

## Koszyk świadczeń gwarantowanych A.D. 2009

Health Benefit Basket A.D. 2009

Piotr Ruciński

Autor w latach 2006–2007 był członkiem grupy ekspertów ds. Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej w dziedzinie kardiologii. W latach 2007–2008 pracował w Agencji Oceny Technologii Medycznych, pełniąc funkcję kierownika Wydziału Oceny Technologii Lekowych oraz koordynatora projektu Koszyka Świadczeń Gwarantowanych



Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2009; 6 (4): 414–419

**Słowa kluczowe:** koszyk świadczeń gwarantowanych, ocena technologii medycznych, farmakoekonomika.

**Key words:** health benefit basket, health technology assessment, pharmacoeconomics.

### Koszyki świadczeń

Koszyk świadczeń gwarantowanych (ang. *health benefit basket*, *health benefit package*) – to znane nam od lat określenie znów wróciło na łamy prasy dzięki wejściu w życie „Ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach”, zwanej potocznie ustawą koszykową oraz po opublikowaniu pakietu rozporządzeń do wspomnianego aktu prawnego.

Historia prac nad koszykiem świadczeń gwarantowanych w Polsce sięga 1991 roku, kiedy powstały pierwsze propozycje regulacji w tym zakresie przy okazji prac nad ustawą o zakładach opieki zdrowotnej. Kilka razy podejmowano próby stworzenia koszyka, jednak dopiero w roku 2005, gdy ministrem zdrowia został prof. Zbigniew Religa, podjęto kolejną próbę stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych przy udziale świeżo wtedy utworzonej Agencji Oceny Technologii Medycznych. Prace, którym towarzyszyła atmosfera niepokoju społecznych i niepewności o kształt koszyka, zaowocowały przedstawieniem jego projektu dnia 29 czerwca 2007 roku. Następnie przedwczesne wybory parlamentarne i zmiana rządu zahamowały prace nad projektem. Kolejny minister zdrowia, Ewa Kopacz zaproponowała koncepcję koszyka negatywnego. Po kilku miesiącach prac i przedstawieniu wstępnej wersji „koszyka świadczeń niegwarantowanych” powrócono jednak do koncepcji koszyka pozytywnego.

Najszerzej ujmując, koszykiem świadczeń gwarantowanych możemy nazwać wszelkie regulacje prawne, które określają, jakie świadczenia mogą być wykonane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju. W tym

ujęciu dobrze jest rozróżnić określenia: koszyk świadczeń (*benefit basket*) jako regulację prawną i katalog(i) świadczeń (*benefit catalogues*) jako listę świadczeń, definiującą zakres rzeczowy koszyka [1].

Koszyk świadczeń (także w znaczeniu katalogu) ma uniwersalną funkcję regulowania i informowania ubezpieczonego, instytucję ubezpieczającą i świadczeniodawcę, jakie są prawa ubezpieczonego oraz zobowiązania płatnika i świadczeniodawcy w ramach określonego ubezpieczenia przy zapewnieniu równości w dostępie do wybranych świadczeń. Cel funkcjonowania koszyka zależy od tego, czy dotyczy on jednej instytucji ubezpieczeniowej (prywatnej lub publicznej), czy jest on aktem prawnym powszechnie obowiązującym oraz od aktualnej polityki zdrowotnej instytucji lub kraju. Może być narzędziem przydatnym w:

- realizacji priorytetów zdrowotnych państwa lub instytucji,
- optymalizacji wydatków ubezpieczyciela w celu zapewnienia świadczeń dla większej liczby osób w ramach tych samych nakładów,
- promowaniu świadczeń efektywnych klinicznie oraz ekonomicznie, a także eliminowaniu technologii medycznych o niekorzystnych lub wątpliwych wynikach,
- stworzeniu mechanizmu wprowadzania nowych technologii medycznych do powszechnego użycia przy wykorzystaniu jasnych i jednoznacznych procedur dokonywania wyborów i podejmowania decyzji,
- stworzeniu przestrzeni dla dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i poprzez to w przyciągnięciu dodatkowego kapitału w obszar ochrony zdrowia [2].

