



efpia

# JAČANJE ZDRAVSTVENIH SUSTAVA KROZ PAMETNO TROŠENJE SREDSTAVA

## Preporučene mjere

Naši zdravstveni sustavi, suočeni s dosad nezabilježenom zdravstvenom krizom povrh izazova koje predstavlja starenje populacije i sve veće opterećenje kroničnim bolestima, moraju povećati svoju otpornost na buduće udare i zadovoljiti sve veće zahtjeve za zdravstvenim uslugama, a pritom ostati održivi. I dok trebamo i dalje ulagati u zdravstvene sustave, osobito u onim zemljama i regijama Europe gdje su troškovi za zdravstvenu skrb ispod prosjeka EU, nudi nam se prilika da učinkovitije trošimo sredstva za zdravstvenu skrb. Pametno trošenje sredstava u zdravstvu omogućit će nam da poboljšamo zdravstvene ishode, a da pritom ne povećamo ukupne troškove, ili da čak dugoročno uštedimo i uštedeno reinvestiramo u bolje zdravlje. Ovaj pristup uvelike se razlikuje od kratkoročnih rezanja proračuna koja su se dogodila nakon ekonomске i finansijske krize 2008.-2009. godine i koja su u nekoliko europskih zemalja mnogo puta dovela do lošijeg zdravlja kako na razini populacije tako i na razini pojedinog bolesnika.

Da bi se mogla voditi utemeljena rasprava o tome kako pametno trošenje sredstava može poboljšati otpornost, brzinu odgovora i spremnost zdravstvenih sustava, EFPIA je razvila niz preporuka namijenjenih nacionalnim i europskim kreatorima politika. Velik broj analiziranih slučajeva pokazuje kako se pametnim trošenjem sredstava i planiranjem u zdravstvenom sustavu mogu poboljšati dugoročni ishodi i pritom zadržati održivost i fleksibilnost sustava kako bi mogao odgovoriti na buduće izazove.



### Mjeriti ishode i objavljivati podatke

Budući da je postizanje optimalnih zdravstvenih ishoda na razni bolesnika i na razini populacije glavni cilj pametnijeg trošenja, donositelji odluka u zdravstvenom sustavu trebaju pouzdane i granulirane podatke o ishodima kako bi mogli procijeniti stvarnu učinkovitost potrošenih sredstava. Zdravstveni ishodi danas dramatično variraju kako unutar pojedine zemlje u Europskoj uniji, tako i između njih, ali to se često ne vidi zbog razlika u definiranju i mjerenu tih ishoda. To je krajnje zorno pokazao primjer pandemije COVID-19, tijekom koje je teško usporediti čak i stope mortaliteta u zemljama članicama EU-a zbog različitih standarda i metodologija u prikupljanju podataka. Mjerenje standardiziranih ishoda koji su važni bolesnicima, ključni je alat za bolje razumijevanje razlika u tim ishodima unutar EU-a i omogućuje bolju procjenu stvarne učinkovitosti i zdravstvene vrijednosti. Objavljivanje tih podataka na transparentan način, prema modelu kojim se koriste zemlje poput Švedske, omogućit će pružateljima usluga da saznaju koji je najbolji oblik usluge. To također može osnažiti i pacijente time što će s vremenom moći raditi usporedbe između pružatelja usluga i između samih usluga, što će također pridonijeti donošenju utemeljenih odluka.



### Poboljšati koordinaciju u zdravstvu pomoću integracije zdravstvenih podataka i digitalnog zdravstva

Uklanjanjem prepreka na putu pacijenata kroz zdravstveni sustav i ukidanjem duplicitiranja intervencija, mogu se smanjiti neopravdani troškovi i potencijalno poboljšati zdravstveni ishodi. Integrirana zdravstvena zaštita može poboljšati kontinuitet zdravstvene skrbi i smanjiti nepotrebno dugačke liste čekanja, poduprijeti osnaživanje pacijenata i pridonijeti održivosti i otpornosti zdravstvenih sustava. Za neke bolesti i zdravstvena stanja, osobito ona najkompleksnija, uvođenje standardiziranih protokola za pacijente može pridonijeti koordinaciji zdravstvene skrbi. Digitalne zdravstvene usluge i elektronički zdravstveni kartoni (engl. *Electronic Health Records*, EHR) također su ključni alati kojima se može poboljšati koordinacija zdravstvene skrbi i integracija zdravstvenih usluga, kao i dodatno osnažiti pacijente i omogućiti im da vode brigu o vlastitom liječenju kroz pristup svojim zdravstvenim podacima.



### Poticati učinkovitost kroz pametno trošenje na lijekove

Znatne uštede mogu se ostvariti poticanjem tržišnog natjecanja lijekova s nezaštićenih patentom. Zemlje članice trebaju razmjenjivati dobre prakse o najboljem načinu postizanja učinkovitog i konkurentnog tržišta lijekova s nezaštićenih patentom i ostvarenja racionalne primjene lijekova, što uključuje i bolje pridržavanje terapije i izbjegavanje neprimjerene polimedikacije, pomoći digitalnih alata. Stvorene uštede treba reinvestirati u povećanje dostupnosti inovativnih lijekova, koji imaju važnu ulogu u dalnjem poboljšanju života bolesnika i smanjenju nepotrebnih zdravstvenih troškova u drugim dijelovima zdravstvenog sustava i socijalne skrbi.



## Poboljšati prevenciju, rano otkrivanje bolesti i rane intervencije, uključujući zdravstvenu pismenost

Potrebno je pojačati mjere prevencije bolesti i promicanja zdravlja, kao i korake za rano otkrivanje bolesti i rane intervencije, kako bi se ograničili mortalitet i morbiditet koji se mogu izbjegić i smanjili nepotrebni troškovi za zdravstveni sustav. Poboljšanje zdravstvene pismenosti integracijom iste u zdravstvene politike i ciljeve, kao što je to slučaj u Austriji, Njemačkoj i Švicarskoj, pridonijet će boljim zdravstvenim ishodima i učinkovitijoj upotrebi zdravstvenih resursa.



## Prijeći na modele plaćanja koji nagrađuju rezultate više nego opseg posla

Tradicionalni modeli plaćanja koji se koriste u zdravstvu ponekad mogu poticati prekomjernu konzumaciju zdravstvene skrbi ili neprimjerene intervencije ili u drugim slučajevima rezultirati racioniranjem usluga, neučinkovitim listama čekanja i rizičnim odabirom bolesnika. Prelazak na modele plaćanja koji su usmjereni na ishode riješio bi jedan od središnjih problema s kojim se zdravstveni sustavi danas suočavaju, a taj je da se ne potiče ono što je zapravo važno – bolje zdravlje pacijenata. Umjesto da plaćaju bolničke krevete, liječničke pregledne, pretrage ili tablete, zdravstveni sustavi trebali bi nagraditi bolje zdravstvene ishode i duži život pacijenata. Povezivanje poticaja i plaćanja s ishodima primjereno je ne samo za neke lijekove i terapijska područja, nego za sve zdravstvene usluge općenito. Za to može biti potrebno dodatno praćenje i prikupljanje podataka, ali dovest će do dubljeg razumijevanja toga kako bolje raspodijeliti ograničena sredstva i poticati koordinaciju skrbi i integraciju usluga.



## Integrirati proračun kroz cijeli ciklus zdravstvene skrbi

Modeli plaćanja temeljeni na ishodima, koji uzimaju u obzir cjelokupni klinički put bolesnika, mogu olakšati integraciju skrbi jer će potaknuti različite službe na suradnju kako bi se postigli najbolji rezultati za pacijente. To bi pomoglo i da se nadvrlada sadašnja fragmentiranost zdravstvenog proračuna gdje nema puno poticaja za ulaganja kojima bi se realizirale dugoročne uštede u drugim dijelovima zdravstvenog sustava. Objedinjavanjem sada razdvojenih proračunskih sredstava za različite dijelove zdravstvenog sustava, mogla bi se omogućiti učinkovitija raspodjela tih sredstava, usmjerena na postizanje najveće vrijednosti za pacijente. To bi zdravstvenim sustavima omogućilo da postanu fleksibilniji i sposobniji prilagoditi se vanjskim potresima i budućim zdravstvenim ugrozama.



