

Krzysztof Łanda

**Podstawowe cechy i zasady
tworzenia koszyków świadczeń
zdrowotnych**

2 podstawowe założenia dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce – 2006 r.

1. Będzie tworzony koszyk pozytywny
2. Koszyk ma umożliwić rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, które będą konkurować świadczeniami

Dzięki powyższym założeniom liczba opcji może być zawężona. Przyjęcie innych założeń niż powyższe skutkowałoby innymi propozycjami rozwiązań systemowych i technicznych niż prezentowane poniżej.

Określenie elementów koszyka

Świadczenie zdrowotne \neq procedura czy interwencja

Wg proponowanych definicji:

Świadczenie = **interwencja (w tym leki)** + **wskazanie**

Pierwszorzędowy punkt końcowy w domyśle

Koszyk a katalog

Procedury

Interwencje

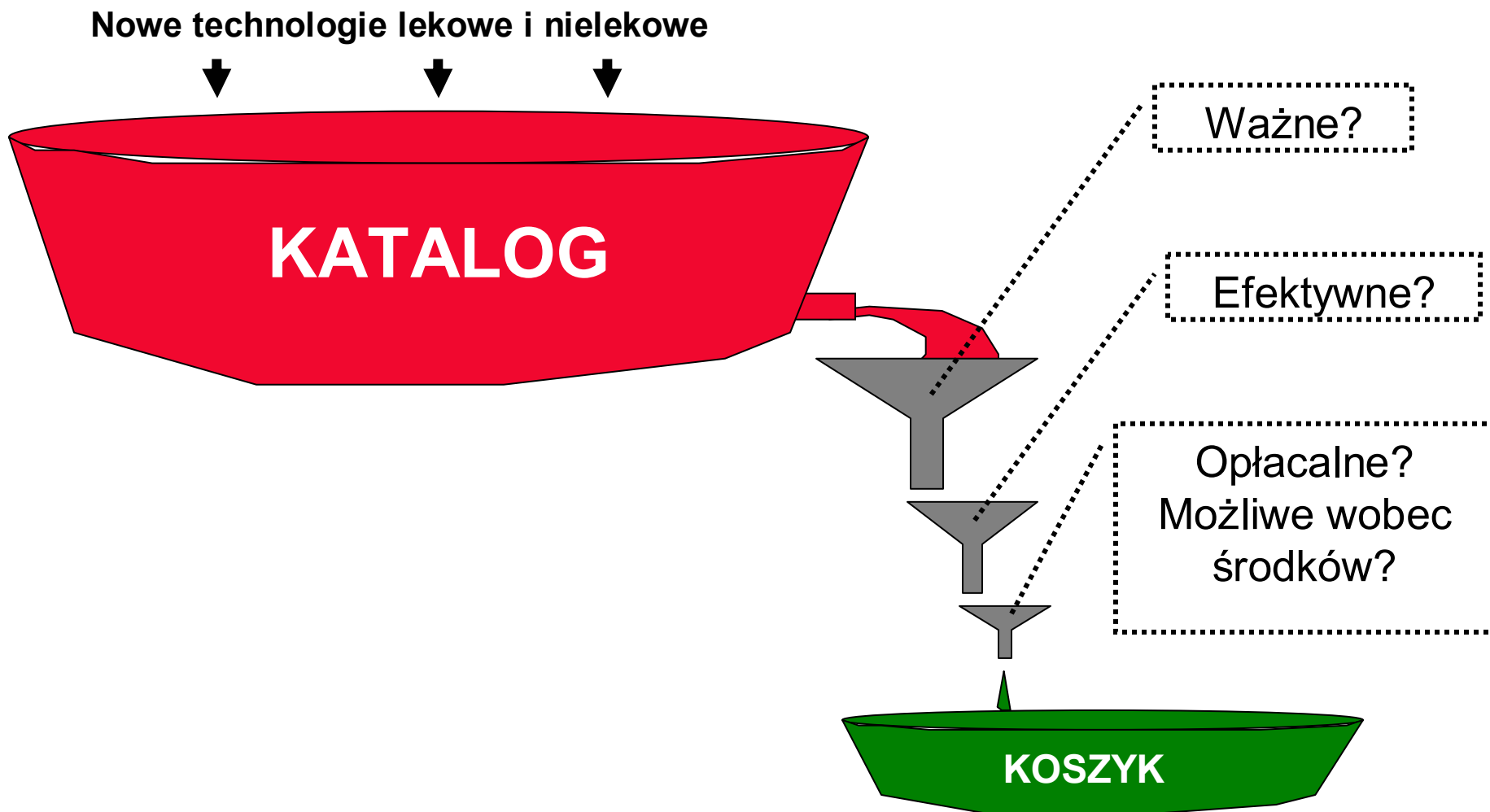


Świadczenia

Co wiedzieć chce decydent?