Gwarantowanie (finansowanie świadczeń) ma kilka wymiarów, które mogą być określone w różnych konstruk-

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Piotr Ruciński, Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-959 Lublin, e-mail: piotr@rucinski.com.pl

Tab. I. Teoretyczny przykład opisu świadczenia

Kod	Opis technologii	Wskazania (populacja)	Standard realizacji (koszt)
xx.xx	implantacja kardiowertera-defibrylatora	profilaktyka pierwotna NZS u pacjenta po zawale mięśnia serca (min. 40 dni) i EF < 40%	ICD jednojamowy (lub finansowanie uwzględniające koszt ICD jednojamowego)

cyjach koszyków. Dla łatwego umiejscowienia w ludzkiej wyobraźni można wyodrębnić trzy wymiary koszyka:

- pokrycie technologii (procedur, świadczeń) – *service coverage*,
- pokrycie populacji (wskazań) – *population coverage*,
- pokrycie kosztu (warunków i standardu wykonania, użytych materiałów) – *cost coverage*.

Pierwszy wymiar określa, jakie technologie, procedury medyczne, leki, sprzęt są objęte ubezpieczeniem. Drugi wymiar określa, jakim pacjentom, w jakich wskazaniach lub innych okolicznościach, nie tylko medycznych, są gwarantowane świadczenia. Trzeci wymiar mówi o pokryciu kosztu świadczenia, wprost – określając poziom finansowania lub pośrednio, określając standard realizacji świadczenia. Dla zobrazowania tych trzech wymiarów koszyka podano teoretyczny przykład opisu świadczenia (tab. I).

Czasem używa się skrótovej definicji: świadczenie = procedura (technologia) + wskazania, zakładając, że standard realizacji określa opis procedury (technologii).

Teoretycznie rzecz biorąc, koszyk świadczeń można opisać także na podstawie rozpoznań (wskazań). Takie podejście może przynosić ryzyko, że klasyfikacja, której użyjemy, z jednej strony nie będzie wystarczająco zdefiniowana, a z drugiej, że pominiemy stany kliniczne jeszcze w niej niezdefiniowane. Wydaje się, że podejście ogólne przyjęte przez prof. Zbigniewa Religę: „Leczymy wszystkich pacjentów i wszystkie choroby, ale nie zawsze wszystkimi metodami” z dodatkowo zdefiniowaną nieobszerną negatywną listą rozpoznań, w których nie gwarantuje się finansowania, jest podejściem bezpieczniejszym i prostszym.

Określenie innych warunków realizacji świadczenia, jak na przykład czasu oczekiwania na świadczenie (w różnych trybach), może być określone na innym poziomie.

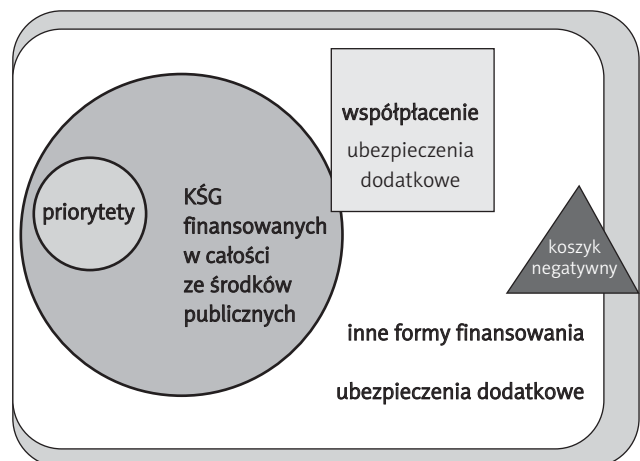
Należy zwrócić uwagę, że tylko pełny opis świadczenia umożliwia pełną ocenę danej technologii medycznej, czyli ocenę efektywności klinicznej (jest różna w różnych wskazaniach), efektywności kosztowej i wpływu na budżet płatnika (zależą także od populacji/wskazań oraz kosztu terapii) i w związku z tym podjęcie decyzji zapewniającej świadczenia dla największej liczby pacjentów w ramach tych samych (zawsze skończonych) środków.

Koszyk gwarantowany (podstawowy) jest zbiorem świadczeń przysługujących w ramach danego ubezpieczenia zdrowotnego. W najprostszym modelu istnieje koszyk gwarantowany i niegwarantowany. Poza koszykiem podstawowym mogą istnieć inne koszyki charakteryzujące się innymi sposobami finansowania: koszyk ponadstandardo-

wy, uzupełniający, koszyk świadczeń współfinansowanych, koszyk niegwarantowany (ryc. 1).

