

Roman Pluta

## **Uwarunkowania decyzji dotyczących koszyka podstawowych świadczeń zdrowotnych**

Koszyk podstawowych świadczeń zdrowotnych realizowanych przez publiczną opiekę zdrowotną jest wynikiem wielu określonych uwarunkowań związanych z bezstronnością proceduralną, sprawiedliwością dystrybucyjną, poprawą efektywności, unikaniem ryzyka, solidarnością społeczną, konkurencją regulowaną i postępem medycznym. W takiej sytuacji, zdefiniowanie koszyka podstawowego oznacza powstanie możliwości zakupu świadczenia z własnej kieszeni przez pacjenta, co rodzi poważne konsekwencje dla rankingu świadczeń dla potrzeb tworzenia koszyka. W szczególności, w przypadku świadczeń o takich samych poziomach wskaźnika efekt/koszt, zbliżonych do poziomu progowego, do koszyka podstawowego powinny być włączane świadczenia drogie, natomiast niewłączane świadczenia tanie, które powinny być kupowane indywidualnie. W związku z powyższym, procedura podejmowania decyzji dotyczących podstawowego koszyka musi składać się przynajmniej z następujących faz: wybór chorób, selekcja świadczeń, kompensacja ocen i odpłatność indywidualna.

### **1. Wstęp**

Opieka lekarska podlega racjonowaniu od dawna. Określone rozmieszczenie lekarzy i środków leczenia, poziom mobilności i zdolności płatniczej pacjentów determinują ramy decyzji podejmowanych według uznania osób odpowiedzialnych za proces leczenia. Diagnozowanie niezbędności leczenia, kolejka oczekujących, zmniejszenie intensywności terapii czy stosowanie tańszych substytutów można wykorzystywać do ukrytej kontroli kosztów leczenia. Takie sposoby racjonowania opieki nie są widoczne, ponieważ przesłonięte są kulturowymi kategoriami, politycznymi ideami, ekonomicznymi zasadami i klinicznymi regułami.

Ukryte racjonowanie opieki zdrowotnej jest związane z istotą stosunków między lekarzem i pacjentem (por. [5]). Wynik transakcji zawartej przez pacjen-

ta z lekarzem jest często niepewny i w większym stopniu zależy od doświadczenia i osądu, niż od nauki. Czynniki kulturowe i psychospołeczne wpływają na potrzeby, preferencje i reakcję na opiekę. Pacjenci są bardzo zróżnicowani. W podobnych medycznych okolicznościach reakcje pacjentów na określoną terapię i ich opinie na temat leczenia mogą być przeciwstawne. W efekcie opieka zdrowotna jest wysoce zindywidualizowana. Jednocześnie jest ona procesem, w którym relacje między lekarzem i pacjentem rozwijają się iteracyjnie i bieg wydarzeń nie może być znany wcześniej (por. [5]). Jest to proces odkrywania i negocjacji. Informacje o stanie pacjenta ujawniają się sekwencyjnie i decyzje są podejmowane w toku coraz lepszego poznawania pacjentów przez lekarzy i dojrzwania pacjentów do akceptacji określonych działań. Proces ten cechuje się dużą elastycznością, gdyż trzeba brać pod uwagę wiele ewentualności, które wiążą się z dodatkowymi chorobami czy specyficznymi sytuacjami życiowymi.

Ukryte racjonowanie pozwala w porę i w miarę reagować na złożoność, różnorodność i zmienność informacji. Jego podstawą jest zaufanie pacjenta do lekarza, które opiera się na jakości komunikacji lekarza z pacjentem i wrażliwości lekarza na potrzeby i preferencje pacjenta. Jednak ukryte racjonowanie jest narażone na nadużycie zaufania i prawa do decydowania. Decyzje lekarza mogą wynikać z jego społecznych uprzedzeń (rasowych, klasowych, płciowych lub związanych z wiekiem) i dawać przewagę tym pacjentom, którzy podzielają wartości lekarza czy też są bardziej atrakcyjni lub ustosunkowani. W warunkach dużej nierównowagi między możliwościami opieki a zapotrzebowaniem na opiekę może prowadzić to do zniechęcania pacjentów do leczenia, które jest im potrzebne (por. [5]). Jeśli wielu pacjentom odmawia się skutecznej terapii, świadomość tego wymusza publiczną dyskusję o alokacji zasobów i odpowiedzialności publicznej za opiekę zdrowotną. Ukryte racjonowanie przeobraża się w racjonowanie jawne.

## 2. Bezstronność proceduralna

Rozwój jawnego racjonowania jest związany z funkcjonowaniem publicznej opieki zdrowotnej. W obliczu konieczności racjonowania świadczeń z powodu niedostatecznych środków zainteresowane podmioty nie działają wcale za zasłonną niewiedzy Rawlsa (por. [8]). W takiej sytuacji, jeśli podmioty są zainteresowane określonymi efektami zdrowotnymi, które w przypadku ograniczonych środków mogą się wykluczać, to szanse osiągnięcia rozwiązania definiowanego jedynie w kategoriach efektów zdrowotnych są znikome. Niewiele osób jest w stanie poświęcić swoje zdrowie dla zdrowia innych nieznanymi sobie osób. Rozwiązanie konfliktu może być osiągalne dzięki odwołaniu się do kryteriów

proceduralnych. Przeciwwstawne strony mogłyby akceptować niekorzystne rozstrzygnięcia, jeśli byłyby one rezultatem uprzednio wzajemnie uzgodnionych procedur podejmowania decyzji (por. [8]). Procedury nabierają znaczenia również dlatego, że same efekty są niepewne. Jeśli doświadcza się niekorzystnego skutku, to podmioty pragną ustalić działania, które go spowodowały, zanim rozdziela nagrody i kary. Dzięki odniesieniu do akceptowanych procedur, w przypadku pojawienia się niekorzystnego stanu rzeczy, można bezstronnie ocenić działania i ustalić bezstronnie odpowiedzialność podmiotową.

Procedura, którą swobodnie uzgadniają strony konfliktu, nie może i nie będzie preferować żadnej strony. Musi być sama uznana za bezstronną. Kiedy podejmuje się decyzje dotyczące życia i śmierci, jak w przypadku alokacji rzadkich zasobów medycznych, wtedy proceduralna bezstronność staje się szczególnie istotnym warunkiem prawomocności instytucji i akceptacji ich decyzji (por. [8]). Stąd niezmiernie ważne jest ustalenie konstytutywnych cech bezstronnego stanowienia priorytetów w opiece zdrowotnej.

