



Zwiększenie współpłacenia za świadczenia zdrowotne i HTR

Koszykówka prewencyjna

Krzysztof Łanda, Karolina Skóra

Nawet najlepiej rozwinięte i najbogatsze kraje przykładają wielką wagę do racjonalnego wydatkowania funduszy na ochronę zdrowia, gdyż na opiekę zdrowotną – szczególnie przy obecnym tempie rozwoju medycyny – można wydać każdą ilość pieniędzy.

Sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla regulacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych. Skoro ochrona zdrowia jest obszarem wrażliwym społecznie, o ogromnym i rosnącym znaczeniu dla gospodarki, prawidłowe określenie w systemie, a następnie sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń należy traktować bardzo poważnie, jako jedno z najważniejszych zadań państwa.

Koszyk *de novo*

Potrzeba wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych była podnoszona w Polsce do roku 2009, przy okazji wszystkich kolejnych wyborów parlamen-

tarnych i prezydenckich. Stworzenie „koszyka *de novo*” miało stanowić panaceum na wszelkie bóle systemu ochrony zdrowia. Niezrozumienie polegało na tym, że w Polsce koszyk funkcjonował od dawna, od czasu wprowadzenia systemu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego – pytanie tylko, jaki ten koszyk był. Każdy kraj, który wprowadza system ubezpieczeń zdrowotnych lub system zabezpieczenia zdrowotnego, niejako automatycznie musi określić, co się ubezpieczonym należy lub ewentualnie co im się nie należy, w ramach gromadzonych na ten cel funduszy.

Dzięki tzw. ustawie koszykowej dywagacje na temat potrzeby stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce raz na zawsze zostały ucięte. Dzięki temu dia-

log społeczny posunął się naprzód. Nie będzie więcej bezprzedmiotowych dyskusji o konieczności stworzenia koszyka, zacznie się natomiast konstruktywna debata o kształcie koszyka świadczeń gwarantowanych, poprawie funkcjonalności i zasad tworzenia poszczególnych jego części oraz m.in. jego roli w rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w Polsce.

Rola rozporządzeń ministra

Zgodnie z ustawą koszykową w Polsce, co do zasady, zawartość poszczególnych części koszyka świadczeń gwarantowanych określana jest przez ministra zdrowia w stosownych rozporządzeniach. Rozporządzenia te dotyczą m.in. programów terapeutycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, szczepień obowiązkowych itp. Mimo że Ministerstwo Zdrowia ustala teoretyczną zawartość koszyka, to właściwie płatnik ma zasadniczy wpływ na finalny jego kształt i zapewnienie „gwarancji” dostępu do tego, co zostało zapisane w rozporządzeniach okołokoszykowych.

Podstawową chorobą systemu ochrony zdrowia w Polsce jest deficyt, czyli dysproporcja między zawartością koszyka świadczeń a wielkością funduszy na jego realizację, czyli wypełnienie teoretycznych gwarancji państwa. Koszyk jest tworzony ponad stan, czyli zawiera więcej świadczeń zdrowotnych, niż płatnik jest w stanie sfinansować. Deficyt ten może prowadzić do zadłużania się płatnika, zadłużania się świadczeniodawców, ograniczania dostępu do świadczeń teoretycznie „gwarantowanych”, wszystkich powyższych w różnych konstelacjach i w różnych proporcjach. Im większy deficyt, tym system jest bardziej niesprawiedliwy oraz tym bardziej nasilają się patologie. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych, niż można sfinansować z pieniędzy zebranych ze składki.

Dobra rada

Można wyróżnić cztery podstawowe sposoby radzenia sobie z dysproporcją pomiędzy zawartością koszyka gwarantowanego a wielkością funduszy publicznych na ochronę zdrowia:

- 1) wprowadzenie wysokiego współpłacenia;
- 2) usunięcie z koszyka świadczeń gwarantowanych wielu technologii medycznych o niskiej opłacalności (relatywnie wysokim stosunku kosztu do uzyskiwanych korzyści zdrowotnych);
- 3) istotne zwiększenie wielkości podstawowej składki zdrowotnej, czyli podatku na ochronę zdrowia; obecnie, w dobie światowego kryzysu i konieczności ograniczania wydatków państwa w sferze socjalnej wydaje się to mało prawdopodobne;
- 4) wprowadzenie zdrowotnych ubezpieczeń dodatkowych nowego typu, czyli ubezpieczeń komplementarnych, które jeszcze w Polsce nie funkcjonują.

