



Vertę pacientui kuriantys finansavimo modeliai

Gintaras Kacevičius

Pranešimas MRU mokslinėje konferencijoje „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“

2026-05-13

Finansavimas – tik vienas iš veiksmų, nulemiančių sveikatos sistemos veikimą (skaidrė iš PSO vebinaro)

The solution is not only in the financing systems, but financing is part of the solution



Verte grįstas sveikatos finansavimas: pagrindai*

- Verte grįsta sveikatos finansavimo sistema (angl. *value-based healthcare*) – tai fundamentalus pokytis nuo „mokėjimo už paslaugų kiekį“ prie „mokėjimo už pasiektus rezultatus“
- Konceptinis pagrindas
 - vertės formulė (Porter): *Vertė = pacientui/visuomenei svarbūs rezultatai / kaštai*
- Todėl verte grįstuose sveikatos finansavimo modeliuose vertė siejama su išlaidų sveikatos priežiūrai valdymu tuo pat metu užtikrinant sveikatos priežiūros kokybę:
 - didinant paslaugų teikimo efektyvumą
 - gerinant paslaugų teikimo koordinavimą tarp paslaugų teikėjų
 - gerinant paslaugų kokybę (ypač – pacientų patirtį) ir prieinamumą
 - užtikrinant tvarumą tiek mokėtojams, tiek paslaugų teikėjams
- Pagrindiniai principai:
 - stipri prevencija ir lėtinių ligų valdymas
 - orientacija į rezultatus (techninę kokybę ir pacientų pasitenkinimą), o ne į veiklos apimtį
 - integruota priežiūra per visą paciento kelią
 - rizikos dalijimasis tarp mokėtojų ir teikėjų

Verte grįsto finansavimo modelių įvairovė: populiacijos lygmens modeliai

- Populiacijos lygmens modeliai:
 - suteikia paslaugų teikėjams atsakomybę už paslaugų teikimą tam tikrai gyventojų grupei
 - nustato paskatas didinti efektyvumą ir valdyti kaštus, teikiant integruotą sveikatos priežiūrą ir koordinavimąsi tarp paslaugų teikėjų
- Kaip tai veikia:
 - paslaugų teikėjai (dažniausiai – jų tinklai) gauna fiksuotą sumą už kiekvieną gyventoją
 - ši suma įprastai varijuoja priklausomai nuo gyventojų amžiaus, lyties, sveikatos būklės (risk-adjusted capitation)
 - paslaugų teikėjai patys sprendžia, kaip ir kur panaudoti gaunamas lėšas
 - dažnai būna nustatomi rodikliai, skatinantys paslaugų teikėjus užtikrinti savalaikę, tvarią ir aukštos kokybės priežiūrą
 - dažnai kartu taikomas papildomas mokėjimas, susijęs su kokybe (pvz., P4P)

Populiacijos lygmens modelių pavyzdžiai:

1. JAV Accountable Care Organizations (ACO)

- ACO modelis skirtas finansiškai atlyginti paslaugų teikėjams už tarpusavio bendradarbiavimą, dalijimąsi informacija ir veiklos koordinavimą, teikiant paslaugas aukštos rizikos ir aukštų kaštų lėtiniais pacientams.
- ACO nariai sutinka prisiimti atsakomybę už priskirtiems gyventojams (ne mažiau kaip 5000) suteiktų paslaugų kokybę (įskaitant gyventojų patirtį) ir kaštus
- ACO narių teikiamų paslaugų apmokėjimas sudarytas iš dviejų dalių:
 - 1) įprastas apmokėjimas už paslaugas, skirtas kompensuoti patirtus kaštus
 - 2) jei metų gale paaiškėja, kad bendri patirti kaštai skyrėsi nuo planuotų:
 - jei kaštai mažesni nei planuoti - ACO nariai gali pasidalinti iki 75 procentų sutaupytos sumos
 - jei kaštai didesni nei planuoti, ACO nariai pasidalina nuo 40 iki 75 proc. nuostolių.