## Razmjenjivati najbolje prakse

Razmjena i uvođenje najboljih praksi čini zdravstvene sustave učinkovitijima za bolesnike, platitelje, bolnice i pružatelje usluga, omogućuje utemeljeno usmjeravanje javnozdravstvene politike i utire put smanjenju zdravstvenih nejednakosti. Priče o uspjehu, kao što su Europska referentna mreža (engl. *European Reference Networks*, ERN) koja povezuje više od 900 bolnica za rijetke i kompleksne bolesti i omogućuje objedinjavanje znanja iz cijele Europe ili All.Can Efficiency Hub koji prikuplja informacije o najboljoj praksi u onkološkoj skrbi iz cijelog svijeta, treba preslikati u druga terapijska područja kako bi se stvorila zajednica koja uči i pomoglo organizacijama da pronađu i uvedu provjerena rješenja za zajedničke probleme.

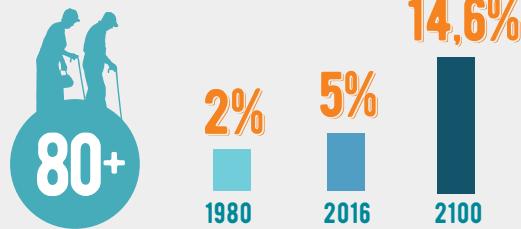
## Izazovi s kojima se susrećemo



### SVE STARIJA POPULACIJA

Zdravstveni sustavi suočavaju se s još neviđenim izazovima koje nosi starenje populacije i povećana prevalencija kroničnih bolesti, zbog čega rastu zahtjevi za zdravstvenim uslugama. Postotak europske populacije starije od 80 godina povećao se **s 2% u 1980. na više od 5% u 2016.**, a prema projekcijama bit će veći od 14,6% do 2100<sup>i</sup>.

Kako europsko stanovništvo stari, tako sve više boluje od kroničnih stanja. Opterećenje kroničnim bolestima u Europi već čini **75% ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu** i, prema procjenama, nastavlja se povećavati<sup>ii</sup>. Neizravni troškovi tih bolesti, osobito na tržištu rada zbog izostajanja s posla i rada za vrijeme bolesti, također su pozamašni kako za osobe s kroničnim bolestima tako i za njegovatelje<sup>iii</sup>. Kriza COVID-19 samo je pogoršala te već prisutne probleme.



**NA KRONIČNE  
BOLESTI OTPADA  
75%  
UKUPNIH  
ZDRAVSTVENIH  
IZDATAKA**

Da bismo se mogli nositi s predstojećim zahtjevima i da bi zdravstveni sustavi bili otporniji kad se susretu sa sličnim ugrozama u budućnosti, potrebna su strateška ulaganja u zdravstvo. U Europskoj uniji (EU) se za zdravstvene troškove odvaja prosječno **9,6% bruto domaćeg proizvoda (BDP) u zadnjih nekoliko godina<sup>iv</sup>**, iako neke zemlje troše značajno manje od ovog prosjeka. Mala potrošnja za zdravstvo odražava se na kvalitetu skrbi i ishode bolesnika. U zaključima o ekonomiji dobrobiti koje je Vijeće usvojilo 2019. godine, ističe se povezanost između zdravlja i dobrobiti i gospodarskog rasta, produktivnosti i dugoročne održivosti<sup>v</sup>. Europska komisija je u svom Godišnjem pregledu rasta za 2020. (engl. *European Commission Annual Growth Survey 2020*) pozvala sve zemlje članice da investiraju u zdravstvo i dugoročnu skrb kako bi se zadovoljile potrebe sve starije populacije<sup>vi</sup>, dok se u preporukama Europske komisije iz 2020. za pojedine zemlje (engl. *European Semester Country Specific Recommendations 2020*) prvi put predlažu strateške investicije u zdravstvo svim zemljama članicama<sup>vii</sup>.

Međutim, povećati izdatke za zdravstvo nije uvijek moguće jer se ono natječe s drugim društvenim prioritetima za svoj dio ograničenog javnog proračuna. Prema Organizaciji za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD), **jedna petina sredstava za zdravstvo troši se neučinkovito**, tj. ne čini nikakav značajan doprinos zdravstvenim ishodima<sup>viii</sup>. Povećavanje učinkovitosti zdravstvene potrošnje stoga je obećavajući put do ostvarenja javnozdravstvenih ciljeva uz istovremeno osiguranje održivosti zdravstvenih sustava. To bi također mogao biti dobar pristup optimizaciji kapaciteta zdravstvenih sustava tako da mogu odgovoriti na brzo povećanje broja slučajeva, kao što se to pokazalo u krizi COVID-19.



“...vlade mogu svojom politikom imati širok utjecaj na četiri načina: i) mogu povećati sveukupne državne prihode, ii) mogu prebaciti druge državne izdatke na zdravstvo, iii) mogu prebaciti zdravstvo na privatno financiranje, i/ili iv) mogu pronaći način kako povećati učinkovitost. Prebacivanje većeg dijela zdravstvenih izdataka na privatno financiranje nosi rizik od smanjenja dostupnosti zdravstvenih usluga i povećanja financijskog opterećenja domaćinstava zbog većih izravnih troškova (izravnog plaćanja). **Stoga je pronalaženje načina da se poveća učinkovitost, iako izazovno, od ključne važnosti za usporavanje rasta troškova bez narušavanja dostupnosti ili kvalitete zdravstvenih usluga.**”

*Synthetic Note, 8th Meeting of the OECD Joint Network of Senior Budget and Health Officials:  
Fiscal Sustainability of Health Systems, 10-11 February 2020 [emphasis added]*

## Pametno trošenje u zdravstvu

Utvrdjivanjem neučinkovite potrošnje u zdravstvu i realociranjem tih sredstava u druge dijelove sustava, moglo bi se postići značajno poboljšanje zdravstvenih ishoda i kvalitete skrbi bez dodatnog povećanja sveukupnog troška. Tako bi **rješavanje problema rasipanja sredstava u zdravstvu moglo olakšati prelazak sa zdravstvene skrbi niske vrijednosti na zdravstvenu skrb visoke vrijednosti**, čime bi se oslobođili resursi koji bi se mogli upotrijebiti za intervencije koje bi donijele veću vrijednost bolesnicima, zdravstvenim sustavima i društvu. To bi i ubrzalo pomak prema zdravstvenim sustavima koji su usmjereni na ishode i usredotočeni na ono što je važno građanima i pacijentima, kako su 2017. godine istaknuli ministri zdravstva zemalja OECD-a.

**Koncept učinkovitosti ne smije se zamijeniti s kratkoročnim mjerama rezanja troškova.** Te mjere, koje su bile široko prihvачene neposredno nakon ekonomске krize krajem 2000-tih, usmjerene su samo na smanjenje uloženih sredstava i često imaju negativan učinak na zdravstvene ishode<sup>ix</sup>. Strategije rezanja troškova treba izbjegavati, osobito u sadašnjem kontekstu pandemije COVID-19, kada su potrebne nove investicije kako bi se pojačala otpornost i agilnost naših zdravstvenih sustava. **Učinkovitost znači da se određenom zdravstvenom investicijom maksimiziraju ishodi bolesnika ili zadrže isti uz ostvarenje ušteda.** **Cilj povećanja učinkovitosti nije rezanje proračuna za zdravstvo nego reinvestiranje potencijalnih ušteda u inovacije i skrb koja ima veću vrijednost.**

**Mnogi zdravstveni sustavi mjere učinkovitost tako što uspoređuju uložena sredstva s količinom obavljenog posla (engl. *inputs to outputs*) umjesto s ishodima.** Primjer takvog pristupa može biti broj operacija katarakte koje određena bolnica može obaviti s obzirom na dobivenu količinu sredstava. Taj se podatak potom može usporediti s podacima iz drugih bolnica u regiji ili državi, što je korisna informacija ravnateljima, ali ne odgovara na pitanje koliko su te operacije poboljšale zdravstveno stanje bolesnika u usporedbi s drugim bolnicama. Kako je istaknula Stručna skupina EU-a za procjenu učinkovitosti zdravstvenih sustava (engl. *EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment*), **upotreba definicije koja povezuje uložena sredstva kao ulazni podatak s količinom obavljenog posla kao izlaznim podatkom može dovesti do pogrešnog tumačenja podataka.** Ipak, mnoge zemlje često koriste takve izlazne podatke kao zamjenske pokazatelje ishoda zbog nedostatka odgovarajućih podataka i metodologija kojima bi procijenile zdravstvene ishode različitih intervencija<sup>x</sup>.