1. Czy jest to technologia o **udowodnionej efektywności**?
2. Jaka jest **siła interwencji** w porównaniu z opcjami? (która z opcji jest najbardziej efektywna i **o ile** przewyższa pozostałe?)
3. Która z opcji jest najbardziej **opłacalna i o ile** przewyższa pozostałe?
4. Czy uzasadnione jest **finansowanie technologii w ramach dostępnych środków**? Jakie zmiany wywoła przyznanie technologii uprzywilejowanej pozycji rynkowej?

Katalog a koszyk



Etyka

Współczesny lekarz nie ma już moralnego prawa patrzeć na medycynę w kategoriach "nie obchodzi mnie jakimi środkami walczę o życie i zdrowie pacjenta". Bo każda decyzja lekarska to coś za coś / "trade off" - tak naprawdę ratując X zmniejszam szansę Y na leczenie (co nie oznacza wyleczenie) - dłuższe udawanie, ucieczka od tego ważnego dylematu jest zwykłym chowaniem głowy w piasek.

Marek Kokot

Cel funkcjonowania **koszyka**

Zapewnienie dostępności do **świadczeń zdrowotnych**:

1. **Najważniejszych** z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa (kryterium subiektywne)
2. O **udowodnionej efektywności** klinicznej
3. O możliwie **największej opłacalności** z alternatyw
4. **Możliwe do sfinansowania** w ramach dostępnych środków