Jego podstawowe ramy opracowano w postaci koncepcji tzw. odpowiedzialności za zasadność (por. [4]). Zgodnie z nią, procedura może być uznana za bezstronną, jeśli spełnia przynajmniej cztery warunki:

1. uzasadnienie decyzji ustanawiających priorytety musi być publicznie dostępne (warunek upublicznienia);
2. uzasadnienie to musi być uznane przez osoby bezstronne za mające znaczenie dla stanowienia priorytetów w podanym kontekście; osoba bezstronna jest osobą, która nie znajduje się w sytuacji konfliktu interesów (warunek merytoryczności);
3. musi istnieć tryb odwoławczy od tych decyzji i ich uzasadnienia (warunek apelacji);
4. muszą istnieć środki, które w trybie dobrowolnym lub nadzoru, zapewniają spełnianie trzech pierwszych warunków (warunek obowiązywania).

Obecnie prowadzi się badania mające na celu operacjonalizację powyższych warunków. Dotyczy to szczególnie warunku merytoryczności i warunku obowiązywania.

Duże zróżnicowanie osób podejmujących decyzje okazuje się fundamentem merytoryczności. Obecność wielu perspektyw zwiększa prawdopodobieństwo tego, że uwzględni się wystarczająco szeroką gamę istotnych wartości i zasad. Prawdopodobieństwo to zwiększy się jeszcze bardziej wtedy, kiedy dokonuje się zewnętrznych konsultacji czy ekspertyz, które mogą uzupełnić immanentne ograniczenia wziętych już wcześniej pod uwagę perspektyw. Konsekwencją kluczowego znaczenia różnorodności perspektyw jest to, że za preferowaną metodę podejmowania decyzji dotyczących priorytetów w opiece zdrowotnej uznaje się

konsensus, a nie zasadę większości czy zasadę elitarności (por. [4]). Konsensus uniemożliwia bowiem wyeliminowanie „niepoprawnych” punktów widzenia. Wobec powyższego, osoby bezstronne to nie tylko osoby wolne od konfliktu interesów, a więc mogące szczerze, bez skrywania prawdziwych intencji, prezentować swe poglądy. Osoby bezstronne to osoby, które dążą do współpracy i szukania kompromisu uwzględniającego wielość perspektyw, które odkrywają treść dobra wspólnego.

Niezwykle ważna jest też realizacja warunku obowiązywania w trybie dobrowolnym. Tutaj główną rolę odgrywa sposób kierowania tokiem dyskusji. Chodzi o to, by przewodniczący ciał decyzyjnych zapewniali udział wszystkim członków i poddawali rozpatrzeniu wszystkie kwestie istotne z punktu widzenia odmiennych perspektyw. Służy temu uwzględnianie w porządku obrad wniosków mniejszościowych. Z uwagi na fakt, że zróżnicowanie perspektyw wiąże się zwykle z obecnością osób bez przygotowania medycznego, przewodniczący powinni interweniować w przebieg dyskusji, prosząc o streszczenia dotychczasowej debaty i powtórne wyjaśnienia istotnych kwestii (por. [4]).

### 3. Sprawiedliwość dystrybucyjna

Bezstronna procedura prowadzi do ujawniania się w czasie debaty różnorodnych wartości, zasad i interesów dotyczących priorytetów w alokacji zasobów. Wyżej zarysowane warunki bezstronności determinują to, iż mogą to być priorytety sprawiedliwej alokacji. Jednak samo rozumienie sprawiedliwości dystrybucyjnej nie jest jednolite. Tym samym różnorodność perspektyw nieuchronnie staje się odmiennością stanowisk etycznych. W najnowszej literaturze z zakresu etyki medycyny wyróżnia się przynajmniej cztery ważne stanowiska: liberalizm, egalitaryzm, utylitaryzm i komunitarianizm (por. [2]).

Najważniejszymi zasadami liberalizmu są prawo do wolności osobistej i własności prywatnej. Państwo nie powinno ingerować wtedy, kiedy obywatele domagają się i korzystają z tych praw. Pod jednym warunkiem, mianowicie że dążenia do uzyskania wolności i własności osobistej nie powodują ograniczania prawa innych obywateli do wolności i własności. W prawdziwie liberalnym społeczeństwie system opieki zdrowotnej opiera się na zasadzie wolnorynkowej. Każda jednostka płaci za potrzebną jej opiekę zdrowotną albo bezpośrednio, albo za pośrednictwem prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nikt nie ma moralnego prawa do opieki zdrowotnej i społeczność nie ma obowiązku redystrybucji własności (bogactwa) w celu zapewnienia świadczeń w związku z potrzebami medycznymi osób pokrzywdzonych przez los (por. [2]).

W publicznej opiece zdrowotnej stanowisko liberalne objawia się jako zorientowana na jednostkę interpretacja niezbędnej opieki. Każda jednostka sama określa, jakiej opieki zdrowotnej potrzebuje. Postrzegana indywidualna potrzeba medyczna jest ogniskową opieki zdrowotnej i w zasadzie wszystkie świadczenia, niezbędne z punktu widzenia tego indywidualnego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, muszą być osiągalne w przestrzeni społecznej (por. [2]). Ważny jest wykluczający aspekt takiej interpretacji – w istocie wyklucza się przymus leczenia, z wyjątkiem przypadków powodowania zagrożenia zdrowia innych. Liberalna zasada stanowienia priorytetów mówi, że należy zapewniać takie świadczenia opieki zdrowotnej, które dotyczą schorzeń niekorzystnie wpływających na niezależne funkcjonowanie jednostki i ograniczających możliwości osiągnięcia przez jednostkę jej celów życiowych.

Podstawą egalitaryzmu jest idea równości istot ludzkich i tworzenia im możliwości stawania się jak najbardziej równymi innym. Równość ze względu na opiekę zdrowotną oznacza dążenie do wielu celów: równego stanu zdrowia wszystkich, równie dobrego samopoczucia wszystkich, porównywalnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki o porównywalnych potrzebach medycznych, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (por. [2]). Jednak tworzenie równych szans, w ramach których jednostki dokonują własnych wyborów, egalitaryzm uznaje za niewystarczające. Oznacza to bowiem ignorowanie faktu, że jednostki nie są równe ze względu na swe możliwości wykorzystania szans.

