świadczeń, który był stosowany od dekad wobec poszczególnych grup interesariuszy z sektora opieki zdrowotnej. Dodatkowo, w niektórych krajach, np. takich jak Polska, problem stanowi brak lub słabo rozwinięta infrastruktura oraz niski poziom komputeryzacji, który uniemożliwia stworzenie jednego, ogólnokrajowego systemu informacyjnego, który służyłby do płynnej wymiany informacji dotyczących pacjentów.

Piśmiennictwo

1. The economist intelligence unit: An introduction to value-based healthcare in Europe. *N Engl J Med*; 2015; 363:2477–2481.
2. Gentry S, Badrinath P. Defining health in the era of value-based care: lessons from England of relevance to other health systems; *Cureus*; 2017; 9(3).
3. Value-Based Healthcare: a new model of care management <https://www.sigesa.com/en/2017/07/16/value-based-healthcare-a-new-model-of-care-management/> [dostęp: 12.09.2018r.].
4. Prognoza ludności Polski 2008-2035; http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf [dostęp: 18.09.2018r.]
5. Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia EHIS 2009.
6. Las claves de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario. *Deusto Business School*, 2015:6.
7. Value-based Healthcare: A Global Assessment <http://vbhc-globalassessment.eiu.com/executive-summary/> [dostęp: 10.09.2018r.]
8. Porter ME. A strategy for health care reform – toward a value-based system. *N Engl J Med*; 2009; 361: 109–112.
9. Gray JAM. How to get better value healthcare. *Offox Press*; 2007.
10. Porter ME. Value-based health care delivery. *Harvard Business School*; 2012.
11. Brown MM, Brown GC. Update on value-based medicine. *Curr Opin Ophthalmol*; 2013; 24(3):183–9.
12. What Is Value-Based Healthcare? <https://catalyst.nejm.org/what-is-value-based-healthcare/> [dostęp: 12.09.2018r.]
13. The four pillars of a value-based healthcare future <https://www.futurehealthindex.com/2018/01/26/pillars-value-based-healthcare/> [dostęp: 11.09.2018r.]

Zaakceptowano do edycji: 25.09.2018
Zaakceptowano do publikacji: 23.10.2018

Adres do korespondencji:

Weronika Ciecko
Al. Zwycięstwa 42a
80-210 Gdańsk
tel. 609 072 016
e-mail: weronika.ciecko@gumed.edu.pl