## Uzroci neučinkovitog trošenja – neki primjeri

Neučinkovito trošenje sredstava u zdravstvu može imati različite oblike, od nepotrebnih pretraga do kasnijeg otpuštanja bolesnika iz bolnice, od kliničkih pogrešaka i upotrebe suboptimalnih i zastarjelih metoda liječenja i protokola do premale upotrebe generičkih lijekova. Da bi naglasila korist koju bi bolesnici i zdravstveni sustavi imali od toga da se riješi neučinkovita skrb i tako oslobose resursi koji bi se mogli reinvestirati u sustav, EFPIA je naručila izvješće kojim se dublje analizirao velik broj područja u kojima su dobre zdravstvene prakse poboljšale ishode bolesnika. U dalnjem tekstu prikazani su neki od tih primjera<sup>xi</sup>.

### Slaba koordinacija skrbi

Rješavanje problema slabe koordinacije između bolnica i drugih dijelova zdravstva, kao što su primarna zdravstvena zaštita i socijalna skrb, važan je način povećanja učinkovitosti, što je pokazala i kriza COVID-19. Procjenjuje se da **nepotrebni dolasci na hitnu pomoć**, zbog primjerce manje važnih tegoba koje su mogle biti bolje zbrinute na razini primarne zdravstvene zaštite, čine oko **20% svih dolazaka u ambulante hitne medicinske pomoći u Italiji i Francuskoj, više od 30% u Portugalu i više od 50% u Belgiji i Sloveniji**<sup>xii</sup>. Bolničke usluge općenito troše više resursa i skupe su, pa bi se njima trebalo koristiti samo za onu vrstu liječenja i skrbi koja zahtijeva visoku razinu stručnosti ili specijalističko liječenje i opremu. Bolesnike koji mogu dobiti odgovarajuću skrb izvan bolnice, uključujući kontrolne pregledе ili **rehabilitaciju nakon liječenja u bolnici, trebalo bi u pravilu zbrinjavati izvan bolnice**. Stoga treba poticati bolju dostupnost visokokvalitetne primarne zdravstvene zaštite i skrbi unutar zajednice, uključujući upotrebu telemedicine i drugih rješenja za njegu u kući, pri čemu treba implementirati mehanizme koordinacije i alate poput iscrpnih elektroničkih zdravstvenih kartona. Procjenjuje se da rješenja e-zdravstva mogu smanjiti zdravstvene izdatke u većini europskih zemalja za prosječno 5%<sup>xiii</sup>.



## DIJABETIČKI PROGRAM AALST

U Belgiji se provodi dijabetički program Aalst kojim se kronične bolesti zbrinjavaju na razini primarne zdravstvene zaštite. Usmjeren je na uspostavu timova integrirane zdravstvene skrbi u koje su uključeni i edukatori o šećernoj bolesti, što bolesnicima pomaže da se sami brinu o svojoj bolesti. Taj projekt, u kojem sudjeluje **69% liječnika opće medicine** u regiji Aalst, doveo je do značajnog **poboljšanja ishoda bolesnika** u kratkom razdoblju<sup>xiv</sup>.



INTEGRIRANA SKRB

VODI DO BOLJIH  
ISHODA BOLESNIKA

Nepotrebne hospitalizacije zbog kroničnih bolesti poput kroničnog zatajenja srca, kronične opstruktivne bolesti pluća (KOPB) ili šećerne bolesti, zaslužne su za više od **37 milijuna dana hospitalizacije svake godine**<sup>xv</sup>. Neodgovarajuće liječenje tih bolesti, primjerice nepridržavanje terapije, može dovesti do pogoršanja stanja bolesnika, neplaniranih ambulantnih pregleda i hospitalizacije. Programi upravljanja liječenjem, tj. strukturirani plan liječenja čija je svrha pomoći bolesnicima da se bolje sami brinu za svoju kroničnu bolest i kvalitetu života, pridonose većoj cjelokupnoj učinkovitosti zdravstva.



## EUROPSKO ISPITIVANJE UPRAVLJANJA LIJEĆENJEM BOLESNIKA S KOPB-OM

Upotreba daljinskog nadzora (engl. *telemonitoring*) bolesnika s KOPB-om pod nazivom *COPD Patient Management European Trial* (COMET) u Francuskoj, Njemačkoj, Italiji i Španjolskoj rezultirala je manjim brojem dana hospitalizacije zbog akutnog liječenja, smanjenom učestalošću egzacerbacija i smanjenom stopom mortaliteta (1,9% za bolesnike nakon uvođenja ovog programa naspram 14,2% za druge), te poboljšanim simptomima bolesnika. Izvješće koje je naručila EFPIA pokazuje da bi, u hipotetskom scenariju da svi bolesnici s KOPB-om u zemljama članicama EU-a i UK-a sudjeluju u sličnom programu upravljanja liječenjem i da stopa suradljivosti bude 75%, **kombinirane uštede za EU bile u rasponu od 690,2 milijuna do 2,1 milijarde eura** zbog smanjenja hospitalizacija te bi se **izbjeglo do 17 000 preuranjenih smrti**<sup>xvi</sup>.

-17 000

PREURANJENIH SMRTI

KOMBINIRANA UŠTEDA OD

690,2 MIL. DO  
2,1 MLRD. EURA

Koordinaciju zdravstvene skrbi treba poboljšati i radi zbrinjavanja bolesnika s kompleksnijim potrebama, kao što su onkološki bolesnici. Svaki rak ima svoj specifični put i ne postoji jedinstveni pristup u liječenju stotina različitih vrsta raka. Početna obrada bolesnika sastoji se od velikog broja koraka, koje možda treba ponoviti nekoliko puta. U tome sudjeluju razni profili liječnika, od liječnika opće medicine preko onkologa i kirurga do radiologa. **Slaba koordinacija zdravstvene skrbi može dovesti do dugačkih listi čekanja, kao i do slabih zdravstvenih ishoda bolesnika zbog duplikacije pretraga ili propusta da se učine određene pretrage.** Standardizirani protokoli obrade bolesnika povećavaju učinkovitost zdravstvenih sustava. Njima se definiraju svi potrebni koraci koje bolesnik mora obaviti u sklopu onkološke skrbi s ciljem omogućavanja pravovremenog pristupa dijagnostici i liječenju i povećanja preživljivanja bolesnika. Učinkovitost zdravstvenih protokola dodatno bi se mogla poboljšati integracijom strategija primarne prevencije, primjerice smanjenja konzumacije alkohola, pušenja i pretilosti<sup>xvii</sup>.



## STANDARDIZIRANI PROTOKOLI OBRADE BOLESNIKA KOD 32 VRSTE RAKA

### 1-GODIŠNJE PREŽIVLJENJE

POVEĆALO SE  
SA 61% NA

**69%**

### 3-GODIŠNJE PREŽIVLJENJE

POVEĆALO SE  
SA 45% NA

**54%**

Nekoliko europskih zemalja uvelo je standardizirane protokole obrade bolesnika u onkološkoj skrbi. U Danskoj su 2007. - 2008. godine zajedničkim trudom svih relevantnih sudionika uspostavljeni i implementirani standardizirani protokoli obrade i liječenja za 32 vrste raka. Kao rezultat tih protokola, koji su uključivali i strategiju kako liječnici opće medicine upućuju bolesnike na bolničku njegu na temelju težine njihovih simptoma, jednogodišnje i trogodišnje **stope preživljivanja povisile su se sa 61% na 69% odnosno sa 45% na 54%**<sup>xviii</sup>.

## Nedostatak prevencije i ranog otkrivanja

**Finansijski najučinkovitiji način da se postigne dobro zdravlje često je prevencija nastanka bolesti ili njezino što ranije otkrivanje i liječenje.** Zato nedostatno ulaganje u primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu može rezultirati nepotrebnim morbiditetom i mortalitetom bolesnika i povećanim troškovima zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi.