Określenie „koszyk pozytywny” i „negatywny” odnosi się do sposobu określania zbiorów. Zdefiniowanie koszyka pozytywnego (listy świadczeń finansowanych) jako koszyka gwarantowanego określa niezdefiniowany koszyk ponadstandardowy – co oznacza, że to, co nie jest zdefiniowane w koszyku gwarantowanym, nie jest finansowane. Zdefiniowanie koszyka negatywnego (listy świadczeń niefinansowanych) określa niezdefiniowany koszyk gwarantowany – to, co nie jest zdefiniowane w koszyku negatywnym, jest finansowane [3].

Z powyższego wynika, że koszyk rozumiany jak zbiór może być zdefiniowany (lista świadczeń) lub niezdefiniowany (pozostałe niewylistowane świadczenia). Świadczenia mogą być szczegółowo zdefiniowane (np. 35.971 *Przezsłone zamknięcie przewodu tętniczego Botalla za pomocą spirali*; 35.972 *Przezsłone zamknięcie przewodu tętniczego Botalla za pomocą okludera*) lub bardzo ogólnie (np. 34.29 *Zabiegi diagnostyczne śródpiersia – inne*). Ten przykład oznacza, że gwarantowane są *de facto* wszelkie zabiegi diagnostyczne śródpiersia. Określenia bardzo ogólne, szczególnie w obszarach, w których mogą pojawić się drogie lub mało efektywne technologie, burzą zasadniczy cel koszyka. Koszyk z racji swojej podstawowej funkcji regulacyjno-informacyjnej powinien być możliwie dobrze zdefiniowany, jednak w sposób taki, aby nie wykluczać nieznacznie różniących się odmian technologii medycznych. Decyzja (w aspekcie koszyka), czy dwie podobne technologie powinny być zdefiniowane jako oddzielne, czy razem, zależy od tego, czy mają one istotnie różne: efektywność, koszt oraz wskazania (i w zwią-



Ryc. 1. Koszyk świadczeń gwarantowanych (KŚG), koszyk świadczeń współfinansowanych i koszyk negatywny jako koszyki zdefiniowane.

ku z tym inny współczynnik koszty-efektywność oraz wpływ na budżet).

### **Koszyk w różnych obszarach i zakresach świadczeń**

Technologie medyczne będące przedmiotem rozważań dotyczących finansowania mogą oznaczać technologie proste, złożone, lekowe, nielekowe, sprzętowe, diagnostyczne, profilaktyczne itd. Przykładem koszyka technologii lekowych w lecznictwie otwartym (ze współpłaceniem) jest lista leków refundowanych. W różnych obszarach medycyny koszyk musi mieć inną konstrukcję: inny poziom zdefiniowania, sposób określania wskazań i korzystanie z odpowiednich słowników.

### **Koszyk a klasyfikacja procedur medycznych**

Katalogi i klasyfikacje procedur medycznych służą głównie celom sprawozdawczym. Przykładem klasyfikacji procedur medycznych jest Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9-CM w wersji polskiej, która jest obecnie szeroko stosowana w polskim systemie opieki zdrowotnej. *Current procedural terminology* (CPT) jest amerykańską klasyfikacją procedur używaną do wyceny kosztów procedur oraz wartościowania pracy lekarza jako pracownika instytucji. Zalety tej klasyfikacji to precyzja i kompletność. Na podstawie umowy z *American Medical Association* Naczelna Izba Lekarska przetłumaczyła CPT i opublikowała „Terminologię procedur medycznych” (CPT-PL). Terminologia procedur medycznych pozwala na dokładne opisanie i zgłoszenie czynności wykonywanych przez lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, a celem jej stworzenia i utrzymywania jest możliwość opisanie i wyceny pracy lekarzy.

Procedury medyczne opisane w CPT czy ICD-9-CM nie zawierają informacji o wskazaniach do ich wykonywania. Sama lista procedur nie może zaś stanowić pełnowartościowego koszyka świadczeń. Jakkolwiek w wielu przypadkach określenie wskazań nie jest potrzebne, jak na przykład kiedy procedura jest nieefektywna w żadnym wskazaniu, jest efektywna we wszystkich wskazaniach bądź jest tak tania lub powszechna, że nie jest celowe rozważanie ograniczenia jej finansowania w jakichkolwiek wskazaniach.

