АВТОРСКИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

МОДЕЛ НА РЕИМБУРСИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ ПРОДУКТИ И УСЛУГИ, ОСНОВАН НА СТОЙНОСТТА, КОЯТО ПОЛУЧАВА ПАЦИЕНТЪТ

Т. Веков
Факултет по обществено здраве, Медицински университет – Плевен

Резюме. Стойността в здравеопазването, която получава пациентът, обикновено се дефинира като резултат от здравната дейност, постигнат за единица финансов ресурс. Измерването на тази стойност трябва да бъде в основата на модела за реимбурсиране на здравните продукти (терапевтични и диагностични дейности, лекарствени продукти, превенция и профилактика и др.). Когато реимбурсната политика е обвързана със стойността за пациента, тогава изпълнителите на медицински дейности са възнаграждавани за своята ефективност в постигането на добри здравни резултати, като същевременно се дава възможност за локализиране на отговорността за незадоволителни здравни резултати. Именно към подобна индивидуализирана дългосрочна здравна политика са ориентирани настоящите здравни реформи в развитите икономически страни от ЕС.

***Ключови думи**: стойност за пациента, здравни разходи, реимбурсиране, управление, подходи*

REIMBURSEMENT MODEL OF THE HEALTHCARE PRODUCTS AND SERVICES BASED ON THE PERFORMANCE

T. Vekov
Faculty of Public Health, Medical University – Pleven

Summary. The benefit from the healthcare services (received by the patient) could be defined as the result of the health care activities achieved for a certain financial resource. The measurement of the benefit in terms of performance should form the model of reimbursement for the healthcare products (therapeutic, pharmaceutical, prophylactic). If reimbursement policy is dependent of the performance benefits for a patient, then the providers of healthcare services are rewarded for efficacy. At the same time an opportunity for tracing the malpractice appears to be possible. For such an individualized health policy are oriented the current healthcare reforms in the EU countries.

***Key words**: performance; reimbursement; health care spending; management approaches*

Въведение

Икономиката на здравеопазването се основава на анализ на търсенето и предлагането на здравни услуги и стоки, с фокус върху съотношението на разходваните ресурси и получените резултати (ползи). Резултатите от този икономически анализ се използват за избор между различни здравни алтернативи с цел подобряване на ефективността и стойността, която получава пациентът. Тя се измерва като съотношение на здравни разходи и ползи. През последните години в България всички изразяват недоволство от здравната система. Многобройни публикации и интервюта, включително от бивши министри, описват здравната система като "разбита" и в "разруха". Всъщност това не е така, здравната система не е разбита. Тя "успешно" изпълнява задачите, които си е поставила. След като "търсенето" в болничната помощ е за повече клинични пътеки, това ще предлага здравната система. След като в първичната извънболнична помощ се заплаща на брой, записани пациенти (капитация), това и ще получават пациентите, а не здравна грижа. Докато не се променят стимулите в системата, тя ще продължава да произвежда това, за което е генерирала търсене.

Българските пациенти и здравните политици декларират, че имат желание да получават високо качество на здравните услуги и стоки. Тогава системата ще трябва да създаде условия за неговото търсене, като заплаща за постигнати цели в качеството. Следователно здравната политика и реимбурсирането на здравни продукти трябва да бъдат базирани на стойността за пациента.

Какво представлява стойността за пациента

Стойността в здравеопазването, която получава пациентът, обикновено се дефинира като резултат от здравната дейност, постигнат за единица финансов ресурс. Именно тази цел има значение за пациента и обединява интересите на всички участници в здравната система. При увеличаването на стойността печелят пациентите, финансиращите институции, изпълнителите на здравна помощ, като устойчивостта на здравната система нарас-

тва. Върху тази теоретична основа се изгражда и науката за оценяване на здравните технологии (Health Technology Assessement).

