

VBHC

ROAD TO VALUE-BASED HEALTH CARE

PODSUMOWANIE KONFERENCJI

JUNE 11

/ 2019

MSMERMAID
CONFERENCE CENTER,
UL. WIOŚLARSKA 8,
00-411 WARSAW

11 czerwca odbyła się I Międzynarodowa Konferencja Road to value-based healthcare, poświęcona implementacji zasad VBHC w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia. Podczas wydarzenia zaprezentowany został raport o tym samym tytule. W wydarzeniu udział wzięli zagraniczni eksperci, przedstawiciele administracji rządowej oraz ośrodków akademickich.

ORGANIZATORZY:



Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm
Farmaceutycznych INFARMA



Europejska Federacja Przemysłu
i Stowarzyszeń Farmaceutycznych



International Consortium for Health
Outcomes Measurement

WSTĘP

Opieka zdrowotna oparta na wartościach (VBHC) stała się wiodącym podejściem mającym na celu poprawę wyników pacjentów i systemu opieki zdrowotnej na całym świecie. Koncepcje i strategie, które leżą u podstaw podejścia opartego na standardach i danych, stwarzają ogromne możliwości dla systemów opieki zdrowotnej w Polsce.

Celem konferencji było zbadanie możliwości wdrożenia VBHC w kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia oraz rozpoczęcie dyskusji i budowania konsensusu pomiędzy kluczowymi interesariuszami dotyczącego rozwijania inicjatyw VBHC w Polsce.

Ponadto konferencja miała na celu przybliżenie podstawowych zasad VBHC i przedstawienie dotychczasowych globalnych postępów w kierunku VBHC, jak również rozumienia wartości w opiece zdrowotnej z punktu widzenia pacjenta.



OFICJALNE ROZPOCZĘCIE KONFERENCJI I PRZYWITANIE

BOGNA CICHOWSKA-DUMA, INFARMA

- » Wdrożenie modelu VBHC wymaga holistycznego podejścia i aktywnego uczestnictwa wszystkich interesantów sektora rynku zdrowia, a implementacja wdrażania modelu jest procesem bardzo długotrwałym, ale i długofalowym.
- » Doświadczenia zagraniczne pokazują, że nie chodzi tylko o umieszczenia pacjenta w centrum zainteresowania, ale także o polepszenie jakości dialogu, zwiększenie partnerstwa pomiędzy instytucjami, wzajemną dyskusję i wspólną pracę.
- » Polski system ochrony zdrowia mierzy się z dużymi problemami finansowymi, organizacyjnymi i strukturalnymi, dlatego konieczne jest budowanie naszego systemu w oparciu o wypracowane, dobre wzorce.
- » Przygotowany przez organizację INFARMA raport to jedyne tak kompleksowe na rynku polskim opracowanie, przedstawiające zasady funkcjonowania modelu VBHC oraz przykłady wdrożeń zza granicy, a także pierwsze przykłady z Polski.

THOMAS ALLVIN, EUROPEAN FEDERATION OF PHARMACEUTICAL INDUSTRIES AND ASSOCIATIONS (EFPIA), BELGIA

- » W czasach kryzysu w ubiegłej dekadzie skupiono się na ograniczeniu wydatków na opiekę zdrowotną w Unii Europejskiej. Teraz już wiemy, że są to krótkowzroczne działania. Ograniczenia wydatków jest mniej racjonalne w perspektywie długoterminowej. Niektóre państwa zmniejszały wydatki na profilaktykę, wiemy teraz jednak, że było to błędne podejście, gdyż działania profilaktyczne są bardzo wydajne kosztowo w kontekście długofalowym.
- » VBHC skupia się na wynikach, które są najważniejsze dla pacjentów, jej celem jest reformowanie systemu ochrony zdrowia w taki sposób, aby dzięki pomiarom wyników i wykorzystywaniu danych można było przesuwać inwestycje z opieki niskowartościowej do wysokowartościowej.
- » Koncepcja VBHC rozprzestrzenia się po Europie i w różnych państwach staje się coraz bardziej popularna.
- » Każdy system ochrony zdrowia jest inny, ma swoją specyfikę, swoje wyzwania. Każdy też może być udoskonalony poprzez umieszczenie pacjenta i istotnych dla niego wartości w centrum rozważań.
- » W celu osiągnięcia długofalowych zmian, konieczne jest zaangażowanie wszystkich interesariuszy. Konieczny jest stały, ciągły dialog.

RADOSŁAW SIERPIŃSKI
AGENCJA BADAŃ MEDYCZNYCH

- » Zadaniem obecnej i przyszłej ekipy rządzącej jest wypracowanie wspólnego modelu VBHC.
- » Wszyscy interesariusze systemu są zgodni co do tego, że należy zdecydować za co płacimy w systemie.
- » Należy skupić się na zdefiniowaniu jakości w opiece zdrowotnej, oraz które produkty i które usługi powinny się znaleźć w koszyku świadczeń gwarantowanych, ponadto należy się zastanowić nad tym w jaki sposób „owskaźnikować” efekty działań w kierunku VBHC, tak aby stały się one mierzalne.
- » Należy bazować na benchmarkach światowych.
- » Dążenie w kierunku VBHC wymaga współpracy wszystkich stron zainteresowanych systemem ochrony zdrowia, w tym również sektora prywatnego.
- » Jeżeli wszyscy poznają swoje role w systemie, jeżeli wszyscy wspólnie będą zmierzać do jednego wytyczonego celu, to bez wątpienia system opieki zdrowotnej w Polsce będzie ewoluował we właściwym kierunku i, jak mówi pan minister Szumowski, nie zapewnimy rewolucji systemu ochrony zdrowia, a klarowną ewolucję.



SESJA

/ 01

VALUE-BASED HEALTHCARE IN ACTION — WPROWADZENIE DO KONSEPCJI VALUE-BASED HEALTHCARE

Temat opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC) podjęto z uwagi na to, że obecny system ochrony zdrowia w Polsce wymaga reorganizacji, aby mógł sprostać rosnącym potrzebom pacjentów. VBHC stanowi innowacyjne rozwiązanie w systemowym podejściu do opieki zdrowotnej, które wymaga wprowadzenia istotnych zmian w dotychczasowych przyjętych praktykach i obowiązujących zasadach zarówno dotyczących praktyki klinicznej jak i zarządzania. Konieczna jest zmiana podejścia w opiece zdrowotnej – ze skupionej i napędzanej podażą świadczeń zdrowotnych – na system skoncentrowany na potrzebach pacjenta i dostosowanie zakresu świadczeń i działań instytucji do jego potrzeb. Przejście na systemu VBHC powinno być przyjętą długofalową strategią w systemie ochrony zdrowia. Stanowi to bardzo szerokie pole do dyskusji nad stworzeniem ram prawnych, zakresem wprowadzanych zmian dla poszczególnych chorób oraz rozważań etycznych. Przyjęcie nowego modelu konstrukcji systemu i płatności wymaga czasu oraz zaangażowania wszystkich interesariuszy ochrony zdrowia – horyzontalnie i wertykalnie.

W wystąpieniach prelegentów wyjaśnione zostały przyczyny, które powodują konieczność wprowadzenia zmian w obecnych systemach opieki zdrowotnej na świecie i w Polsce. Ponadto zostały przybliżone najważniejsze założenia koncepcji VBHC, składowe modelu VBHC zaproponowanego przez Portera oraz przykłady dobrych praktyk na świecie. Ponadto podkreślona została istotna rola pacjenta, którego potrzeby powinny być brane pod uwagę we wszystkich rozważaniach na temat nowego systemu opieki zdrowotnej.

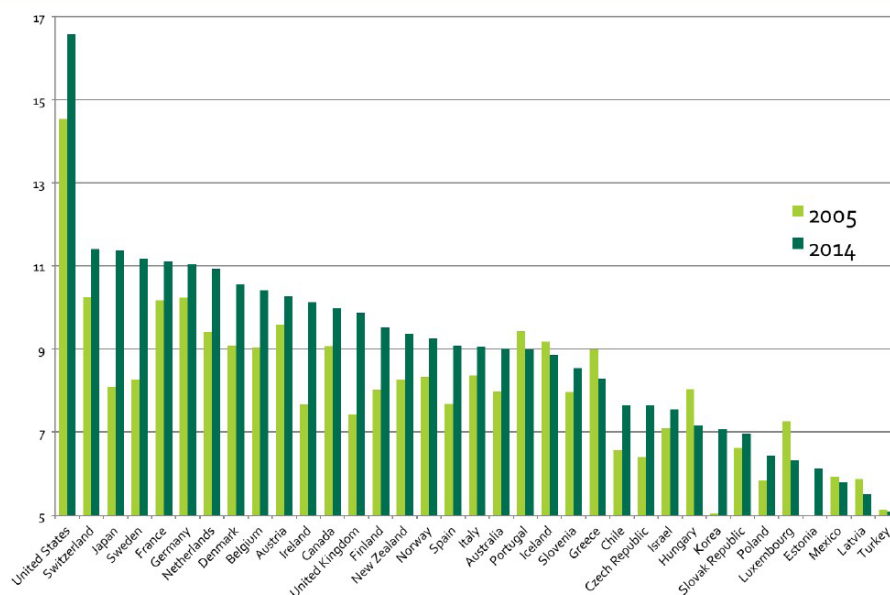
NEIL BACON PREZES ICHOM, WIELKA BRYTANIA

An overview of value-based healthcare

KEY MESSAGES:

- » Jako jedno z przyczyn konieczności wdrożenia VBHC wymieniono: wzrost globalnych wydatków na ochronę zdrowia, który jest większy niż wzrost PKB (problem ten dotyczy również Polski, której wydatki na ochronę zdrowia od 2004 do 2014 r. wzrosły o blisko 40%); brak wystandaryzowanych pomiarów wyników pacjentów w poszczególnych krajach, zbyt częste opieranie refundacji na ilości a nie na jakości finansowanych świadczeń.
- » Przy stale rosnących wydatkach na opiekę zdrowotną należy mieć świadomość, że pieniądze wydawane są w odpowiedni sposób, że nie są one marnowane na słabej jakości opiekę zdrowotną.
- » Według ICHOM VBHC to jedyne słuszne rozwiązanie, które pozwoli zreformować system ochrony zdrowia, umożliwiając uzyskanie możliwie jak najlepszych wyników zdrowotnych przy jednocześnie niższych kosztach.
- » Zasadą stojącą za VBHC jest wartość (value) rozumiana jako iloraz uzyskanych (istotnych z perspektywy pacjenta) wyników zdrowotnych do kosztów uzyskania takiego wyniku.

Healthcare spending is growing in an unsustainable fashion

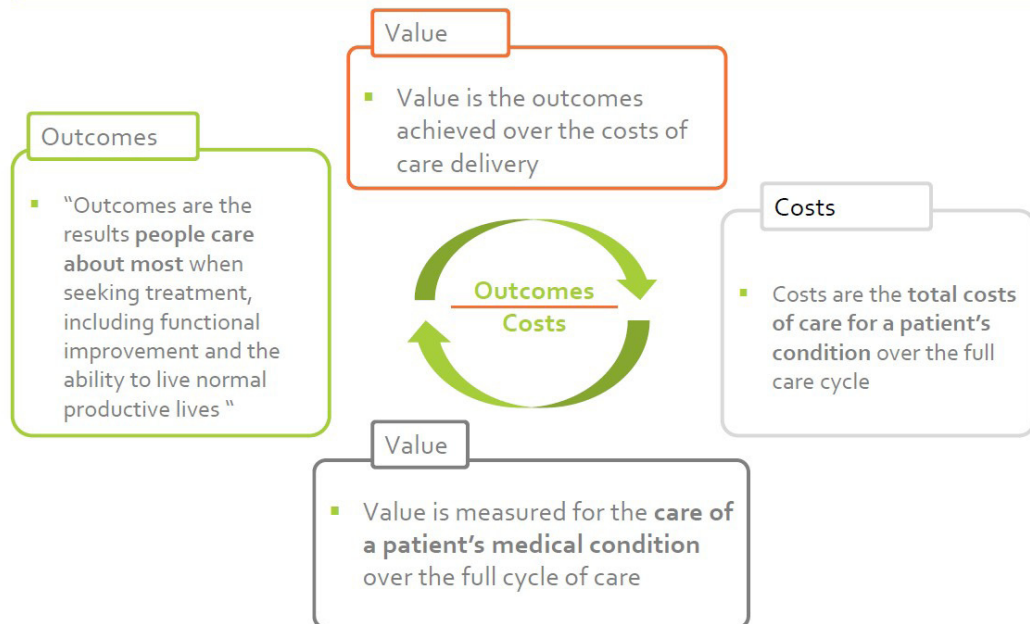


Copyright © 2018 by the International Consortium for Health Outcomes Measurement. All rights reserved.

3



Principles of Value Based Healthcare



Copyright © 2018 by the International Consortium for Health Outcomes Measurement. All rights reserved.

7

- » Wyniki zdrowotne to rezultaty, na których pacjentom szukającym leczenia zależy najbardziej, obejmują one poprawę funkcjonalności i zdolności do normalnego, produktywnego życia; z kolei koszty powinny być szacowane na poziomie danego stanu chorobowego, obejmując cały cykl terapeutyczny dla danego pacjenta.
- » Wdrożenie VBHC jest potrzebne na całym świecie, ICHOM dąży do tego, żeby proces wprowadzania VBHC był łatwiejszy, nowe podejście w ochronie zdrowia powinno przynieść oszczędności dla całego systemu, instytucji opieki zdrowotnej, poszczególnych szpitali, i wszystkich pozostałych podmiotów.

