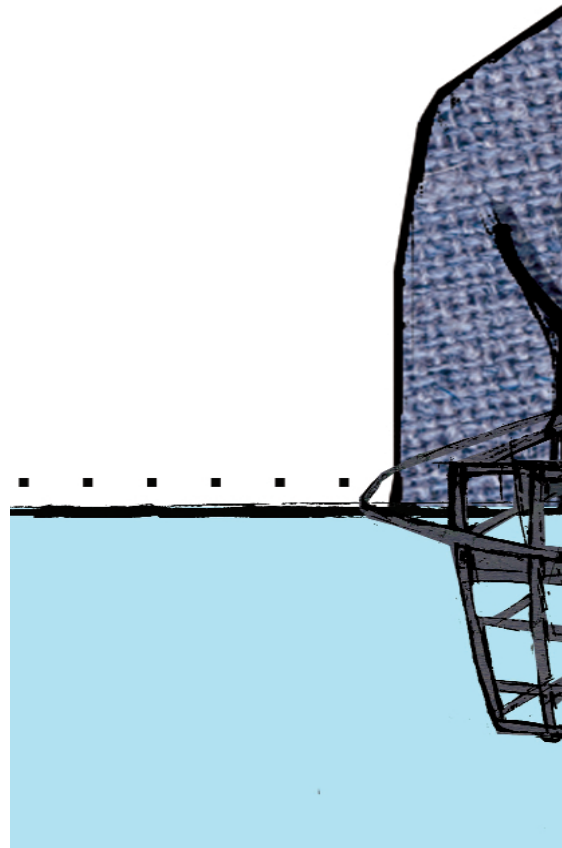


Wokół pojęcia *koszyka usług*, czy *zakresu świadczeń gwarantowanych* narodziło się wiele koncepcji i emocji społecznych. Można z dużym prawdopodobieństwem uznać, że rozumienie tych pojęć przez poszczególne osoby i środowiska jest bardzo różne. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności z konstytucją ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, w części zostało uzasadnione brakiem wystarczająco precyzyjnego określenia *zakresu świadczeń*, jakie są dostępne ubezpieczonemu ze środków publicznych. W takiej sytuacji politycy będą zmuszeni zająć się tematem, który był od wielu lat dyskutowany, a jednocześnie unikany, pod rygorem uchylecia tej ustawy.