Един от основните проблеми за постигането на тази цел е, че в голяма степен стойността в здравеопазването не се разбира и не се измерва правилно. Стойността трябва да се дефинира винаги според потребностите на пациента. Възнагражденията на участниците в системата трябва да се определят според създаването на стойност за пациентите.

Важно е да се знае, че стойността в здравеопазването трябва да се измерва чрез постигнатите здравни резултати, а не от обема на предоставените услуги.

Правилната структура за измерване на стойността трябва да обхваща всички здравни услуги, продукти и дейности, които заедно определят доколко успешно са задоволени дадените потребности на пациента. Тези потребности се определят от заболяването на пациента, дефинирано като сбор от взаимосвързани медицински обстоятелства (диагнози), към които е правилно да се подходи интегрирано. Например при лечение на пациент с диабет трябва да се интегрира лечението на съпътстващите заболявания – хипертония, съдови болести, бъбречна недостатъчност и др. В този случай стойността трябва да се измерва за всичко, включено в интегрираното лечение. В това отношение прилагането на диагностично свързани групи е подход, който е много по-близък до концепцията за стойност в здравеопазването, отколкото клиничните пътеки.

Как да се измерва стойността за пациента

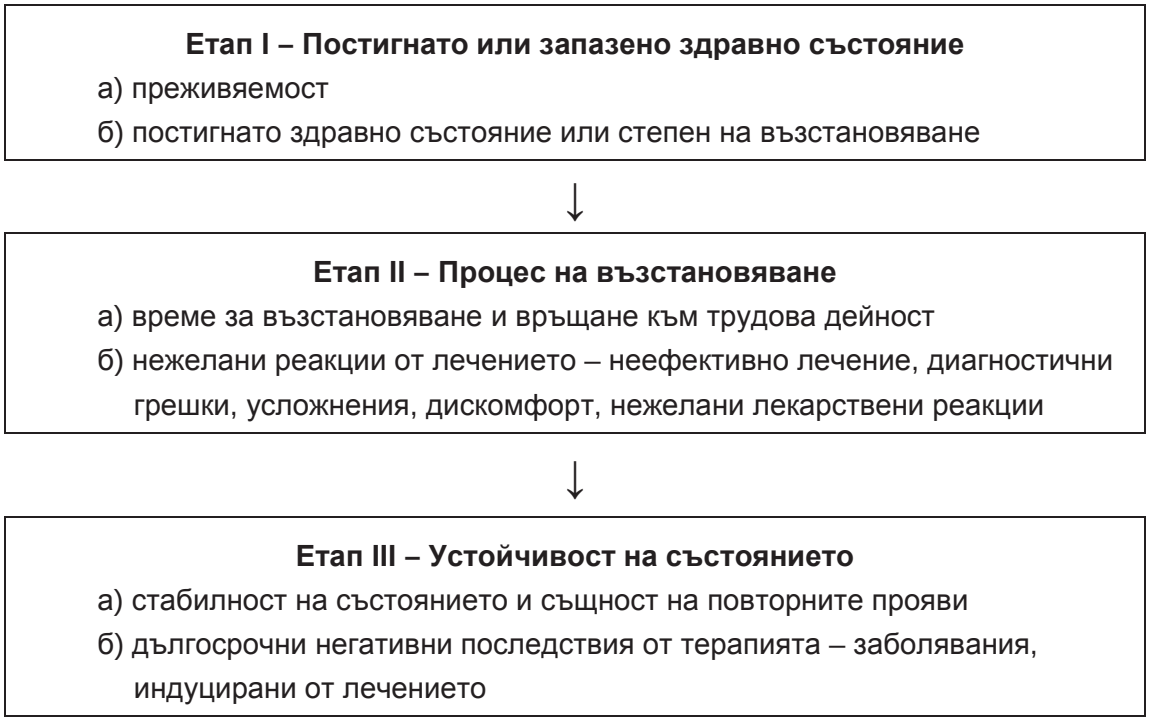
Определянето на групата релевантни здравни резултати за пациента трябва да бъде основано на следните принципи:

– Здравните резултати следва да включват здравните обстоятелства, които имат най-голяма връзка с пациента.