### **Koszyk a system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej**

Jednym z głównych celów koszyka świadczeń gwarantowanych jest określenie zakresu i poziomu finansowania świadczeń. Systemy finansowania świadczeń ze środków publicznych, a także świadczeń ponadstandardowych powinny (muszą) być kompatybilne z systemem koszyka. W systemach budżetowych lub „za osobodzień” sprawozdawczość powinna się odbywać w systemie kompatybilnym z językiem koszyka. W systemach *fee-for-service* czy *case-mix* (różne systemy DRG, jak np. JGP) oraz pośrednich (np. jak katalog Narodowego Funduszu Zdrowia – NFZ) musi istnieć system translacji koszyka na system finansowania lub system finansowania korzysta z katalogu (klasyfikacji) koszyka. W idealnym syste-

mie grupy *case-mix* (JGP) są wypełnione pozycjami z koszyka świadczeń gwarantowanych obejmującymi procedurę (technologię) i wskazania, a pogrupowane są (grupy DRG, JGP) wg podobieństwa diagnozy i zużywanych zasobów (kosztu). Konstrukcja (koszyk >> produkt kontraktowy płatnika) umożliwiła tworzenie dowolnej liczby różnych produktów kontraktowych: płatnik publiczny może płacić na zasadach ryczałtu (JGP), inny ubezpieczyciel na zasadach *fee-for-service*, a jeszcze inny stworzy jeszcze inny katalog – wszystkie ułożone z cegiełek, jakimi są elementy koszyka. Taka konstrukcja daje ponadto możliwość pozyskania bardzo ważnej informacji – o koszcie danej technologii w określonych wskazaniach.

Należy podkreślić, że sam system finansowania (przekładowo katalog NFZ czy JGP) jest już koszykiem świadczeń – jednak dotyczącym tylko jednego płatnika. Aby system koszyka mógł obejmować i indukować inne formy ubezpieczeń zdrowotnych, musi być aktem prawnym powszechnie obowiązującym.

### **Koszyk a koszt systemu opieki zdrowotnej**

Mając zdefiniowany koszyk, wycenę świadczeń i dane o ich wykonaniu, można obliczyć koszt całego systemu i „okroić” koszyk do wielkości, na którą nas stać. Niestety, jest to po części tylko teoria. Taki system sprawozdawczy i liczenia kosztów ma relatywnie dużą „bezwładność”. Ceny elementów składowych zmieniają się dynamicznie, liczba wykonań zależy do wielu czynników, w tym także od podaży, która z pewnym opóźnieniem, ale jest między innymi kształtowana przez wycenę świadczenia. To wszystko powoduje, że wycena koszyka może być dokonana z bardzo dużym przybliżeniem. Niemniej jednak system wyceny i taryfikacji świadczeń medycznych pozwala na modelowanie wpływu na budżet planowanych zmian w koszykach świadczeń.

### **Kryteria tworzenia koszyka**

Istotą tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych jest wyselekcjonowanie odpowiednich świadczeń. Oznacza to, że w koszyku powinny być przede wszystkim świadczenia rozwiązujące najważniejsze problemy zdrowotne społeczeństwa, w pierwszej kolejności wpływające na stany chorobowe będące zagrożeniem życia bądź prowadzące do kalectwa i jednocześnie technologie bezpieczne, efektywne klinicznie i ekonomicznie oraz możliwe do udźwignięcia w ramach budżetu płatnika. Obecna ustawa definiuje siedem wymiarów, które stanowią kryteria kwalifikacji świadczeń do koszyka:

- 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
  - a) priorytetów zdrowotnych,
  - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
  - a) przedwczesnego zgonu,
  - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji,
  - c) niezdolności do pracy,
  - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
  - e) obniżenia jakości życia;

- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli przy uwzględnieniu konieczności:
    - a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
    - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
    - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
    - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
  - 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
  - 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
  - 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
  - 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
- 3) leczenia szpitalnego;
  - 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
  - 5) rehabilitacji leczniczej;
  - 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
  - 7) leczenia stomatologicznego;
  - 8) leczenia uzdrowiskowego;
  - 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
  - 10) ratownictwa medycznego;
  - 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
  - 12) świadczeń wysoko specjalistycznych;
  - 13) programów zdrowotnych;
  - 14) leków.