Stanowisko egalitarne utrzymuje, że grupy upośledzone społecznie i ekonomicznie, osoby przewlekłe chore i osoby niepełnosprawne znajdują się w niekorzystnej sytuacji ze względu na równość szans. Ich sytuacja często uniemożliwia im nawet dostrzeżenie tego, że potrzebują opieki zdrowotnej. Stąd istotnym aspektem jest tu rozumienie potrzeby medycznej jako potrzeby określonej obiektywnie i wspólnie, a nie tylko postrzeganej indywidualnie (por. [2]). Należy zatem zapewnić grupom upośledzonym dodatkową opiekę zdrowotną tak, aby miały należny udział w normalnej gamie możliwości dostępnych w społeczeństwie. Najważniejsze zatem jest ujawnienie jednostek o najgorszym stanie zdrowia, ocena dotkliwości schorzeń lub związanej z nimi jakości życia.

Dla utilitaryzmu centralną kategorią jest użyteczność, która obejmuje takie pojęcia, jak: przyjemność, zadowolenie, szczęście, dobrostan, brak bólu, dobre zdrowie czy zdolność osiągania celów w życiu. Sprawiedliwość dystrybucyjna rozumiana jest tu jako zmiana użyteczności w wyniku jakiegoś działania czy decyzji. Działanie lub decyzja są słuszne, jeśli maksymalizują łączną użyteczność interpretowaną zwykle jako suma doznawanych użyteczności indywidualnych. W obszarze opieki zdrowotnej owa łączna użyteczność jest pojmowana jako ogólne zdrowie ludności (por. [2]). Użyteczność poszczególnego świadczenia

opieki zdrowotnej musi być udowodniona empirycznie. Mierzy się ją uzyskanymi latami życia zazwyczaj korygowanymi ze względu na jakość życia, tzw. przyrostem zdrowia. Im większy jest stosunek przyrostu zdrowia uzyskanego dzięki świadczeniu do kosztu świadczenia, tym wyższy jest priorytet tego świadczenia. Z punktu widzenia utilitaryzmu, stanowienie priorytetów w opiece zdrowotnej polega na ustaleniu skuteczności świadczeń i ich efektywności kosztowej (por. [2]).

Obok powyższych trzech głównych stanowisk wyróżnia się jeszcze czwarte – tzw. stanowisko wspólnotowe (komunitarianizm). Potrzeba opieki zdrowotnej jest określana przez to, co dana wspólnota uważa za niezbędną opiekę. Treść takiej opieki jest zdeterminowana przez wartości i standardy konstytuujące tożsamość wspólnoty. Normalne funkcjonowanie społeczne, czyli zgodne z tymi wartościami i standardami, wyznacza zakres opieki niezbędnej jednostce do tego, by być członkiem określonej wspólnoty (por. [2]). Z uwagi na fakt, że różne wspólnoty opierają się na różnych wartościach i standardach, tak rozumiana niezbędna opieka prowadzi do wyboru różnych świadczeń zapewniających normalne społeczne funkcjonowanie. Komunitarianizm w opiece zdrowotnej ujawnia, że stanowienie priorytetów jest uwarunkowane kulturowo i nie można decydować o sprawiedliwej alokacji opieki zdrowotnej bez jednoczesnego odwołania do odpowiedniego podłoża normatywnego określonej społeczności, co wymaga ustawicznej debaty na temat wartości ważnych dla tej społeczności.

#### 4. Cele podstawowego koszyka

Bezstronność proceduralna w publicznej opiece zdrowotnej prowadzi do poszukiwania takich propozycji racjonowania, które umożliwiają określony kompromis pomiędzy odmiennymi stanowiskami normatywnymi. Kompromis taki często przyjmuje formę wytycznych, w których formułuje się kryteria i zasady stanowienia priorytetów w opiece zdrowotnej w ogóle i w poszczególnych jej obszarach. Jednak wraz z narastaniem trudności w pokrywaniu kosztów technologicznego postępu w opiece zdrowotnej taka forma sprawiedliwości dystrybucyjnej jest kontestowana. Te same wytyczne często bowiem wiodą do odmiennych decyzji alokacyjnych. Dzieje się tak dlatego, że sprzeczności pomiędzy stanowiskami normatywnymi kryjące się wewnątrz wytycznych są w kolejnych kontekstach technologicznych i kosztowych interpretowane inaczej. Powstaje coraz silniejsze wrażenie, że decyzje alokacyjne nie są konsekwentne.

Przekonanie o braku konsekwencji w stosowaniu wytycznych podważa zaufanie do merytoryczności decyzji, a tym samym do bezstronności priorytetów. Bezstronność proceduralna nie zapewnia już sprawiedliwości dystrybucyjnej.



Zasady bezstronności muszą zostać rozszerzone poza sam proces podejmowania decyzji – na wynik decyzji. Oznacza to konieczność podania do publicznej wiadomości przede wszystkim wykazu świadczeń zapewnianych w publicznej opiece zdrowotnej oraz opisu ich poziomu technologicznego. Jawne racjonowanie przybiera nową formę – formę tzw. koszyka podstawowych świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w publicznej opiece zdrowotnej.

W latach 90. koncepcja podstawowego koszyka pojawiła się w wielu różnych propozycjach reform opieki zdrowotnej. Zwykle uznawano go za prawie uniwersalny lek na liczne dolegliwości systemu zdrowotnego. Okazuje się również, że mimo różnic w kompromisach normatywnych, koszyki podstawowe w różnych krajach są zasadniczo podobne, jeśli chodzi o główną strukturę świadczeń. Koszyk podstawowy jest wykorzystywany w różnych celach nie tylko jako narzędzie racjonowania, lecz również regulacji. Można wyróżnić następujące cele koszyka podstawowych świadczeń zdrowotnych (por. [6]):

1. ochrona ubezpieczeniowa przed katastrofalnymi skutkami chorób,
2. przepływ funduszy z uwzględnieniem poziomu ryzyka choroby,
3. wzrost efektywności alokacyjnej wydatków opieki zdrowotnej,
4. ograniczenie przypadków nadmiernego ciężaru choroby,
5. zwiększenie sprawiedliwości w dostępie do opieki zdrowotnej,
6. kontrola wzrostu kosztów opieki zdrowotnej,
7. pobudzanie konkurencji między ubezpieczycielami,
8. ułatwienie publicznego udziału w racjonowaniu opieki zdrowotnej.