VINCIANE QUOIDBACH
KIEROWNIK PROJEKTU BADAWCZEGO (PUBLIC HEALTH AND POLICY) W EUROPEJSKIEJ
RADZIE MÓZGU – EUROPEAN BRAIN COUNCIL (EBC), BELGIA

Value-based Healthcare

KEY MESSAGES:

- » EBC jest siecią kluczowych graczy w leczeniu chorób mózgu.
- » Obciążenie chorobami mózgu rośnie, obciążenie także rośnie w odniesieniu do kosztów bezpośrednich i pośrednich związanych z chorobami mózgu.
- » W swojej pracy EBC patrzy głównie na to co jest ważne dla pacjenta.
- » EBC opracowało innowacyjny projekt badawczy dotyczący określenia wartości w leczeniu chorób mózgu. Badaniem objęto osoby ze stwardnieniem rozsianym w Europie. Wykazano istnienie ogromnych różnic w dostępie do leczenia oraz sposobie leczenia w obrębie poszczególnych państw europejskich. Wynikiem prac było zaproponowanie rozwiązań mających na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym, w tym dotyczących najlepszych interwencji, które można wprowadzić w proces terapeutyczny. W projekcie badano również wpływ społeczno-gospodarczy proponowanych rozwiązań.
- » Istotnym punktem badania było przedstawienie perspektywy pacjenta; najważniejsze jest, aby pacjent był w centrum rozważań, aby móc spełnić jego jak dotąd niezaspokojone potrzeby.
- » Badanie pozwoliło przedstawić wnioski i zalecenia dotyczące polityki zdrowotnej przedstawione na poziomie systemów ochrony zdrowia, które mogą przełożyć się na wyższą jakość życia, lepsze wyniki zdrowotne i na mniejsze obciążenie chorobą pacjentów. Główne wnioski dotyczyły wcześniejszej diagnozy i wcześniejszego rozpoczęcia leczenia, które pozwalają spowolnić progresję stwardnienia rozsianego, oraz wprowadzenia skoordynowanego interdyscyplinarnego podejścia w opiece nad pacjentem. Należy pamiętać, że wartość wyników zdrowotnych dotyczy nie tylko samego pacjenta, ale także całego jego otoczenia. EBC opracowało ramy do działań na szczeblu krajowym.

PANEL dyskusyjny

VALUE-BASED HEALTHCARE IN POLAND — OPIEKA ZDROWOTNA OPARTA NA WARTOŚCI W POLSCE

Dyskusja miała na celu przedstawienie idei VBHC z punktu widzenia różnych uczestników systemu ochrony zdrowia, co ma kluczowe znaczenie w kontekście wdrażania zmian, gdyż tylko holistyczne podejście i zaangażowanie wszystkich uczestników systemu gwarantuje powodzenie implementacji VBHC.

Zaproszeni eksperci przedstawili wstępne projekty wspierające wdrażanie i rozpowszechnianie VBHC. Omówiono ponadto działania, które mogą być pomocne w udanym wdrażaniu VBHC w Polsce.

Moderator dyskusji:

MACIEJ BANACH – dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Eksperti biorący udział w dyskusji:

PIOTR RADZISZEWSKI – Narodowa Rada Rozwoju

BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC – Rzecznik Praw Pacjenta

ROMAN-TOPÓR MĄDRY – prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

RADOSŁAW SIERPIŃSKI – Agencja Badań Medycznych

Jaka jest rola agencji w procesie ewolucji w kierunku VBHC, jaką ważną rolę odgrywa agencja oraz w jaki sposób przygotowuje się do tego, żeby rzeczywiście być jednym z kluczowych graczy w procesie wprowadzenia VBHC w Polsce?

ROMAN-TOPÓR MĄDRY

- » Agencja od lat ocenia zasadność wpisywania leków na listy refundacyjne w oparciu o dowody naukowe, a od niedawna zajmuje się również kwalifikacjami świadczeń.
- » Agencja zajmuje się również taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej, w tym opracowywaniem standardu rachunku kosztów, w ramach projektu badana jest również zależność pomiędzy stanem klinicznym pacjenta a kosztem leczenia.
- » Do innych zadań Agencji należy ocena wytycznych praktyki klinicznej – zgodnie z narzędziem AGREE II. Wytyczne oceniane są pod względem merytorycznym, ale również czy zalecane procedury są zawarte w koszyku świadczeń. Proces ten stanowi pomoc w opracowaniu ścieżek terapeutycznych, procesu leczenia opierającego się na wytycznych praktyki klinicznej.
- » Agencja zajmuje się ponadto oceną programów polityki zdrowotnej w takim znaczeniu, aby przynosiły one zakładany efekt (choć jest on trudny do zmierzenia), trwają prace nad stworzeniem standardów programów polityki zdrowotnej.
- » We wszystkich wspomnianych działaniach Agencja próbuje patrzeć na zdrowie pacjenta w sposób kompleksowy, stworzyć systemy automatycznego zbierania i przetwarzania danych, zainicjować działania w kierunku poszerzania zakresu danych pozyskiwanych w opiece zdrowotnej.
- » Aby móc uzyskać niezbędne kompletne dane do oceny efektów i kosztów opieki zdrowotnej konieczne jest nie tylko wprowadzanie rejestrów, ale także pełna informatyzacja całego systemu ochrony zdrowia.

Czy AOTMiT pracuje nad takimi rozwiązaniami, które pozwoliłyby na przykład ocenić cały proces leczenia pacjenta pod kątem zgodności z obowiązującymi standardami. Co się stanie z raportowanymi danymi, jeśli pacjent zmieni miejsce leczenia, zmieni szpital czy poradnię?

ROMAN-TOPÓR MĄDRY

- » Idealnie byłoby móc śledzić cały proces leczenia poczynając od narodzin do śmierci (lifelong study). Jesteśmy w drodze ku przygotowaniu systemu do tego typu wyzwań. Przykładem jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, będącym centrum informacji medycznych. Trwają rozmowy z ZUSem na temat możliwości połączenia danych klinicznych i danych dotyczących chorobowości wyrażanej pod postacią zwolnień lekarskich i wcześniejszego przechodzenia na emeryturę czy rentę. Jest szansa, że wszystkie dane będą zebrane w jednym miejscu, co istotnie obserwuje się poprawę metodyki danych w szczególności metodyki analitycznej.

Jaka będzie rola Agencji Badań Medycznych (ABM) w aspekcie zbierania danych, badań, czy wszystkich pozostałych elementów, które mogą przyczynić się do rozwoju i stopniowego wdrażania VBHC w Polsce?

RADOSŁAW SIERPIŃSKI

- » Rolą ABM jest dostarczanie wiarygodnych, personalizowanych danych z polskiego systemu ochrony zdrowia. Nie można bazować na benchmarkach międzynarodowych, gdyż technologie, które niejednokrotnie sprawdzają się w Stanach Zjednoczonych, w Wielkiej Brytanii, Szwecji, czy innych krajach zamożniejszych niekoniecznie sprawdzą się również w polskim systemie ochrony zdrowia. Powinno się szacować zasadność stosowania tych technologii na podstawie własnych badań. ABM posiada potencjał badawczy, którego nie posiada AOTMiT.
- » W najbliższym czasie rozpoczną się badania systemowe oceniające niektóre modele opieki koordynowanej, które poniekąd są badaniami klinicznymi, a których celem jest przedstawienie Ministerstwu Zdrowia bardzo wyraźnych, konkretnych danych uzyskanych w projektach prospektywnych.
- » Rolą ABM może być również zarządzanie rejestrami. Jest to wykonalne, gdyż ABM ma możliwość agregowania danych z różnych źródeł, takich jak GUS i ZUS. Dzięki tym działaniom ABM będzie mogła wypracować bardzo koherentny model płacenia za konkretne usługi w ochronie zdrowia, jednocześnie będzie mogła opracować wskaźniki, które będą definiować jakość opieki.
- » Rolą ABM jest również ocena, które ze wskaźników opracowanych międzynarodowo, będą mogły się przełożyć na warunki w polskim systemie ochrony zdrowia.
- » ABM będzie pomagać we wdrażaniu i wprowadzaniu do koszyka świadczeń gwarantowanych nowoczesnych technologii medycznych opracowywanych przez polskich naukowców.

Czy według Pana wszystkie procedury medyczne da się ocenić pod kątem efektywności, również dotyczące stanów przewlekłych, czy chorób rzadkich, dla których trudne jest określenie efektywności czy jakości?

RADOSŁAW SIERPIŃSKI

- » Kluczowe w tym jest powiązanie wyceny z kliniką, to czym w tej chwili zajmuje się AOTMiT.
- » Należy dostosować wskaźniki do realiów polskiej ochrony zdrowia, należy wypracować taki model, który będzie w pewien sposób zostawiał margines na to, żeby szpitale o wyższym stopniu referencyjności, które co do zasady, będą miały więcej powikłań, nie narazić na dodatkowe koszty czy deprecjonowanie ich osiągnięć.

- » Powinno się „owskaźnikować” możliwie jak największą liczbę procedur medycznych, oczywiście z pewnymi wyjątkami, jak np. choroby rzadkie czy ultrarządkie, gdyż trudno jest ocenić efektywność kosztową leczenia kilku dzieci. W tym przypadku walczy się przede wszystkim o poprawę jakości ich życia, lecz z drugiej strony nie można ich pominąć w całym procesie. Z tego względu choroby rzadkie powinny znaleźć się poza całkowicie kosztowymi kryteriami oceny.

Jaka jest rola Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), jaka jest rola stowarzyszeń pacjentów, które są coraz bardziej świadome swoich chorób i możliwości diagnostyki czy leczenia, w tworzeniu systemu VBHC w Polsce?

BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC

- » Rolą RPP, wspólnie z organizacjami pacjentów, we wdrażaniu VBHC jest monitorowanie przestrzegania prawa przez podmioty lecznicze, analizowanie problemów w systemie ochrony zdrowia, komunikowanie tych problemów decydentom oraz wskazywanie rozwiązań dotyczących wyrównywania różnic pomiędzy tymi podmiotami.
- » Kolejną rolą RPP jest ocenianie przestrzegania praw pacjenta, które również stanowią wartość dla pacjenta w systemie VBHC. Kluczowe jest podejmowanie działań skierowanych na współpracę z podmiotami w kierunku poprawy przestrzegania tych praw.
- » Istotną jest również edukacja i współpraca z organizacjami pacjentów. Pacjentów należy angażować w proces wdrażania VBHC, w tym w proces legislacyjny, powinno się uświadamiać pacjentów, że to oni są najbardziej odpowiedzialni za swoje zdrowie, z kolei państwo powinno zapewnić realną możliwość rozmowy pacjenta z lekarzem.

Dlaczego temat VBHC jest ważny i dlaczego to był jeden z pierwszych tematów podjętych przez Narodową Radę Rozwoju (NRR) przy prezydencie RP, i jakie po trzech latach działania NRR macie Państwo wnioski jako grupa ekspercka przy prezydencie RP?

PIOTR RADZISZEWSKI

- » Działania NRR rozpoczęto od analizy systemu, której celem była ocena funkcjonowania polskiej opieki zdrowotnej. Podczas licznych rozmów z zapraszonymi ekspertami bardzo często pojawiał się temat VBHC. Pojawiło się przekonanie, że należy zacząć rozmawiać o tym, jak przeorganizować polską opiekę zdrowotną w taki sposób, aby pacjenci dostali to czego potrzebują, wtedy kiedy tego faktycznie potrzebują, a więc zgodnie z główną zasadą koncepcji VBHC.

- » W Polsce przez długi czas patrzyło się relatywnie krótkowzrocznie na efekt zdrowotny, który był oceniany w skali punktowej, kilku miesięcznej lub co najwyżej w skali rocznej. Okazało się, że w Polsce bazy danych w zasadzie nie istnieją, te które istnieją nie gromadzą właściwych danych.
- » Innym istotnym problemem opieki zdrowotnej, jest fakt, że wprowadzanie wytycznych w Polsce w porównaniu z innymi krajami na świecie trwa zwykle o 10 do 15 lat dłużej.
- » Innowacje w medycynie napędzają rozwój, w Polsce wprowadza się je trudno, a ich wprowadzanie do koszyka świadczeń gwarantowanych jest praktycznie niemożliwe.
- » Rolą RPP powinno być koordynowanie procesu oceny efektów zdrowotnych przez pacjenta dla technologii medycznych i terapii (PROMs).
- » Przekładem działań NRR jest opracowanie Narodowej Strategii Onkologicznej, która została stworzona w oparciu o VBHC, przy której opracowywaniu istotne były głosy pacjentów.

PODSUMOWANIE MODERATORA

Wiele jeszcze jest do zrobienia, aby móc wdrożyć VBHC w Polsce, ale wiele zostało już zrobione co może się przełożyć i już się przekłada na poprawę opieki zdrowotnej. Bardzo dużo sami możemy zrobić w obszarze własnych jednostek, którymi zarządzamy, przykładowo wprowadzając programy koordynowanej opieki, zapewniając ciągłość opieki, czy wprowadzając digitalizację placówek. W pierwszej kolejności VBHC powinno być wprowadzane w obrębie własnych jednostek organizacyjnych, aby potem móc korzystać z rozwiązań systemowych wprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT, NFZ i inne organizacje.

PODSUMOWANIE PANELU DYSKUSYJNEGO

Zaproszeni goście przedstawili propozycję ról, którą poszczególne strony systemu mogłyby spełniać we wdrażaniu VBHC. Przedstawiono projekty i działania wpisujące się w pewnym stopniu w koncepcję VBHC.

Prezes AOTMiT, Roman-Topór Mądry, przypomniał, że agencja zajmuje się kwalifikacją świadczeń wykorzystując wytyczne i dowody naukowe, taryfikacją świadczeń, oceną wytycznych klinicznych, oceną programów polityki zdrowotnej. Podkreślił konieczność wprowadzania rejestrów oraz pełnej informatyzacji systemu opieki zdrowotnej. Dodał, że dobrej jakości dane są kluczowe, by ocenić efektywność opieki zdrowotnej. W procesie tym niezbędna jest standaryzacja.

Z kolei Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych, przedstawił rolę jaką może pełnić ABM we wdrażaniu VBHC. ABM posiada potencjał badawczy, którego nie posiada AOTMiT. Pan Prezes zaproponował rolę ABM jako zarządcy rejestrów medycznych tworzonych w resorcie. Ponadto zadaniem ABM może być tworzenie wskaźników umożliwiających monitorowanie wydatkowanych pieniędzy oraz pomoc we wprowadzaniu technologii medycznych tworzonych w Polsce.