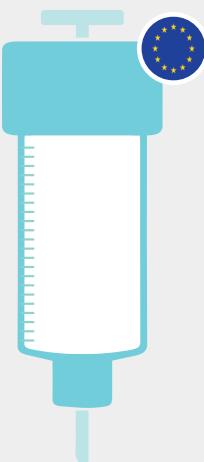
Primjerice, programi cijepljenja u Europi značajno su utjecali na iskorjenjivanje određenih zaraznih bolesti, kao što su male beginje, te na smanjenje mortaliteta i morbiditeta zbog kronične bolesti. Tako se cijepljenjem **svake godine u svijetu spašava dva do tri milijuna života**. Učinkovita imunizacija također smanjuje pritisak na zdravstvene sustave. Osamnaest godina **univerzalnog cjepiva protiv hepatitis-a B** u Italiji rezultiralo je **neto uštedom od 580 milijuna eura**. **Cijepljenje protiv gripe** širom Europe svake godine uštedi **250 milijuna eura**, pri čemu se uzima u obzir smanjenje i izravnih i neizravnih troškova zbog izbjegnutih hospitalizacija i izgubljenih radnih dana<sup>xix</sup>. Iznimnu važnost cijepljenja jasno je pokazala i pandemija COVID-19 koja je, s obzirom na nedostatak valjanog liječenja i cjepiva, prisilila vlade da poduzmu cijeli niz javnozdravstvenih mjera sa znatnim gospodarskim posljedicama.



**18 GODINA**  
**UNIVERZALNOG**  
 **CJEPIVA**  
**PROTIV**  
**HEPATITISA B**



**NETO UŠTEDA**  
**OD 580**  
**MIL. EURA**



**CJEPLJENJE**  
**PROTIV GRIPE**  
U EUROPI SVAKE  
GODINE UŠTEDE  
**250**  
**MIL. EURA**

Sistematskim se probirom mogu rano otkriti ozbiljne bolesti, kao što je rak u ranoj fazi, kada bolje odgovaraju na manje agresivno liječenje te se tako može spriječiti njihovo napredovanje. Ako uslijedi odgovarajuća zdravstvena skrb, takvi testovi mogu značajno smanjiti mortalitet od raka – što je izvor neučinkovitosti – i poboljšati zdravstvene ishode i kvalitetu života onkoloških bolesnika. Na primjer, osobe kojima se melanom dijagnosticira u stadiju I imaju prosječno petogodišnje preživljjenje od 95% za razliku od samo 20% u bolesnika s rakom koji je već metastazirao. Prema nedavnoj analizi iz Ujedinjenog Kraljevstva, liječenje raka debelog crijeva u stadiju IV umjesto u stadiju I četiri je puta skuplje<sup>xx</sup>. Međutim, ako se programom probira zahvati preširoka populacija, provest će se više testova nego što je potrebno. Ako se dobiju lažno negativni ili lažno pozitivni rezultati, bolesnici neće biti odgovarajuće liječeni. Organizirani probiri radi ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma pokazali su dobre rezultate u vidu povećanja stope sudjelovanja populacije, smanjenja razlika u odazivu na probir i smanjenja neučinkovitosti, kao što su prekomjerni probir, slaba kvaliteta i komplikacije<sup>xxi</sup>.



Drugi jasan izvor neučinkovitosti u zdravstvu niska je razina zdravstvene pismenosti. Gotovo polovica svih Europsljana ima neodgovarajuću (12%) ili problematičnu (35%) razinu zdravstvene pismenosti<sup>xxiii</sup>. Ograničena zdravstvena pismenost povezana je s manjim sudjelovanjem u aktivnostima unapređenja zdravlja i otkrivanja bolesti, rizičnijim zdravstvenim izborima poput pušenja cigareta, većim brojem ozljeda na radu, slabijim liječenjem kroničnih bolesti, slabim pridržavanjem terapije, povećanim stopama hospitalizacija i rehospitalizacija, povišenim morbiditetom i preuranjenom smrću<sup>xxiv</sup>. Procjenjuje se da ograničena zdravstvena pismenost košta američki zdravstveni sustav 73 milijarde američkih dolara godišnje, a švicarski između 1,5 i 2,3 milijarde švicarskih franaka. To u kombinaciji s demografskim promjenama i budućim razvojima u zdravstvu pokazuje koliko je potreban strateški pristup zdravstvenoj pismenosti<sup>xxv</sup>.

# Bolničke infekcije i mikrobiološka rezistencija



## BOLNIČKE INFEKCIJE

Prema OECD-u, **bolnice troše više od 10% svojih sredstava na ispravljanje liječničkih pogrešaka koje su se mogle spriječiti ili infekcija dobivenih u zdravstvenim ustanovama<sup>xxvi</sup>**. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da se nozokomijalne infekcije mogu povezati s oko 50.000 smrти godišnje u Europi i rezultiraju izravnim zdravstvenim troškovima od 7 milijardi eura, uglavnom zbog dodatnih dana boravka u bolnici.

U Europi je 7,1% hospitalizacija posljedica nozokomijalnih infekcija, a taj je postotak značajno viši u nekim drugim zemljama u svijetu s niskim i srednjim dohotkom<sup>xxvii</sup>.

Stoga je sprječavanje ovih infekcija u hospitaliziranih bolesnika prioritet, osobito u kontekstu pandemije COVID-19 i radnog opterećenja kojem su izvrgele bolnice.

Između 2011. i 2016. godine, sveučilišna bolnica Federico II u Napulju prihvatile je metodu Lean Six Sigma s ciljem uklanjanja razlika u postupcima koji se povezuju s nozokomijalnim infekcijama. Program je doveo do smanjenja incidencije kolonizacije bolesnika i broja dana hospitalizacije zbog bolničkih infekcija, što je snizilo troškove za 43%. U najboljem bi slučaju smanjenje incidencije ovih infekcija za 43-49% dovelo do **15-18.000 manje smrti povezanih s bolničkim infekcijama i uštede od 3,6-4,0 milijardi eura** u cijelom EU i UK<sup>xxviii</sup>.



7 MLRD. IZRAVNIH ZDRAVSTVENIH TROŠKOVA



50.000 SMRTI U EUROPI

7,1% HOSPITALIZACIJA



-43 -49%  
MANJE BOLNIČKIH INFEKCIJA



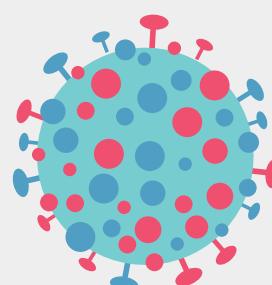
-15 -18.000  
MANJE SMRTI ZBOG  
BOLNIČKIH INFEKCIJA



## MIKROBIOLOŠKA REZISTENCIJA

Bolničke infekcije često su uzrokovane bakterijama rezistentnim na antibiotike. Od njihova otkrića početkom 20. stoljeća, antimikrobnii lijekovi osnovni su oblik liječenja infekcija i stoga su uvelike pridonijeli poboljšanju zdravlja stanovništva. Međutim, neispravna primjena, koja bi prema OECD-u mogla biti zaslužna i za **50% cjelokupne potrošnje antibiotika**, izvor je neučinkovitosti i povećanja mikrobiološke rezistencije na antibiotike<sup>xxix</sup>.

Prema Europskom centru za prevenciju i kontrolu bolesti (engl. *European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC), zdravstveno opterećenje infekcijama zbog mikrobiološke rezistencije usporedivo je s opterećenjem koje uzrokuju gripa, tuberkuloza i HIV/AIDS zajedno i **procjenjuje se da uzrokuju 33.000 smrti godišnje u EU<sup>xxx</sup>**. Mikrobiološka rezistencija također povećava trošak zdravstvene skrbi i povezuje se s gubitkom od **1,5 milijarde eura** zbog zdravstvenih troškova i gubitka produktivnosti<sup>xxxii</sup>.