Populiacijos lygmens modelių pavyzdžiai:

2. Prancūzijos IPEP/PEPS

- 2018 m. Prancūzija įdiegė *Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP)* ir *Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS)*
- Abu modeliai pagrįsti ACO modeliu: paslaugų teikėjų grupė, aptarnaujanti bent 5000 gyventojų, gauna bonusą, susietą su kokybe.
- Grupės narių paslaugų apmokėjimas sudarytas iš dviejų dalių:
 - Pagrindinis apmokėjimas, diferencijuotas pagal gyventojų amžių, lytį, socialinį ekonominį statusą ir geografinius-ekonominius veiksnius (paslaugų teikėjų prieinamumą, regiono ekonominį išsivystymą)
 - Jei, lyginant su šalies vidurkiu, grupė sutaupo lėšų, 50 % jų pasilieka kaip bonusą
- ACO ir IPEP/PEPS modeliai literatūroje dar vadinami “shared savings/shared risks”

Verte grįsto finansavimo modelių įvairovė: mokėjimas už epizodą (bundled payments)

- Epizodas apima visas diagnostines ir gydomąsias paslaugas, susijusias su vienu paciento keliu (patient pathway), suteiktas skirtingų paslaugų teikėjų
- Tikslas – paciento kelyje skatinti įvairių paslaugų teikėjų bendradarbiavimą (priežiūros tęstinumą) ir paslaugų kokybę
- Taikoma:
 - kai kurioms chirurginėms intervencijoms
 - lėtinių ligų priežiūrai
- Epizodo trukmė: nuo 30 d. iki 1 metų ir daugiau.
- Apmokėjimas:
 - už vieną epizodą mokama viena kaina/suma, kurią paciento kelyje dalyvaujantys paslaugų teikėjai pasidalina tarpusavyje proporcingai savo indėliui į paciento priežiūrą

Mokėjimo už epizodą pavyzdžiai: 1. Švedija (Stockholm County, OrthoChoice) – vienas ankstyviausių pavyzdžių Europoje

- Epizodai: klubo / kelio endoprotezavimo
- Epizodo apimtis, už kurią mokama viena suma:
 - priešoperacinis vertinimas,
 - hospitalizacija ir klubo ar kelio endoprotezavimo operacija,
 - implantas (endoprotezas),
 - pooperacinė reabilitacija,
 - komplikacijų gydymas ir pakartotinės (revizinės) operacijos 5 metų (!) laikotarpiu po operacijos.
- Kokybės rodikliai:
 - komplikacijų, reoperacijų dažnis
 - paciento laukimo laikas
 - pacientų pasitenkinimas (funkcija ir skausmas po operacijos)
- Rezultatai:
 - reoperacijų rizika sumažėjo apie 26 %,
 - bendros gydymo ciklo sąnaudos sumažėjo ~14–20 % vienam pacientui,
 - laukimo eilės sutrumpėjo,
 - operacijų apimtys išaugo,
 - komplikacijų sumažėjo, ypač privačiuose centruose.

Mokėjimo už epizodą pavyzdžiai:

2. Estija. Išeminio insulto epizodo apimtis ir kainos.

Insulto epizodas apima šias paslaugas, suteiktas vienerių metų laikotarpiu:

- Aktyviojo gydymo stacionaro
- Reabilitacijos stacionaro
- Slaugos stacionaro
- Ambulatorinės reabilitacijos
- Gydytojų specialistų konsultacijų

Epizodo (paciento kelio) aprašymas	Kaina už epizodą, EUR (2022)
Išeminis insultas su trombolize, paciento amžius 19 – 44 m.	9378
Išeminis insultas su trombolize, paciento amžius 45 – 80 m.	7121
Išeminis insultas su trombolize, paciento amžius 81+ m.	7010
Išeminis insultas su trombektomija, paciento amžius 19 – 44 m.	22 557
Išeminis insultas su trombektomija, paciento amžius 45 – 80 m.	17 576
Išeminis insultas su trombektomija, paciento amžius 81+ m.	16 403
Išeminis insultas, kai taikytas kitas aktyvus gydymas, amžius 19+ m.	5255

Mokėjimo už epizodą pavyzdžiai:

3. Kitos šalys

- Nyderlandai (nuo 2010 m.):
 - Antro tipo diabetas
 - Astma/LOPL
 - Kraujotakos ligų rizikos valdymas
- Prancūzija (nuo 2018 m.):
 - Klubo, kelio endoprotezavimas
 - Storžarnos vėžys
 - Epizodas apima laikotarpį nuo 45 d. iki operacijos iki 3 – 6 mėn. po operacijos
- Norvegija (nuo 2019 m.):
 - Klubo, kelio sąnario endoprotezavimas
 - Dializė
 - Kai kurios lėtinės odos, reumatinės, gastroenterologinės, neurologinės ligos
 - Trukmė – nuo 1 mėn. iki 1 metų
- Kitos šalys - JAV, Australija, Kanada, Jungtinė Karalystė