Ad. 1. W przypadku chorób stosunkowo rzadkich i wymagających wysokich nakładów na ich leczenie, niewiele osób jest w stanie sprostać finansowym problemom, wykorzystując posiadane dochody i oszczędności. Niskie prawdopodobieństwo zachorowania ma ten skutek, że poszczególna jednostka nie dostrzega osobistego ryzyka i zwykle wszyscy zrezygnowaliby z ochrony ubezpieczeniowej w tym zakresie (por. [6]). W takich sytuacjach władze publiczne mogą interweniować w celu wprowadzenia publicznej ochrony przed katastrofalnymi skutkami chorób. Rozłożenie kosztów między wszystkie jednostki znakomicie zmniejsza jednostkowe obciążenie finansowe związane z ochroną. Koszyk realizujący ten cel musi gwarantować zatem w pierwszym rzędzie opiekę zdrowotną w przypadku chorób dotkliwych i/lub wymagających niezwłocznego leczenia, i/lub których leczenie jest kosztowne.

Ad. 2. Wiele chorób koncentruje się w określonych grupach ludzi (grupach wysokiego ryzyka). Osoby niskiego ryzyka będą unikać ochrony ubezpieczeniowej w przypadku takich chorób. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne służy ograniczeniu takiej negatywnej selekcji. W zamian za obecne transfery finansujące ochronę osób chorych, osoby zdrowe mają domyślną gwarancję wzajemno-

ści wtedy, kiedy one będą chore. Ubezpieczyciele mogą zaoferować jednak polisy odpowiadające grupom o różnym poziomie ryzyka ze składką tym wyższą, im wyższe jest ryzyko. Taka separacja ryzyka prowadzi do minimalizacji transferów. Niezbędna okazuje się państwowa regulacja zakresu ochrony oferowanej przez ubezpieczycieli. Jeśli choroby dotykające w przeważającej mierze grupy podwyższonego ryzyka zostaną włączone do koszyka podstawowych świadczeń, to grupy niskiego ryzyka są zmuszone do transferów na korzyść grup wysokiego ryzyka i stawki ubezpieczeniowe są oparte na łączeniu ryzyka przynajmniej w zakresie świadczeń podstawowych (por. [6]). Koszyk o takim ukierunkowaniu obejmowałby głównie choroby skoncentrowane w łatwo rozpoznawalnych grupach wysokiego ryzyka.

Ad. 3. Opiekę zdrowotną można w pewnej perspektywie postrzegać jako proces produkcji, w którym produktem jest poprawa stanu zdrowia, a technikami są procedury leczenia. Procedury leczenia określonej choroby różnią się ze względu na efekt zdrowotny i koszt oraz efektywność kosztową (stosunek efektu do kosztu). Jeszcze większe jest zróżnicowanie w tym względzie procedur leczenia różnych chorób. Jest tak niezależnie od tego, jak rozstrzyga się wątpliwości metodologiczne i etyczne związane z pomiarem efektów zdrowotnych oraz ich odniesieniem do kosztów. Ponieważ w dowolnym okresie wielkość funduszy pozwalających na finansowanie procedur medycznych jest ustalona, to pojawia się kwestia optymalizacji wykorzystania procedur w opiece zdrowotnej. Odpowiednie przesunięcie środków z procedur o niższej efektywności kosztowej na rzecz procedur o wyższej efektywności kosztowej przyniesie poprawę łącznego zdrowia interpretowanego w kategoriach wynegocjowanego kompromisu etycznego. Jeśli w koszyku podstawowym ustali się większy zakres finansowania procedur efektywniejszych i wykluczy się procedury najmniej efektywne, to poprawi się efektywność alokacji wydatków opieki zdrowotnej (por. [6]).

Ad. 4. Ciężar choroby oznacza pogorszenie łącznego zdrowia ludności spowodowane nieodwracalnymi skutkami choroby w postaci niepełnosprawności lub przedwczesnej śmiertelności (por. [9]). Procedury medyczne często charakteryzują się wysokimi kosztami początkowymi. Ich stosowanie może być usprawiedliwione tym, że owe koszty rozkładają się na wielu potencjalnych pacjentów zagrożonych śmiercią lub upośledzeniem, czyli na duży zagregowany ciężar choroby. Niektóre procedury mają również silny pozytywny efekt zewnętrzny, jak w przypadku procedur leczenia chorób zakaźnych. Nie wystarczy wtedy brać pod uwagę tylko poprawy zdrowia leczonego pacjenta, lecz należy uwzględnić również efekt zdrowotny u tych osób, które zostałyby zarażone (por. [6]). Ograniczenie ciężaru chorób jako cel koszyka podstawowego sprzyja uwzględnianiu przede wszystkim chorób masowych często prowadzących do śmierci lub znacznego upośledzenia.



Ad. 5. Różnice w dostępie do opieki zdrowotnej związane z wielkością dochodów pacjentów zwykle obecnie uznaje się za niesprawiedliwe. W publicznej opiece zdrowotnej niesprawiedliwość taka polega zazwyczaj na obniżaniu technologicznego poziomu leczenia chorób dotyczących grup niezamożnych, co umożliwiają niższe oczekiwania zdrowotne członków tych grup. Wprowadzenie koszyka podstawowego oznacza ustalenie publicznych wzorców opieki. Dowody wskazujące, że jedni pacjenci nie mają dostępu do niezbędnego leczenia, podczas gdy inni korzystają z leczenia nie-niezbędnego, stają się wtedy trudne do zakwestionowania przez ubezpieczycieli i dostawców (por. [6]).

Ad. 6. Historycznie, pierwotny cel koszyka podstawowego polegał na kontroli wzrostu kosztów opieki zdrowotnej dzięki wykluczeniu bardziej uznaniowych typów opieki, charakteryzujących się szczególną podatnością na pokusę moralną, której ulegają zarówno dostawcy, jak i pacjenci. Uznaniowość ta objawia się niezwykle różnicami wykorzystania zasobów przez lekarzy, bez oczywistych różnic w potrzebach medycznych pacjentów (por. [6]). Włączenie do koszyka podstawowego przede wszystkim precyzyjnie określonych procedur ogranicza pokusę moralną pojawiającą się wtedy, kiedy procedura jest wskazana ogólnie i wszelkie szczegóły pozostawia się decyzjom lekarza, które tylko w wyjątkowych przypadkach podlegają wszechstronnej ocenie z punktu widzenia sztuki medycznej. Koszyk podstawowy prowadzi tym samym do ograniczenia wzrostu kosztów opieki zdrowotnej dzięki ograniczeniu nadmiernego zużycia zasobów.