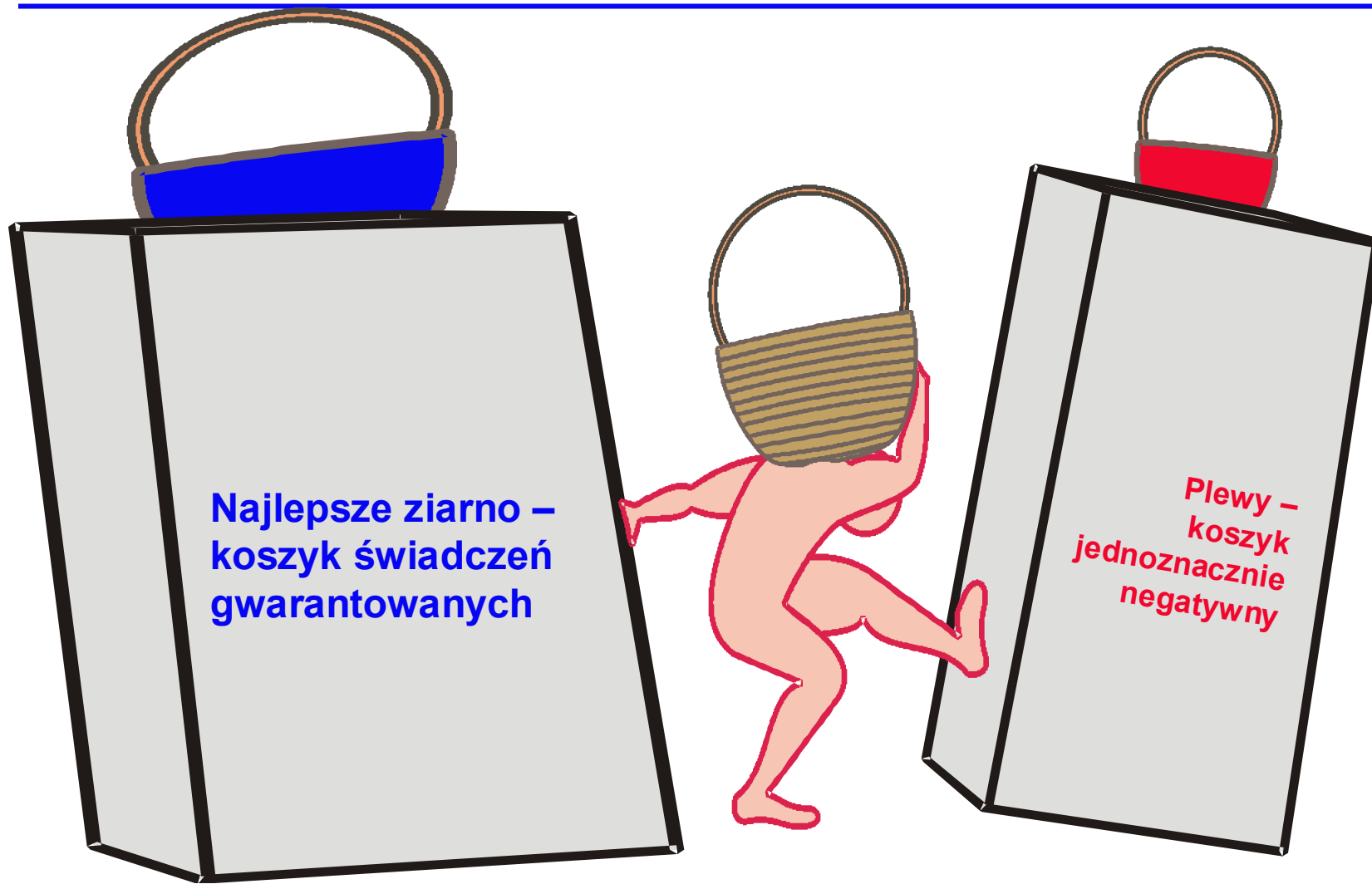
2-4 TO KRYTERIA OBIEKTYWNE

→ POTRZEBA RZETELNYCH ANALIZ!

Rodzaj koszyka	Skrócona definicja
Tworzony aktywnie = zdefiniowany	tworzony przez wpisywanie świadczeń na określoną liczebnie listę; obejmuje „obszar” zdefiniowany
Utworzony biernie = niezdefiniowany	zawiera wszystkie świadczenia, które nie zostały wpisane do aktywnie tworzonych koszyków; obejmuje wszystko co nie trafiło do koszyków tworzonych aktywnie
Pozytywny	świadczenia oferowane w ramach ubezpieczenia określonego rodzaju
Negatywny	świadczenia zakazane (jednoznacznie negatywny) lub wykluczone (względnie negatywny); kryterium szkodliwości lub braku opłacalności
Gwarantowany / podstawowy / standardowy	zawiera świadczenia finansowane w ramach ubezpieczenia podstawowego (100% refundacja lub progi odpłatności)
Pozastandardowy / podandstandardowy	zawiera świadczenia finansowane z ubezpieczeń dodatkowych (100% refundacja lub progi odpłatności)



Koszyk świadczeń pozastandardowych otwiera „przestrzeń” dla rozwoju ubezpieczeń komplementarnych



Wielość i różnorodność koszyków

Zróżnicowanie wynika z różnych celów stawianych przed koszykami oraz różnych uwarunkowań w poszczególnych krajach, m.in. ze względu na:

1. **Zasobność portfela (państwa, pacjenta) – przykład Rwandy / 7,5\$ rocznej składki**
2. Czynniki historyczne (wcześniejsze zmiany i regulacje systemowe; infrastruktura, struktura zatrudnienia, wynagrodzenia itp.)
3. Przyzwyczajenia społeczne (lekarze, pacjenci)
4. Oczekiwania społeczne i polityczne
5. Obowiązujące regulacje prawne
6. Świadomość EBHC

4 proponowane scenariusze

(o ile ubezpieczenia komplementarne mają konkurować ofertą świadczeń, a nie przysłowiowym „TV w jednoosobowym pokoju”)

1. **Aktywnie tworzony pozytywny koszyk gwarantowany** (bardzo trudne, długotrwałe i kosztowne) oraz biernie tworzony koszyk pozastandardowy
 2. **Aktywnie tworzony pozytywny koszyk pozastandardowy** (szybkie, łatwiejsze, tańsze) oraz biernie tworzony koszyk gwarantowany
 3. **Aktywnie tworzony koszyk pozastandardowy i lista świadczeń preferowanych** (inaczej „zalecanych”; aktywna polityka płatnika i MZ; świadczenia korzystne) w ramach koszyka gwarantowanego
 4. Ew. aktywnie tworzone **obydwa** koszyki gwarantowany i pozastandardowy (mało realne i trudne)
- + **Koszyk negatywny** najlepiej w jurysdykcji Agencji HTA – nie można podjąć decyzji o włączeniu do koszyków pozytywnych dla tych świadczeń



The diagram shows a white background with a yellow, irregularly shaped area in the center and bottom. On the left, there is a large green oval. On the right, there is a smaller red circle. The text is placed within these shapes and in the yellow area.