Koszyk zdrowia

Adam Koziarkiewicz



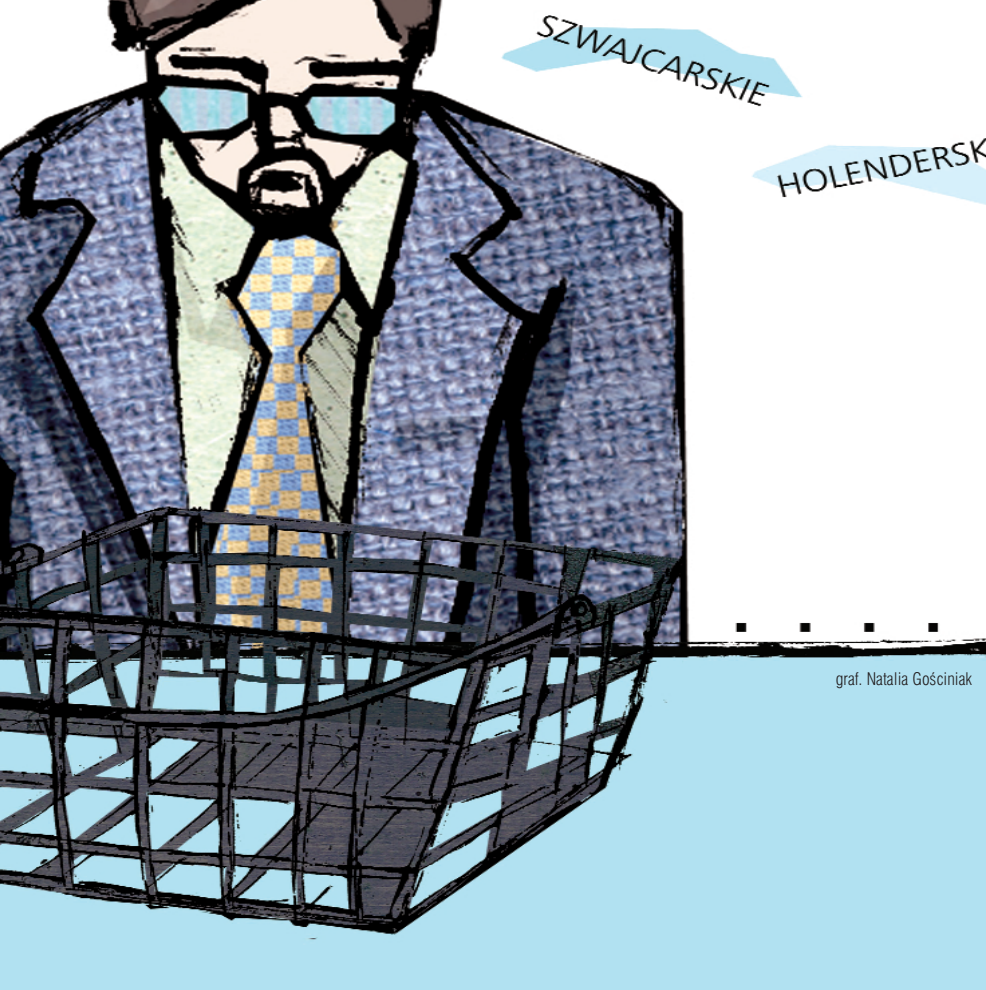
Pierwsze polskie próby określenia tzw. *zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych* podjęte zostały w latach 1993–1995. Wysiłki te nie doprowadziły, jak zamierzano, do uchwalenia ustawy o zakresie świadczeń gwarantowanych, ale spowodowały, że w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pojawiły się zapisy, które w pewien sposób dookreślały uprawnienia pacjentów i zobowiązania płatnika publicznego.

Z *koszykiem świadczeń* wiązało się także przedsięwzięcie Ministerstwa Zdrowia i Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, rozpoczęte w lutym 1999 roku pod zbiorczym tytułem *standardów świadczenia usług zdrowotnych*.¹ Przedsięwzięcie to, podjęte pod naciskiem opinii środowisk profesjonalnych w 1999 r. miało zaspokoić potrzebę stworzenia tzw. *standardów i procedur* jako – z jednej strony zakresu gwarancji świadczeń wobec pacjentów, a z drugiej – gwarancji finansowania ich przez płatnika. Wynikiem tego działania było opublikowanie na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia obszernej dokumentacji, podzielonej na 42 specjalności medyczne, która części kas chorych posłużyła do rozpisania konkursu ofert na rok 2000, w części natomiast jako materiał wyjściowy do opracowania bardziej zlokalizowanych wersji.

Kontynuacją tego przedsięwzięcia było doprecyzowanie przedmiotu zakupów kas chorych, tzw. *produktów*, przez poszczególne kasy chorych w latach 2000–2002, a także projekt, jaki został uruchomiony przez Ministerstwo Zdrowia ze środków Banku Światowego, pt. *Standardy świadczeń zdrowotnych nabywanych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*², realizowany przez grupę konsultingową TNO z Holandii. W opracowaniu TNO za narzędzie dokonywania wyboru usług objętych

ubezpieczeniem uznaje się tzw. *ocenę technologii medycznych (Health Technology Assessment)*, z jej oparciem w wynikach badań klinicznych dotyczących skuteczności i efektywności poszczególnych rodzajów terapii i *technologii medycznych*. Podobne kryteria zostały wskazane w innym projekcie, realizowanym przez Ministra Zdrowia w latach 2000–2002, zatytułowanym *Narzędzia analizy i oceny priorytetów zdrowotnych*, w którym dla celów podejmowania decyzji w dziedzinie polityki zdrowotnej zaleca się dokonywanie oceny skuteczności klinicznej oraz efektywności kosztowej interwencji zdrowotnej.