SVAKE GODINE  
GUBITAK OD  
**1,5** MLRD.  
EURA  
PRIPISUJE SE  
MIKROBIOLOŠKOJ  
REZISTENCIJI

Bez učinkovitih antimikrobnih lijekova cijeli bi niz postupaka, od ozbiljnih intervencija poput transplantacije organa i kemoterapije raka do najizvođenijih kirurških zahvata poput carskog reza ili ugradnje umjetnog zgloba kuka, mogao postati vrlo rizičan. Nacionalne strategije s jasnim ciljevima trebaju imati podršku u sveobuhvatnim sustavima nadzora. Potrebno je poboljšati edukaciju i informiranje kako kliničara tako i pacijenata. Programi za upravljanje primjenom antimikrobnih sredstava, kakve često razvijaju i podržavaju farmaceutske tvrtke, potiču odgovoran pristup u primjeni tih sredstava i kontroli infekcija te istovremeno pokušavaju rješiti problem prisutnosti lijekova u okolišu. Hitno je potrebno i ulaganje u gospodarske modele koji bi stimulirali otkrivanje novih antibiotika, kako su prepoznali Europski parlament, Komisija i Vijeće. U skladu s Europskim akcijskim planom „Jedno zdravlje“ za borbu protiv mikrobiološke rezistencije iz 2017. godine, mikrobiološka rezistencija može se riješiti samo holističkim pristupom i sudjelovanjem svih zainteresiranih strana – nacionalnih vlada, industrije, akademske zajednice, zdravstvenih radnika i udruga civilnog društva.

## Neusklađenost poticaja

Loše ustrojeni sustavi plaćanja mogu stvoriti negativne poticaje, pa tako predstavljaju drugi uzrok neučinkovitosti. Većina zdravstvenih službi i dalje se plaća po opsegu, primjerice sheme naknade po pruženoj usluzi čest su način plaćanja liječnika opće medicine, dok je model plaćanja po dijagnostičko terapijskim skupinama (DTS) obično u upotrebi za plaćanje bolnicama na temelju dijagnoze i s time povezane očekivane upotrebe resursa. Ti sustavi plaćaju za opseg pružene zdravstvene skrbi, u što nije uračunat ishod, pa to u nekim slučajevima potiče prekomjerno pružanje klinički nepotrebne skrbi<sup>xxxii</sup>. Na primjer, jedno je ispitivanje pokazalo da je učestalost carskog reza bila puno veća u pacijentica s privatnim osiguranjem nego u neosiguranih pacijentica jer su naknade iz privatnog osiguranja bile puno više za carski nego za vaginalni porođaj<sup>xxxiii</sup>.

Nasuprot tome, jednostavniji modeli glavarine u kojima pružatelji zdravstvenih usluga dobivaju naknadu na temelju fiksног broja prijavljenih pacijenata bez obzira na to koliko skrbi ti pacijenti ponekad trebaju, dovela je do smanjenog pružanja usluga ili biranja „zdravijih“ bolesnika s manje zdravstvenih potreba<sup>xxxiv</sup>.

Zdravstveni sustavi stoga moraju težiti tome da smanje krvu motivaciju prouzročenu ovakvim modelima plaćanja, što uključuje i uvođenje shema koje potiču pametnije trošenje na zdravlje jer uzimaju u obzir ishode zdravstvene skrbi i dugoročne troškove za cjelokupni zdravstveni sustav. Primjeri uključuju isplate bonusa prema rezultatu (engl. *pay-for-performance (P4P) bonus*), skupna plaćanja (engl. *bundle payments*) i plaćanje zdravstvene skrbi za osiguranu populaciju u određenom razdoblju (engl. *population based payments*), što su sve različiti načini na koje se pokušava nagrađivati zdravstveni ishod po pacijentu ili populaciji i kvaliteta skrbi. Na primjer, skupnim plaćanjem koje pokriva rehabilitaciju i po potrebi reoperaciju nakon kirurškog zahvata potiče se pružanje visokokvalitetne skrbi koja minimizira rizik od reoperacije. Novi modeli plaćanja sve se više upotrebljavaju i za lijekove i druge medicinske proizvode na temelju vrijednosti koju donose pacijentima i zdravstvenim sustavima, uključujući ugovore prema ishodu za inovativne lijekove<sup>xxxv</sup>.

Zemlje u Europi sve više eksperimentiraju s mješovitim sustavima plaćanja ili osmišljavaju nove modele koji povezuju poticaje s ishodima bolesnika, a ne s opsegom pruženih usluga. Na primjer, u Danskoj je u nekoliko bolnica uveden pilot-projekt upravljanja na temelju vrijednosti, gdje mehanizmi nadoknade troškova uzimaju u obzir ishode bolesnika umjesto opseg skrbi koja im je pružena<sup>xxxvi</sup>. U pilot projektu plaćanja na temelju ishoda u Ujedinjenom Kraljevstvu, Državna zdravstvena služba (engl. *National Health Service, NHS*) platila je za one bolesnike koji su imali potpuni ili barem djelomični odgovor nakon četiri ciklusa liječenja<sup>xxxvii</sup>.

## Učinkovitost i izdaci za lijekove

Inovativni lijekovi imaju ključnu ulogu u poboljšanju zdravlja bolesnika<sup>xxxviii</sup>. Golemi napredak u znanosti tijekom prethodnih desetljeća omogućio je duži, zdraviji i produktivniji život pacijentima u cijeloj Europi. Danas više od 90% osoba s dijagnozom raka dojke, prostate i malignog melanoma preživi najmanje pet godina nakon dijagnoze<sup>xxxix</sup>. Više nego 9 od 10 bolesnika koji žive s hepatitisom C, glavnim razlogom za presađivanje jetre, danas može biti izlijeceno nakon samo 8-12 tjedana terapije<sup>xl</sup>. Lijekovima se također mogu izbjegći nepotrebni troškovi u drugim dijelovima zdravstvenog sustava. Procjenjuje se da je nepridržavanje terapije odgovorno za gotovo 200.000 preuranjene smrti i svake godine košta europske zdravstvene sustave 1,25 milijardi eura zbog nepotrebnih dolazaka na hitni bolnički prijem i hospitalizacija<sup>xli</sup>. Novi antitumorski lijekovi uvedeni u Sjedinjenim Državama između 1993. i 2014. smanjili su broj dana provedenih u bolnici, a time i trošak liječenja za 5 milijardi USD<sup>xlii</sup>. Razvoj inovativnih terapija za odgađanje nastupa demencije mogao bi značajno smanjiti troškove socijalne skrbi, koji za osobe s teškim oblikom Alzheimerove bolesti trenutno iznose oko 18 milijardi eura godišnje u EU<sup>xliii</sup>. Upotreba inovativnih kardiovaskularnih lijekova u 20 zemalja OECD-a u razdoblju od 1995. do 2003. dovela je do četverostrukog smanjenja troškova hospitalizacije<sup>xliv</sup>. Nedostatak pristupa inovativnim lijekovima ili njihova premala upotreba tako može biti značajan uzrok dugoročne neučinkovitosti zdravstvenih sustava.



### TROŠKOVI ZBOG ŠEĆERNE BOLESTI

Šećerna bolest proguta 9% ukupnih troškova zdravstvene zaštite u EU i taj će se broj prema projekcijama povećati za 12% u sljedećih 25 godina<sup>xlv</sup>. Procjenjuje se da je 75% tih troškova uzrokovano komplikacijama šećerne bolesti koje su se mogle spriječiti, kao što su dijabetička retinopatija i zatajenje srca i bubrega<sup>xlvii</sup>. Sistematska primjena inovativnih lijekova mogla bi pridonijeti smanjenju stopa mortaliteta u Europi i značajno poboljšati ukupne ishode te tako smanjiti buduće troškove. Ipak, samo 6,2% izdataka zbog šećerne bolesti odlazi na lijekove<sup>xlviii</sup>.



**75% TROŠKOVA ZBOG  
ŠEĆERNE BOLESTI  
UZROKOVANO JE  
KOMPLIKACIJAMA KOJE SU  
SE MOGLE SPRIJEĆITI**

Istovremeno, sredstva za lijekove često se mogu učinkovitije utrošiti ako su usmjerena na ishode liječenja bolesnika.