Rzecznik Praw Pacjenta, Bartłomiej Chmielowiec, podkreślał znaczenie praw pacjenta w koncepcji VBHC, które również stanowią wartość istotną dla pacjenta. Podkreślił konieczność zaangażowania pacjentów w proces wdrażania VBHC oraz współpracy przy tworzeniu prawa i przepisów.

Z kolei Piotr Radziszewski z Narodowej Rady Rozwoju podkreślił konieczność spojrzenia długoterminowo na efekty wprowadzania zmian w systemie opieki zdrowotnej. Według niego konieczne są dyskusje na temat tego co należy mierzyć i jak mierzyć efekt zdrowotny uwzględniając w tych pomiarach również koszty pośrednie i zysk pośredni. Istotne jest ułatwienie procesu wdrażania innowacyjnych rozwiązań, które obecnie trudno się wprowadza w Polsce.

SESJA

/ 02

STANDARIZATION AND OUTCOMES MEASUREMENT — STANDARYZACJA I POMIAR WYNIKÓW ZDROWOTNYCH

Regularne i wystandaryzowane pomiary wyników zdrowotnych istotnych dla pacjenta stanowią główne źródło informacji przy podejmowaniu decyzji przez pacjentów, zespoły medyczne, szpitale, płatników i agencje wydające opinie na temat nowych technologii. Pomiary wyników zdrowotnych i kosztów umożliwiają prowadzenie przejrzystego dialogu pomiędzy stronami zainteresowanymi i rozpowszechnienie najlepszych praktyk. Porównywanie właściwych wyników pozwala na identyfikację różnic pomiędzy ośrodkami lub świadczeniodawcami w zakresie wyników zdrowotnych, algorytmów postępowania czy organizacji opieki, a także określenia czynników powodujących te różnice i ewentualnie wprowadzenie zmian w zakresie opieki nad pacjentem. Istotą VBHC jest uczynienie pomiarów wyników i kosztów powszechną i integralną częścią świadczenia opieki zdrowotnej, w sposób jak najmniej obciążający świadczeniodawców.

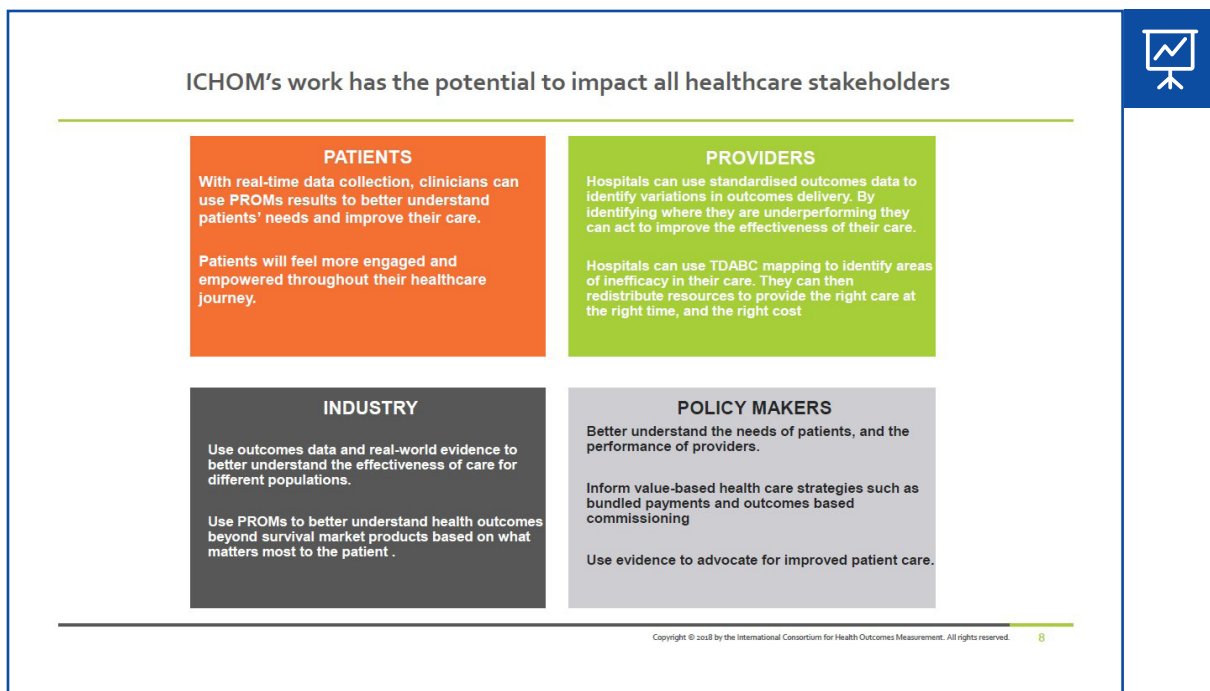
Sesja II miała na celu podkreślenie istotności mierzenia wyników w systemach ochrony zdrowia, ich standaryzacji z uwzględnieniem procesów i zrównoważonego pomiaru, jak również podkreślenie roli pacjentów w mierzeniu wyników zdrowotnych (PROM). W wystąpieniach prelegentów przedstawiono metody opracowywania standardowych zestawów wskaźników, sposób ich pomiaru, analizy oraz wdrażania w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto przedstawiono przykład stosowania regularnych pomiarów standardowych wyników w Martini Klinik w Niemczech, sposób zbierania wyników, w tym PROM, analizowania różnic oraz wprowadzania zmian mających na celu poprawę uzyskiwanych wyników.

RACHEL TEFAYE ICHOM, WIELKA BRYTANIA

Introduction to ICHOM and outcomes measurement

KEY MESSAGES:

- » Przy opracowywaniu wskaźników ICHOM korzysta z danych pacjentów i współpracuje z nimi bazując również na danych zgłaszanych przez placówki ochrony zdrowia.
- » W modelu prof. Portera jest 5 kluczowych elementów:
 - › Mierzenie wyników i kosztów na każdego pacjenta,
 - › Jednostki ds. koordynacji opieki,
 - › Płatności pakietowe i płacenie za cały cykl leczenia,
 - › Zintegrowanie systemu dostarczania opieki,
 - › Poszerzanie zasięgu geograficznego.
- » Istotne jest również stworzenie platformy IT, która umożliwi wymianę wszystkich informacji.
- » Leczenie większej liczby pacjentów w mniejszej liczbie lokalizacji przyczynia się do zwiększenia jakości opieki zdrowotnej, aczkolwiek takie przeorganizowanie opieki może stanowić wyzwanie.
- » Kluczowe jest przeprowadzanie właściwych świadczeń, we właściwym miejscu, we właściwym czasie dostosowując cały proces do dostępnych zasobów.
- » W rozważaniach na temat VBHC często mówi się o stawianiu pacjenta w centrum działań, co tak na prawdę oznacza uzyskanie informacji na temat potrzeb pacjenta bezpośrednio od niego.



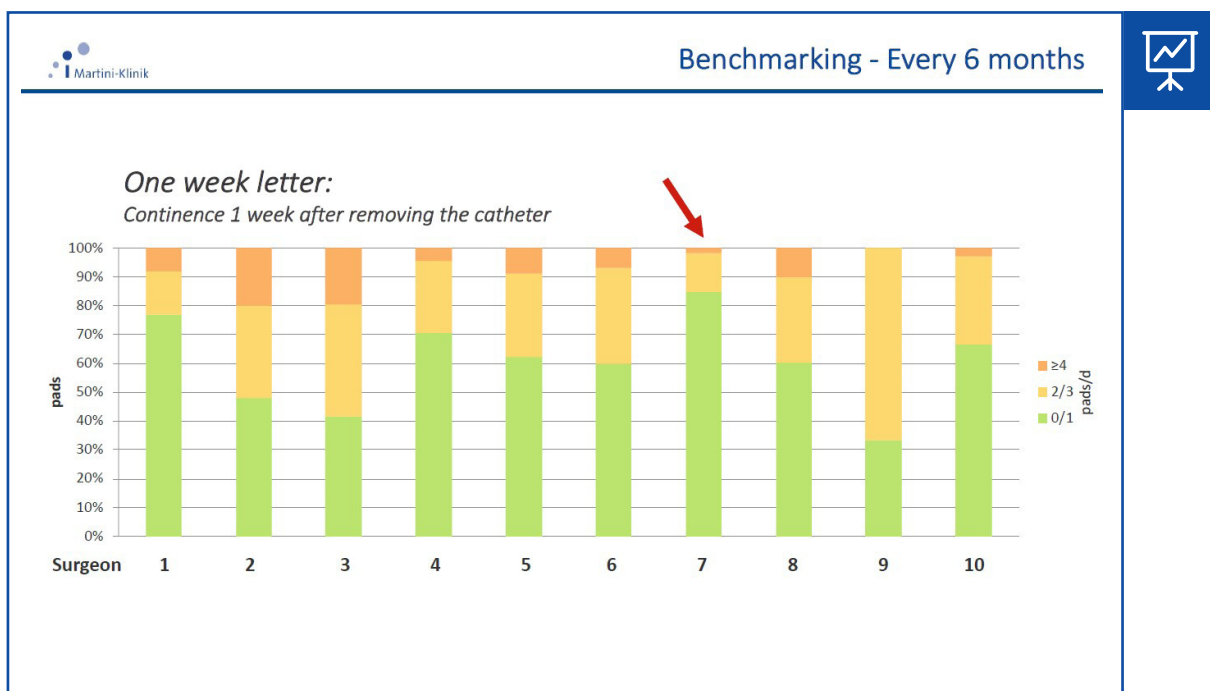
- » Nie można wprowadzać VBHC bez zwiększenia dostępu do danych i komunikacji, upewnienia się, że ma się solidny system do wymiany informacji, zwiększenia możliwości wykorzystania dostępnych informacji, łatwego dostępu do zbieranych danych, standardów interoperacyjności, wprowadzania interwencji mobilnych ułatwiających zbieranie danych na bieżąco.
- » ICHOM skupia się na definiowaniu standardów, ważnym elementem jest benchmarking wyników oraz zadbanie o przejrzystość wyników.
- » Wszyscy kluczowi interesariusze systemu mają wpływ na VBHC.

BURKHARD BEYER – MARTINI KLINIK, NIEMCY

What matters for the patient... Value based healthcare in a specialized disease center

KEY MESSAGES:

- » Klinika Martini to jedyna europejska instytucja, która poświęcona jest wyłącznie diagnozie i leczeniu raka prostaty, zapewniająca wszelkie świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne w obszarze raka prostaty, w tym leczenie miejscowe, radioterapię, brachyterapię, immunoterapię i chemioterapię. Niedawno w klinice wprowadzono program edukacji pacjentów w zakresie aktywności fizycznej, którą chorzy mogą wykonywać oraz możliwości leczenia raka prostaty. Klinika funkcjonuje jako IPU, zgodnie z założeniami prof. Portera.
- » Martini Klinik jest największym ośrodkiem na świecie, w którym diagnozuje i leczy się raka prostaty, leczy się ponad 2 tys. pacjentów rocznie, w klinice jest 12 chirurgów i każdy pacjent ma swojego chirurga prowadzącego.
- » W klinice zaniechano pracy w systemie hierarchicznym, który jest powszechnie stosowany w Niemczech, a wprowadzono system równoważnych partnerów, w którym wszyscy lekarze spotykają się na zasadach równorzędności co jest ważne dla otwartej, skutecznej komunikacji, rzetelnego przekazywania swoich wyników i wniosków, co też ułatwia dyskusje na różne tematy.
- » W klinice podstawą jest mierzenie wyników zdrowotnych. Bardzo wcześnie zaczęto stosować PROM, wydano serię kwestionariuszy przedoperacyjnych. Klinika dysponuje danymi ponad 28 tys. pacjentów, którzy przeszli leczenie raka prostaty, w tym dokładne dane przedoperacyjne, na podstawie których możliwe jest stworzenie klasyfikacji ryzyka.
- » Wykorzystywane są dane z badań klinicznych, podstawowe dane naukowe i dane od pacjentów w celu kontroli jakości.



- » Co 6 miesięcy chirurdzy spotykają się w celu porównaniu swoich wyników, w ten sposób chirurdzy uczą się od siebie nawzajem.
- » Aby móc porównywać wyniki bardzo istotna jest standaryzacja, ważne jest, aby wyniki były ujednolicone, dlatego Martini Klinik współpracuje z ICHOM.
- » Pomiar wyników powinien być systematyczny, ustandaryzowany, dostosowany do ryzyka, przejrzysty i porównywalny na szczeblu międzynarodowym.

ELIZABETH MACLEAN – ICHOM, WIELKA BRYTANIA

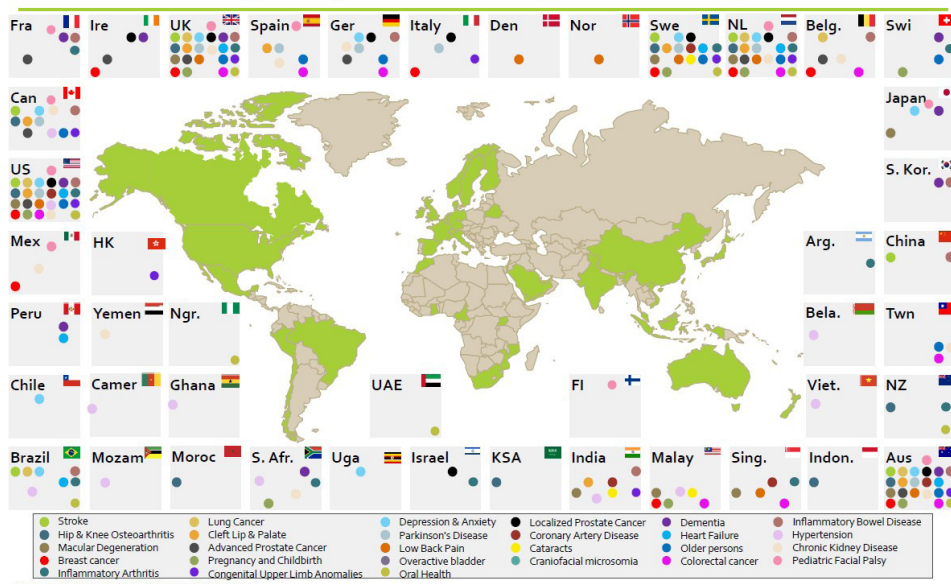
Standardising outcomes measurement (prezentacja została przedstawiona na sesji III)

KEY MESSAGES:

- » ICHOM zajmuje się tworzeniem wspólnych, standardowych narzędzi, które mogą być stosowane przez wszystkie szpitale w codziennej praktyce, tak aby możliwe było lepsze zrozumienie wyników, wpływu działań na pacjenta, zidentyfikowanie problemów ważnych dla pacjentów i znalezienie rozwiązań, stanowiących odpowiedzi na te problemy. Mając to na uwadze standardy ICHOM wprowadzają podstawowe zasady określające pomiar dla danego stanu chorobowego, a nie dla konkretnej jednostkowej procedury stawiając na bardziej holistyczne podejście do pełnej ścieżki opieki nad pacjentem.
- » Celem działań ICHOM jest między innymi ustalenie minimalnego zestawu wdrażanych miar, które mogą stanowić platformę współpracy pomiędzy jednostkami. Miary wyników hierarchizowane są następująco: przeżycie i stan zdrowia, długość procesu rekonwalescencji, zrównoważone spojrzenie na zdrowie i długoterminowe efekty leczenia. Ocenie podlegać powinny parametry istotne z perspektywy pacjenta, pozostałe pomiary stanowią natomiast jedynie zbędne obciążenie dla systemu.