Mokėjimas už epizodą: patirties apibendrinimas

- Nauda:
 - Realiai skatina paslaugų teikėjus bendradarbiauti
 - Poveikis paslaugų kokybei – mišrus, daugiau teigiamas
 - Padeda suvaldyti išlaidų sveikatos priežiūrai augimą
- Iššūkiai:
 - Išsamus paciento kelio aprašymas (!)
 - Epizodo apimtis (kokias paslaugas apima, kokie paslaugų teikėjai dalyvauja)
 - Epizodo pradžia ir pabaiga
 - Paciento rizikos įvertinimas
 - Epizodo kainos nustatymas
 - Išankstinis ar retrospektyvus (pasibaigus epizodui) apmokėjimas
 - Mokėtojo ir paslaugų teikėjų rizikos subalansavimas
 - Savanoriškas ar privalomas paslaugų teikėjų dalyvavimas
 - Epizode dalyvaujančių paslaugų teikėjų indėlio įvertinimas ir pelno/nuostolio padalinimo taisyklės
 - Kokybės stebėseną

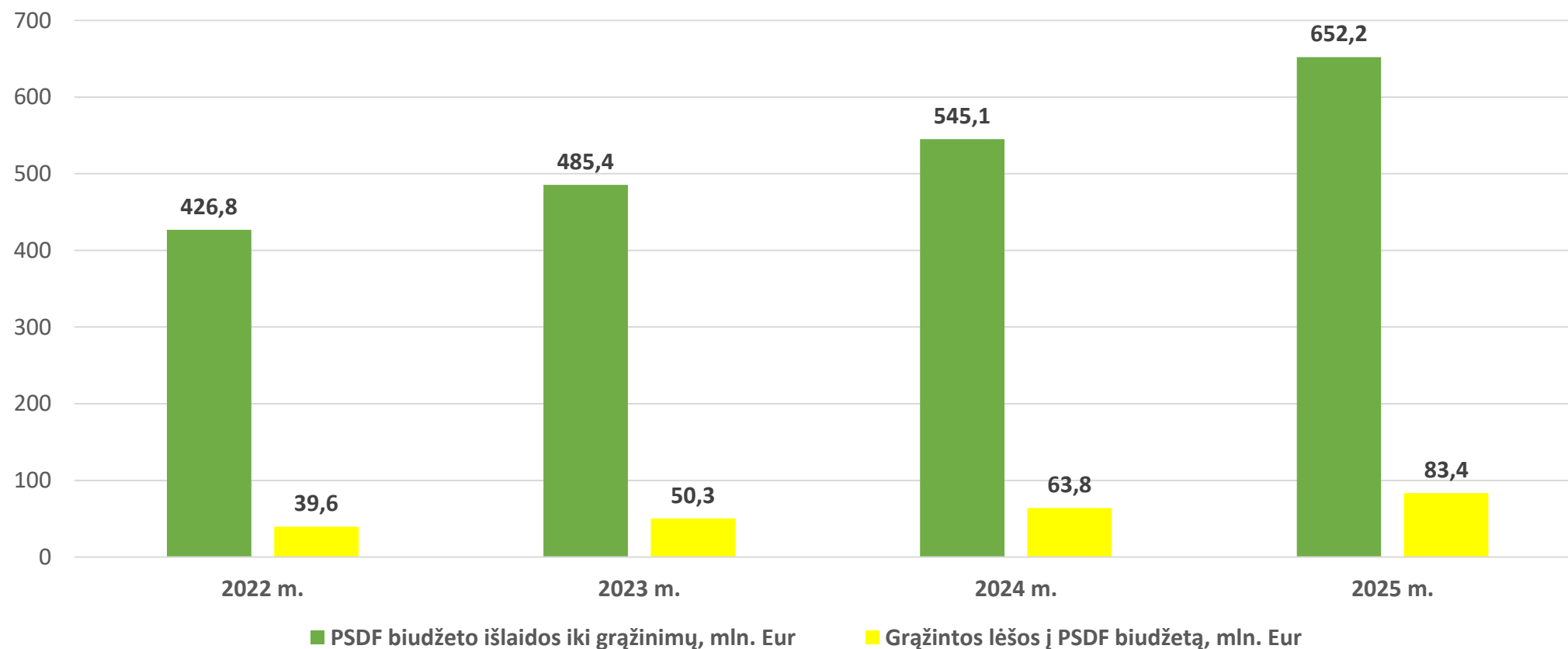
Mokėjimas už vertę vaistų kompensavimo srityje

- Mokėjimas už rezultatą (outcomes-based agreements)
- Mokėtojas moka pilną kainą tik tuo atveju, jei vaistas pasiekia deklaruotą rezultatą:
 - jei onkologinis vaistas sumažina naviką,
 - jei genų terapija pagerina funkciją,
 - jei pacientas išvengia hospitalizacijos.
- Jei rezultato nėra:
 - gamintojas grąžina dalį pinigų,
 - suteikia nuolaidą,
 - arba papildomas gydymas tampa nemokamas.
- Vienas žinomiausių pavyzdžių – antivirusinių vaistų Sofosbuvir ir vėlesnių jo derinių, per 2 – 3 mėnesius išgydančių 95% pacientų nuo hepatito C, kompensavimas:
 - vaistas gana brangus (kursas šiuo metu apie 7 tūkst. EUR)
 - tačiau vertė labai aiški: trumpas gydymo kursas, beveik visiškas pasveikimas, ilgalaikė ekonominė nauda (išvengiama žymiai didesnių kaštų ateityje).