„ Nie będzie więcej bezprzedmiotowych dyskusji o konieczności stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, czeka nas natomiast konstruktywna debata o jego kształcie ”

Poniżej omówione zostaną wybrane problemy związane z ewentualnym wdrożeniem dwóch pierwszych sposobów walki z deficytem w ochronie zdrowia. Szersze opracowanie dotyczące wszystkich wyżej wymienionych metod Czytelnik znajdzie w książce „Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań” Wydawnictwo CEESTAHC, 2011.

Współpłacenie

Niezbędne jest wprowadzenie obowiązkowych, istotnych wartościowo dopłat do świadczeń częściowo gwarantowanych, czyli określenie świadczeń zdrowotnych, do których obowiązkowe, istotne wartościowo współpłacenie rzeczywiście może zmniejszyć deficyt w systemie, ale jednocześnie może się wiązać z dużym ryzykiem politycznym. Pytanie oczywiście, o jaki rodzaj współpłacenia chodzi, jaka będzie jego wysokość, do jakich świadczeń zdrowotnych współpłacenie będzie wprowadzone i czy będzie dodatkowo możliwość ubezpieczenia się od tego współpłacenia.

Wprowadzenie istotnego współpłacenia za liczne świadczenia zdrowotne (nie tylko leki refundowane) może pozwolić na uzyskanie dowolnie wysokiej kwoty przychodów inkrementalnych w zależności od przyjętych założeń i organizacji systemu. Rozwiązanie to jest teoretycznie uzasadnione i praktycznie możliwe do wprowadzenia, jednak wymaga wdrożenia dodatkowych mechanizmów i regulacji na rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Ze względu na ryzyko polityczne niezbędne wydaje się utworzenie „poduszki bezpieczeństwa” w postaci dodatkowych ubezpieczeń od tegoż współpłacenia. Niezwykle istotne jest przy tym sprawne funkcjonowanie Agencji Taryfikacji (*vide*: artykuł w „Menedżerze Zdrowia” z czerwca 2012 r.), zajmującej się wyceną świadczeń na rynku zdrowotnym, oraz Komisji Ekonomicznej powołanej ustawą refundacyjną z 12 maja 2011 r., która zajmuje się negocjacjami w zakresie ustalania cen leków oraz wyrobów medycznych, a także ustalaniem instrumentów podziału ryzyka.

Należy podkreślić, że chodzi tu o wprowadzenie wysokiego wartościowo współpłacenia, a nie drobnych, kilkuzłotowych dopłat do wizyty u specjalisty czy hospitalizacji. Wprowadzenie drobnych opłat nie rozwiąże problemu deficytu w Polsce, ponieważ zgromadzone fun-



foto: iStockphoto

„ Główną chorobą systemu ochrony zdrowia w Polsce jest deficyt, czyli dysproporcja między zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a wielkością funduszy na jego realizację ”

dusze stanowiłyby tylko niewielki jego procent. Co więcej, taka forma współpłacenia jest równie wrażliwa społecznie i równie ryzykowna politycznie jak wprowadzenie wysokiego współpłacenia, a zasadniczy problem, czyli deficyt, pozostaje nierozwiązany.

Hazard moralny

Niektórzy twierdzą, że wprowadzając niskie współpłacenie, zmniejsza się hazard moralny. To prawda, ale tylko w wypadku świadczeń dotyczących mało uciążliwych schorzeń, których leczenie z pewnością nie generuje głównych kosztów w systemie ochrony zdrowia. Przykład czeski pokazuje, że oszczędności związane ze zmniejszeniem popytu na świadczenia medyczne są krótkotrwałe. W Czechach liczba wizyt ambulatoryjnych spadła o 15 proc. po wprowadzeniu reformy, a następnie ponownie wzrosła. Istotne wydaje się również rozważenie wysokości kosztów administracyjnych będących konsekwencją wprowadzenia współpłacenia. Nawet drobne opłaty mogą być znacznym obciążeniem finansowym dla części społeczeństwa, dlatego niezbędne byłoby wprowadzenie systemu ulg oraz zwolnień z dopłat dla niektórych grup społecznych (np. dzieci, emeryci, kobiety w ciąży), co z kolei spowodowało

wałoby zmniejszenie potencjalnych przychodów ze współpłacenia.