Odrębny nurt, praktycznie związany z koncepcją *koszyka świadczeń* to działania zmierzające do określenia *sieci szpitalnej*. Koncepcja sieci szpitalnej, wzbogacona elementem dostępności do świadczeń wykonywanych przy pomocy nowoczesnych i kosztownych urządzeń medycznych, była rozwijana w pracach, zleconych w roku 1999 przez Ministra Zdrowia firmie CapGeminiErnst&Young, w ramach projektu *Ocena inwestycji wieloletnich w ochronie zdrowia*. Na podstawie wyników tego projektu oraz doświadczeń działania systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, stworzony został w roku 2001 projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie krajowej sieci szpitalnej, łączący koncepcję regulacji rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia z dostępnością do świadczeń zdrowotnych, mierzoną *czasem oczekiwania*, a także propozycje niezbędnych zapisów w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Motyw *sieci szpitalnej*, w postaci licencjonowania działalności w ochronie zdrowia, w szczególności w zastosowaniu do wysokospecjalistycznych usług i procedur występuje również w wynikach projektu autorstwa grupy konsultingowej TNO.



„ Minister zdrowia i parlament prawdopodobnie nie będą w stanie wypracować zmian w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ, które usatysfakcjonowałyby sędziów Trybunału Konstytucyjnego ”

Cel tworzenia koszyka świadczeń

W literaturze na temat koszyka świadczeń i pochodnych koncepcji przewija się pewna liczba argumentów, które przemawiają za wykonaniem wysiłku jego skonstruowania. Podstawowym argumentem, jaki podnoszony był w tej sprawie jest **zdefiniowanie uprawnień** osoby ubezpieczonej (objętej systemem zabezpieczenia społecznego w części rzeczowych świadczeń zdrowotnych), w publicznych systemach ubezpieczeń zdrowotnych. Zagadnienie uprawnień osoby ubezpieczonej stawało się ważne w systemach ubezpieczeniowych w miarę rozwoju technologii medycznych. Do czasu, gdy możliwe interwencje zdrowotne ograniczone były do porad lekarskich, dłuższych czy krótszych pobytów w szpitalach i pewnej liczby (ryzykownych dla pacjenta) zabiegów, problem tzw. koszyka świadczeń nie był zbyt istotny. W miarę, jak wzrastały możliwości techniczne sektora zdrowia, a z nimi oczekiwania beneficjentów, kwestia definiowania zakresu świadczeń, do których pacjent był uprawniony, stawała się coraz ważniejsza.

Rozwój technologii w ochronie zdrowia odbywał się równoległe ze starzeniem się populacji krajów wysoko rozwiniętych, co dawało w sumie efekt gwałtownego

wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Wzrost wydatków, ze względu na charakter systemów opieki zdrowotnej w krajach wysoko rozwiniętych, odbywał się poprzez wzrost obciążeń z tytułu składek lub podatków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. W tej sytuacji koncepcja koszyka usług zyskała kolejny cel, jakim było **opanowanie wzrostu wydatków ponoszonych przez fundusze ubezpieczeniowe**. W przypadku Stanów Zjednoczonych, element ten z jednej strony miał pozwolić na konkurencyjność cenową określonych firm ubezpieczeniowych, z drugiej natomiast na objęcie ubezpieczeniem ze środków publicznych większej liczby osób.

Trzeci, najrzadziej wymieniany motyw tworzenia koszyka świadczeń dotyka dziedziny jakości w ochronie zdrowia. Nowoczesne pojmowanie koszyka świadczeń pozwala bowiem **eliminować procedury i interwencje (oraz leki), które nie przynoszą korzyści klinicznych**, a jednocześnie stanowią zwykłe w takich sytuacjach zagrożenie, związane z ryzykiem wystąpienia powikłań i komplikacji. Rozwój nauk medycznych pozwala na nowo spojrzeć na pewne interwencje zdrowotne i sposoby terapii, i stwierdzić, że nie dość, iż nie niosą one za sobą korzyści zdrowotnych, to nawet tworzą zagrożenia. Dokonanie selekcji procedur i interwencji pod kątem ich finansowania

ze środków funduszu ubezpieczeń zdrowotnych pozwalać ma stopniowo eliminować szkodliwe interwencje z praktyki medycznej.