Ad. 7. Ustanowienie koszyka podstawowego zmusza większość ubezpieczycieli do zaferowania takiego koszyka jako jednego ze swych produktów. Merytoryczna jednolitość takich produktów umożliwia porównanie kosztów (cen) (por. [6]). Jeśli ponadto oferowanie tego typu produktu staje się warunkiem autoryzacji ubezpieczycieli, to ustanowienie koszyka podstawowego sprzyja uczciwej konkurencji w sektorze ubezpieczeń zdrowotnych. W przeciwnym przypadku ubezpieczyciele, w celu otrzymania autoryzacji, usiłowałiby oferować coraz uboższe produkty za coraz niższą składkę.

Ad. 8. Stanowienie koszyka podstawowego jest fundamentem publicznej debaty dotyczącej alokacji zasobów w publicznej opiece zdrowotnej. Jeśli członkowie społeczeństwa w takiej lub innej formie finansują taką opiekę, to prędzej czy później domagają się wyraźnego opisu tego, co opieka owa zapewnia (por. [6]). Znaczna część racjonowania była dawniej ukryta za zasłoną klinicznych decyzji podejmowanych przez lekarzy i milcząco akceptowana wskutek braku publicznej oglądy medycznej. Obecnie publiczna świadomość rośnie tak szybko, jak niechęć lekarzy do przyjmowania roli podmiotu racjonującego. Debata na temat struktury koszyka podstawowego przynosi znaczne korzyści

z punktu widzenia spójności społecznej i świadomości społeczeństwa o koniecznych wyborach w opiece zdrowotnej.

Jest oczywiste, że poszczególny koszyk nie może służyć osiągnięciu wszystkich powyższych celów. Tym bardziej, że występuje konflikt między poszczególnymi celami. Bardzo pożyteczne jest z tego punktu widzenia odniesienie celów do podstawowych stanowisk etycznych. Otóż efektywność kosztowa, ciężar choroby i eliminacja pokusy moralnej wpisują się wyraźnie w ramy utilitaryzmu (poprawa efektywności świadczeń). Natomiast łączenie ryzyka, sprawiedliwy dostęp i ochrona przed katastrofami wydają się być zakorzenione w egalitaryzmie (unikanie ryzyka świadczeń). Konflikt między wzrostem efektywności a unikaniem ryzyka był rozpoznany już w najwcześniejszych próbach stanowienia priorytetów (por. [6]). Początkowo większość realizacji idei podstawowego koszyka była ukierunkowana na świadome racjonowanie rzadkich funduszy publicznych. Rozpoczynano od celów zdecydowanej poprawy efektywności. Jednak w wyniku publicznego, politycznego i profesjonalnego nacisku często kończono na uwzględnianiu celów unikania ryzyka. Można obecnie zauważyć, że w krajach wysoko rozwiniętych umacnia się ukierunkowanie koszyka na unikanie ryzyka, natomiast w krajach rozwijających się nadal występuje tendencja wykorzystywania koszyka do poprawy efektywności (por. [6]).

## 5. Konkurencja regulowana

Propozycje koszyka podstawowych świadczeń medycznych są elementem szerszego procesu zmian zachodzących w opiece zdrowotnej. Chodzi o rynkową reformę opieki zdrowotnej. W większości przypadków reforma taka jest zazwyczaj kolejnym etapem rozwoju współczesnego systemu finansowania i organizacji opieki zdrowotnej. Pierwszy etap tego rozwoju polega na usunięciu przede wszystkim finansowych barier w dostępie do opieki zdrowotnej. Celem etapu drugiego jest kontrola wywołanego w poprzednim etapie wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną. Natomiast w trzecim etapie chodzi o poprawę efektywności tworzenia i korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach wymogów sprawiedliwego dostępu i powstrzymywania wzrostu całkowitych wydatków opieki zdrowotnej (por. [7]).

Rynkowe reformy opieki zdrowotnej opierane są na regulowanej konkurencji. Polega ona na alokacji zasobów i ustalaniu cen poprzez określone kontrakty zawierane pomiędzy pacjentami, dostawcami, ubezpieczycielami, obywatelami i państwem, ale w ramach ustanowionych przez państwo reguł wynikających z kompromisu etycznego. Kluczowym elementem tych reguł jest właśnie koszyk podstawowych świadczeń medycznych. Powszechnie przy tym uważa się regu-

lowaną konkurencję za substytut szczegółowych regulacji rządowych w zakresie cen, efektów i wolumenu świadczeń w celu powstrzymania wzrostu kosztów opieki. Oczekuje się stabilizacji tej części produktu krajowego brutto, która jest wydatkowana na opiekę zdrowotną (por. [7]).

Problem polega na tym, że takie oczekiwania nie są zgodne z wnioskami wynikającymi z ekonomicznej analizy opieki zdrowotnej. Dzięki powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu każdy w zasadzie obywatel ma dostęp do szerokiego koszyka świadczeń opieki zdrowotnej w ramach solidarności między osobami bogatymi i ubogimi, młodszymi i starszymi, zdrowymi i chorymi. Regulowana konkurencja prowadzi do kształtowania się realnych cen świadczeń zdrowotnych. Jeśli jednak dodatkowe świadczenie medyczne przyniesie poprawę czyjegoś zdrowia i regulowana konkurencja to świadczenie odpowiednio wyceni, a przy tym większość członków społeczeństwa uznaje dobre zdrowie za najważniejszą rzecz w życiu, to nie można wykluczyć tego, że ostatecznym rezultatem będzie jednocześnie większa efektywność świadczeń (niższy koszt porównywalnego efektu zdrowotnego) i większe całkowite koszty świadczeń (świadczenia o wyższej jakości i większy wolumen świadczeń) (por. [7]). Takie skutki ujawniają się zresztą w wielu innych obszarach, ale nie pojawia się niepokój z powodu rosnących wydatków społeczeństwa na przykład na samochody czy wakacje.