Należy zwrócić uwagę, że ostatni punkt jest kryterium urzeczywistniającym gwarancję dostępności do świadczenia i równość tego dostępu. Jeżeli to kryterium nie będzie faktycznie realnie brane pod uwagę, to koszyk nie przyniesie gwarancji realizacji świadczenia i nie będzie zapewniła konstytucyjna równość w dostępie do świadczeń, co będzie sprzyjać patologiom w ochronie zdrowia, a instytucje, które mogłyby zwiększyć dostępność do takiego świadczenia w ramach np. ubezpieczeń dodatkowych, będą miały związane ręce, gdyż świadczenie będzie ustawowo gwarantowane w koszyku świadczeń podstawowych.

Kryterium przedostanie, będące istotą oceny technologii medycznych, które odpowiednio zastosowane mogłyby zawierać w sobie sporą część elementów z pięciu poprzednich kryteriów, jest narzędziem umożliwiającym wybór technologii, za pomocą których najefektywniej wykorzystamy środki przeznaczone na ochronę zdrowia (kupimy jak najwięcej życia i zdrowia w ramach określonego budżetu).

Osobnym zagadnieniem jest wybór, które świadczenia powinny zostać poddane pełnemu postępowaniu kwalifikacyjnemu. Analizy efektywności, efektywności kosztowej i wpływu na budżet wymagają zaangażowania doświadczonych ekspertów i stosunkowo dużej ilości czasu. Proces ten musi być nadzorowany przez wyspecjalizowaną instytucję – Agencję Oceny Technologii Medycznych. Wybór technologii, których efektywność i opłacalność musi być zweryfikowana w pierwszej kolejności, powinien być dokonywany w oparciu o ocenę społecznej wagi problemu oraz szacowanego wpływu na budżet płatnika.

### **Koszyk świadczeń gwarantowanych A.D. 2009**

Z dniem 31 sierpnia br. weszła w życie ostatnia grupa rozporządzeń do tzw. ustawy koszykowej (Ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach). Ustawa wraz z rozporządzeniami określa zasady funkcjonowania Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz kryteria i tryb kwalifikowania świadczeń do koszyka świadczeń gwarantowanych, a także przedstawia kształt koszyka w formie rozporządzeń z załącznikami regulującymi koszyk w zakresie 14 obszarów ochrony zdrowia.

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

Założenia funkcjonowania koszyka, sposoby podejmowania decyzji czy kryteria kwalifikowania świadczeń pozostały niezmienione od czasów prac z 2006–2007 roku. Inaczej zakwalifikowano świadczenia do pierwszej wersji koszyka. Jak mówi komunikat Ministerstwa Zdrowia, „wykaz świadczeń gwarantowanych został przygotowany w oparciu o kryteria wskazane w art. 31a ustawy oraz rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych” przedstawioną na podstawie rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych Nr 54/16/2009 z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych. Rada Konsultacyjna „rekomenduje finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej załączonych do projektów rozporządzeń w poszczególnych zakresach wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy, pod warunkiem że obejmują one wszystkie świadczenia obecnie finansowane w ochronie zdrowia ze środków publicznych. Świadczenia te należy uznać za gwarantowane”. Ten cytat z rekomendacji Rady pokazuje, że istotne politycznie jest podkreślenie, że koszyk obejmie wszystkie świadczenia aktualnie (w 2009 r.) finansowane. Pokazuje, że Rada nie podejmowała faktycznie decyzji o jego zawartości na podstawie wymienionych wcześniej kryteriów.

Jak powstał zatem koszyk w obecnym kształcie? Po prostu przyjęto dzisiejsze *status quo*. To z jednej strony dobrze, bo pracę można było wykonać automatycznie i bardzo szybko, a także uniknięto protestów społecznych (bo koszyk gwarantuje dużo więcej niż finansuje w 2009 r. NFZ), ale z drugiej strony obecny koszyk ma dwie poważne grupy wad:

- nie realizuje głównych (poza legislacyjnymi i politycznymi) celów koszyka świadczeń podstawowych, w szczególności racjonalizacji wydatków i stworzenia przestrzeni dla dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych,
- nie ma konstrukcji umożliwiającej jego kształtowanie w sposób uwzględniający wymienione w ustawie kryteria kwalifikacji świadczeń do koszyka (!).