ICHOM Working Group members originate from 44 countries



Copyright © 2018 by the International Consortium for Health Outcomes Measurement. All rights reserved. 6

- » W proces doboru miar zaangażowani są eksperci z różnych obszarów z obecnie 44 państw. Uwzględnione miary muszą w praktyczny sposób pokazywać efekty leczenia oraz być wykonalne – nieobciążające zbytnio dla lekarzy. Przy wyborze narzędzi uwzględnia się te już wykorzystywane. Muszą być one możliwe do zastosowania globalnie oraz dostępne finansowo dla wszystkich państw. Zestawy miar wybierane są na drodze konsensusu grupy roboczej (metoda delficka, wymagany konsensus na poziomie 70%), a następnie poddawane są konsultacjom z organizacjami pacjentów i prezentowane szerszej grupie odbiorców.
- » Obecnie wydano 27 zestawów dla różnych jednostek chorobowych.

PANEL dyskusyjny

NEW PRACTICES AND SOLUTIONS FOR POLAND — NOWE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA DLA POLSKI

Do skutecznego wdrożenia VBHC konieczne jest wprowadzanie odpowiednich mierników wartości w opiece zdrowotnej. Wskaźniki te powinny być wystandaryzowane, aby mogły mieć zastosowanie w całym systemie, powinny uwzględniać perspektywę pacjenta, najważniejszego uczestnika systemu ochrony zdrowia, powinny być wreszcie mierzalne, tak aby system mógł je wykorzystywać w praktyce.

Celem panelu dyskusyjnego jest próba określenia, na jakim etapie jest aktualnie proces mierzenia wartości w opiece zdrowotnej w Polsce.

Moderator dyskusji:

MAGDALENA WŁADYSIUK – prezes stowarzyszenia CEESTAHC,
wiceprezes HTA Consulting

Eksperci biorący udział w dyskusji:

ZBIGNIEW KRÓL – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

DARIUSZ TERESZKOWSKI-KAMIŃSKI – NFZ

RAFAŁ NIŻANKOWSKI – przewodniczący Rady Przejrzystości przy prezesie AOTMiT

ROMAN TOPÓR-MĄDRY – prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

IGA LIPSKA – pełnomocnik prezesa NFZ ds. szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych

Już w latach 90 brał Pan udział w licznych projektach związanych z wdrażaniem rozwiązań systemowych w oparciu o standaryzację i ocenę efektów zdrowotnych – co Pana zdaniem udało się przez te lata zmienić? Jakie istotne elementy z punktu widzenia strategicznego obecnie są brane pod uwagę w czasie tworzenia rozwiązań dla systemu ochrony zdrowia?

ZBIGNIEW KRÓL

- » Wartość z perspektywy pacjenta jest inna od tej uwzględnianej w wielu debatach, to co obecnie najczęściej jest brane pod uwagę w dyskusjach na temat systemów ochrony zdrowia to finansowanie; konieczna jest zatem debata dotycząca rozumienia wartości.
- » Ministerstwo od kilku lat próbuje odejść w opiece zdrowotnej od konkurencyjności świadczeniodawców w zakresie finansowym np. konkursowania, a więc próbuje odejść od systemu, w którym istotna jest ilość świadczonych usług i przejść na system, w którym najważniejsza jest jakość istotna z perspektywy pacjenta.
- » Ustawa Ochrona Zdrowia Psychicznego – ustawa weszła w życie w 1994 roku, lecz jej zapisy nie zostały zrealizowane do końca pierwszego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W psychiatrii okazało się przez 25 lat funkcjonowania ustawy, że w Polsce ma miejsce ukierunkowanie na opiekę szpitalną, z kolei na świecie kierunek jest zupełnie inny. Nie ma możliwości uruchomienia opieki środowiskowej, która jest niezmiernie istotna w procesie terapeutycznym w psychiatrii. Utrzymanie ról społecznych pacjenta z chorobą psychiatryczną stanowi największą wartość dla pacjenta.

Jaką widzi Pan rolę świadczeniodawców w zarządzaniu, optymalizowaniu, ale przede wszystkim zwiększaniu efektów zdrowotnych dla samych pacjentów. Czy może Pan podać przykład rozwiązań w kierunku VBHC w Polsce?

DARIUSZ TERESZKOWSKI-KAMIŃSKI

- » Dane, które są wprowadzane w NFZ od 1999 roku, na temat pacjentów i ich leczenia są kompletne, jest pomysł, aby dane o pacjentach wykorzystać do analiz przewencyjnych, a więc do przewidywania co się może stać z pacjentem w najbliższej przyszłości na podstawie historii medycznej z poprzednich lat. Jest to pole dla NFZ, aby przeprowadzić takie analizy, aby zrobić program, który będzie dawał wskazówki dla pacjentów dotyczące postępowania w celu zapobiegnięcia pewnym zdarzeniom zdrowotnym.
- » Rejestr medyczny powinien stanowić podstawę do ewentualnej zmiany finansowania świadczeń z ilości (volume) w kierunku wartości (value). Obecnie prowadzone są działania zmierzające do tego, aby rejestry zaczęły dobrze funkcjonować, przykładem mogą być rejestry w obszarze kardiologii.

- » Innym przykładem zaawansowanego rejestru jest rejestr w okulistyce, prowadzony przez prof. Rękasa, jest on bardzo dokładny, ma być całkowicie kompletny i może być wykorzystywany do zmiany podejścia w płaceniu za usługi.
- » NFZ się przekształca, wdrażana jest nowa strategia działania w kierunku zmiany podejścia w finansowaniu w opiece zdrowotnej.

Jaka powinna być rola rejestrów, jakie dane zbierać i w jakich obszarach, czy powinno się myśleć tylko o rejestrach czy bardziej iść w stronę digitalizacji systemu ochrony zdrowia?

RAFAŁ NIŻANKOWSKI

- » Rejestry, o których toczy się dyskusja muszą spełniać pewne wymogi, a co więcej w związku z technologią, którą obecnie mamy do dyspozycji i która pozwala poszerzać zakres rejestrów (np. poprzez dołączenie aplikacji mobilnych, które są źródłem PROMs i PREMs) muszą być one dobrze przemyślane. Są dobre przykłady na świecie, np. Szwecja i Dania, w których tworzy się platformy cyfrowe, na których instaluje się poszczególne rejestry. Należy stworzyć jednostkę, która będzie profesjonalnie ustawiona na tworzenie i prowadzenie rejestrów oraz analizowanie danych.
- » Rejestry mają służyć całemu społeczeństwu. Dane z nich uzyskiwane powinny wpływać na świadczeniodawców, mieć efekt uczenia się, na ich podstawie świadczeniodawcy powinni poprawiać swoje wyniki. Rejestry powinny dawać możliwość porównywania wyników poszczególnych świadczeniodawców, dostosowania do ryzyka pacjenta (risk adjustment) i posiadać cały szereg innych cech, aby w pierwszej kolejności stymulować poprawę jakości opieki. Wiele przykładów z całego świata stanowi dowód, że jest to możliwe, i że to działa.
- » Należy zachować dużą ostrożność przy wprowadzaniu modelu finansowania za wartość, gdyż jest wiele przykładów negatywnych doświadczeń związanych z wprowadzeniem pay-for-performance na świecie.
- » W pierwszej kolejności powinno wprowadzać zmiany w systemie opieki zdrowotnej, w dalszej kolejności zmiany dotyczące finansowania. Zmiany te powinny być wprowadzane powoli, w stopniowy sposób.

Proszę opowiedzieć o projekcie HB-HTA, jako przykład działań w kierunku VBHC na poziomie świadczeniodawców, na czym Państwo chcielibyście się skupić w tym projekcie, co osiągnąć, kiedy możemy się spodziewać pierwszych efektów, a przede wszystkim w jakich obszarach chcą Państwo przeprowadzić pierwsze próby w Polsce?

IGA LIPSKA

- » W NFZ realizowany jest projekt naukowo-badawczy we współpracy z konsorcjantami (Uczelnią Łazarskiego, IKARDem), którego celem jest wdrożenie szpitalnego HTA, a więc oceny technologii zarówno lekowych, jak i nielekowych pod kątem ich efektywności klinicznej i kosztowej w oparciu o dostępne dowody naukowe, biorąc pod uwagę również inne aspekty np. organizacyjne, etyczne.
- » Działania, które będą podejmowane w projekcie, powinny się przełożyć na zwiększenie efektywności systemu. Zaimplementowanie metodyki HTA w szpitalach pomoże w podejmowaniu racjonalnych decyzji w systemie ochrony zdrowia, podejmowanych w kontekście lokalnym dotyczącym danego szpitala.

Zaczynamy tworzyć dwa systemy – ex ante, który ocenia produkty wchodzące do systemu oraz ex post, który ocenia produkty, które są już w systemie oraz ocenia co się z nimi dzieje w systemie (prowadzenie rejestrów, mierzenie wyników w rzeczywistej praktyce klinicznej). Jak Pan, z perspektywy czasu, ocenia kwestie związane z wprowadzeniem edukacji co do roli outcomów poprzez wytyczne, standardy postępowania, jak Pan widzi rolę real-world-evidence patrząc na fakt, że coraz więcej danych mamy z innych krajów?

ROMAN TOPÓR-MĄDRY

- » Przy kwalifikacji leków opieramy się na danych, które są zastane. W procesie oceny leków zwykle mamy do dyspozycji bardzo dobrej lub dobrej jakości dane z badań klinicznych, choć w niektórych przypadkach trudno ocenić, czy dane są dobrej jakości jak np. w chorobach rzadkich. Z kolei w przypadku świadczeń czy technologii medycznych, jest inaczej. Musimy się opierać na skąpych informacjach. W przypadku świadczeń zakładana jest pewna ścieżka postępowania, określone zostają pewne standardy czy też minimalne warunki, które trzeba spełnić, często bazując na założeniach, które powinny być potem sprawdzane w praktyce w trybie ciągłym.
- » Agencja oprócz danych posługuje się dodatkowo opinią ekspertów, zdajemy sobie sprawę, że dane pochodzące z rzeczywistej praktyki też są ważne i potrzebne, opracowujemy ponadto wytyczne, które pokazują co powinniśmy oceniać i w jaki sposób. Mamy wytyczne dotyczące oceny technologii lekowych, obecnie pracujemy nad wytycznymi dotyczącymi oceny technologii nielekowych.

PODSUMOWANIE PANELU DYSKUSYJNEGO

Wszyscy zaproszeni eksperci podkreślili, jak ważną rolę w poprawie jakości opieki zdrowotnej, odgrywają rzetelne rejestry medyczne. Eksperti jednoznacznie stwierdzili, iż dobrze skonstruowane rejestry powinny być opracowywane na podstawie ustandaryzowanych modeli. Jak podkreślali eksperci tylko pełne i komplementarne dane, łączące wyniki zdrowotne, z udzielonymi świadczeniami i kosztami mogą realnie wpłynąć na rozwój VBHC.

Zbigniew Król z Ministerstwa Zdrowia podkreślił konieczność prowadzenia dyskusji na temat rozumienia wartości w opiece zdrowotnej. Obecna debata głównie sprowadza się do rozważań dotyczących finansowania opieki zdrowotnej, co jest odmienne z postrzeganiem wartości przez pacjenta. Ministerstwo Zdrowia w ostatnich latach w swoich działaniach coraz większy nacisk kładzie na jakość opieki istotną z perspektywy pacjenta.

Dariusz Tereszowski-Kamiński z NFZ stwierdził, że obecnie prowadzone są działania w kierunku poprawy jakości rejestrów medycznych. Powstaje coraz więcej wysokiej jakości rejestrów, zbierających dokładne dane. Przykładem jednego z nich jest rejestr okulistycznych prowadzony przez prof. Rękasa.

Rafał Niżankowski wymienił cechy jakie powinien posiadać rejestr, aby móc pełnić ważną rolę w poprawie jakości opieki zdrowotnej zgodnie z koncepcją VBHC. Według niego rejestr powinien służyć całemu społeczeństwu, rejestry powinny dawać możliwość analizowania i porównywania danych, zarówno na poziomie krajowym, jak i poszczególnych świadczeniodawców, ponadto rejestry powinny zbierać dane z możliwością dostosowywania do ryzyka. Głównym zadaniem rejestrów powinna być poprawa jakości opieki zdrowotnej. Rafał Niżankowski podkreślił konieczność stworzenia osobnej jednostki zajmującej się tworzeniem, prowadzeniem i analizowaniem danych. Należy mieć na uwadze, że zmiany powinny być zapoczątkowane od zmian w systemie opieki zdrowotnej, a w dalszej kolejności powinno się wprowadzać zmiany w finansowaniu.

