



## Ponad stan

Rozmowa z Krzysztofem Łandą, byłym prezesem HTA Consulting, obecnie pełniącym obowiązki dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami NFZ

**Czy sądzi pan, że uda się zakończyć prace nad koszykiem świadczeń do końca kwietnia?**

Jest to nierealne dlatego, że Ministerstwo Zdrowia przyjęło założenie o tworzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych w sposób aktywny. Oznacza to, że chce mieć zdefiniowaną listę świadczeń w obszarze ubezpieczenia podstawowego. Równocześnie ma być tworzony aktywnie koszyk świadczeń pozastandardowych, czyli takich, które podlegałyby ewentualnej grze ubezpieczeń komplementarnych. Nad tworzeniem koszyka gwarantowanego pracować ma kilkadziesiąt zespołów w każdej ze specjalności, a wielu z tych ludzi trzeba przeszkolić. Problem polega jednak przede wszystkim na tym, że koszyk świadczeń gwarantowanych będzie bardzo obszerny. Nawet skatalogowanie ich jest czasochłonne i bardzo trudne. Biorąc pod uwagę, że należy uwzględnić ponad 100 tys. elementów, to zadanie wydaje się być bardzo am-

bitne. Nie mówię, że jest to niemożliwe, ale wątpię, aby się udało.

**Mimo to prace nad koszykiem trwają...**

Prace rozpoczęto, ale źle się dzieje, że robi się to bez planu wdrożeniowego i przygotowania *a priori* szczegółowej koncepcji funkcjonowania koszyka w systemie. Znacznie łatwiejsze, szybsze i tańsze byłoby przygotowanie ponadstandardowego koszyka świadczeń i uznanie wszystkich pozostałych za niezdefiniowany koszyk gwarantowany. Takie podejście zalecało zresztą w Polsce holenderskie TNO (*Netherlands Organisation for Applied Research*) w 2001 r. Wracając do założonego terminu zakończenia prac. Żeby przygotować koszyk na kwiecień 2007 r., już od marca tego roku powinno wrzeć jak w ulu, bo to musiałby być absolutny priorytet i oczko w głowie resortu, należałoby niezwykle intensywnie praco-

wać. Na razie jest to, niestety, powolny progres i nie widzę wrzenia.

**Czy tworzeniem koszyka powinna się zajmować AOTM?**

Agencja powstała i to jest wielki plus. Szkoda, że została utworzona nie mocą ustawy, ale zarządzenia. Może to powodować, że każda kolejna ekipa rządowa będzie mogła zmienić jej rolę lub w ogóle ją rozwiązać. Jeżeli jednak nie Agencja ma wziąć odpowiedzialność za organizację pracy nad tworzeniem koszyka, to pytam, kto to ma zrobić? Przecież, jeżeli nie ma odpowiedzialnego, albo jest ich kilku, to tak naprawdę nie ma żadnej odpowiedzialności. Obawiam się, że dziś nikt inny nie mógłby się tym zajmować. Należy się cieszyć, że Agencja powstała i nie potrzebuje dużych środków publicznych na tworzenie własnych raportów oceny technologii medycznych. AOTM będzie też wykorzystywać raporty i analizy opracowane poza Agencją, w Polsce i za granicą. To kolejny

ubezpieczeń podstawowych. W przypadku istnienia ubezpieczeń komplementarnych szpitale w sieci mogłyby być opłacane nie tylko za wykonane świadczenia z koszyka gwarantowanego. Jeśli powstałyby ubezpieczenia komplementarne i ubezpieczeni chcieliby się leczyć w szpitalach sieci, to placówki te uzyskiwałyby dodatkowe pieniądze.

**Z jakich krajów powinniśmy czerpać wzorce przy tworzeniu koszyka?**

Gdyby to ode mnie zależało, najchętniej skorzystałbym z modelu australijskiego, szwajcarskiego lub kanadyjskiego. Te kraje mają bardzo dobre i nowoczesne rozwiązania, ale też ich portfel jest zasobniejszy i stać ich na znacznie więcej. Amerykanie, Szwajcarzy czy Kanadyjczycy nie muszą się specjalnie ograniczać, jeśli chodzi o koszyk gwarantowany. W Polsce, w ramach stosunkowo niewielkiej składki na ubezpieczenie podstawowe, nie wszystkim można dać wszystko. Objawem wydatków *po-*

» W Polsce możemy dziś zaferować tak dużo świadczeń w ramach ubezpieczenia podstawowego, m.in. z powodu niskich zarobków lekarzy i pielęgniarek »

jej plus. Prawdopodobnie pieniądze podatników, którymi będzie dysponować, zostaną przeznaczone głównie na ocenę technologii nielekowych i diagnostycznych. Jednak dla mnie jest zupełnie niezrozumiałe zarządzenie dyrektora Agencji, które stwierdza, że raporty mogą być przygotowywane wyłącznie przez uniwersytety czy jednostki akademickie. To o tyle niezrozumiałe, że jeszcze długo nie będą one miały wystarczających sił do opracowywania odpowiedniej liczby analiz i raportów HTA. Nie rozumiem też, dlaczego dyskryminować inne podmioty na rynku analiz. Bo jeśli Kowalski z miejscowości X przygotowuje dobry raport obejmujący komplet opcji terapeutycznych i diagnostycznych, to nie widzę powodów, by ten raport nie był brany pod uwagę przez decydentów czy Agencję. Uważam, że jest to dyskryminacja analityków i podmiotów na rynku.