Podstawową słabością koszyka w powyższym aspekcie jest brak jego doprecyzowania, w szczególności brak określenia wskazań do realizacji procedur, które mają być finansowane ze środków publicznych.

Przykładowo koszyk świadczeń szpitalnych obejmuje:

- Świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi – jest to lista procedur medycznych wg klasyfikacji procedur medycznych ICD-9-PL, które są obecnie objęte katalogiem NFZ (JGP).
- Świadczenia scharakteryzowane rozpoznaniem – jest to lista rozpoznań wg klasyfikacji ICD-10 (prawie wszystkich), które są obecnie objęte JGP.

Listy te powstały poprzez automatyczne skopiowanie zawartości „groupera” JGP składającego się z kodów ICD-9-PL i ICD-10. Niestety, bez późniejszej weryfikacji i kontroli.

System Jednorodnych Grup Pacjentów jest sam w sobie bez wątplenia koszykiem i to o dużo lepszym stopniu określenia granic finansowania niż powyższe listy. Jest jednak tylko koszykiem obowiązującym pacjentów objętych ubezpieczeniem w NFZ. Nie jest wiążący dla innych ubezpieczycieli. Konstytucja RP wymaga, aby koszyk świadczeń gwarantowanych (lub równoważna regulacja) był aktem prawa powszechnie obowiązującym, czyli przynajmniej rozporządzeniem do ustawy, dlatego też nie można było przenieść wprost produktu kontraktowego do systemu legislacyjnego.

Lista procedur medycznych bez żadnego scharakteryzowania wskazań do ich realizacji stanowi zagrożenie zbyt niskiej otwartości koszyka; musimy pamiętać, że wskazania medyczne zazwyczaj są szersze niż możliwości finansowania systemów ochrony zdrowia.

#### Przykład 1.

00.241 Wewnątrznaczyniowa ultrasonografia (IVUS) naczyń wieńcowych

W projekcie koszyka z 2007 roku, przygotowanym przez zespół ekspertów pod kierownictwem konsultanta krajowego prof. Grzegorza Opolskiego, to świadczenie miało ograniczenia do finansowania tylko w określonych wskazaniach („ocena istotności klinicznej zmian granicznych w tętnicach wieńcowych i/lub pomostów do wieńcowych u pacjentów z objawami niedokrwienia mięśnia sercowego”) [4]. Pozostawienie takiej procedury w koszyku bez określenia wskazań powoduje, że nie można spełnić warunku gwarancji i równego dostępu do świadczenia, a także może mieć obawę o roszczenia pacjentów, którzy mają tę procedurę zagwarantowaną.

#### Przykład 2

37.892 Naprawa rozrusznika

Jest to procedura historyczna, praktycznie nigdy niewykonywana, w związku z czym o nieoznaczalnej efektywności klinicznej i tym bardziej efektywności kosztowej.

Na etapie konstruowania Jednorodnych Grup Pacjentów procedura została świadomie włączona do jednej z grup JGP (autor brał w tych pracach udział), ponieważ celem opisu grupy (w JGP) przy użyciu klasyfikacji ICD-9-PL i ICD-10 było stworzenie możliwości wykonywania, i co za tym idzie, sprawozdawania świadczeń, także takich, które nie są zakodowane w ICD-9-PL (np. naprawa łącznika). Pamiętajmy, że produkt kontraktowy (JGP) ma dodatkowe mechanizmy zapewniające realizację intencji płatnika, jak ry-

czał za realizację świadczenia z danej grupy czy ograniczenia globalnej wartości kontraktu. Obecność świadczenia w koszyku ma zupełnie inną implikację. Tutaj Państwo gwarantuje wykonanie i finansowanie „naprawy rozrusznika” w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Podobnie rzecz się ma z procedurami bardzo drogimi o granicznej efektywności kosztowej. Można je było bezpiecznie umieścić w grupach JGP, ponieważ finansowanie na zasadach ryczału gwarantuje znikomy wpływ na budżet oraz realizację świadczenia w wyselekcjonowanych przypadkach, dając jednak możliwość wykonania i przynajmniej częściowego finansowania świadczenia. Automatyczne przeniesienie takich świadczeń do koszyka świadczeń gwarantowanych skutkuje zupełnie innymi ekonomicznymi i prawnymi konsekwencjami.