Iga Lipska podkreśliła, że zmiany powinny być zapoczątkowywane już na najniższym szczeblu świadczenia opieki. Podała przykład Martini Klinik, w którym porównywano wyniki poszczególnych lekarzy i na tym poziomie dokonywano zmian zmierzających ku poprawie opieki. Wspomniała o projekcie HB-HTA jako przykład wprowadzania pozytywnych zmian na poziomie szpitalnym. Zaimplementowanie metodyki HTA w szpitalach pomoże w podejmowaniu racjonalnych decyzji w systemie ochrony zdrowia, podejmowanych w kontekście lokalnym dotyczącym danego szpitala.

Roman Topór-Mądry w swojej wypowiedzi wspomniął ponadto o tym, jak ważne przy podejmowaniu decyzji w systemie ochrony zdrowia są dane, nie tylko dane kliniczne, ale również dane z rzeczywistej praktyki klinicznej, czy opinie ekspertów.

SESJA

/ 03

DATA COLLECTION AND RESEARCH TOOLS — NARZĘDZIA BADAWCZE ORAZ METODY GROMADZENIA DANYCH

Odpowiednie funkcjonowanie komponentów strategii VBHC wymaga stworzenia i zaimplementowania kompleksowej infrastruktury informatycznej, która umożliwiałaby rutynową agregację, udostępnianie oraz analizę danych dotyczących wyników i innych istotnych informacji dla każdej populacji w pełnym zakresie świadczenia opieki. Pod pojęciem struktury informatycznej należy rozumieć połączenie standardów danych, architektury technologii IT i możliwości analitycznych we wspieraniu systematycznego śledzenia i analizy wyników zdrowotnych, czynników ryzyka, interwencji i kosztów opieki.

Dane stanowią podstawowy element każdej struktury informatycznej i to one determinują rodzaj systemów umożliwiających ich zbieranie i analizę. Do źródeł globalnie gromadzących dane można zaliczyć różne bazy danych, archiwa, dokumenty, ale również sieci społecznościowe, media, aplikacje, czy dane gromadzone przez różnego rodzaju urządzenia (sensory, czujniki, roboty, maszyny).

Wszyscy interesariusze systemu muszą posiadać wiedzę na temat uzyskiwanych wyników zdrowotnych i kosztów związanych z ich osiągnięciem, aby móc z sukcesem przejść z systemu ochrony zdrowia opartego na ilości na system opierający się na wartości. Podczas sesji przedstawiono wyzwania i możliwości związane ze zbieraniem dużych ilości danych w opiece zdrowotnej. Ponadto zaprezentowano przykłady narzędzi, dzięki którym będzie można poprawiać i usprawniać opiekę zdrowotną oraz przykłady wykorzystywania danych, w szczególności danych zbieranych od pacjentów, do poprawy jakości opieki zdrowotnej.

ANDRZEJ RYŚ – DYREKTOR DS. SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ I INNOWACJI – KOMISJA EUROPEJSKA

Challenges of outcomes data collection and big data

KEY MESSAGES:

- » Kluczowym wyzwaniem, jeśli chodzi o dostęp do danych, jest wspólne budowanie dowodów naukowych w oparciu o wspólną politykę UE w tym sektorze, co nie będzie możliwe bez cyfrowej transformacji całego sektora zdrowotnego (*Digital Health*).
- » Można na transformację popatrzeć w kontekście poprawy diagnostyki (np. poszukiwania rozwiązań personalnych, udoskonalanie narzędzi diagnostycznych z każdym wprowadzeniem nowych danych), ulepszenia prewencji (np. digital epidemiology), zwiększenia dostępności (telemedycyna, lepszy dostęp do wiedzy), korzyści ekonomicznych (szansa na lepsze wykorzystanie zasobów).
- » Do problemów utrudniających proces wprowadzania zmian należy brak wspólnego zintegrowanego pomysłu, jakość i wielkość danych, obostrzenia prawne, w tym ochrona danych osobowych, konieczność zabezpieczenia systemu – cyber security (ryzyko sparaliżowania systemu w wyniku ataku), zapewnienie współpracy systemów, brak kwalifikacji personelu w tym zakresie, w kontekście współpracy pomiędzy maszyną a człowiekiem lub pomiędzy odległymi konsultantami – problem odpowiedzialności zawodowej oraz zaufania do systemów.
- » W Komisji Europejskiej przyjęto politykę unijną w zakresie Digital Health and Care opartą na 3 filarach: budowy wspólnej infrastruktury pozwalającej na współpracę między krajami członkowskimi i wymianę danych o pacjentach, tworzenia baz danych i ich wykorzystywania, pomysłów na digitalizację sektora i wprowadzanie ich w życie. Wśród przykładów działań w tym zakresie wymienić można:
 - › System recept elektronicznych, patient summary oraz tzw. elektronicznego rekordu pacjenta,
 - › Bazy danych w zakresie bezpieczeństwa leków (EMA),
 - › Sieć referencyjną – *Share care cure* – (obecnie ponad 300 szpitali, prawie 1000 centrów medycznych), która obejmuje wspólną platformę do konsultacji pomiędzy specjalistami, a także przygotowanie platform e-learningowej i badawczej, umożliwiających wymianę wiedzy oraz tworzenie wspólnych wytycznych praktyki klinicznej.
 - › Sieć One million genom project (na ten moment 20 krajów), której celem jest zebrania bazy genów, a w przyszłości także połączenie ich z danymi klinicznymi.

- » W czasie wystąpienia zaznaczone zostało, że obecnie w Bukareszcie odbywa się spotkanie *iHealth Network* (wspólna sieć współpracy krajów członkowskich i Komisji Europejskiej, która wynika z dyrektywy transgranicznej). Sieć współpracy ma strategiczny wymiar, jej zadaniem jest próba zdefiniowania kierunków wprowadzania wspomnianej wcześniej komunikacji w zakresie *Digital Health and Care*, z drugiej zaś strony zajmuje się problemem budowania wspólnej infrastruktury. W ramach spotkania prowadzona ma być dyskusja o inwestycjach w *Digital Health*, wspólnej polityce np. w public procurement oraz jak doprowadzić do optymalizacji zakupów technologii i rozwiązań, i przeprowadzania ich zgodnie ze wspólnie ustalonymi standardami. Poruszony zostanie także temat danych, ich zbierania i metod przesyłania, zwłaszcza w kontekście różnorodności pomiędzy krajami dotyczących ochrony danych osobowych w zdrowiu, a której regulacja może być znacjonalizowana.

Rozmawiacie o digitalizacji, a czy w rozmowach pada termin Value-Based Healthcare? Czy prowadzicie na ten temat rozmowy? (Joanna Lis – INFARMA)

- » Nie ma obecnie jednej polityki pod tytułem Value-based Healthcare, jednak stanowi ona element działań i pomysłów Komisji Europejskiej. Do przykładów zastosowania elementów VBHC należą propozycja HTA oraz działania grup eksperckich w kierunku Health System Performance Assessment. Podjęto działania w celu lepszego zdefiniowania tego obszaru – powstał dokument Grupy Ekspertów.

YANNIK SCHRECKENBEGER – ZAŁOŻYCIEL HEARTBEAT MEDICAL, NIEMCY

Research tools and informatics

KEY MESSAGES:

- » Szpitale potrzebują uniwersalnych narzędzi, które pozwoliłyby na śledzenie wyników zdrowotnych pacjentów dla poszczególnych jednostek chorobowych.
- » Przed wdrożeniem rozwiązań pozwalających na zbieranie danych, konieczne jest sprecyzowanie jakie dane rzeczywiście będą odpowiadały na postawione pytanie, jaki jest cel ich zbierania.
- » Wprowadzenie rozwiązań typu kwestionariusze PROM (ang. Patient Reported Outcomes Measures) pozwala na ograniczanie czasu, który lekarz musi przeznaczyć na konsultacje i w konsekwencji generowanie oszczędności dla szpitala – pacjent jeszcze przed wizytą, po wizycie lub w czasie okresu obserwacji może uzupełnić ankietę, której wyniki przesyłane są do lekarza w czasie rzeczywistym. Takie postępowanie generuje oszczędności finansowe dla szpitala. Pacjent uzupełniając ankietę samodzielnie może być bardziej otwarty i skłonny do udzielania informacji, a wyniki ankiety uzupełnionej dnia poprzedniego, mogą być uwzględnione podczas porannego obchodu. Dodatkowo, dzięki temu rozwiązaniu lekarz kierujący może mieć prosty dostęp do informacji o dalszej ścieżce pacjenta i wgląd do podejmowanych decyzji.

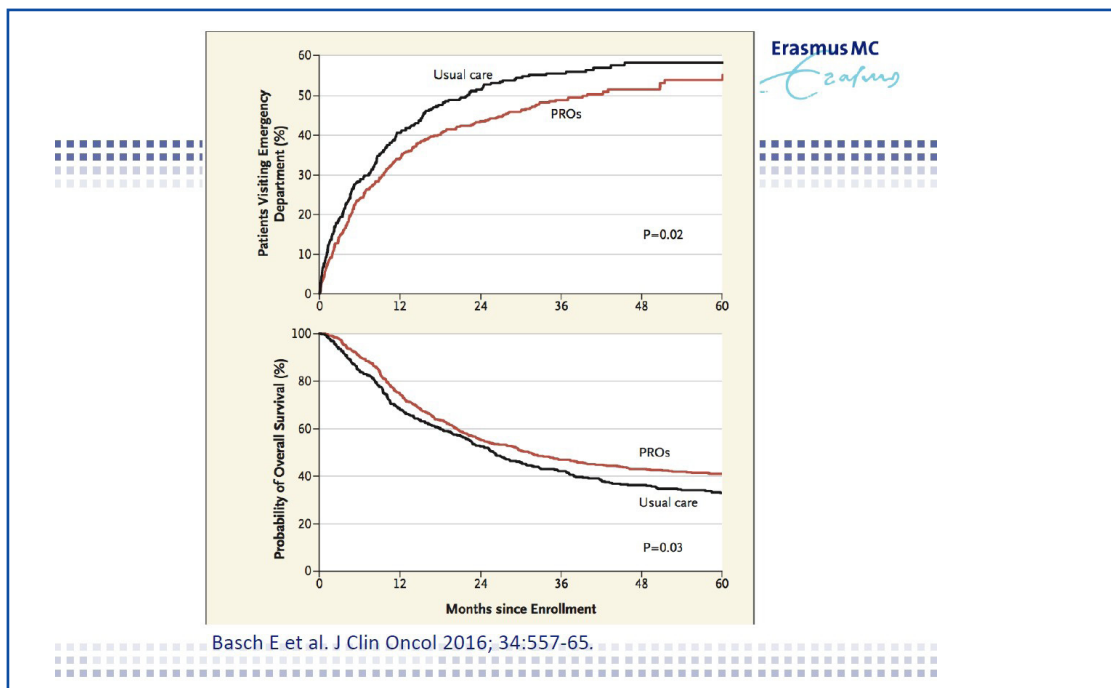
- » Generowany na podstawie zbieranych informacji raport ułatwia szpitalowi szacunki kosztowe oraz identyfikację obszarów wymagających zmian.

MANDY VON ROSMALEN – PIELĘGNIARKA SPECJALIZUJĄCA SIĘ W RAKU PIERSI, ERASMUS MEDICAL SCHOOL

Using data to improve patient care

KEY MESSAGES:

- » Ze względu na dość dobre prognozy w przypadku raka piersi, w terapii tej choroby nacisk kładziony jest nie tylko na długość przeżycia, ale także na jego jakość.
- » VBHC stanowi bardzo ważny element opieki.
- » Pacjentka ma wpływ na przebieg leczenia, w związku z czym musi ona mieć dostęp do informacji na temat podobnych przypadków, poddawanych terapii także w innych ośrodkach, aby móc podjąć możliwie jak najbardziej świadomą decyzję.
- » Jak zaobserwowano, kluczowe jest omawianie wyników stosowanych kwestionariuszy (PROM) w niedługim czasie po jego uzupełnieniu. W związku z ograniczonym czasem lekarza, w Holandii, taka konsultacja przeprowadzana jest przez pielęgniarkę zaawansowanej praktyki.
- » Dotychczas uzyskane dane pozwalają stwierdzić, iż zastosowanie PROM wiązało się z poprawieniem wskaźników przeżycia wśród pacjentek naszego ośrodka.



PANEL dyskusyjny

REQUIREMENTS TO INTRODUCE NEW SOLUTIONS IN POLAND — WYMAGANIA DO WPROWADZENIA NOWYCH ROZWIĄZAŃ W POLSCE

Rozwiązania IT, w tym narzędzia dedykowane do zbierania danych medycznych i kosztowych, umożliwiają wymianę informacji pomiędzy wszystkimi interesariuszami ochrony zdrowia oraz umożliwiają wprowadzanie rozwiązań na poszczególnych etapach ścieżki pacjenta. Celem panelu dyskusyjnego było poznanie statusu zbierania danych w ochronie zdrowia w Polsce. W dyskusji próbowano odpowiedzieć na pytania, w jaki sposób istniejące dane mogą wspierać wdrażanie VBHC w Polsce oraz jaka jest przyszłość digitalizacji i informatyzacji polskiego systemu ochrony zdrowia, w szczególności w kontekście wprowadzania rozwiązań z zakresu e-zdrowie.

Moderator dyskusji:

MAGDALENA WŁADYSIUK – prezes stowarzyszenia CEESTAHC,
wiceprezes HTA Consulting

Eksperci biorący udział w dyskusji:

BARTŁOMIEJ WNUK – Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

PIOTR STARZYK – Pełnomocnik Prezesa NFZ ds. Nowego Systemu IT

KRZYSZTOF GIANNOPOULOS – Kierownik Zakładu Hematoonkologii
Doświadczalnej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, kierownik Oddziału
Hematologicznego w Centrum Onkologii Ziemi Lubuskiej

MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA – Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie
Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Jaka była przyczyna rozpoczęcia prowadzenia rejestrów i zbierania danych? Do czego dane te są wykorzystywane na co dzień?