Można oczywiście rozważyć wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych z opcją udziału własnego, czyli istotnego wartościowo współpłacenia do pierwszej hospitalizacji w roku czy pierwszej w roku wizyty u lekarza specjalisty, jak to się robi np. w Australii, ale warunkiem *sine qua non* w tym wypadku jest i tak rozwój ubezpieczeń komplementarnych. Wprowadzenie takiego rozwiązania zwiększa postulat suwerenności i konkurencyjność na rynku ubezpieczeń, jednak trudno przewidzieć jego wpływ systemowy i powszechność stosowania. Powszechność stosowania poszczególnych progów opłat za hospitalizacje jest trudna do przewidzenia, a zatem wpływ na system opieki zdrowotnej jest niepewny. Propozycja redukcji składki ubezpieczeniowej w zamian za ryzyko poniesienia kosztów w wypadku hospitalizacji jest najbardziej atrakcyjna dla zamożnej, przeciętnie chorującej części społeczeństwa. Udziały własne redukują hazard moralny, niosąc jednocześnie potencjał zgromadzenia istotnych wartościowo dodatkowych funduszy, a więc realną redukcję deficytu w ochronie zdrowia w Polsce. Dodatkową zaletą udziałów własnych jest zwiększenie możliwości wyboru ubezpieczonych w zakresie jednej z opcji udziałów własnych.

Każde współpłacenie ma jedną wadę: świadczenia nim objęte muszą być finansowane na zasadach *fee-for-service* (opłata za usługę), ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami tego sposobu rozliczania. W takim wypadku zawsze dochodzi do nadużyć i nieuzasadnionego wzrostu wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych pełną refundacją. Współpłacenie jest jedyną metodą o udowodnionej skuteczności, która pozwala ograniczyć nadużywanie świadczeń finansowanych na zasadach *fee-for-service*. Jeśli więc niektóre osoby wykupią ubezpieczenie dodatkowe, które zapewni im, że absolutnie nic nie będą dopłacać do świadczeń częściowo gwarantowanych, automatycznie dojdzie do ich nadużywania. Wydaje się, że regulator powinien ustawowo ograniczyć możliwość ubezpieczania się od współpłacenia maksymalnie do 50–80 proc. wartości ustalonej kwoty współpłacenia.

Wyjmowanie z koszyka

A co z drugą metodą, która polega na usunięciu z koszyka świadczeń gwarantowanych wielu technologii medycznych o niskiej opłacalności (relatywnie wysokim stosunku kosztu do uzyskiwanych korzyści zdrowotnych)?

Przykład działań z roku 2003, kiedy podjęto próbę usunięcia z koszyka gwarantowanego niektórych świadczeń oraz „negatywny koszyk Religii” opublikowany w 2007 r. pokazują, że działania takie na dużą skalę są bardzo trudne do przeprowadzenia. Równocześnie spełnienie postulatu: „leczymy wszystkie choroby, ale nie wszystkimi metodami”, jeśli chodzi o opiekę w ramach

ograniczonych funduszy ze składki podstawowej, jest z pewnością słuszne.

Należy pamiętać, że samo usuwanie świadczeń z koszyka świadczeń gwarantowanych nie wystarczy. Konieczne jest przede wszystkim poprawienie zarządzania poszczególnymi częściami koszyka, a z tym różnie w Polsce bywa. W ostatnim czasie np. poprawiono zasady tworzenia wykazów leków refundowanych, ale pogorszo zarządzanie programami terapeutycznymi, zmieniając je na programy lekowe.

Podstawowe znaczenie dla osiągnięcia sprawnego zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych ma funkcjonowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) oraz powołanie agencji cen (zgodnie z nową ustawą refundacyjną funkcję tę w wypadku leków pełni Komisja Ekonomiczna, której zadania przypominają zakres działań australijskiej *Pharmaceutical Benefits Pricing Authority* – PBPA; wciąż nie ma w Polsce agencji taryfikacji, która podjęłaby podobne zadania względem technologii nielekowych).