#### Przykład 3.

00.51 Wszczepienie systemu umiarawiania pracy serca, defibrylatora, całkowity system [CRT-D] (chodzi o wszczepienie kardiowertera-defibrylatora z funkcją stymulacji resynchronizującej)

Jest to świadczenie kosztowne, które ma aktualnie (wg towarzystw naukowych) relatywnie szerokie wskazania. W koszyku z 2007 r. świadczenie miało wskazania ograniczające, bo, jak wiemy, w różnych wskazaniach technologia ta ma różną efektywność kliniczną i co za tym idzie – kosztową. Finansowanie tego świadczenia we wszystkich wskazaniach może być dużym obciążeniem dla płatnika publicznego i znów powodować zaburzenie równomiernego dostępu obywateli do świadczenia.

Ten przykład ponadto obrazuje dysonans, jaki powstał. Pacjenci i świadczeniodawcy powinni być zadowoleni, że w koszyku znajduje się atrakcyjne dla nich świadczenie. Niestety, świadczeniodawcy są ograniczeni wysokością kontraktów z NFZ (a w innych przypadkach także wyceną grupy, w której znajduje się świadczenie), więc wiedząc, że mogą nie otrzymać płatności za nadwykonania, stworzą długie kolejki oczekujących. Pacjenci mogą czekać albo rościć prawo do refundowania świadczenia wykonanego za granicą w odniesieniu do obowiązującej europejskiej zasady, że świadczenia powinny być realizowane „bez zbędnej zwłoki”.

Powyższe problemy powinny zostać rozwiązane przez zdefiniowanie wskazań do niektórych, najbardziej kosztownych procedur. Wskazania mogą być określone w sposób „pozytywny” (wymieniając te wskazania), w sposób „negatywny”, określając docelową populację, lub określając inne okoliczności.

NFZ może określić, które procedury mają największy wpływ na budżet, czyli są drogie i/lub często wykonywane. Wskazania ograniczające do tych procedur powinny zostać określone najpierw przez ekspertów (np. zespoły pod przewodnictwem konsultantów krajowych), a w dalszym toku prac i na bieżąco powinny być weryfikowane przez AOTM na podstawie kryteriów kwalifikowania do świadczeń gwarantowanych.

Jednym z głównych celów tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych jest stworzenie przestrzeni dla dodatko-

wych ubezpieczeń zdrowotnych, aby wprowadzić do systemu dodatkowe pieniądze.

Przestrzeń może być stworzona na różne sposoby poprzez:

- pozostawienie niektórych świadczeń poza koszykiem – aby umożliwić ubezpieczenie dodatkowe w obejmujące te świadczenia,
- określić dla wybranych świadczeń wskazania ograniczające – aby umożliwić ubezpieczenie dodatkowe we wskazaniach ponadstandardowych,
- określić w wybranych przypadkach standard realizacji świadczenia podstawowego – aby umożliwić ubezpieczenie dodatkowe w warunkach ponadstandardowych,
- określić w wybranych przypadkach zasady realizacji świadczenia podstawowego (np. czas oczekiwania) – aby umożliwić ubezpieczenie dodatkowe na zasadach ponadstandardowych.

### Podsumowanie

Niezależnie od wytkniętych tu słabości i problemów, wynikających głównie z otoczenia politycznego, trzeba pod-

kreślić, że uchwalenie koszyka świadczeń gwarantowanych jest kamieniem milowym w historii zdrowia publicznego w Polsce, gdyż stał się on wreszcie istniejącym i obowiązującym aktem prawnym. Jest kompatybilny z istniejącym systemem finansowania świadczeń i daje możliwość pozyskania danych o kosztach świadczeń. Koszyk otwiera też drogę do dalszych prac nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby nad koszykiem dalej pracować, modyfikować go i ulepszać.

### Piśmiennictwo

1. Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the 'Health Benefit Basket' in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ* 2005; Suppl: 2-10.
2. Grabowski J. Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych – propozycje założeń do projektu. 2004 ([www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Jacek%20Grabowski.pdf](http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Jacek%20Grabowski.pdf)).
3. Łąda K, Władysiuk-Blicharz M, Nadzieja A, Gąsiorowski A, Dziadyk M. Podstawowe cechy i zasady tworzenia koszyków świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach. HTA Consulting, Kraków 2006.
4. Minister Zdrowia. Koszyk Świadczeń Gwarantowanych. Warszawa 2007.