



Fot. Archiwum prywatne ZK

Oszczędzać mądrze, wydawać z głową

Choroba to koszt

W 2018 r. Amerykanie pożyczili olbrzymią kwotę 88 mld dolarów na ratowanie własnego zdrowia, 1 na 8 obywateli USA skorzystał z pożyczki, aby mieć odpowiednią opiekę (wg *West Health-Gallup*). Nawet 65 mln dorosłych Amerykanów nie szukało leczenia w obawie przed wysokimi kosztami, które mogłyby ich obciążyć. W Polsce w ostatnim roku prawie połowa mieszkańców finansowała z własnej kieszeni świadczenia zdrowotne. Wydajemy zresztą na ten cel już prawie 50 mld zł rocznie.

Tymczasem, zgodnie z raportem „Health at a Glance: Europe 2018”, w państwach OECD aż 20 proc. wydatków

jest marnotrawionych. Te pieniądze mogłyby być zdecydowanie lepiej wykorzystane. Same niepotrzebne przyjęcia konsumują ok. 37 mln dni hospitalizacji.

Marnotrawstwo wydatków ma różne formy i skutki. Można je podzielić na trzy grupy:

- pacjenci nie otrzymują właściwej opieki ze względu na jej niską wartość, usługi są niepotrzebnie powielane, często dochodzi do zdarzeń niepożądanych,
- oczekiwane rezultaty osiągnąć się przy użyciu zbyt dużych zasobów, niskim wykorzystaniu leków generycznych i wysokim poziomie marnotrawstwa leków, hospitalizacje są zbyt częste w stosunku do opieki ambulatoryjnej i opieki domowej,

Poczwórny cel



Lepsze doświadczenia pacjenta w zakresie opieki nad nim (włączając jakość i satysfakcję)

Lepsze rezultaty leczenia. Poprawa zdrowia populacji i indywidualnych pacjentów

Lepsze doświadczenia personelu medycznego. Poprawa jakości pracy i warunków pracy

Niższe koszty opieki. Obniżenie kosztów ochrony zdrowia *per capita*

- systemy są obciążone administracyjnie, podatne na oszustwa, nadużycia i korupcję.

W jaki sposób przeciwdziałać nieracjonalnym wydatkom w obliczu stale wzrastających oczekiwań i potrzeb dotyczących jakości ochrony zdrowia?

Zdrowie to wartość

Jednym z ostatnio szeroko komentowanych i dyskutowanych w Polsce kierunków ewolucji systemów ochrony zdrowia jest model *value based healthcare* (VBHC), zaproponowany przez harwardzkiego ekonomistę Michaela Portera w 2006 r. W modelu tym koncentracja działań dotyczy jakości, a nie ilości świadczeń medycznych. Opieka nad pacjentem oparta jest na wartościach, a placówki i personel medyczny otrzymują wynagrodzenie na podstawie wyników zdrowotnych pacjentów. Model VBHC opiera się na czterech filarach. Pierwszy to dane dostarczane i przetwarzane przez różnego typu systemy informatyczne i *big data*. Drugi to narzędzia monitoringowe, benchmarkingowe i badawcze, dzięki którym jesteśmy w stanie ocenić, które działania są bardziej lub mniej efektywne i skuteczne. Trzecim są organizacje dostarczające świadczenia i zarządzające zmianami. I ostatni element – zachęty oraz płatności, czyli kwestie finansowania.

W Philips Healthcare w działaniach umożliwiających wdrożenie tego modelu stosowane jest podejście poczwórnego celu (*quadruple aim*), które polega na dążeniu do osiągnięcia w rozwiązaniach technologicznych lepszych wyników zdrowotnych, lepszego doświadczenia pacjenta, poprawy jakości pracy profesjonalistów medycznych oraz zmniejszania kosztów opieki.

Czy technologie medyczne mogą się przyczynić do lepszego gospodarowania środkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną, czy mogą przyspieszyć leczenie, a równocześnie polepszyć warunki pracy lekarzy, pielęgniarek, patomorfologów, ratowników medycznych i wielu innych ważnych zawodów medycznych?

Technologie to narzędzie

Innowacyjne rozwiązania, które są tworzone we współpracy ze środowiskiem medycznym oraz osobami zarządzającymi szpitalami, mają na celu osiągnięcie wielowymiarowych korzyści i wyeliminowanie wad, m.in. marnowania potencjału specjalistów, niepotrzebnych hospitalizacji, powielania usług zdrowotnych, generowania zdarzeń niepożądanych czy obciążenia administracyjnych.

Opieka oparta na wartościach jest budowana przy użyciu technologii, które mają zwiększać jakość i docelowo ograniczać zbędne koszty. Przykładów takich rozwiązań jest coraz więcej. Wspólnie z Uniwersytetem Augusta (AU Health) w USA zaprojektowaliśmy nowe procesy w zakresie radiologii, które umożliwiły współpracującym szpitalom zdalne czynności na różnych poziomach zaawansowania dostępowego i jakościowego.



To pozwoliło zdefiniować efektywność całego systemu radiologicznego, tj. skrócić czas realizacji badań o 22 proc. oraz zwiększyć liczbę procedur CR, MR i AMI o 17 proc.

„W państwach OECD aż 20 proc. wydatków na ochronę zdrowia jest marnotrawionych”

W innym przypadku, dotyczącym współpracy ze Szpitalem St. Antonius w Nieuwegein w Holandii w zakresie systemów angiograficznych, przeciętny czas zabiegu interwencyjnego został skrócony o 17 proc., co pozwoliło na leczenie jednego dodatkowego pacjenta dziennie w tej samej sali zabiegowej. Jednocześnie o 12 proc. skrócono czas przygotowania pacjenta oraz o 28 proc. czas pracy w laboratorium po zabiegu.

Tworzenie nowej jakości w ochronie zdrowia to zadanie niezwykle ambitne i ważne ze względu na obserwowane trendy demograficzne, epidemiologiczne i ekonomiczne. Opieka zdrowotna, w której liczy się jakość, skorelowana z dostępnością i efektywnością, to dobra przestrzeń do podjęcia wspólnego wysiłku różnych uczestników tego procesu (m.in. pacjentów, regulatora, płatnika, środowiska medycznego i akademickiego oraz twórców i dostawców rozwiązań). Ważne są bowiem zrozumienie i akceptacja teoretycznych podstaw tego modelu, ale jeszcze ważniejsze jest wdrożenie do codziennej praktyki, która zdobędzie uznanie pacjentów.



Michał Kępowicz
dyrektor ds. relacji strategicznych
Royal Philips, District North CEE