KRZYSZTOF GIANNOPOULOS

- » W ramach koalicji na rzecz rejestru szpiczakowego, będącej inicjatywą opierającą się na współpracy zarówno hematologów, firm farmaceutycznych, jak i organizacji pacjentów, zainicjowano badanie obserwacyjne POMOST. Celem zbierania danych w ramach badania jest wypracowanie podstawowego zestawu danych, tak aby możliwym było określenie sytuacji epidemiologicznej, ale także potrafić lepiej dopasować odpowiednie opcje terapeutyczne – zoptymalizować leczenie.
- » Jak zauważył założyciel czeskiego rejestru szpiczakowego – prowadzonego od kilkunastu lat i będącego jednym z najlepszych tego typu na świecie, przyszłością w tej dziedzinie są odpowiednie systemy IT, które umożliwią wyciąganie konkretnych danych rejestrowych niezależnie od operatora. Tego typu rozwiązania powinny zastąpić to, co nie do końca działa w systemie.

Od jakiegoś czasu obserwujemy ciągły rozwój digitalizacji, informatyzacji i ogólnie nazywanego e-zdrowia. Jaką rolę widzą Państwo dla swoich instytucji dziś i w przyszłości, zarówno dla NFZ, zwłaszcza w kontekście rozliczania świadczeń i zbierania danych o efektywności, które umożliwiła Ustawa o Świadczeniach z 2018, jak i dla CSIOZ, którego ciągły rozwój obserwujemy razem z postępem rozwiązań informatycznych i bazodanowych?

PIOTR STARZYK

- » Wykorzystanie danych efektywnościowo-jakościowych w świadczeniach finansowanych przez NFZ sięga lat wcześniejszych. Już 12 lat temu NFZ przekonał się o konieczności budowy centralnego systemu endoprotezoplastyk. Jest to pierwszy taki rejestr, w którym zbierane są dane o charakterze poza rozliczeniowym – klinicznym. Jest to także jedyny rejestr, który ma 100% kompletność, co uzyskano dzięki uzależnieniu płatności od wpisania danych do rejestru.
- » W celu zapewnienia kompletności rejestrów zaproponowano pośrednie rozwiązanie – pomiędzy uzależnieniem płatności, a zobligowaniem aktem prawnym bez żadnych sankcji. W ramach tego rozwiązania NFZ z gestorem rejestru ustala zakres danych, które będzie zbierał, a których analiza i wartości będą mogły świadczyć o tym, że rekord ten powinien znaleźć się w rejestrze. Przekazanie takich danych gestorowi, umożliwiłoby mu określenie stopnia kompletności oraz ustalenie, od którego świadczeniodawcy nie otrzymał w danym okresie konkretnych danych.

- » Poza kompletnością istotna jest także jakość danych. Jednym ze sposobów jej zapewnienia jest wyraźne wskazanie wymagań w dokumentacji, w tym obligatoryjności i fakultatywności niektórych danych. Uchybienia na tym polu stanowiłyby podstawę do odrzucenia danego rekordu i zapobiegania wprowadzenia złych danych do rejestru. Dodatkowo na aspekt jakości danych wpływ mają synergistyczne działania NFZ i CSIOZ. Planowane jest uczynienie rejestrów prowadzonych przez CSIOZ referencyjnymi, tak aby wszyscy w jednoznaczny i spójny sposób identyfikowali i opisywali pracownika medycznego, świadczeniobiorcę czy podmiot wykonujących działalność leczniczą.
- » Od roku 2018 aktywność NFZ na polu kontroli jakości i efektywności leczenia istotnie wzrosła. Wynika to między innymi ze strategii na lata 2019–2023 oraz jej celów związanych z efektywnością i jakością refundowanych świadczeń. Dodatkowo, Prezes utworzył dedykowany zespół ds. rejestrów medycznych, którego zadaniem jest m.in. analiza istniejących rejestrów pod kątem potrzeb NFZ w kierunku uzyskania danych o charakterze bardziej klinicznym niż rozliczeniowym, właśnie po to, aby móc zdefiniować wskaźniki jakościowe i efektywnościowe, które będą potem analizowane. Ponadto prowadzony jest szereg pilotaży, w przypadku których zakres przekazywanych danych znacznie przekracza poza zakres czysto rozliczeniowy. Planowana jest także budowa odpowiednich rejestrów przez NFZ na własne potrzeby związane z identyfikacją odpowiednich wskaźników.

W jakich celach będą zbierane wspomniane wskaźniki? Do celów rozliczeniowych czy może obserwowania zmian w systemie, monitorowania i edukacji?

PIOTR STARZYK

- » Wydaje się, że taka kolejność jest właściwa. Obserwacja wartości wcześniej zdefiniowanych wskaźników jest konieczna, aby potem móc wspólnie ze środowiskiem zastanowić się w jaki sposób i czy uzależnić rozliczenia od poprawy wartości tych wskaźników.

Biorąc pod uwagę całokształt systemu i jego poziomy: makro – dotyczący całego systemu, płatnika i tego co rozlicza oraz zarządzania świadczeniodawcami i jakością działań, jaką rolę mógłby pełnić w nim CSIOZ?

BARTŁOMIEJ WNUK

- » Przez ostatnie lata historia CSIOZ i NFZ wielokrotnie się przecinała, a relacje przyjmowały różny charakter. Od początku zeszłego roku zaczęliśmy ze sobą współpracować. Ta współpraca z miesiąca na miesiąc jest coraz bardziej bliska, a dzięki niej, funkcjonalności, które budujemy są wspólne i przynoszą pożądaną wartość wszystkim w sektorze ochrony zdrowia. Dążymy teraz w kierunku oparcia służby zdrowia na wartości usług a nie tylko ich ilości, a dane, które zaczynamy zbierać i analizować idą w kierunku jakościowym.
- » CSIOZ jest instytucją, która odpowiada za tworzenie systemów centralnych. Głównym systemem jest platforma gromadzenia danych o zdarzeniach medycznych – P1, na której zbudowaliśmy elektroniczną receptę, elektroniczne skierowanie i budujemy elektroniczną dokumentację medyczną. Są to systemy typowo centralne, z których może korzystać cały obszar ochrony zdrowia w kraju, ale także konektory z analogicznymi obszarami za granicą. Charakter centralny mają także tworzone przez CSIOZ rejestry.
- » Przy okazji rewitalizacji rejestrów, które prowadzimy, próbujemy doprowadzić do sytuacji, w której będą mogły być one powszechnie używane. Nie chodzi jednak o powszechność w znaczeniu obecnym, czyli umożliwienie różnym podmiotom dostępu do rejestru, a o komplementarność danych w nim zawartych i braku konieczności redundancji tych danych w innych systemach. Idziemy w kierunku systemu szwedzkiego, co umożliwi wszystkim podmiotom, które budują rejestry lokalne wyciągnięcie danych referencyjnych z naszego systemu. Umożliwi to łatwiejszą integrację, przeszukiwanie oraz porównywanie danych, co jest podstawą do tworzenia rejestrów jakościowych.

Jak rozumiem, CSIOZ docelowo chce dążyć do tego, żeby bez względu na to, gdzie będą powstawały rejestry, powstawały one w określonym standardzie, dzięki czemu możliwe będzie tworzenie bardziej rozbudowanych baz danych. Proszę mi powiedzieć, jak ma się do tego digitalizacja danych medycznych ze szpitali? Czy przewidujecie Państwo, że w przyszłości pójdziemy w kierunku digitalizacji danych medycznych na poziomie szpitali oraz ambulatorium?

BARTŁOMIEJ WNUK

- » Dokładnie w tym kierunku zmierzamy. Pierwszym krokiem było utworzenie e-recept i e-skierowań, kolejnym jest elektroniczna dokumentacja medyczna. W przeciwieństwie do e-recept, w których system P1 przetwarza dane umożliwiające wygenerowanie recepty, a później jej realizację, w przypadku dokumentacji medycznej, P1 będzie jedynie platformą przechowywującą referencje do konkretnych dokumentów. Jest to punkt styku pomiędzy platformami regionalnymi, które budowane są w ten sposób, aby móc przechowywać duże ilości danych, a centralnymi. System centralny umożliwi jedynie, w odpowiedni, bezpieczny sposób, przemieszczanie dokumentów z miejsca na miejsce.

E-recepta jest pierwszym globalnym, centralnopolskim projektem wprowadzanym długofalowo z dokładnym monitorowaniem liczby użytkowników, stanowiąc drugie, obok e-zwolnienia, rozwiązanie ułatwiające komunikację. W wielu krajach jest to nie tylko bardzo ważne narzędzie komunikacji, ale także edukacji i pomiaru jakości tego co dzieje się w systemie. Czy e-recepta oprócz podstawowych funkcji będzie spełniać też te dodatkowe np. edukacyjno-informacyjne dla lekarzy czy dla pacjenta?

BARTŁOMIEJ WNUK

- » Dane, które gromadzimy dokładnie na to pozwalają. Pozostaje tylko kwestia doboru odpowiedniego wskaźnika, odpowiedniego porównywania i sortowania tych danych. Już w tej chwili, patrząc w skali makro na daną jednostkę chorobową, łatwo sprawdzić jakie leki były przepisywane, a jakie były rzeczywiście wykupione przez pacjenta (sprawdzenie czy były przyjmowane jest niemożliwe). Na tej podstawie możemy pośrednio zobaczyć jaka jest skuteczność stosowanej metody terapeutycznej. Platforma analityczna, która w pierwszym kroku ma za zadanie wyłapywanie nieprawidłowości, umożliwia także analizę danych zanonimizowanych i zagregowanych w celu weryfikacji tych procedur czy sposobów leczenia.

Jaką widzi Pani rolę Uniwersytetu Łazarskiego i Centrum VBHC biorąc pod uwagę licznosc aktywnosci, które mogą być zrealizowane w Polsce, szczególnie patrząc z perspektywy różnych interesariuszy?

MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA

- » Ten rok jest przełomowy. Zmieniliśmy już perspektywę, przestaliśmy mówić wyłącznie o pieniądzach. Nie stanowią one już takiego problemu. Największym dylematem stało się natomiast to, co z tymi pieniędzmi można zrobić, tak aby po kilku latach poczuć, że rzeczywiście odpowiedzialnie podeszliśmy do zadania ich wydawania.
- » Uczelnia Łazarskiego zainicjowała debatę na temat VBHC w polskim systemie ochrony zdrowia i stara się aktywnie uczestniczyć, moderować oraz zarażać takim myśleniem wszystkich uczestników systemu. Powodem tych działań jest fakt, iż wszystkie organizowane w przeszłości spotkania, seminaria, konferencje czy debaty prowadziły do tych samych wniosków – jesteśmy dotknięci tym, że gromadzimy ogromne ilości danych, które nie są udostępniane i nie zamieniają się w informacje. Nie stanowią one podstawy do podejmowania decyzji, a co za tym idzie brak jest przekonania, że warto robić cokolwiek więcej. Kolejne działania i reformy bardzo często prowadziły do tego, że wszyscy którzy oddolnie chcieli poprawiać jakość, chcieli zapewnić wysoką jakość w placówce, na końcu nie byli dostrzegani przez płatnika – w idei systemu uśredniającego, który prowadzi alokację środków „wszystkim po równo” według jednej matrycy, proces ten nie był doceniany.
- » Od wielu lat realizujemy studia MBA w ochronie zdrowia i przez nasze programy przeszło wielu wybitnych przedstawicieli ochrony zdrowia – menedżerów, ordynatorów. Widzimy wielką dojrzałość całego sektora i gotowość do przejścia z modelu ilościowego na model jakościowy. Mówiąc o jakości nie mówimy jednak tylko o wyniku końcowym, ale także o dostępności do świadczeń, równości, pewnej organizacji, efektywności wykorzystania zasobów.
- » My jako uczelnia chcemy się nadal angażować w proces edukacji, bo wdrożenie modelu VBHC będzie wymagało przede wszystkim świadomości wszystkich stron. System VBHC nie rodzi się w Ministerstwie Zdrowia, choć oczywiście Minister Zdrowia powinien być świadomy słuszności tej drogi. Nie zależy on nawet od płatnika. Implementacja systemu zależeć będzie od zmiany kultury w pojedynczych placówkach, wśród menedżerów.

- » Wartość mierzona jest na poziomie placówki, która ma bezpośredni kontakt z pacjentem. Koncepcja VBHC nakierowana jest właśnie na niego, a pacjenta z poziomu „Miodowej” się nie widzi. System jest za wysoko. Rolą takich ośrodków jak nasz, jest zmaterializowanie całego konceptu. Największy wpływ mieć będą menedżerowie, zespoły medyczne oraz profesjonaliści medyczni w każdej placówce i to tam ta kultura musi się rozwijać. Żeby im to zadanie ułatwić i żeby mieli poczucie zaufania i sensu potrzebna jest cała infrastruktura, o której się tu dzisiaj mówi: rejestry jako narzędzie, informacja zwrotna pozwalająca zobaczyć siebie na tle nie tylko innych oddziałów w obrębie placówki, ale i innych podmiotów, które realizują podobną działalność oraz możliwość dzielenia się doświadczeniem. Składa się to na zbudowanie zupełnie nowej kultury. To nie jest transformacja prawna a transformacja postaw i wartości, które muszą nam towarzyszyć, a które kształtują się w długiej drodze edukacji.
- » Rzecz do wykonania na teraz jest bardzo trudna. Jest nią oswojenie lęku przed upublicznianiem informacji. Musimy ośwoić obawę, że jeśli pojawi się informacja o wyższej śmiertelności w danym miejscu, nie będzie to podstawą do stygmatyzacji i nie będzie wywoływało ostracyzmu. Płatnik musi zbudować zaufanie do siebie, a my musimy ośwoić zjawisko pomiaru, dyskusji o wynikach i nauczyć się, że są to informacje niezbędne w procesie udoskonalenia. Pracy wystarczy dla wielu osób, dla nas wszystkich, na wiele dekad, i musimy być wytrwali w tym procesie.

MAGDALENA WŁADYSIUK – PODSUMOWANIE PREZENTACJI METHEW HICKEY (CEO INTACARE, UK) DYNAMIC EVIDENCE-BASED OUTCOME INSIGHTS - LET ARTIFICIAL INTELLIGENCE TO THE HARD THINKING

- » Każdy z nas ma opór przed zmianami – nie lubimy ich, nawet jeśli są bezpieczne. Lepiej się czujemy w środowisku, które znamy.
- » Proces VBHC lepiej zacząć od pojedynczych świadczeniodawców, tak aby mogło to być formą małego, rosnącego benchmarku.
- » W procesie wprowadzania VBHC konieczne jest zaangażowanie wszystkich interesariuszy. Zespoły multidyscyplinarne nie są tylko kwestią lekarzy. Tak naprawdę, powinny być one oparte o silną współpracę pomiędzy środowiskiem lekarzy a pozostałym personelem medycznym.
- » Kierunkiem, obserwowanym już u nas, jest mocne przesuwanie się w stronę systemu ambulatoryjnego. Tam, gdzie się da, należy odchodzić od hospitalizacji i przesuwać się bliżej pacjenta w kierunku ambulatoryjnej opieki.