W praktyce działania poszczególnych krajowych systemów opieki zdrowotnej, w ramach definiowania zakresu zakupów płatnika określone są zakresy świadczeń gwarantowanych *de facto*. Dzieje się to poprzez wymienienie (lub przemilczenie) danej grupy procedur i interwencji medycznych, opłacanych przez płatnika. Nie w każdym kraju taki koszyk jest możliwy do wyróżnienia; w krajach finansujących usługi zdrowotne poprzez przyznawanie budżetów globalnych za bardziej lub mniej zdefiniowane zakresy działań, takie wyróżnienie zakresu świadczeń gwarantowanych jest trudne i zasadniczo zależy od potencjału infrastrukturalnego placówek uzyskujących środki od płatników (jeśli jest tomograf na stanie szpitala, to tomografia znajduje się w zakresie świadczeń, jeśli go nie ma, nie ma też tomografii).

Zakres świadczeń gwarantowanych jest znacznie łatwiejszy do zdefiniowania w krajach, w których rozliczenia za świadczenia co najmniej w części odbywają się na zasadzie *fee for service*.

Doświadczenia amerykańskie³

Przykładem na definiowanie zakresu świadczeń *de facto* na gruncie amerykańskim jest doświadczenie Medicare. W Medicare można wyróżnić 15 grup produktów i usług oraz podobną liczbę systemów ich opłacania. W szczególności w ramach Medicare można wyróżnić systemy opłacania:

- opieki szpitalnej krótkoterminowej, w tym psychiatrycznej,
- opieki ambulatoryjnej, wykonywanej przez praktyki lekarskie, ambulatoria przyszpitalne, ambulatoryjne ośrodki chirurgiczne, laboratoria,
- opieki po ostrych epizodach choroby, w tym opieki pielęgnacyjnej, rehabilitacji, opieki długoterminowej,
- dializoterapii ambulatoryjnej i w hospicjach,
- materiałów medycznych trwałego użytku,
- usług zapewnianych w ramach programu M_C.

Bardzo istotnym elementem systemu finansowania w Medicare są klasyfikacje procedur medycznych. W USA istnieją 2 dominujące systemy, obowiązujące w większości jednostek ochrony zdrowia i u płatników. Te systemy to:

- *The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM),
- *Physicians' Current Procedural Terminology* (CPT™).

Lekarze wykonują usługi na rzecz pacjentów w systemie *fee for service* i używają to tego *PHYSICIANS' CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY* (CPT™) wraz z odpowiednim systemem punktowym, jako narzędzia ustalania stawek za swą pracę. CPT jest dziełem *American Medical Association* (AMA), jest na bieżąco, w trybie corocznym, nowelizowana przez AMA, odzwierciedlając postęp w medycynie i zastosowanie coraz to nowych technologii medycznych.

ICD-9-CM służy zasadniczo do klasyfikowania procedur medycznych, wykonywanych przez instytucje opieki stacjonarnej, głównie szpitale i skupia się na procedurach zabiegowych, czy to diagnostycznych, czy leczniczych.

Na podstawie CPT określony został pakiet świadczeń, jakie są nabywane przez Medicare na rzecz podopiecznych. Pakiet ten oznaczany jest kodami, w większości zaczerpniętymi z CPT, z dodatkami pozycji, które w CPT nie występują, np. diagnostyki medycznej. Całość pod nazwą HCPCS (*Health Care Patient Classification System*) podlega wycenieniu i finansowaniu w ramach Medicare. Procedury pozostające poza tym systemem, nawet jeśli zamieszczone są w CPT, nie podlegają refundacji.