– Измерването на резултатите трябва да се отнася както за състоянието в близко, така и в далечно бъдеще, като периодът трябва да бъде достатъчно дълъг, за да обхваща оптималните резултати от лечението.

– Измерването на възможните здравни резултати трябва да включва измерване на рисковите фактори и изходното състояние, за да може да се коригира бъдещият риск.

На фиг. 1 е представен примерен алгоритъм за измерване на стойността за пациента.

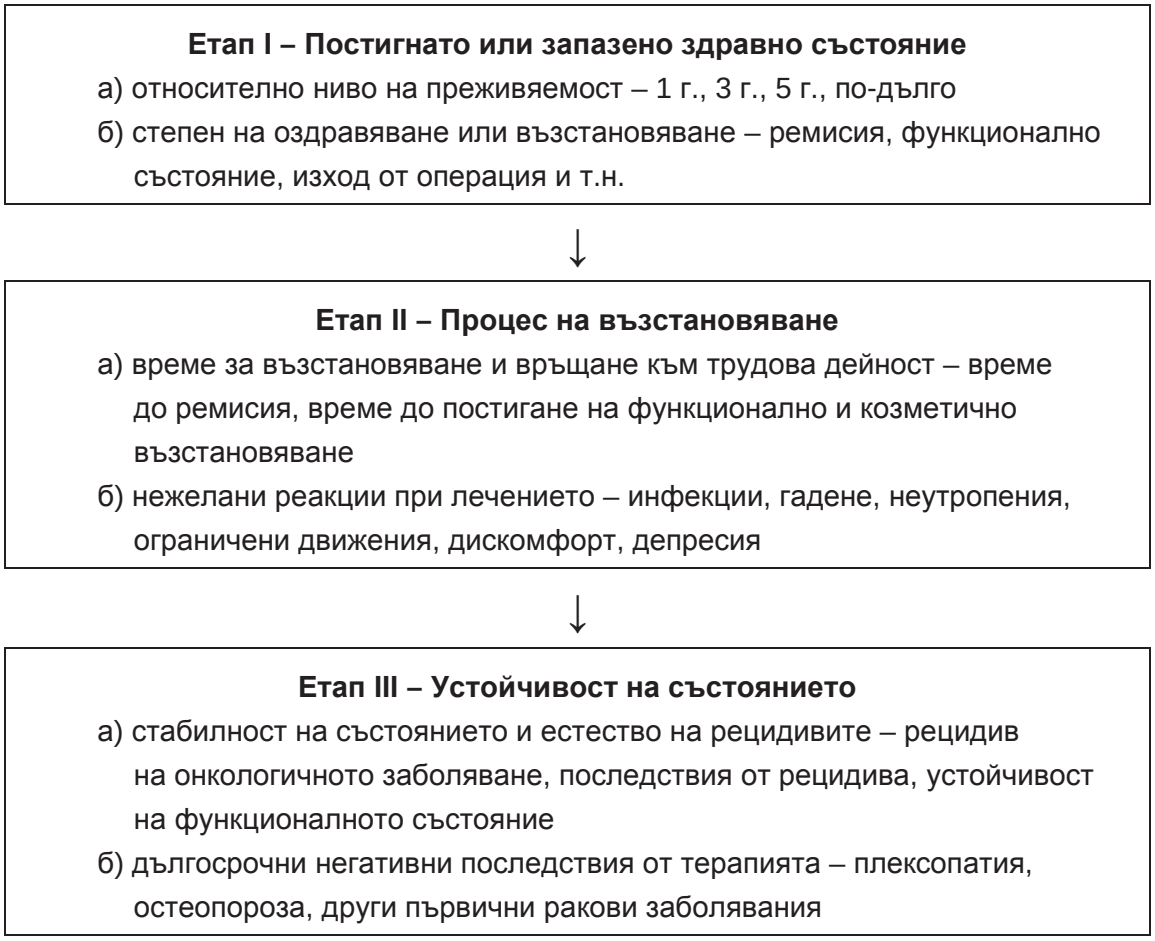


Фиг. 1. Примерен алгоритъм за измерване на здравните резултати за пациентите

На базата на подобен алгоритъм трябва да се изгради съвременната система за оценка на качеството на здравните резултати за пациента, които да се финансират от публичната здравноосигурителна система. Поради комплексния характер на медицината се налага често да се преценяват предимствата и недостатъците на здравните резултати в пряка конкуренция един спрямо друг – например краткосрочна функционалност срещу дългосрочна безопасност. Следователно приложението на модела за реимбурсиране, основан на стойността, която получава пациентът, е специфично за различните заболявания.

Всяко болестно състояние има свои собствени измервания на резултатите за пациента. Важно е да се знае, че за да се проследява и анализира ефективността, трябва да се прави поне едно измерване на резултатите на всеки етап от предложения

алгоритъм. Освен това подобряването на измерването на резултатите на един етап може да бъде полезно и за другите етапи. На фиг. 2 е предложен примерен алгоритъм за измерване на резултатите и ефективността на лечението при пациенти с рак на гърдата.



Фиг. 2. Алгоритъм за измерване на здравните резултати при пациенти с рак на гърдата

Подобни алгоритми за краткосрочните и дългосрочните резултати от лечението могат да бъдат изготвени за всички заболявания от професионалните научни дружества по терапевтични и хирургични специалности.

Как да се използва стойността за пациента

Най-важните потребители на данните от измерването на здравните резултати са самите лекари и здравните институции,

за които цялостното дългосрочно измерване може да доведе до значителни подобрения както от терапевтично, така и от икономическо естество. Освен това преминаването към публично докладване на терапевтичните резултати може да ускори иновациите, като мотивира изпълнителите на медицински услуги да стават по-добри от колегите си в бранша и да позволи на заинтересованите лица да извлекат максимална полза от информацията за резултатите в здравеопазването.