## Generici i bioslični lijekovi

U zemljama OECD-a, **potrošnja generika** varira **između 10% i 80%**<sup>xlviii</sup>. OECD smatra da te razlike mogu biti djelomično objašnjene nesklonošću kliničara, ljekarnika i bolesnika da priznaju terapijsku ekvivalenciju generičkih lijekova. Stoga je potrebno donijeti odgovarajuće planove kojima će se njihov odabir preusmjeriti na primjenu jeftinijih alternativa, bilo generika bilo zaštićenih lijekova čije su cijene uskladene s cijenama generika. **Veća upotreba generika neće sama po sebi nužno stvoriti uštede ako nisu uspostavljene politike koje potiču tržišno natjecanje u cijelom segmentu lijekova nezaštićenih patentom. Uštede ostvarene kroz učinkovito tržišno natjecanje lijekova nezaštićenih patentom treba reinvestirati u financiranje inovativnih lijekova i drugih zdravstvenih proizvoda i usluga.**



### PAMETNO TROŠENJE NA LIJEKOVE



**60%**  
**KOLIČINE  
PRIMIJENJENIH  
LIJEKOVA**



**20%**  
**NJIHOVE  
VRIJEDNOSTI**

U Švedskoj je učinkovito natjecanje na tržištu generika postignuto automatskom zamjenom propisanog lijeka generičkim lijekom najniže cijene u razdoblju od jednog meseca (po sistemu „lijek mjeseca“ [engl. „product-of-the-month“]), što je rezultiralo 42% nižim cijenama lijekova starih 15 ili više godina u usporedbi s europskim prosjekom<sup>xlix</sup>. Konkretno, lijekovi unutar sustava supstitucije genericima čine **60% količine primjenjenih lijekova, ali samo 20% njihove vrijednosti**. Ljekarne moraju izdati najjeftiniji lijek uključen u listu lijekova pokrivenih zdravstvenim osiguranjem koji je dostupan na tržištu. Lječnici i ljekarnici smiju spriječiti zamjenu generikom samo ako za to postoje medicinski razlozi<sup>l</sup>.

**Slično tome, učinkovitim tržišnim natjecanjem mogu se ostvariti znatne uštede na tržištu bioloških lijekova nezaštićenih patentom.** Biološki lijekovi, koji su razvijeni iz živih stanica pomoću biotehnologije, korjenito su promijenili život bolesnika s ozbiljnim bolestima poput raka ili rijetkim i autoimunim bolestima i prema procjenama trenutno čine **25% ukupnih troškova za lijekove**<sup>li</sup>. Prema procjeni za pet europskih zemalja i Sjedinjene Američke Države<sup>lii</sup>, povećanim natjecanjem lijekova s nezaštićenim patentom na tržištu moglo bi se **uštedjeti do 50 milijardi eura** do kraja 2020. godine. Uvođenje biosličnih lijekova obično dovodi do znatnih sniženja cijena originalnog lijeka, ali i cijele klase lijekova. U slučaju lijeka **Epoetin alfa (EPO) u Portugalu**, na primjer, **pad cijene na ukupnom tržištu dostigao je 66%**. Ove uštede, stvorene uravnoteženjem natjecanja bioloških lijekova na tržištu, mogu se upotrijebiti tako da se poveća pristup bolesnika visokovrijednim terapijama, kao i u drugim terapijskim područjima. Međutim, to se neće nužno dogoditi za sve molekule i u svim zemljama. Na primjer, u području onkologije, u zemljama koje imaju otežan pristup lijekovima, bioslični lijekovi nisu dostupni oko dvije godine nakon njihovog uvođenja<sup>liii</sup>. Usvajanjem odgovarajućih politika koje uzimaju u obzir specifičnosti biosličnih lijekova (konkretno, da nisu strogo identični originalnom lijeku i da odluka da se njime zamijeni drugi lijek u kliničkom interesu bolesnika ostaje na lječniku) mogu stoga omogućiti daljnje uštede i povećati pristup lijekovima, na primjer, kroz sustav raspodjele dobiti koji pružateljima zdravstvene zaštite omogućuje da zadrže dio uštede od uvođenja biosličnih lijekova za druga ulaganja.



### PAMETNO TROŠENJE NA LIJEKOVE



**7,1 MLRD. EURA**  
**UŠTEDE**



**4,5 MLRD.**  
**MOŽE SE PRIPISATI  
UPOTREBI GENERIKA**

Jedno ispitivanje iz 2016. godine pokazalo je da bi u području onkologije u Europi povećano natjecanje na tržištu lijekova nezaštićenih patentom rezultiralo ukupnim uštedama od **7,1 milijardi eura**, od kojih bi se **4,5 milijardi** moglo pripisati većoj odgovarajućoj primjeni generika, a 2,6 milijardi primjeni biosličnih lijekova. Konkretno, bioslični lijekovi imali su 25-30% nižu cijenu od njihovog referentnog biološkog lijeka, dok se procjenjuje da su generici doveli do sniženja cijena za 70-80%<sup>liv</sup>.

## Racionalna primjena lijekova i neprimjerena polimedikacija

Koncept racionalne primjene lijekova uključuje i prekomjerno propisivanje i prekomjernu upotrebu lijekova, kao i premalo propisivanje, slabu upotrebu inovativnih lijekova i nepridržavanje terapije. Jedna važna kategorija u ovom smislu neprimjerena je polimedikacija, osobito u starijih. Kako europska populacija stari, a kroničnih bolesti ima sve više, sve veći broj ljudi živi s nekoliko komorbiditeta i zbog njih uzima brojne lijekove. Dok je u Škotskoj, na primjer, samo **10% populacije djeće i adolescentne dobi** izloženo polimedikaciji, taj postotak raste na **50% u dobnoj skupini 65-69 godina te na 75% u dobnoj skupini 80-84 godine<sup>lv</sup>**.

Iako nema standardizirane definicije, SZO obično opisuje polimedikaciju kao primjenu pet ili više lijekova. Prekomjerna polimedikacija definirana je kao situacija kada se uzima deset ili više lijekova. Polimedikacija sama po sebi nije problem jer neki bolesnici boluju od većeg broja bolesti. Međutim, mora je se strogo pratiti jer interakcije lijekova i interakcije lijeka i bolesti mogu dovesti do štetnih događaja, viših stopa hospitalizacije, većeg rizika od mortaliteta i pogoršanja kvalitete života određenih bolesnika. U takvim slučajevima, polimedikacija može stvoriti neučinkovitost u zdravstvenom sustavu. Uistinu, kada se uzimaju **dva lijeka, rizik od štetnog ishoda je 13%** i povećava se na **58% kad se uzima pet lijekova**, a na **82% kad se uzima sedam lijekova istovremeno<sup>vi</sup>**. Polimedikacija je također povezana s neredovitim uzimanjem terapije, što pozitivno korelira s brojem lijekova koji se uzimaju<sup>vii</sup>. Procjenjuje se da je neprimjerena polimedikacija zaslužna za 4% globalne neučinkovite potrošnje na lijekove; oko 18 milijardi američkih dolara širom svijeta moglo bi se uštedjeti uz bolje upravljanje u tom segmentu<sup>viii</sup>.



### PROVJERA TERAPIJE



00 9 00 232  
EUR A NETO  
UŠTEDE PO  
BOLESNIKU  
PO GODINI

Provjera terapije način je da se pristupi rješavanju neprimjerene polimedikacije. Program provjere terapije uveden u Škotskoj, zajedničkim trudom gerijatara, ljekarnika i liječnika opće prakse, rezultirao je boljom kvalitetom života i poboljšanjem fizičkih i kognitivnih funkcija, smanjenim stopama mortaliteta, kao i neto uštedama za sustav u rasponu od **9 do 232 eura po bolesniku godišnje**. Zdravstveni troškovi većinom su smanjeni time što se izbjegava propisivanje potencijalno neodgovarajućih lijekova, kao i manjim brojem dolazaka bolesnika u ambulante i izbjegivih hospitalizacija, a koji prema procjenama koštaju 1,24 milijuna eura godišnje. Uvođenje sličnog programa u zemlje članice EU i UK moglo bi potencijalno dovesti do uštede od čak 2,3 milijarde eura.