W sektorze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zaczęto kwestionować zasadność wykonywania świadczeń w systemie *fee for service*, co doprowadziło do rozpoczęcia prac nad standardami zakresu świadczeń. Prekursorem tych prac był *Blue Cross Blue Shield* (BC/BS) *Association*, w owym czasie największy ubezpieczyciel zdrowotny w USA. W 1977 r. opracowano *Medical Necessity Program* (MNP), którego celem było wypracowanie zasad kwalifikowania do wykonania poszczególnych rodzajów szczególnie drogich procedur. W swoich wczesnych

raportach BC/BS zidentyfikował pewną liczbę procedur, szczególnie diagnostycznych, które uznano za nieprzynośzące istotnych korzyści zdrowotnych. **BC/BS zaczęły włączyć odmawiać płacenia za te procedury na drodze wyrażonego oświadczenia, które obecnie nazywa się zwykle listą negatywną.** To doświadczenie zachęciło BC/BS do kontynuowania prac i stworzenia *Technology Evaluation Center* (TEC), którego zadaniem było dokonywanie systematycznej oceny korzyści płynących ze stosowania technologii, ze szczególnym naciskiem na nowe technologie wchodzące na rynek. Ze względów rynkowych, oceny przeprowadzone przez TEC są utajniane i wykorzystywane wyłącznie przez BC/BS do podejmowania własnych decyzji, dotyczących zakresu ubezpieczenia.

Korzystając z doświadczeń BC/BS, zagadnienie zakresu świadczeń zaczęto analizować w ramach programu Medicare. Jednostkę zajmującą się tymi zagadnieniami nazwano *Urzędem Oceny Technologii Medycznych* (*Office of Health Technology Assessment* – OHTA). Do tej pory, pomimo zmian nazw i likwidacji NCHCT w ramach cięć administracji, wspomaga on decyzje refundacyjne w programie Medicare. Medicare rozważało podjęcie formalnych badań dotyczących efektywności klinicznej i kosztowej oraz zastosowania ich wyników w procesie podejmowania decyzji refundacyjnych. Sprzeciwiały się temu jednak środowiska medyczne, upatrujące w takim działaniu próby ograniczenia ich prawa do swobody decyzji klinicznych. Ponieważ w ustawie o Medicare znajduje się stwierdzenie, że udzielane świadczenia powinny być ogólnie przyjęte (*usual and customary*), prawnicy uznali, że zapis taki nie upoważnia administracji do tego, by podjąć bardziej aktywną politykę refundacyjną. To co nie do końca było możliwe dla publicznego systemu Medicare, zastosowała część amerykańskich organizacji opieki kierowanej (HMO), które korzystają z HTA w podejmowaniu decyzji refundacyjnych. Są wśród nich *Aetna* i *Prudential*, dwie prywatne firmy ubezpieczeniowe, oraz *Group Health Cooperative of Puget Sound*, *TEMINEX*, *United HealthCare* i *University Health System Consortium*.

Przykładem zastosowania logiki koszyka świadczeń opartego na ocenie technologii medycznych w systemie publicznym jest tzw. *Oregon Health Plan*. Celem działań, które rozpoczęto w 1984 r., było włączenie większej liczby nieubezpieczonych osób do programu opieki *Oregon State Medicaid* (opieka medyczna dla osób ubogich). Ten wzrost liczby osób miał być możliwy poprzez redukcję listy świadczeń Medicaid do zestawu świadczeń priorytetowych. Oregońska Komisja Świadczeń Zdrowotnych ukonstytuowała się w 1987 r. w celu opracowania listy, znanej również pod nazwą *lista świadczeń podstawowych*. Komisja przeprowadziła liczne spotkania środowiskowe, aby uzyskać informacje niezbędne do dalszych prac. Utworzono 17 kategorii problemów medycznych, np. ostre stany zagrożenia życia, w których leczenie przynosi pełne wyzdrowienie, opieka profilaktyczna o udowodnionej skuteczności itd. Wszystkie zidentyfikowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne zostały przypisane do jednej z powyższych kategorii, te zaś uszeregowano z uwzględnieniem 13 kryteriów, wśród których znalazły się oczekiwana długość życia po terapii, jego ja-

kość, efektywność kosztowa procedury oraz szeroka dostępność świadczenia. Terapie, które zapobiegały zgonowi i prowadziły do pełnego wyzdrowienia, były pierwsze w hierarchii, a na drugim miejscu umieszczono opiekę okołoporodową, a na trzecim takie procedury, które zapobiegały zgonowi, ale nie prowadziły do pełnego wyzdrowienia. Na ostatnim miejscu znalazły się terapie, które dają minimalną lub wręcz żadną poprawę jakości życia. Lista w ostatecznej wersji liczyła ponad 700 pozycji.