**Czy stworzenie koszyka świadczeń ułatwi tworzenie sieci szpitali?**

Bardzo by to ułatwiło powstanie takiej sieci. Koszyk pomógłby w określeniu potrzeb społeczeństwa w precyzyjnie określonym obszarze

*nad stan* są w naszym kraju kolejki, rosnące długi szpitale i niskie zarobki. Częściowo to właśnie z powodu tak niskich zarobków lekarzy i pielęgniarek możemy dziś tak dużo świadczeń zaferować w ramach ubezpieczenia podstawowego. Jednak do zawartości koszyka gwarantowanego trzeba przykładać odpowiednią miarę, zależną od zasobności portfela. Mimo że pomysły innych krajów powinny być zaadaptowane w Polsce, niestety, co do zawartości koszyka podstawowego nie możemy się z nimi porównywać. Na tak obszerny koszyk świadczeń podstawowych, jak w Szwajcarii czy Kanadzie naszego kraju po prostu nie stać.

**Czy pracując nad projektem, nasi decydenci nie powinni korzystać z pomocy międzynarodowych ekspertów?**

Chodzi o to, żeby skorzystali z pomocy ekspertów międzynarodowych oraz zaczęli porządnie liczyć. Ważne jest także, aby zebrali odpowiednie dane i ustalili, jaka powinna być wielkość koszyka świadczeń ponadstandardowych, żeby zachęcić inwestorów, czyli żeby dofinansować polski system ochrony zdrowia. Nie

wiem, dlaczego tak się nie dzieje, choć muszę przyznać, że pewne elementy zostały dobrze opracowane. Po raz pierwszy widzę, żeby dla narzędzia refundacyjnego ktoś sprecyzował w Polsce cel. Niestety, nie słyszałem, aby minister ten cel zaakceptował. Zamówiono też opracowanie dotyczące przejrzystych kryteriów włączania i wykluczania elementów koszyka, co zostało transparentnie przedstawione na stronach internetowych Agencji, ale niestety, minister nie zaakceptował tych kryteriów. Jeśli prace nad wpisami mają się rozpocząć, przyjęcie celu oraz przejrzystych zasad włączania i wykluczania z koszyka ma podstawowe znaczenie. Bez tego bowiem nie powstanie. Sprecyzowany cel jest bardzo istotny,



foto: (2x) Rafał Klimkiewicz/EDYTOR.net

gdyż urealnia nasze myślenie o koszyku, a z kolei od jego istnienia i zawartości zależy, czy ubezpieczenia komplementarne będą, czy też ich nie będzie. W kwestii inwestycji w ubezpieczenia komplementarne nie chodzi przede wszystkim o firmy ubezpieczeń dodatkowych, które dziś funkcjonują w Polsce. Towarzystwa te oferują telewizor w pokoju jednoosobowym, ubezpieczenie od *łapówki dla lekarza* czy ominięcie kolejki. Nie o taki rynek ubezpieczeniowy chodzi. Powinno się mówić o nowym rynku ubezpieczeń komplementarnych (jeśli oczywiście powstanie odpowiednio duży koszyk ponadstandardowy). Wielkość tego rynku będzie bezpośrednio zależała od wielkości i zawartości koszyka ponadstandardowego. Być może stworzony zostanie rynek, który przyciągnie zupełnie inną ligę finansową i jestem przekonany, że największe banki światowe byłyby zainteresowane inwestycjami w ochronie zdrowia w Polsce.

#### Dlaczego tak się nie dzieje już dzisiaj?

Swego czasu Bank Światowy proponował sfinansowanie prac ekspertów międzynarodowych nad planowaniem prac nad koszykiem w Polsce.

Nie rozumiem, dlaczego nie skorzystano z tej oferty, bo opracowanie takiej koncepcji nie jest prostą rzeczą. Koszyk jest wielowymiarowym narzędziem aktywnego kreowania polityki zdrowotnej i w wielu krajach pełni taką funkcję. Trzeba się nim zajmować wiele lat, studiując rozwiązania stosowane w innych krajach, poznając ich sukcesy i porażki. Wszystko po to, aby nie wyważać otwartych drzwi, nie tracić czasu i pieniędzy. Nie sądzę, żeby zbyt wielu ludzi miało takie doświadczenia i wcale nie narzucam im swojego doświadczenia, ale jeśli Bank Światowy oferuje pomoc w sfinansowaniu ekspertów zachodnich, to wydaje mi się, że warto z niej skorzystać. Gaże ekspertów zagranicznych są bardzo wysokie, ale nieporównanie większe są

„ Koszyk jest wielowymiarowym narzędziem aktywnego kreowania polityki zdrowotnej i w wielu krajach pełni taką funkcję ”

koszty pomyłek niż konsultacji. Inną kwestią jest, że ciągle łatwiej jest głosić populistyczne hasła, niż przedstawić realne propozycje ograniczenia liczby świadczeń w ramach ubezpieczenia podstawowego. Dzisiaj zresztą występują ograniczenia dostępu do świadczeń, które pacjenci niby mają zapewnione bezpłatnie, ale faktycznie muszą stać w kolejkach, korzystać z koneksji lub dawać łapówki. Jeżeli urealnilibyśmy wielkość koszyka świadczeń podstawowych, wystarczyłoby pieniędzy, aby zlikwidować kolejki do świadczeń najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa o udowodnionej efektywności i najbardziej opłacalnych. Ale tutaj trzeba mieć odwagę i pójść w kierunku technokracji, rzetelnych analiz, symulacji i obliczeń, a nie w kierunku dyktatu politycznego, którego korzenie sięgają populizmu i lęku o doraźną utratę wyborców. Jak będzie? Zobaczymy. Myślę jednak, że wciąż jest szansa i sprzyjający klimat do wprowadzenia komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Rozmawiała Małgorzata Wawrzyniak

Wywiad był przeprowadzony na początku września br. Krzysztof Łanda od 1 października pełni obowiązki dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami NFZ