PODSUMOWANIE PANELU DYSKUSYJNEGO

Głównym wątkiem dyskusji była informatyzacja systemu ochrony zdrowia i gromadzenia danych – szczególnie na poziomie pacjenta, tak by optymalizować jego leczenie oraz opiekę.

Krzysztof Giannopoulos przedstawił inicjatywę na rzecz stworzenia rejestru szpiczakowego, opierającej się na współpracy wszystkich interesariuszy systemu, w tym organizacji pacjentów. Podkreślił ważność wprowadzania odpowiednich systemów informatycznych, które umożliwią zbieranie i analizowanie danych przez wszystkie strony zainteresowane.

Piotr Starzyk w swojej wypowiedzi podkreślił konieczność zbudowania centralnych rejestrów zbierających kompletne dane od wszystkich pacjentów. Dodał, że w tym celu konieczne może okazać się uzależnienie finansowania świadczeń od wpisywania danych do rejestru, co zapewni ich kompletność. Piotr Starzyk przedstawił ponadto sposoby zapewnienia jakości danych wprowadzanych do rejestrów. Wskazał, iż pierwszym krokiem powinno być zebranie i analiza danych, a dopiero później uzależnienie finansowania od uzyskiwanych wyników.

Bartłomiej Wnuk powiedział, że rejestry nad którymi obecnie pracuje CSiOZ, to rejestry centralne, które są powszechne i rzetelne, a dane w nich zawarte są kompletne. CSiOZ dąży do tego, aby umożliwić innym podmiotom i instytucjom wyciąganie danych referencyjnych z systemów CSiOZ, bez konieczności redundancji danych, co ułatwi integrację, przeszukiwanie oraz porównywanie danych. Jednym z narzędzi komunikacji i edukacji pacjentów, farmaceutów i lekarzy, są rozwiązania z zakresu e-zdrowie, w tym e-recepta. Jak podkreślił Bartłomiej Wnuk w swojej wypowiedzi, e-recepta daje możliwość uzyskania informacji na jaką konkretną chorobę cierpi pacjent, jakie leki są mu przepisywane i wydawane, i czy pacjent te leki wykupił. Informacje te pozwalają mierzyć skuteczność konkretnego leku, czy konkretnej metody leczenia.

Małgorzata Gałązka-Sobotka wskazała problem istniejący w polskim systemie opieki zdrowotnej, w którym zbierane są ogromne ilości danych, które jednak nie są zamieniane na informacje, przez co nie stanowią podstawy do podejmowania decyzji. Największy wpływ na poprawę jakości opieki zdrowotnej mają menedżerowie, zespoły medyczne oraz profesjonaliści medyczni. Lecz żeby te zmiany nastąpiły niezbędna jest cała infrastruktura, w tym rejestry, analizy porównawcze, dzielenie się doświadczeniami pomiędzy świadczeniodawcami i podmiotami.

SESJA

/ 04

FINANCING FOR VBH — FINANSOWANIE OPARTE NA WARTOŚCI

Jednym z czynników umożliwiających wdrożenie VBHC jest odpowiednie określenie sposobu otrzymywania rekompensaty za świadczoną opiekę zdrowotną rozumianą jako płatność bezpośrednia, refundacja czy kontrakt z dostawcami usług. Aby móc realizować założenia VBHC płatności za świadczenia powinny opierać się na uzyskiwanych wynikach. Podobnie refundacja powinna być ściśle powiązana ze wskaźnikami wartości, takimi jak wyniki zdrowotne pacjenta, wydajność i jakość.

Przejsie na VBHC będzie wymagało przejścia na alternatywne modele płatności. Świadczeniodawcy i płatnicy będą musieli współpracować w kierunku przejścia z płatności za ilość świadczonych usług na płatność za ich jakość. Nowe modele, takie jak płatność pakietowa (ang. bundled payments), mają zachęcić świadczeniodawców do organizowania swoich działań wokół potrzeb pacjentów.

Podczas sesji IV przedstawione zostały innowacyjne modele płatności, które powinny wspierać przejście na bardziej ukierunkowane na pacjenta podejście do finansowania, które nagradza świadczeniodawców za osiągnięcie jak najlepszych wyników zdrowotnych.

ELIZABETH MACLEAN – ICHOM, WIELKA BRYTANIA

Value-based procurement

KEY MESSAGES:

- » Rozmawiając o *value-based procurement* musimy patrzeć na system i wszystkich interesariuszy jako na całość. Powoduje to wzrost konkurencyjności i ułatwia negocjowanie korzystnych warunków dla pacjenta. Ważna jest także responsywność systemu. Społeczeństwo ma bowiem uzasadnione potrzeby i oczekiwania, a my musimy im się przyjrzeć i postarać się je spełnić.
- » Wiele systemów nadal opiera się na zasadzie fee-for-service, gdzie za każdą interwencję pobierana jest opłata. Związane może to być z ryzykiem zrównania ceny i kosztu, podczas gdy są to dwie różne wartości, a na koszt całkowity składa się często o wiele więcej elementów. Obserwowane jest także zjawisko zachęty do wykonywania nadmiernej ilości świadczeń. Może mieć to bardzo negatywny wpływ ekonomiczny na cały cykl opieki zdrowotnej.
- » Jednym z istniejących modeli łączących koszty z efektami zdrowotnymi są tzw. płatności pakietowe. Refundowana płatność pakietowa pokrywa cały cykl leczenia pacjenta od diagnozy po leczenie i profilaktykę. Taki model zachęca do tego, aby już za pierwszym razem osiągnąć wynik. Ryzyko ujemnej użyteczności jest dzielone między świadczeniodawcę i płatnika. Płatnik musi zrozumieć jak wygląda dany cykl leczenia i jakie koszty powinny być uwzględnione w opłacie przy jednoczesnym zapewnieniu świadczeniodawcy możliwości pobierania marży za skuteczną opiekę zdrowotną. W przypadku dostawców, lepsze wyniki obniżają całkowity koszt – produkty włączane są do cyklu leczenia tylko jeśli charakteryzują się odpowiednią skutecznością.
- » Zamówienia oparte na wartości zależą od prawdziwego kosztu użytkowania produktu – kosztu jaki ponosimy przez cały cykl produktu i skutków jakie wywołują przez cały cykl życia pacjentów. Konieczne jest nagradzanie dostawców gotowych do inwestowania w lepsze wyniki zdrowotne. Dzięki temu, będą oni zmotywowani, żeby dążyć do udoskonalenia produktów, a także prowadzić działania innowacyjne i dbania o poziom skuteczności także w perspektywie długofalowej.

PAUL BUSS – MEDICAL DIRECTOR, NHS, WALIA

Implementing VBHC Initiatives at a national level

KEY MESSAGES:

- » Każda droga zaczyna się od pierwszego kroku. Pierwszym krokiem jest uświadomienie sobie, że otworzenie się na VBHC jest konieczne, drugim natomiast – wprowadzenie do dyskusji menedżerów i klinicystów jednocześnie. Finansowanie i praktyka kliniczna idą bowiem ramię w ramię, a wspólna dyskusja na ten temat jest konieczna.
- » Przykładem działania, które może zostać zaimplementowane jest racjonalizacja świadczeń. Porównanie praktyki w dwóch ośrodkach pozwoliło na obserwację, że ta sama procedura (implantacja rozrusznika) wiązała się w jednym z nich ze znacznie niższymi kosztami. Oszczędności generowane były zmianą trybu hospitalizacji – skróceniem jej czasu, ale także zastosowaniem droższych przewodów, które dwukrotnie wydłużają życie urządzenia.
- » Kolejnym elementem jest sposób alokacji zasobów. Przesunięcie zasobów w kierunku prewencji np. zaostrzeń w przypadku obturacyjnej choroby płuc, wiązało się z ograniczeniem wydatków na leki, ograniczeniem liczby zaostrzeń, zmniejszeniem liczby wymaganych hospitalizacji, a w konsekwencji uzyskaniem funduszy na inne, bardziej zaawansowane procedury. Koszty działań prewencyjnych, takie jak rehabilitacja pulmonologiczna, szczepienia na grypę, zmniejszenie liczby palaczy są niskie, natomiast uzyskane efekty wysokie.
- » Do działań w kierunku VBHC należy także inwestycja w system informatyczny i aplikacje mobilne pozwalające na zbieranie danych (wskaźnik PROM) od pacjentów i przesyłanie odpowiedzi bezpośrednio do gabinetu lekarskiego. Pozwala to na uzyskanie systemu skupionego na pacjencie i jego obawach. W przypadku chorób takich jak stan zapalny jelit, gdzie większość pacjentów w klinice pojawia się tylko w przypadku wystąpienia niepokojących objawów, możliwe jest wysłanie formularza do pacjenta drogą elektroniczną, a następnie zaproszenie go na konsultację online lub ewentualnie w przychodni, jeśli zaznaczy w ankiecie, że nie czuje się dobrze.



PANEL dyskusyjny

USING VBHC PAYMENT MODELS IN POLAND — ZASTOSOWANIE MODELI PŁATNOŚCI OPARTYCH NA WARTOŚCI W POLSCE

Tematem przewodnim dyskusji ekspertów były nowe możliwości tworzenia rzetelnych wskaźników dla programów lekowych oraz metod finansowania świadczeń z perspektywy różnych interesariuszy.

Moderator dyskusji:

MAGDALENA WŁADYSIUK – prezes stowarzyszenia CEESTAHC,
wiceprezes HTA Consulting

Eksperci biorący udział w dyskusji:

MACIEJ MIŁKOWSKI – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

DANIEL RUTKOWSKI – Rada Taryfikacji NFZ

PIOTR JANKOWSKI – Instytut Kardiologii w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

DOMINIK DZIURDA – dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej AOTMiT

JAN FILIP STANIŁKO – dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Przedsiębiorczości i Technologii

PIOTR ARAK – dyrektor Polskiego Instytutu Ekonomicznego

Od kilku lat poruszane są kwestie związane z mierzeniem wyników, czyli szeroko pojętej oceny efektów zdrowotnych. Technologie lekowe są pierwszym obszarem, w którym wprowadzono regularną ocenę w momencie ich wprowadzania na rynek. Czy widzi Pan możliwość jeszcze większego rozwoju i wzmocnienia tego procesu w Polsce biorąc pod uwagę dostępne dane oraz możliwości NFZ do stworzenia nowych rozwiązań dotyczących oceny i finansowania leków?

MACIEJ MIŁKOWSKI

- » Obserwuje się wiele niedoskonałości w obszarze programów lekowych, dla których powinny być prowadzone coroczne analizy skuteczności w rzeczywistej praktyce, co jednak w dużej mierze nie jest realizowane. Nie ma jasnych kryteriów oceny technologii lekowych w Polsce według danych faktycznych.
- » Kryteria uczestnictwa w programach lekowych często są zapisane tak jak to było w badaniach klinicznych. Niektóre kryteria zawarte w programie są niepotrzebne, nie ma uzasadnienia klinicznego, żeby je stosować, a ich wykonanie związane jest z dodatkowymi kosztami. Idziemy w kierunku ograniczania niepotrzebnych kryteriów uwzględnianych w programach lekowych.
- » Kolejnym ograniczeniem programów lekowych jest brak monitorowania istotnych wskaźników klinicznych świadczących o skuteczności leczenia.

Czy istnieje możliwość oceny całej ścieżki leczenia pacjenta, nie tylko uwzględniając terapie lekowe, ale również biorąc pod uwagę inne interwencje, czy będziemy myśleć bardziej elastycznie w kwestii finansowania i wdrażania technologii lekowych?

MACIEJ MIŁKOWSKI

- » Programy lekowe mają ciekawą konstrukcję techniczną. W przypadku leków recepturowych, które również mają zapisane wskazania, nikt nie jest w stanie kontrolować tego czy dany lek został przyjęty zgodnie ze ściśle określonym wskazaniem, np. czy uwzględniono BMI lub inne istotne parametry pacjenta. W programach lekowych z kolei są bardzo jasne kryteria wyłączenia z program. Takie techniczne element programów lekowych mogłyby wejść do programów aptecznych, oczywiście z dużo mniejszym obciążeniem dokumentacją i monitorowaniem.
- » Istotne jest również monitorowanie całej ścieżki klinicznej pacjenta od momentu wejścia, przez cały cykl leczenia co powinno dotyczyć nie tylko technologii medycznych, lecz również niemedycznych.

Czy proces taryfikacji będzie zmierzał do tego, aby powiązać efekty zdrowotne z kosztami, które są ponoszone w systemie?

DANIEL RUTKOWSKI

- » Taryfikacja jest prowadzona w oparciu o plan taryfikacji, który jest zatwierdzany przez ministra, a opiniowany przez głównych interesariuszy, czyli NFZ i Radę Taryfikacji.
- » Proces taryfikacji świadczeń odbywa się blokowo, stopniowo, cały proces jest długotrwały, trwa już 3 lata i objął dużą część świadczeń.
- » W procesie istotne jest uwzględnienie kosztów, które mają wpływ na cały system opieki zdrowotnej, jak np. ustawa o minimalnym wynagrodzeniu w systemie ochrony zdrowia. W procesie powinien być mechanizm umożliwiający aktualizację katalogów, dzięki któremu będą mogły być uwzględniane tego typu zmiany w systemie.
- » Proces taryfikacji powinien brać pod uwagę ocenę jakości czy efektów zdrowotnych.

Czyli chcecie Państwo wybiec w przyszłość uspołniając system zbierania kosztów, tak ażeby, jeśli zajdzie potrzeba, istniała podstawa do analizy tego system. Czy proces taryfikacji ma służyć pewnej formie standaryzacji pomiarów w Polsce?