Natomiast obawa przed wzrostem kosztów opieki zdrowotnej narasta pomimo tego, że struktura tej opieki dostosowuje się do preferencji pacjentów. Obawa jest tak duża, że rządy posuwają się do ustalenia pułapu całkowitych wydatków opieki zdrowotnej i w konsekwencji maksymalnej składki ubezpieczenia zdrowotnego. Przyczyną tego zjawiska jest publiczna odpowiedzialność za zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej dla każdego. Dostęp do opieki dla osób chorych i ubogich implikuje przepływ środków od osób zdrowych i zamożnych. Składka jest bowiem zależna od dochodu, nie od stanu zdrowia. Obecny charakter postępu medycznego powoduje, że dla tej samej choroby istnieje wiele procedur różniących się nieznacznie efektem zdrowotnym, ale bardzo znacznie kosztami związanymi z diagnostyką, nieinwazyjnością, komfortem leczenia. Przyzwoite minimum dla każdego ustala się na coraz to wyższym poziomie, ponieważ wszyscy, mając prawo do równego dostępu do opieki, mają równe prawo do korzystania z rezultatów postępu medycznego. Przeciętna składka pozwala jednak na sfinansowanie powszechnego dostępu do przeciętnej technologii leczenia. Natomiast sprawiedliwy dostęp oznacza społeczną presję na powszechny dostęp do najwyższej technologii leczenia, co wymaga ponadprzeciętnej składki. Narasta sprzeczność między postępowaniem nauki medycznej i sprawiedliwą dystrybucją ich osiągnięć (por. [1]). W obawie o niekorzystny wpływ tego mechanizmu na wzrost gospodarczy rządy ustanawiają więc górną granicę publicznych wydatków na opiekę zdrowotną (por. [7]).

Stabilizacja wydatków na opiekę zdrowotną nie zatrzymuje jednak kapitałochłonnego i pracochłonnego postępu medycznego. Pojawia się coraz więcej, coraz kosztowniejszych procedur. Uwzględniając ograniczenie wydatków publicznej opieki zdrowotnej, konieczne w przypadku subsydiowania osób chorych i ubogich, rozstrzygającym pytaniem jest pytanie o to, jakie procedury powinny się udostępniać w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i czy należy każdemu gwarantować dostęp do wszelkiej opieki przynoszącej jakąkolwiek poprawę zdrowia niezależnie od kosztów? Pytania te w ogólnej perspektywie są retoryczne. Pułap wydatków, tak czy inaczej, poprzez ukryte racjonowanie wyklucza powszechny dostęp do wszelkiej opieki zdrowotnej. Ustanowienie koszyka podstawowego umożliwia natomiast określenie powszechnego dostępu, ale do procedur niezbędnych. Zwykle pierwszym krokiem jest wyłączenie z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego tych procedur, w przypadku których koszty są znaczne i oczekiwane efekty zdrowotne niewielkie. Poza ubezpieczeniem pozostawia się więc opiekę w sposób oczywisty kosztowo nieefektywną, opiekę o znikomej skuteczności leczniczej (por. [7]).

Tylko w odosobnionych przypadkach w świecie posunięto się konsekwentnie dalej i przyjęto wyraźne kryterium progu efektywności kosztowej w postaci minimalnego poziomu wskaźnika efekt/koszt. Przy zupełnie ogólnych założeniach, dotyczących odnoszenia przez jednostki korzyści z tytułu leczenia i utraty przez jednostki korzyści z powodu zaniechania leczenia, można pokazać, że wszystkie świadczenia o wskaźniku efekt/koszt większym od określonego progu powinny być objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Sam próg przy tym jest zdefiniowany rozmiarami ograniczenia budżetowego opieki zdrowotnej i jest tym niższy, im wyższy jest budżet zdrowia (por. [3]). Wszystkie podmioty uczestniczące w stanowieniu priorytetów określają bardziej lub mniej jawnie pewien przedział progowy, który pozwala ukierunkować szczególnie proces wyłączenia świadczeń z ubezpieczenia powszechnego. Kształtuje się idea świadczenia niewłaściwego (por. [7]).

Okazuje się jednak, że owe ogólne założenia zawierają pewne założenie, które coraz bardziej kłóci się z realiami opieki zdrowotnej zapewnianej w warunkach konkurencji regulowanej. Chodzi o założenie braku możliwości finansowania leczenia przez pacjenta z własnej kieszeni. Przyjęcie takiego założenia oznacza, że choroby nie objęte powszechnym ubezpieczeniem nie są leczone. Jednak postęp medyczny w sytuacji ograniczenia budżetowego w publicznej opiece prowadzi do takiej oto sytuacji, że pojawiają się procedury, które cechują się znacznymi efektami zdrowotnymi i wysokimi kosztami. Efektywność kosztowa takich procedur jest często również niższa od wymaganego progu. Jeśli jednak ich efektywność kosztowa jest powyżej progu, to i tak ich całkowity koszt jest na tyle znaczący, że powszechny dostęp do nich prowadziłby do dra-

stycznego ograniczenia finansowania bardzo wielu innych procedur wchodzących w skład koszyka. Procedury takie są więc wyłączone z koszyka podstawowego.

Zaczynają być oferowane jednak przez prywatną opiekę zdrowotną. Konkurencja regulowana oznacza bowiem nie tylko wolność wyboru dla pacjenta i ubezpieczyciela, lecz również wolność wyboru dla dostawcy. Dopóki poza koszykiem podstawowym znajdowały się procedury nieefektywne kosztowo z powodu przede wszystkim nikłego efektu zdrowotnego, dopóty zamożni pacjenci nie byli zainteresowani ich prywatnym zakupem. Jednak kiedy poza koszykiem znalazły się procedury o wyraźnym efekcie zdrowotnym, ale nieefektywne kosztowo z powodu przede wszystkim względnie wysokich kosztów, wtedy pacjenci zamożni okazują zainteresowanie ich zakupem z własnej kieszeni. Konkurencja regulowana umożliwia dostawcom oferowanie tych procedur poza publiczną opieką zdrowotną. Zaczyna się rozwijać prywatna opieka zdrowotna oparta na bezpośredniej odpłatności ze strony pacjentów, a następnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne umożliwiające łączenie ryzyka w celu pośredniej odpłatności pacjentów w przypadku niektórych chorób i procedur wyłączonych z koszyka podstawowego.

## 6. Zakup z własnej kieszeni

Ukształtowanie się takiej dwusektorowej opieki zdrowotnej prowadzi do radykalnych zmian w stanowieniu koszyka podstawowego. Możliwość finansowania leczenia z własnej kieszeni oznacza bowiem, że jeśli procedura nie wchodzi w skład koszyka podstawowego, to każda jednostka ma jeszcze wybór między zakupem leczenia i zaniechaniem leczenia. Prowadzi to do złożonego układu jednoczesnego odnoszenia korzyści i utraty korzyści (por. [3]):

1. koszyk podstawowy przynosi korzyść związaną z efektem zdrowotnym;
2. zakup leczenia przynosi korzyść związaną z efektem zdrowotnym;
3. zakup leczenia prowadzi do utraty korzyści z powodu zmniejszenia dochodów z tytułu odpłatności za leczenie;
4. zaniechanie leczenia oznacza utratę korzyści związanej z efektem zdrowotnym, który pojawiłby się dzięki leczeniu.