За да се постигне обективно ниво на измерване на ефективността на здравните дейности, е необходимо освен резултатите за пациентите в дългосрочен план да бъдат измервани и разходите. Измерването на общите разходи за целия цикъл на лечение на един пациент и съпоставянето им спрямо резултатите ще даде възможност за истинско структурно намаление на разходите чрез действия за преразпределяне на разходването на средства между видовете дейности, отстраняване на дейностите, които не добавят стойност за пациента, по-добро оползотворяване на капацитета, съкращаване на продължителността на терапевтичния цикъл, предоставяне на здравни услуги в подходяща ситуация и др. Известните методи за икономически оценки, измерващи стойността, която получават пациентите, са в основата на оценяването на здравните технологии – икономически анализи от типа минимализиране на разходите (CMA), разход/резултат (CEA), разход/полезност (CUA) и разход/полза (CBA). Следователно моделът за реимбурсиране на здравните продукти и услуги трябва да се основава на оценка на здравните технологии.

Как се оценяват разходите за здравни дейности

Голяма част от общите разходи за лечение на един пациент включват и споделени ресурси, като персонал, помещения и оборудване. За да бъдат измерени действителните разходи, трябва разходите за споделени ресурси да се разпределят и индивидуализират като отнасящи се до конкретния пациент въз основа на действителното използване на ресурса за неговото лечение, а не на средни стойности.

Големите разлики в разходите между различните заболявания и между пациентите с едно и също заболяване разкриват допълнителни възможности за намаляване на разходите.

Ефективното управление на здравните дейности и лечебните заведения изисква мениджмънтът да разполага с информация за действителните разходи на ниво пациент, което включва знания за разпределение на общите разходи.

В практиката съществуват различни подходи, като директно, стъпково или едновременно разпределение на разходите за споделени ресурси, като режийни разходи, административни разходи, транспортни разходи и др.