## **Put prema naprijed**

Nezabilježeni izazovi s kojima se danas suočavamo, pogoršani pandemijom COVID-19, zahtijevaju duboku transformaciju zdravstvenih sustava, prebacivanje težišta s pružanja akutne skrbi u bolnicama na integriranju skrb u zajednici, usmjerenu na ljude. Fleksibilniji modeli temeljeni na vrijednosti i usmjereni na ishode predstavljaju najbolju alternativu za nastavak pružanja visokokvalitetne skrbi bez povećanja finansijskih zahtjeva, služe tome da zdravstveni sustavi budu otporni i brzo reagiraju na zahtjeve te da se mogu prilagoditi mogućim budućim šokovima i izazovima. Veća usmjerenošć na ishode stvara prave poticaje i nagrađuje one inovativne tehnologije i intervencije, uključujući prevenciju, koje bolesnicima i zdravstvenom sustavu dugoročno donose najveću vrijednost. Da bi se pametnije trošilo u zdravstvu i tako pridonijelo održivosti zdravstvenih sustava, EFPIA preporučuje da se sljedeća načela uključe u oblikovanje politike na regionalnoj, nacionalnoj i europskoj razini.



### **Mjeriti ishode i objavljivati podatke**

Budući da je postizanje optimalnih zdravstvenih ishoda na razni bolesnika i na razini populacije glavni cilj pametnijeg trošenja, donositelji odluka u zdravstvenom sustavu trebaju pouzdane i granulirane podatke o ishodima kako bi mogli procijeniti stvarnu učinkovitost potrošenih sredstava. Zdravstveni ishodi danas dramatično variraju kako unutar pojedine zemlje u Europskoj uniji, tako i između njih, ali to se često ne vidi zbog razlika u definiranju i mjerjenju tih ishoda. To je krajnje zorno pokazao primjer pandemije COVID-19, tijekom koje je teško usporediti čak i stope mortaliteta u zemljama članicama EU-a zbog različitih standarda i metodologija u prikupljanju podataka. Mjerjenje standardiziranih ishoda koji su važni bolesnicima, ključni je alat za bolje razumijevanje razlika u tim ishodima unutar EU-a i omogućuje bolju procjenu stvarne učinkovitosti i zdravstvene vrijednosti. Objavljivanje tih podataka na transparentan način, prema modelu kojim se koriste zemlje poput Švedske, omogućit će pružateljima usluga da saznaju koji je najbolji oblik usluge. To također može osnažiti i pacijente time što će s vremenom moći raditi usporedbe između pružatelja usluga i između samih usluga, što će također pridonijeti donošenju utemeljenih odluka.



*„Ponekad čujemo da su „podaci nova nafta“. Iako su neka očekivanja o mogućnostima iskoriščavanja podataka nerealna i utopiskska, jasno je da je inteligentan pristup prikupljanju, obradi, povezivanju i analiziranju podataka postao nužan dio strategije svake organizacije; organizacije koje donose propise u tome nisu iznimka.“*

*Pedro Facon*

*Director-General Healthcare*

*Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment, Key Data in Healthcare, General Hospitals, 2019*



### **Poboljšati koordinaciju u zdravstvu pomoću integracije zdravstvenih podataka i digitalnog zdravstva**

Uklanjanjem prepreka na putu pacijenata kroz zdravstveni sustav i ukidanjem duplicitiranja intervencija, mogu se smanjiti neopravdani troškovi i potencijalno poboljšati zdravstveni ishodi. Integrirana zdravstvena zaštita može poboljšati kontinuitet zdravstvene skrbi i smanjiti nepotrebno dugačke liste čekanja, poduprijeti osnaživanje pacijenata i pridonijeti održivosti i otpornosti zdravstvenih sustava. Za neke bolesti i zdravstvena stanja, osobito ona najkompleksnija, uvođenje standardiziranih protokola za pacijente može pridonijeti koordinaciji zdravstvene skrbi. Digitalne zdravstvene usluge i elektronički zdravstveni kartoni (engl. *Electronic Health Records, EHR*) također su ključni alati kojima se može poboljšati koordinacija zdravstvene skrbi i integracija zdravstvenih usluga, kao i dodatno osnažiti pacijente i omogućiti im da vode brigu o vlastitom liječenju kroz pristup svojim zdravstvenim podacima.



### **Poticati učinkovitost kroz pametno trošenje na lijekove**

Znatne uštide mogu se ostvariti poticanjem tržišnog natjecanja lijekova s nezaštićenih patentom. Zemlje članice trebaju razmjenjivati dobre prakse o najboljem načinu postizanja učinkovitog i konkurentnog tržišta lijekova s nezaštićenih patentom i ostvarenja racionalne primjene lijekova, što uključuje i bolje pridržavanje terapije i izbjegavanje neprimjerene polimedikacije, pomoću digitalnih alata. Stvorene uštide treba reinvestirati u povećanje dostupnosti inovativnih lijekova, koji imaju važnu ulogu u dalnjem poboljšanju života bolesnika i smanjenju nepotrebnih zdravstvenih troškova u drugim dijelovima zdravstvenog sustava i socijalne skrbi.

## **Poboljšati prevenciju, rano otkrivanje bolesti i rane intervencije, uključujući zdravstvenu pismenost**

Potrebno je pojačati mjere prevencije bolesti i promicanja zdravlja, kao i korake za rano otkrivanje bolesti i rane intervencije, kako bi se ograničili mortalitet i morbiditet koji se mogu izbjegti i smanjili nepotrebni troškovi za zdravstveni sustav. Poboljšanje zdravstvene pismenosti integracijom iste u zdravstvene politike i ciljeve, kao što je to slučaj u Austriji, Njemačkoj i Švicarskoj, pridonijet će boljim zdravstvenim ishodima i učinkovitijoj upotrebi zdravstvenih resursa.

## **Prijeći na modele plaćanja koji nagrađuju rezultate više nego opseg posla**

Tradicijski modeli plaćanja koji se koriste u zdravstvu ponekad mogu poticati prekomjernu konzumaciju zdravstvene skrbi ili neprimjerene intervencije ili u drugim slučajevima rezultirati racioniranjem usluga, neučinkovitim listama čekanja i rizičnim odabirom bolesnika. Prelazak na modele plaćanja koji su usmjereni na ishode riješio bi jedan od središnjih problema s kojim se zdravstveni sustavi danas suočavaju, a taj je da se ne potiče ono što je zapravo važno – bolje zdravlje pacijenata. Umjesto da plaćaju bolničke krevete, liječničke pregledne, pretrage ili tablete, zdravstveni sustavi trebali bi nagraditi bolje zdravstvene ishode i duži život pacijenata. Povezivanje poticaja i plaćanja s ishodima primjereno je ne samo za neke lijekove i terapijska područja, nego za sve zdravstvene usluge općenito. Za to može biti potrebno dodatno praćenje i prikupljanje podataka, ali dovest će do dubljeg razumijevanja toga kako bolje raspodijeliti ograničena sredstva i poticati koordinaciju skrbi i integraciju usluga.

## **Integrirati proračun kroz cijeli ciklus zdravstvene skrbi**

Modeli plaćanja temeljeni na ishodima, koji uzimaju u obzir cjelokupni klinički put bolesnika, mogu olakšati integraciju skrbi jer će potaknuti različite službe na suradnju kako bi se postigli najbolji rezultati za pacijente. To bi pomoglo i da se nadvrlada sadašnja fragmentiranost zdravstvenog proračuna gdje nema puno poticaja za ulaganja kojima bi se realizirale dugoročne uštede u drugim dijelovima zdravstvenog sustava. Objedinjavanjem sada razdvojenih proračunskih sredstava za različite dijelove zdravstvenog sustava, mogla bi se omogućiti učinkovitija raspodjela tih sredstava, usmjerena na postizanje najveće vrijednosti za pacijente. To bi zdravstvenim sustavima omogućilo da postanu fleksibilniji i sposobniji prilagoditi se vanjskim potresima i budućim zdravstvenim ugrozama.

## **Razmjenjivati najbolje prakse**

Razmjena i uvođenje najboljih praksi čini zdravstvene sustave učinkovitijima za bolesnike, platitelje, bolnice i pružatelje usluga, omogućuje utemeljeno usmjeravanje javnozdravstvene politike i utire put smanjenju zdravstvenih nejednakosti. Priče o uspjehu, kao što su Europska referentna mreža (engl. *European Reference Networks*, ERN) koja povezuje više od 900 bolnica za rijetke i kompleksne bolesti i omogućuje objedinjavanje znanja iz cijele Europe ili *All.Can Efficiency Hub*<sup>lix</sup> koji prikuplja informacije o najboljoj praksi u onkološkoj skrbi iz cijelog svijeta, treba preslikati u druga terapijska područja kako bi se stvorila zajednica koja uči i pomoglo organizacijama da pronađu i uvedu provjerena rješenja za zajedničke probleme.