W nowej sytuacji zatem, korzyści odnoszone przez tych pacjentów, którzy leczą się w ramach koszyka podstawowego, pomniejszone są już nie tylko o korzyści utracone przez tych pacjentów, którzy są zmuszeni do zaniechania leczenia. Są one także modyfikowane przez korzyści netto uzyskane przez tych pacjentów, którzy dokonali zakupu procedur poza koszykiem podstawowym. Wybór opcji zakupu leczenia lub opcji zaniechania leczenia jest przy tym zależny od dochodu pacjenta. Osoby, które mają dochody poniżej pewnego progu do-

chodowego, nie będą się leczyć, jeśli procedura nie jest ujęta w koszyku podstawowym. Natomiast osoby z dochodami powyżej tego progu zakupią procedurę z własnej kieszeni, jeśli nie uwzględnią jej ten koszyk. Wysokość owego progu jest funkcją kosztu procedury i jej efektu zdrowotnego (por. [3]).

Interakcja zachodząca między odnoszeniem korzyści i utratą korzyści prowadzi do następującej konsekwencji: świadczenia bez możliwości zakupu mają wyższy priorytet włączenia do koszyka niż świadczenia z możliwością zakupu. Kiedy bowiem opcja zakupu z własnej kieszeni istnieje, to niektóre zamożne osoby zawsze będą się leczyć niezależnie od tego, czy procedura jest, czy nie jest w koszyku. Dla tych osób korzyść z zaoferowania leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia jest tylko oszczędnością ich osobistego kosztu opłacenia leczenia, który jest niższy od utraconej korzyści w przypadku braku leczenia w ogóle (por. [3]). Wynika z tego, że świadczenia, które można zakupić prywatnie, powinny być włączane do koszyka podstawowego na końcu.

Pojawia się jednak konsekwencja jeszcze poważniejsza. Jeśli koszt leczenia jest wystarczająco mały, to dla wszystkich poziomów dochodu korzyść z leczenia jest większa niż utracona korzyść z powodu zmniejszonego dochodu. Wtedy każdy wybierze leczenie, nawet kiedy nie zostanie ono objęte powszechnym ubezpieczeniem. Jeśli natomiast koszt leczenia jest wystarczająco duży, to dla wszystkich poziomów dochodu korzyść z leczenia jest mniejsza od utraconej korzyści z powodu zmniejszonego dochodu. Nikt wtedy nie wybierze leczenia, kiedy nie jest ono oferowane przez powszechne ubezpieczenie. Natomiast w przedziale między kosztem małym i dużym, bilans korzyści nie jest jednoznaczny. W szczególności w sytuacji, w której procedury mają identyczny efekt zdrowotny, ale różnią się kosztami, bilans ten będzie najwyższy dla procedury o koszcie pośrednim, czyli o przeciętnej efektywności kosztowej (por. [3]). Pojawia się niezwykle istotna konsekwencja: nie można już, w przypadku istnienia możliwości zakupu, po prostu szeregować świadczeń według stosunku efekt – koszt.

Absolutny koszt leczenia okazuje się bowiem w takiej sytuacji również czynnikiem samodzielnym. Wynika to z faktu, że im wyższy jest koszt leczenia, tym mniej osób postanowi je finansować z własnej kieszeni, nawet jeśli efekt zdrowotny jest proporcjonalny do kosztu leczenia. Efektywność kosztowa przestaje mieć samodzielne znaczenie, jej znaczenie zależy od liczby osób zmuszonych „do wyboru” zaniechania leczenia. Ma to szczególną wagę w chorobach, w przypadku których pewne osoby postanowiłyby nie leczyć się wtedy, kiedy powszechne ubezpieczenie nie obejmuje ich leczenia. W takich sytuacjach priorytet włączenia świadczenia do koszyka powinien być tym wyższy, im wyższy jest jego absolutny koszt (przy danym poziomie efekt/koszt), gdyż minimalizuje się wtedy utratę korzyści, która byłaby spowodowana zmniejszeniem dochodów. W praktyce oznacza to, że w przypadku świadczeń o podobnych wskaźnikach



efekt/koszt i bliskich progowi efektywności kosztowej ubezpieczenie powszechne powinno pokrywać świadczenia o dużych kosztach. Natomiast świadczenia wystarczająco tanie nie powinny być uwzględniane w koszyku podstawowym, ich realizacja może być finansowana prywatnie (por. [3]).

Uzależnienie stanowiących priorytetów od interakcji zachodzących między efektami zdrowotnymi, kosztami oraz efektami dochodowymi prowadzi do tego, że problem poziomu budżetu opieki zdrowotnej staje się problemem wewnętrznym stanowiących tych priorytetów. Priorytety są nie tylko ustalane w ramach wcześniej ustanowionego ograniczenia zasobów, lecz poziom owego ograniczenia zależy od wyboru priorytetów. W jaki sposób?

Otóż, w przypadku braku możliwości zakupu leczenia, poziom budżetu publicznej opieki zdrowotnej wynika z następującego procesu włączania poszczególnych procedur: procedura jest włączona do koszyka wtedy, kiedy korzyść związana z efektem zdrowotnym procedury jest większa, niż przeciętna korzyść utracona z powodu zmniejszenia dochodów w związku ze zwiększeniem składki ubezpieczeniowej wskutek rozszerzenia ubezpieczenia na tę procedurę (por. [3]). Budżet zdrowia powinien być tak wysoki, by uwzględnić wszystkie procedury, w przypadku których korzyść efektu zdrowotnego przewyższa przeciętną niekorzyść efektu dochodowego.

Jednak przeciętna niekorzyść efektu dochodowego jest większa w przypadku istnienia możliwości zakupu procedury, niż w przypadku braku takiej możliwości. Jest tak z dwu powodów. Po pierwsze, w przypadku możliwości zakupu niekorzyść będzie określana względem mniejszego dochodu przeciętnego (mniejszego wskutek prywatnych zakupów dokonanych przez niektóre osoby). Po drugie, niekorzyść z powodu takiego samego zmniejszenia dochodu jest tym większa, im niższy jest wyjściowy poziom dochodu. Tym samym, aby procedura została w sytuacji zakupu włączona do koszyka, korzyść efektu zdrowotnego musi przewyższać zwiększoną (w porównaniu do przypadku braku zakupu) niekorzyść efektu dochodowego. W konsekwencji mniej procedur zostanie włączonych do koszyka podstawowego w sytuacji istnienia możliwości zakupu z własnej kieszeni. Koszt publicznej opieki zdrowotnej jest więc mniejszy wtedy, kiedy leczenie jest dostępne za odpłatnością, niż wtedy, kiedy takiej możliwości nie ma. Powyższe związki wskazują, że procedura dostępna za odpłatnością nie powinna być włączana do koszyka podstawowego bez względu na jej efektywność kosztową, jeśli jej koszt jest wystarczająco niski (por. [3]).