Какви са стъпките за реформиране на здравната ни система

Целта на всяка здравна система е да повишава стойността, която получават пациентите за единица изразходван ресурс. Могат да бъдат формулирани няколко стъпки за постигането на тази цел:

– Измерване на здравните разходи и резултати за всеки индивидуален пациент.

– Заплащане, независимо от източника, за цялостен курс на лечение, а не за отделни здравни дейности и хоспитализации. Това изисква интегрирана здравна грижа на всички нива в здравната система.

– Разпространение на добрите медицински и организационни практики на територията на цялата страна.

– Изграждане на единна интегрирана информационна система, която да даде възможност за реализация на всички предходни стъпки.

Описаните етапи не са лесни за приложение и изпълнение. Те изискват задължителен ангажимент отгоре надолу – здравни политици, мениджъри, експерти и изпълнители на медицински дейности. Вероятно, който успее да ги приложи в рамките на експериментален етап в интегрирано лечебно заведение или здравен регион, ще бъде по-конкурентоспособен въпреки бавните регулаторни промени, които са необходими.

Заключение

Подобряването на стойността в предоставянето на здравни грижи и нейното измерване трябва да бъдат приоритет на здравната политика. В страни като България, където подобни приоритети не съществуват, това забавя въвеждането на иновации, води до неблагоразумни начини за ограничаване на разходите и стимулира микроменажирането на ниво клиники и отделения, което само по себе си увеличава значително разходите.

Измерването на стойността, която получава пациентът, трябва да бъде в основата на модела за реимбурсиране на здравните продукти (терапевтични и диагностични дейности, лекарствени продукти, превенция и профилактика и др.).

Това ще позволи системата за реимбурсиране да се реформира така, че да възнаграждава стойността, която получават пациентите чрез предоставяне на пакетни плащания, покриващи пълния цикъл на лечение.

Когато реимбурсната политика е обвързана със стойността за пациента, тогава изпълнителите на медицински дейности са възнаграждавани за своята ефективност в постигането на добри здравни резултати, като същевременно се дава възможност за локализиране на отговорността за незадоволителни здравни резултати. Именно към подобна индивидуализирана дългосрочна здравна политика са насочени настоящите здравни реформи в развитите икономически страни от ЕС.

Библиография

1. C a m p b e l l , S. et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. – N. Engl. J. Med., **357**, 2007, № 2, 181-190.
2. C a n n i n g , D. Axiomatic foundations for cost-effectiveness analysis. – Health Econ., **22**, 2013, № 12, 1405-1416.
3. D o w d , B., R. Feldman, W. Nersesian. Setting pay for performance targets: Do poor performers give up? – Health Econ., **22**, 2013, № 2, 168-179.
4. F o r s t e r , M. et P. Pertile. Optimal decision rules for HTA under uncertainity: a wider, dynamic perspective. – Health Econ., **22**, 2013, № 12, 1507-1514.
5. K a r n o n , J. et al. Applying risk adjusted cost-effectiveness (RAC-E) analysis to hospitals: Estimating the costs and consequences of variation in clinical practice. – Health Econ., **22**, 2013, № 6, 631-642.

6. M a r s h , K. et al. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. – J. Publ. Health, **35**, 2013, № 3, 460-466.
7. O l i v e r , K. et al. Who runs public health? A mixed-methods study combining qualitative and network analyses. – J. Publ. Health, **35**, 2013, № 3, 453-459.
8. P a y n e , K., M. McAlister et L. Davies. Valuing the economic benefits of complex interventions: when maximasing health is not sufficient. – Health Econ., **22**, 2013, № 3, 258-271.
9. P o r t e r , M. The Strategy That Will Fix Health Care. N. Y., Harvard Business Press, 2013.

✉ **Адрес за кореспонденция:**
Проф. Тони Веков
Факултет по обществено здраве
Медицински университет
ул. „Св. Кл. Охридски” № 1
5800 Плевен

Постъпила – 20 януари 2014 г.