lecz następują za pośrednictwem stowarzyszeń lekarzy kas chorych na poziomie poszczególnych landów. Każdy lekarz, który zamierza prowadzić praktykę i przyjmować ubezpieczonych kas chorych, musi zostać członkiem stowarzyszenia. Stowarzyszenie prowadzi corocznie negocjacje z poszczególnymi kasami chorych, reprezentowanymi z kolei przez swoje stowarzyszenie. Negocjacje podlegają opłatom kapitulacyjnym, jakie kasy wnoszą do stowarzyszenia za swoich ubezpieczonych.

” Zakres świadczeń gwarantowanych jest znacznie łatwiejszy do zdefiniowania w krajach, w których rozliczenia za świadczenia co najmniej w części odbywają się na zasadzie *fee for service* ”

Doświadczenia niemieckie⁴

W ciągu ostatnich lat niemiecki system opieki zdrowotnej podlegał istotnym zmianom. Szpitalnictwo wychodziło od sytuacji sprzed 1993 r., gdy szpitale otrzymywały środki w pełni pokrywające ich wydatki, przy tym środki te miały charakter rocznych budżetów, obliczanych na podstawie liczby osobodni w poprzednim roku mnożonej przez koszt osobodnia w tym roku. W ostatnich latach natomiast zmierza w kierunku wprowadzenia systemu finansowania w oparciu o *case-mix* (DRG), adaptując rozwiązania australijskie w tym względzie. W międzyczasie stosowane są w Niemczech rozwiązania mieszane, łączące tradycyjne budżety oparte na osobodniach z płatnościami za przypadek lub procedurę.

Bardziej wprost do koncepcji koszyka nawiązuje system płatności kas chorych w stosunku do lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego, które nie są bezpośrednie,

Następnie Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych dokonuje dystrybucji otrzymanych środków pomiędzy swoich członków, wg **jednolitej skali wartościowej (EBM)** usług medycznych i innych regulacji.

Usługi medyczne podlegające refundacji muszą zawierać się w EBM, która tym samym stanowi zakres świadczeń gwarantowanych. Lista jest tworzona w ramach wspólnych prac Stowarzyszenia Lekarzy Kas Chorych oraz Stowarzyszenia Kas Chorych. Oprócz tej listy istnieje także lista *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL)*, będąca listą świadczeń niepodlegających refundacji kas chorych.

Na liście EBM znajduje się 147 usług o charakterze uniwersalnym (konsultacje, wizyty, badania skryningowe), oraz kilkaset usług o charakterze specjalistycznym. Rozdział poświęcony chirurgii i ortopedii zawiera 355

Tab. Przykładowe pozycje z niemieckiej klasyfikacji procedur medycznych EBM

Przykładowe pozycje z EBM (wersja z roku 1996)	
Nazwa usługi	Wartość punktowa
Podstawowa opłata za opiekę nad pacjentem przez 3 mies. zależnie od specjalności lekarskiej, stanu pacjenta	60–575
Dodatek do opłaty podstawowej, dla następujących specjalności: nefrologia – opieka nad dializowanym onkologia – pacjent ze zdiagnozowaną ch. nowotworową reumatologia – pacjent ze zwyrodnieniowym zapaleniem stawów	900
Opłata za wizytę	50
Rozpoznanie i terapia zaburzeń psychicznych poprzez konwersację, trwającą min. 15 min	450
Wizyta domowa, zwykła	400
Wizyta domowa, nagła	600
Opieka przedporodowa	1 850
Skryning nowotworowy	260 (męż.)/310 (kob.)
Ogólna ocena stanu zdrowia	780
EKG	250
Densytometria	450