Održivost naših zdravstvenih sustava zahtijeva razbijanje uskih grla, mjerjenje rezultata i integraciju usluga skrbi. Za postizanje ovih ciljeva i osiguranje budućnosti naših zdravstvenih sustava, potrebno je uključivanje svih aktera, uključujući industriju. To neće koristiti samo pacijentima, već i svim dionicima, uključujući zdravstvene radnike, pružatelje usluga i platitelje. Ulaganje dodatnih finansijskih sredstava u sustav koji je neučinkovit na više razina, nije održiv pristup.

# Literatura

- <sup>i</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing)
- <sup>ii</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major\\_chronic\\_diseases/docs/ev\\_20140403\\_mi\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/ev_20140403_mi_en.pdf)
- <sup>iii</sup> [https://alliancechronicdiseases.org/wp-content/uploads/06.-Framing\\_paper\\_Joint Statement on the employment of people with CDs.pdf](https://alliancechronicdiseases.org/wp-content/uploads/06.-Framing_paper_Joint Statement on the employment of people with CDs.pdf)
- <sup>iv</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)
- <sup>v</sup> <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13171-2019-INIT/en/pdf>
- <sup>vi</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52019DC0650&from=EN>
- <sup>vii</sup> [https://ec.europa.eu/info/publications/2020-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/2020-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations_en)
- <sup>viii</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- <sup>ix</sup> Unmet needs have risen from 0.4% to 3.4% during the period 2010-2012, when austerity measures in Europe started to take effect. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5881725/>
- <sup>x</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2019\\_efficiency\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2019_efficiency_en.pdf)
- <sup>xi</sup> The findings of the report, which was developed by the Office of Health Economics (OHE) and the Swedish Institute for Health Economics (IHE), were validated by a multistakeholders Steering Group, composed of representatives from industry, patient organisations, hospitals, medical societies, local health authorities, and health institutes.
- <sup>xii</sup> <https://www.ohe.org/publications/opportunities-increase-efficiency-healthcare>
- <sup>xiii</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- <sup>xiv</sup> [https://www.politykainsight.pl/\\_resource/multimedium/20111291](https://www.politykainsight.pl/_resource/multimedium/20111291)
- <sup>xv</sup> <https://www.efpia.eu/media/413307/improving-outcomes-for-people-with-diabetes.pdf>
- <sup>xvi</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)
- <sup>xvii</sup> <https://www.ohe.org/publications/opportunities-increase-efficiency-healthcare>
- <sup>xviii</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5585953/>
- <sup>xix</sup> <http://www.vaccineurope.eu/wp-content/uploads/2016/01/VaccinesEurope-Infographic-Leaflet.pdf>
- <sup>xx</sup> All.Can, Improving the efficiency of cancer care: A focus on diagnosis, 2019
- <sup>xxi</sup> Senore et al, Optimising colorectal cancer screening acceptance: a review, Gut 64(7), 2015
- <sup>xxii</sup> <https://www.ohe.org/publications/opportunities-increase-efficiency-healthcare>
- <sup>xxiii</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843827>
- <sup>xxiv</sup> World Health Organisation European Office, Health literacy. The Solid facts, 2015
- <sup>xxv</sup> Roediger A, Immonen-Charalambous K, Kujawa M, Sorensen M (2019), Nothing about me without me: why an EU health literacy strategy embracing the role of citizens and patients is needed; Archives of Public Health 77:17
- <sup>xxvi</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- <sup>xxvii</sup> [https://www.who.int/gpsc/country\\_work/gpsc\\_ccisc\\_fact\\_sheet\\_en.pdf](https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf)
- <sup>xxviii</sup> <https://www.ohe.org/publications/opportunities-increase-efficiency-healthcare>
- <sup>xxix</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- <sup>xxx</sup> [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30605-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30605-4/fulltext)
- <sup>xxxi</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/147734/wd14E\\_AntibioticResistance\\_111380.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/147734/wd14E_AntibioticResistance_111380.pdf?ua=1)
- <sup>xxxii</sup> OECD, Better Ways to Pay for Healthcare, 2016
- <sup>xxxiii</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- <sup>xxxiv</sup> OECD, Better Ways to Pay for Healthcare, 2016

<sup>xxxv</sup> <https://efpia.eu/media/554543/novel-pricing-and-payment-models-new-solutions-to-improve-patient-access-300630.pdf>

<sup>xxxvi</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017

<sup>xxxvii</sup> <https://efpia.eu/media/554543/novel-pricing-and-payment-models-new-solutions-to-improve-patient-access-300630.pdf>

<sup>xxxviii</sup> OECD, Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines, 2018

<sup>xxxix</sup> <https://www.efpia.eu/media/413449/comparator-report-on-cancer-in-europe-2019.pdf>

<sup>xl</sup> <http://phrma-docs.phrma.org/files/dmfile/PhRMA-International-Costs-in-Context-2017-03-011.pdf>

<sup>xli</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5780689/>

<sup>xlii</sup> [https://www.researchgate.net/publication/338424202\\_How\\_cost-effective\\_are\\_new\\_cancer\\_drugs\\_in\\_the\\_US](https://www.researchgate.net/publication/338424202_How_cost-effective_are_new_cancer_drugs_in_the_US)

<sup>xliii</sup> [https://kms.efpia.eu/system/files/pipeline\\_review\\_of\\_innovative\\_therapies\\_2019\\_summary\\_deck\\_for\\_kms.pptx](https://kms.efpia.eu/system/files/pipeline_review_of_innovative_therapies_2019_summary_deck_for_kms.pptx)

<sup>xliv</sup> Lichtenberg (2009), Have newer cardiovascular drugs reduced hospitalization? Evidence from longitudinal country-level data on OECD Countries, 1995-2003; *Health Economics* 18(5):519-34

<sup>xlv</sup> <https://care.diabetesjournals.org/content/40/3/412>

<sup>xvi</sup> <https://www.efpia.eu/media/413307/improving-outcomes-for-people-with-diabetes.pdf>

<sup>xvii</sup> <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>

<sup>xviii</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017

<sup>xix</sup> The study takes into consideration the average price in 20 European countries: Austria, Belgium, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, the United Kingdom, Greece, Hungary, Ireland, Italy, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Slovakia, Spain, Sweden and Switzerland.[https://tlv.se/download/18.680e93a217022fbb562e8f50/1581682728977/international\\_price\\_comparison\\_2019.pdf](https://tlv.se/download/18.680e93a217022fbb562e8f50/1581682728977/international_price_comparison_2019.pdf)

<sup>i</sup> [https://tlv.se/download/18.680e93a217022fbb562e8f50/1581682728977/international\\_price\\_comparison\\_2019.pdf](https://tlv.se/download/18.680e93a217022fbb562e8f50/1581682728977/international_price_comparison_2019.pdf)

<sup>ii</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)

<sup>iii</sup> OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017

<sup>iv</sup> <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/38461/attachments/1/translations/en/renditions/native>

<sup>iv</sup> <https://www.ohe.org/sites/default/files/839%20OHE-IHE%20Full%20report%20final%20Sept%202016.pdf>

<sup>v</sup> <https://www.ohe.org/publications/opportunities-increase-efficiency-healthcare>

<sup>vi</sup> Patterson et al, Interventions To Improve The Appropriate Use Of Polypharmacy For Older People, Cochrane Database Of Systematic Reviews, 2014

<sup>vii</sup> Anthierens et al, Qualitative Insights Into General Practitioners Views On Polypharmacy, *BMC Family Practice* 11, no. 1, 2010

<sup>viii</sup> Aitken et al, Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change, *SSRN Electronic Journal*, 2012

<sup>ix</sup> <https://www.all-can.org/efficiency-hub/>



**EFPIA**  
Leopold Plaza Building \* Rue du Trône 108  
B-1050 Brussels \* Belgium  
Tel.: +32 (0)2 626 25 55  
[www.efpia.eu](http://www.efpia.eu) \* [info@efpia.eu](mailto:info@efpia.eu)