DANIEL RUTKOWSKI

- » Tak, ważnym elementem w procesie taryfikacji jest standard rachunku kosztów, podjęte zostały prace mające na celu ujednolicenie prowadzenia rachunku kosztów.
- » Standard rachunku kosztów jest niezmiernie ważny w aspekcie jednolitego sposobu ewidencjonowania kosztów świadczeniodawców, jednolitej alokacji kosztów, czy też możliwości identyfikacji poszczególnych składowych kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, co w efekcie pozwoli na porównywanie kosztów pomiędzy szpitalami, również ułatwi ocenianie skutków wprowadzania pewnych regulacji do systemu jak zmiana warunków realizacji danego świadczenia, czy wpływ ustawy o minimalnym wynagrodzeniu.

Co ostatnio było oceniane w AOTMiT i jakie elementy były brane pod uwagę w tych ocenach, czy tylko dotyczące typu świadczenia, czy też finansowanie, efekty zdrowotne? Jaka jest metodyka przy pracach nad koszykiem świadczeń gwarantowanych?

DOMINIK DZIURDA

- » Standard rachunku kosztów jest kamieniem milowym do rozwoju taryfikacji, ale tym co rzeczywiście zmieni oblicze taryfikacji będzie duży system informatyczny, który zapewni dostęp do danych kosztowych ze szpitali, zmieni to dynamikę, szybkości i możliwości procesu taryfikacji.

- » Aktualnie realizowane są prace w dwóch obszarach, tj. rehabilitacji leczniczej i kompleksowym leczeniu w onkologii. Są to dobre przykłady pokazujące, że mechanizmy płacenia za efekt (pośrednio lub bezpośrednio) można wdrożyć w polskim systemie ochrony zdrowia.
- » W rehabilitacji finansowanie oparte jest o płatność ryczałtową – stawkę kapitałową modyfikowaną współczynnikami jakości. Propozycje zmian w rehabilitacji dotyczą przede wszystkim pomiaru efektu, czyli wdrożenie oceny stanu funkcjonalnego pacjenta przy pomocy zwalidowanych narzędzi na początku i na końcu terapii, wdrożenie planu terapii i monitorowanie efektu rehabilitacji.
- » Pierwszym krokiem do wdrożenia płatności opartych na wartości jest opracowanie narzędzi, które umożliwią zbieranie i gromadzenie danych w ustandaryzowany, jednolity sposób.
- » Jednym z lepszych przykładów w systemie ochrony zdrowia jest opieka nad pacjentem z rakiem piersi. Minister Zdrowia opublikował w drodze obwieszczenia zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, wraz z zestawem wskaźników jakościowych, które szpitale zobowiązane są raportować. Wskaźniki opracowane zostały przez AOTMiT we współpracy z gronem ekspertów i zostały dostosowane do specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia. Niestety nie wszystkie dane są rutynowo gromadzone w systemie, przyszłością jest zbieranie danych na poziomie umożliwiającym ocenę efektywności rzeczywistej.

Jak Pan profesor patrzy, z punktu widzenia klinicysty, na wdrożone rozwiązania finansowe na przykładzie program KOS-Zawał?

PIOTR JANKOWSKI

- » Program KOS-zawał został opracowany i wdrożony, gdyż zaobserwowano dużą śmiertelność roczną i 5-letnią u pacjentów po zawale serca, czego przyczyną mogła być niewystarczająco skuteczna wtórna prewencja, ale również niewystarczający i nierównomierny dostęp do rehabilitacji kardiologicznej oraz opóźnienie rozpoczynania rehabilitacji, czy ograniczony dostęp do specjalistycznej opieki kardiologicznej po przebytym zawale mięśnia sercowego.
- » Na program składają się 4 moduły: pełna rewaskularyzacja mięśnia sercowego, elektroterapia, rehabilitacja kardiologiczna, specjalistyczna opieka kardiologiczna.
- » Program obejmuje pomiary wskaźników pozwalających ocenić jakość opieki medycznej w ciągu roku po zawale mięśnia sercowego, wśród nich jest szereg wskaźników związanych z hipercholesterolemią, nadciśnieniem, ale również oceniających dostęp do rehabilitacji. Wskaźniki zostały wybrane na podstawie przeglądu literatury i zaleceń międzynarodowych towarzystw naukowych zajmujących się oceną jakości opieki medycznej.
- » Program wprowadził również innowacyjne zachęty finansowe dla świadczeniodawców, którzy realizują program w ustalonych ramach czasowych bez opóźnień w dostępie do świadczeń.

- » W przyszłości możliwe będzie wyodrębnienie jednostek, które lepiej realizują program.
- » Są pierwsze dane dotyczące efektywności, które wskazują, że udział w programie KOS- Zawał jest związany z mniejszym ryzykiem zgonu w ciągu pierwszych 12 miesięcy o ponad 30% w stosunku do pacjentów nieuczestniczących w programie.

Ministerstwo Przedsiębiorczości i Technologii wspólnie z Ministerstwem Zdrowia opracowało Refundacyjny Tryb Rozwojowy (RTR), czy RTR uwzględni wzmocnienie pewnych elementów dotyczących pomiarów efektywności w systemie, mając na uwadze także inne cele, które chcecie Państwo realizować, czyli pobudzenie rozwoju technologicznego w Polsce?

JAN FILIP STANIŁKO

- » Koncepcja RTR polega na uzupełnieniu narzędziowym istniejących ram ustawowych o element oceny oddziaływania gospodarczego firmy, biorącej udział w negocjacjach. W trakcie negocjacji ocenie podlega nie tylko produkt, ale również potencjał firmy. Koncepcja polega na tym, żeby uwzględniać efekty przemysłowe w odpowiednio wyważonych proporcjach oraz oddziaływanie na obszar badawczo-rozwojowy, który opiera się głównie na danych, o których w dzisiejszych rozważaniach jest mowa.
- » Wspólne tworzenie rejestrów (umieszczając je na jednej platformie), wspieranie wprowadzanie do nich danych i wspólne obserwowanie uzyskiwanych efektów, da możliwość zwiększenia wiedzy na temat możliwości wprowadzania kolejnych terapii innowacyjnych do systemu.
- » RTR to podejście oparte na danych, w tym przypadku danych gospodarczych, z drugiej zaś strony w jego efekcie nadanie bardziej partnerskiego znaczenia firmom, danie im możliwości prowadzenia rejestrów, które będą współdzielone z płatnikiem, i które są dla obu stron przejrzyste. Wtedy obu stronom będzie zależało, żeby te dane były jak najbardziej wiarygodne co przyczyni się do zbudowania zaufania pomiędzy nimi.

Ile w Polsce tak na prawdę pieniędzy jest wydawanych na zdrowie, czy te wydatki rosną patrząc nie tylko na PKB, ale również uwzględniając koszty pośrednie. Patrząc z punktu widzenia makroekonomicznego, w jaki sposób można ocenić wydajność systemu?

PIOTR ARAK

- » Należy opracować lepszej jakości mierniki efektów zdrowotnych zarówno na poziomie makro, mikro, jak i mezo. W Polsce statystyka zdrowotna już na poziomie zachorowalności jest bardzo słabej jakości, mamy dużo tzw. kodów śmieciowych w aktach zgonów; brak jest odpowiedniej jakości standardów sprawozdawczości statystycznej.
- » Bilans i podstawowe wskaźniki ekonomiczne dotyczące każdego szpitala w Polsce powinny być jawne.
- » Koszty pośrednie związane z absencją chorobową, śmiertelnością przedwczesną, czy wypadkowością i rentowością są wyższe niż wydatki na ochronę zdrowia.
- » Istotne jest udostępnianie informacji również pacjentom, jednym z elementów ekonomii behawioralnej jest nie tylko możliwość wglądu przez pacjenta w swoje konto w systemie i sprawdzeniu jakie świadczenia były zrealizowane, ale również powinny być tam zawarte informacje o tym jakie badania na danym etapie życia powinny być wykonane.

PODSUMOWANIE PANELU DYSKUSYJNEGO

Eksperci biorący udział w dyskusji, po raz kolejny zaznaczyli, że warunkiem opracowania optymalnych rozwiązań finansowych, w tym opartych na bundled payment, jest ucyfrowienie badań prowadzonych w Polsce. Kluczową kwestią w procesie negocjacji są wiarygodne badania i współpraca oparta na partnerstwie wszystkich interesariuszy.

Maciej Miłkowski w swojej wypowiedzi wskazał na niedoskonałości w obecnych programach lekowych oraz kierunki działań zmierzających do poprawy zapisu kryteriów w nich uwzględnianych oraz o konieczności rzetelnego monitorowania wyników pacjentów uczestniczących w programach lekowych w oparciu o istotne wskaźniki kliniczne. Dodał, że pewne techniczne aspekty programów lekowych można by było uwzględnić w programach aptecznych, dzięki czemu możliwe byłoby kontrolowanie procesu przepisywania leków oraz monitorowanie ścieżki klinicznej pacjenta.

Daniel Rutkowski stwierdził, że proces taryfikacji, którym zajmuje się NFZ, powinien uwzględniać koszty, które mają wpływ na cały system opieki zdrowotnej, nie tylko koszty samego leczenia. Ponadto w procesie powinny być uwzględniane ocena jakości oraz efektów zdrowotnych. Podkreślił, że ważnym elementem w procesie taryfikacji jest standard rachunków kosztów, którego wprowadzenie pozwoli na porównywanie kosztów pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej.

W wypowiedzi Dominika Dziurdy po raz kolejny została podkreślona konieczność wprowadzenia dużego systemu informatycznego, który zapewni dostęp do danych kosztowych z placówek ochrony zdrowia. Według niego pierwszym krokiem do wdrożenia płatności opartych na wartości jest opracowanie narzędzi, które umożliwią zbieranie i gromadzenie danych w ustandaryzowany, jednolity sposób.

Piotr Jankowski przedstawił przykład pierwszego programu koordynowanej opieki specjalistycznej (KOS-zawał), w którym wprowadzone zostały innowacyjne zachęty finansowe dla świadczeniodawców, którzy realizują program w ustalonych ramach czasowych.

Jan Filip Staniłko przedstawił koncepcję Refundacyjnego Trybu Rozwojowego (RTR) będącej podejściem opartym na danych, w tym przypadku danych gospodarczych, które nada bardziej partnerskiego znaczenia firmom farmaceutycznym. Ponadto RTR da firmom możliwość prowadzenia rejestrów, które będą współdzielone z płatnikiem, a przez to doprowadzi do zbudowania zaufania pomiędzy przemysłem a sektorem publicznym opieki zdrowotnej, tak istotnym w koncepcji VBHC.

Piotr Arak podkreślił konieczność działań w kierunku poprawy jakości statystyki zdrowotnej już na poziomie zachorowalności, ujawnienia bilansu i podstawowych wskaźników ekonomicznych każdego szpitala. W wypowiedzi pana Araka podkreślona została ponadto konieczność udostępniania informacji zbieranych w systemie pacjentom.

PODSUMOWANIE I ZAMKNIĘCIE KONFERENCJI

Wdrożenie koncepcji VBHC może być traktowane jako długoterminowa, ogólna strategia ewolucji systemu ochrony zdrowia, jednak kluczowym wyzwaniem jest wypracowanie ram prawnych oraz zdefiniowanie roli poszczególnych instytucji publicznych i innych uczestników systemu w jej realizacji. W obliczu wyzwań przed jakimi stoi nie tylko polski system ochrony zdrowia, przyjęcie zasad VBHC wydaje się być jedyną słuszną drogą, zmierzającą do poprawy jakości i skuteczności leczenia pacjentów.

ELISABETH MACLEAN

Cieszy mnie tak olbrzymie zaangażowanie w VBHC w Polsce. Zaangażowanie klinicystów i wszystkich pozostałych interesariuszy jest istotne, żeby pracowali w kierunku VBHC. Ciekawi mnie kierunek rozwoju w obszarach, które dzisiaj zostały omówione, w jaki sposób koncepcja VBHC zostanie wykorzystana w Polsce.

GREGORY DOUGLAS

W miarę jak dialog dotyczący VBHC będzie się rozwijał należy pamiętać o tym, że jest kilka ram działania na szczeblu Unii Europejskiej, jest projekt State of Health, który pokazuje jak gromadzimy i jak można rozumieć dane, w jaki sposób je wykorzystywać na rzecz pacjentów w naszych systemach ochrony zdrowia. Ponadto są ramy opracowane przez OECD. W Polsce należy przyjrzeć się temu w jaki sposób gromadzić dane zorientowane na wartości istotne dla pacjentów, w jaki sposób przesunąć perspektywę na perspektywę pacjenta, jak wciągnąć pacjentów do tego dialogu. Doskonałość może być wrogiem dobrego. Nie należy od razu zaczynać od skomplikowanych zaawansowanych narzędzi, zmiany lepiej jest zacząć wprowadzać od prostych narzędzi i stopniowo je udoskonalać. Musimy wspierać klinicystów w ich wysiłkach w gromadzeniu i analizowaniu wyników zdrowotnych i inspirować dyskusję pomiędzy stroną odpowiedzialną za finansowanie a klinicystami. Jeśli pokażecie mi co mierzycie to pokażecie mi na czym wam zależy, jeśli zależy wam na pacjentach to powinniście mierzyć wyniki istotne dla pacjentów.

BOGNA CICHOWSKA-DUMA

Na dzisiejszej konferencji wybrzmiało, że każda z instytucji pracuje nad mierzeniem wskaźników dotyczących satysfakcji pacjenta, lecz każda z instytucji rozumie to trochę inaczej. Zaczniemy się teraz przygotowywać do wyprawy w kierunku VBHC budując potencjał, wspólnie się do tego przygotowując, budując wspólny słownik, wspólne zestawienie wskaźników, które chcemy mierzyć i zastanówmy się w jaki sposób będziemy zmierzać do tego wytyczonego celu. INFARMA będzie się przygotowywać do tej drogi, zamierza kontynuować projekt, zostanie wydane podsumowanie dzisiejszej dyskusji, przeprowadzone zostaną warsztaty, które miejmy nadzieję pozwolą wypracować wspólny język w dyskusji dotyczącej działań w kierunku VBHC.