Su verte susietas finansavimas Lietuvoje: ką jau darome

- Vaistų kompensavimo srityje VLK nuo 2014 metų sudaro su vaistų gamintojais dviejų tipų sutartis dėl gydymo tam tikrais vaistais prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo:
 - 1) Apimties - gamintojas sumoka VLK sumą, kuri faktiškai viršijo sutartą sumą, skirtą iš PSDF tam tikro vaisto kompensavimui
 - 2) Nuolaidos suteikimo – gamintojas sumoka VLK sumą, apskaičiuotą pagal grąžintiną vaisto kainos dalį t.y. kad faktinė kompensuojamoji vaisto kaina būtų ne didesnė, nei sutarta sutartyje.
- Tokios sutartys sudaromos naujai pradedamiems kompensuoti vaistams bei jau kompensuojamiems praplečiant indikacijas
- Šiuo metu VLK iš viso turi jau 248 tokias sutartis, ir pagal jas 2025 m. į PSDF buvo grąžinta 83,4 mln. EUR
- Grąžintos lėšos patenka tiesiai į PSDF vaistų eilutę ir yra panaudojamos naujiems vaistams kompensuoti

PSDF išlaidos medikamentams ir vaistų gamintojų grąžinimai į PSDF



Su verte susietas finansavimas Lietuvoje: ką pradedame ar planuojame

- Patvirtintoje VLK 2026 – 2030 metų strategijoje vienas iš svarbių akcentų – padidinti PSDF lėšų panaudojimo efektyvumą
- Efektyviau panaudotos PSDF lėšos = sukurta daugiau vertės pacientams:
 - **ne sutaupyti, o padidinti PSDF generuojamą vertę (!)**
- Penkios strateginės kryptys, integruojamos į VLK veiklos planus:
 1. Tobulinti mokėjimo būdus ir kainodarą
 2. Optimizuoti šeimos gydytojų darbą
 3. Mažinti išvengiamą stacionarinį gydymą
 4. Didinti gyventojų sveikatos raštingumą
 5. Efektyvinti gydymo įstaigų veiklą
- Kai kurie konkretūs pradėti darbai:
 - indikacijų kai kurioms dienos chirurgijos operacijoms (ypač – kojų venų ir vokų korekcijos operacijoms) peržiūrėjimas/nustatymas
 - projektas „ASPĮ apmokėjimo modelio už pasiektus rezultatus sukūrimas ir išbandymas“

Projektas „ASPĮ apmokėjimo modelio už pasiektus rezultatus sukūrimas ir išbandymas“ (2025 – 2027 m.)

- Skirtas parengti sveikatos centrų apmokėjimo modelį, skatinantį juos sudarančių sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą ir veiklos koordinavimą
- Dalyviai: VLK, penkių pilotinių sveikatos centrų atstovai, užsienio konsultantai.
- Populiacijos lygmens modelis – apima visus prie struktūrinio ar funkcinio SC prisirašiusius gyventojus
- Projekto esmė: jei įstaigos – SC nariai bendradarbiaudami pasiekia geresnių rezultatų, tai „pelną“ pasidalina- tarpusavyje („shared savings“ modelis)
- „Pelnas“ – sutaupytos lėšos dėl (dar svarstoma):
 - sumažėjusios prisirašiusių gyventojų išvengiamos hospitalizacijos
 - sumažėjusios pakartotinės hospitalizacijos per 30 dienų
 - sumažėjusių apsilankymų skubios pagalbos skyriuose (išskyrus pvz. traumas)
 - sumažėjusių pakartotinių apsilankymų skubios pagalbos skyriuose per 3 dienas
- Iššūkiai:
 - parengti bendros veiklos rodiklius (svarstomus žr. aukščiau)
 - parengti atskirų SC dalių (pirminės sveikatos priežiūros, specialistų-konsultantų, dienos stacionaro/chirurgijos, stacionaro) veiklos rodiklius, nulemiančius bendros veiklos rodiklius
 - parengti taisykles, kaip apskaičiuoti ir monetizuoti kiekvienos ASPĮ - SC nario individualų indėlį į bendros veiklos rezultatus