Dzięki funkcjonowaniu AOTM i możliwościom, które daje ustawa koszykowa z roku 2009, z pewnością porządkowanie koszyka świadczeń gwarantowanych, również związane z usuwaniem z niego świadczeń, będzie postępować. AOTM funkcjonuje w modelu mieszanym. Jest to agencja „lekka” w wypadku oceny leków, kiedy podmiot odpowiedzialny musi dostarczyć urzędowi wysokiej jakości analizy HTA (*health technology assessment*) wraz z wnioskiem o objęcie refundacją. Równocześnie AOTM działa jak agencja „ciężka”, gdy chodzi o oceny technologii nielekowych, za którymi nie stoi przemysł oczekujący wysokiej stopy zwrotu z tytułu objęcia produktu finansowaniem z pieniędzy publicznych. Metody oceny technologii medycznych pozwalają na oddzielenie ziarna od plew, czyli technologii efektywnych od nieskutecznych lub wręcz szkodliwych, oraz na ocenę opłacalności danej technologii, zanim ewentualnie uzyska ona finansowanie z funduszy publicznych.

Funkcja AOTM i Rady Przejrzystości jest niezwykle istotna, gdyż agencja hamuje napływ nowych technologii medycznych, które mają niską opłacalność, a więc są relatywnie mało skuteczne, natomiast bardzo kosztowne. Gdyby nie tama „szkiełka i oka” AOTM, napływające nowe, drogie technologie medyczne zabrałyby pieniądze przeznaczone na finansowanie technologii skutecznych i relatywnie tanich, znajdujących się w koszyku gwarantowanym. Doszłoby do pogłębienia niesprawiedliwości w ochronie zdrowia, gdyż bardzo wielu chorych straciłoby dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych na rzecz nielicznych, którzy skorzystaliby z wprowadzenia do koszyka nowych, drogich świadczeń.

Rola AOTM

Rola AOTM może być z czasem jeszcze bardziej istotna niż dzisiaj, jeśli zgodnie ze wspomnianą ustawą

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych szerzej zostałyby wykorzystane możliwości usuwania świadczeń z koszyka. Usunięcie świadczeń mało opłacalnych na większą skalę mogłoby stanowić jedno z możliwych działań w celu zniwelowania dysproporcji pomiędzy zawartością koszyka a wielkością funduszy pochodzących z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. To jednak zależy od ewolucji i bardziej precyzyjnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie ochrony zdrowia.

Biorąc pod uwagę zasady oceny technologii medycznych (HTA) czy też szerzej – pryncypia ochrony zdrowia opartej na racjonalnych podstawach (*evidence based health care* – EBHC), poprawienie funkcjonalności koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce wydaje się dziś kwestią czasu, sprawą niemal wyłącznie techniczną. Chodzi tu przede wszystkim o wprowadzenie racjonalnych podstaw i wymaganego prawem unijnym trybu tworzenia poszczególnych jego części.

Obecnie AOTM pełni funkcję „odźwiernego” (*gate keeper*), który kontroluje napływ nowych technologii medycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych. Jeszcze wiele czasu minie, zanim osiągnie oczekiwaną wydajność. Dziś dobrze (z wyjątkiem niektórych szkodliwych działań DPL MZ, o których pisaliśmy w innym miejscu) radzimy sobie z oceną leków, ale ocena technologii nielekowych powinna być dokonywana przez AOTM bardziej efektywnie.

Zgodnie z potrzebą społeczną w dobie kryzysu oraz trendami HTA na świecie AOTM mogłaby pełnić nie tylko funkcję „odźwiernego”, ale również aktywnie zając się uwalnianiem funduszy poprzez poprzedzone oceną usuwanie świadczeń mało skutecznych i mało opłacalnych z koszyka. Agencja mogłaby więc zająć się dodatkowo HTR (*health technology reassessment*). Chodzi o ocenę technologii medycznych, które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale ich efektywność i/lub opłacalność są wątpliwe. Proces HTR powinien dotyczyć przede wszystkim technologii kosztownych, których skuteczność i bezpieczeństwo należy zweryfikować w porównaniu z dostępnymi opcjonalnymi technologiami medycznymi. Zastosowanie HTR, a w konsekwencji usuwanie przestarzałych technologii medycznych z koszyka, może uwolnić fundusze oraz spowodować, że w koszyku znajdą się wyłącznie technologie medyczne o najlepszym profilu bezpieczeństwa, najwyższej skuteczności i najbardziej korzystnym stosunku kosztu do efektów zdrowotnych. HTR jest też często łatwiejsze niż HTA nowych technologii medycznych, o których włączenie do koszyka się wnioskuje.

O tym, jak zainicjować HTR w Polsce oraz w jaki sposób może się tym zająć AOTM, można napisać oddzielny artykuł, a nawet kilka...

Krzysztof Łanda jest prezesem Meritum LA, a Karolina Skóra specjalistą fundacji Watch Health Care.