Koszyk gwarantowany

Koszyk negatywny

Koszyk pozastandardowy

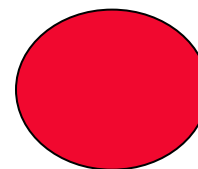
/ obszar dla ofert ubezpieczeń dodatkowych

**Koszyk
gwarantowany**

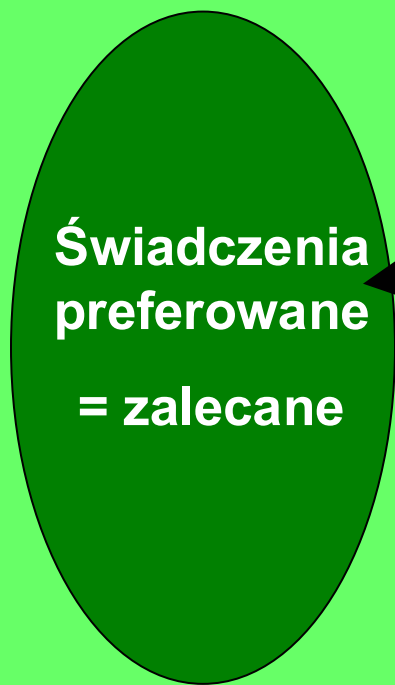
**Koszyk
pozastandardowy**

/ obszar dla ofert
ubezpieczeń
dodatkowych

**Koszyk
negatywny**



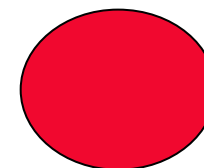
**Koszyk
gwarantowany**



**Koszyk
pozastandardowy**

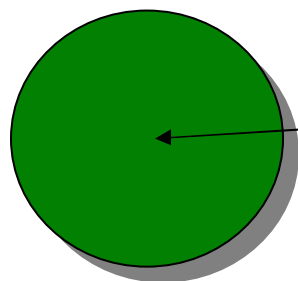
/ obszar dla ofert
ubezpieczeń
dodatkowych

**Koszyk
negatywny**

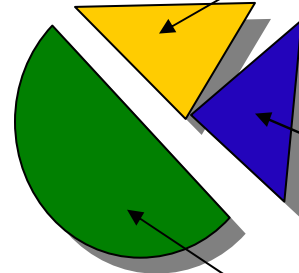


Wpisy ZAWSZE
jednoczesne (n+1):1
lub (n+1):(n+1)

Inny wymiar: koszyk a leki



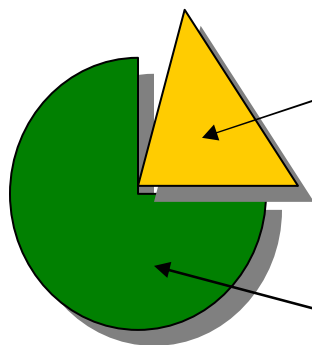
Koszyk świadczeń
obejmuje wszystko w
jednym (L i NL) – lechn.
otwarte i zamknięte



Lista leków refundowanych
– lechn. otwarte

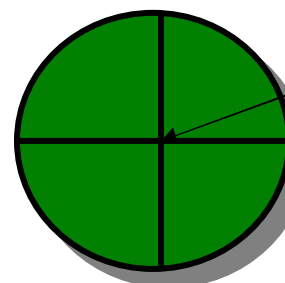
Koszyk dla lechn.
otwartego

Koszyk lechn. zamknięte
(L i NL)



Lista leków refundowanych
– lechn. otwarte

Koszyk świadczeń
obejmuje lechn. otwarte i
zamknięte (tutaj L i NL)



4 elementy oddzielnie:

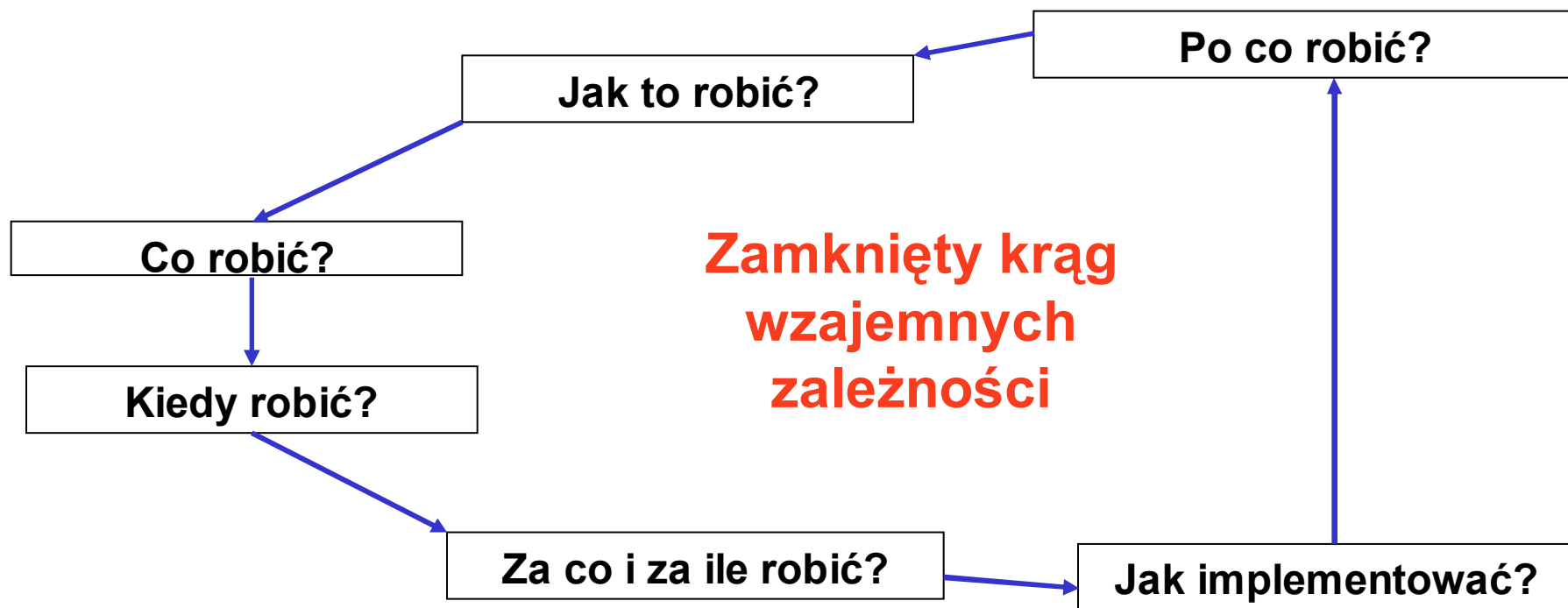
- Lista leków szpitalnych (+/- receptariusze) – lechn. zamknięte
- Lista refundacyjna – I. otwarte
- Koszyk świadczeń dla lechn. otwartego
- Koszyk świadczeń dla lechn. zamkniętego

Podstawowe pytania / „business plan”

Pytania o działanie	Szczegóły
Po co robić?	Cele podstawowe i dodatkowe koszyka; jak finansowane świadczenia z koszyków
Co robić?	Co wpisywane do koszyków (świadczenia? procedury?); jakie koszyki
Jak to robić?	Kto decyduje; kto dokumentuje; kto aplikuje; kto analizuje; kto rekomenduje; jakie akty prawne
Kiedy robić?	Harmonogram prac; wydajność, czyli „możliwości produkcyjne”
Za co i za ile robić?	Dostępne środki finansowe, infrastruktura i zasoby ludzkie; np. wielkość wynagrodzeń analityków i konsultantów
Jak implementować?	Jak koszyk będzie wykorzystywany; z czym wpisy muszą być kompatybilne (np.. RUM?)

„Business plan” w oparciu o konsensus polityczny wobec podstawowych kwestii

„Dajcie mi punkt podparcia a poruszę Ziemię” lub „określenie właściwości ubioru jest warunkiem koniecznym jego uszycia”



Podstawy wpisywania świadczeń do koszyków – PRZEJRZYSTE KRYTERIA

- | | |
|--------|---|
| 50-70% | zgodna opinia specjalistów dla świadczeń o ustabilizowanej pozycji w lecznictwie (brak sprzeciwu), ale wciąż oparte na dowodach naukowych! |
| 20-30% | porównawcze analizy efektywności klinicznej |
| 10-20% | porównawcze analizy ekonomiczne i finansowe typu BI |

Opcje decyzyjne w Szwajcarii

(źródło: Swiss Federal Office for Social Security SFOSS)

Finansowanie

w ramach ubezpieczenia

TAK

TAK

TAK

TAK

TAK

NIE

NIE

Decyzja

bezwarunkowe

w szczególnych wskazaniach

jeśli ośrodek spełnia szczególne
wymagania

w wybranych ośrodkach pod
warunkiem prowadzenia rejestru

w ramach oceny prowadzonej
przez instytucję ubezpieczenia

do ewaluacji (przez aplikującego)

definitywna odmowa

INNE **B. WAŻNE** ZAGADNIENIA DO UZGODNIEŃ I SYMULACJI W RAMACH PLANOWANIA:

1. Koszyk mały czy duży? Tu należy rozważyć inne możliwe cele wprowadzenia koszyka
2. Koszyk jako „*never ending story*”, jako zmieniający się w czasie produkt podległy zdefiniowanemu ciągłemu procesowi zmian w określonej strukturze
3. Kto decyduje o wpisach – Komisja Refundacyjna czy Minister Zdrowia?
4. Rola Agencji HTA – szkiełko i oko