## 7. Procedura stanowienia priorytetów

Konsekwencją powyższych uwarunkowań jest to, że procedura podejmowania decyzji dotyczących stanowienia priorytetów w opiece zdrowotnej musi składać się z wielu faz. Nie można już ograniczać jej do dwu klasycznych faz. Pierwszej, która polega na jawnej ocenie dotkliwości chorób, ciężaru chorób i stopnia upośledzenia normalnej jakości życia z powodu poszczególnych chorób. Drugiej, która dotyczy oceny skuteczności i efektywności kosztowej procedur leczących choroby włączonych do koszyka podstawowego w pierwszej fazie. Konieczne są przynajmniej jeszcze dwie dodatkowe fazy. Faza trzecia, w której dokonuje się kompensacji ocen ciężaru choroby z jednej strony i ocen skuteczności oraz efektywności kosztowej procedur z drugiej strony. Kompensacja ta jest szczególnie ważna w przypadkach bliskich ustalonych progów. Czwarta faza obejmująca decyzje odnośnie odpłatności za świadczenia zdrowotne (por. [2]).

### Faza 1: Wybór chorób

Wybór chorób jest fundamentem włączania świadczeń zdrowotnych do koszyka podstawowego. Ocena dotkliwości choroby dla pacjenta i ocena ciężaru choroby dla społeczeństwa są tu rozstrzygające. Oceny te są oczywiście uwikłane w spór między głównymi stanowiskami w kwestii sprawiedliwości dystrybtywnej. Pojawiają się tu różne perspektywy: zapewnienie opieki zdrowotnej pacjentom w najgorszym stanie zdrowia, umożliwienie normalnego społecznego funkcjonowania lub normalnego indywidualnego funkcjonowania, utrzymanie zdolności kształtowania własnego planu życia, zapewnienie opieki efektywnej. Selekcja chorób wymaga jasnego ustalenia tego, które stanowisko ma w danym okresie większą wagę.

Jasność ta jest związana z referencyjnymi standardami normalności i anomalii. Z uwagi na nieuchronną normatywną kontrowersyjność takich standardów powinny mieć one charakter nie absolutnego progu, lecz raczej przedziału progowego (por. [2]). Ułatwia to zmniejszanie rozbieżności. Chodzi o to, że w przypadku wielu chorób nie ma potrzeby szerszej dyskusji, gdyż plasują się one wyraźnie powyżej progu. Natomiast dyskusja staje się bardzo trudna w przypadku chorób w pobliżu progu. Rozmycie progu dotkliwości czy ciężaru choroby pozwala na odsunięcie decyzji dotyczących chorób okołoprogowych do kolejnych faz, w których mogą ujawnić się wyjątkowe przypadki zasługujące na uwzględnienie.

## Faza 2: Selekcja świadczeń

Podstawą selekcji świadczeń jest głównie ocena ich skuteczności, która związana jest z rozwojem medycyny opartej na dowodach. Umożliwia ona dokonanie porównań skuteczności procedur w ramach tej samej choroby. Problem natomiast pojawia się wtedy, kiedy staje się przed wyborem między skuteczną procedurą leczącą chorobę małej grupy pacjentów i skuteczną procedurą leczącą chorobę dużej grupy pacjentów. W celu dokonania porównań skuteczności świadczeń leczących różne choroby trzeba rozstrzygnąć kwestię definicji porównywalnego przyrostu zdrowotnego (por. [2]). W perspektywie ciężaru choroby przyrost ten ma dwa ogólne aspekty: zwiększenie długości życia i zwiększenie jakości życia. Większa waga pierwszego aspektu oznacza postawienie osób starszych w niekorzystnej sytuacji. Większa waga drugiego aspektu prowadzi do dyskryminacji osób przewlekle chorych. Kontrowersyjność normatywna skuteczności wymaga, aby odpowiednie standardy miały również postać przedziału progowego. Dzięki temu świadczenia zdrowotne o skuteczności mieszczącej się wewnątrz tego przedziału będą rozważone w następnych fazach.

Postęp medyczny prowadzi do pojawienia się szerokiej gamy procedur leczących daną chorobę. Dlatego selekcja świadczeń musi uwzględniać ich efektywność kosztową. Nie ma tutaj większych wątpliwości wtedy, kiedy chodzi o równie skuteczne procedury związane z tą samą chorobą, lecz różniące się kosztami. Natomiast postęp w zakresie ogólnych miar przyrostu zdrowotnego umożliwia rozważanie przypadków bardziej kontrowersyjnych, gdy procedury dotyczą różnych chorób i różnią się nie tylko kosztami, ale także skutecznością. Porównanie efektywności kosztowej pozwala ustalić przedziały progowe, które są podstawą podejmowanych w czwartej fazie decyzji w sprawie odpłatności za leczenie.

## Faza 3: Kompensacja ocen

Oczywiście kompensacja taka nie jest konieczna w dwu ewidentnych przypadkach. Po pierwsze wtedy, kiedy ciężar choroby, skuteczność oraz efektywność kosztowa interwencji medycznej są wyraźnie powyżej odpowiednich progów. Po drugie w przypadku przeciwnym, kiedy są wyraźnie poniżej tych progów.

Jest jednak wiele sytuacji, w których trzeba osiągnąć kompromis z punktu widzenia sprawiedliwości. Chodzi przede wszystkim o niezgodność pozycji względem odpowiednich progów (por. [2]). Na przykład ciężar choroby jest powyżej progu, ale procedura lecząca nie jest wystarczająco skuteczna oraz efektywna kosztowo. Albo też ciężar choroby jest nieco poniżej progu, natomiast procedura jest bardzo skuteczna, lecz niewystarczająco efektywna kosztowo. Właśnie takie niezgodności pozycyjne stanowią o największej trudności procesu

stanowienia priorytetów. Trzeba bowiem zdecydować, czy niedobór względem jednego progu może być kompensowany nadmiarem względem innego progu.

Podjęcie decyzji w tych przypadkach wymaga dużej spójności w interpretacji zdrowia, choroby, normalności czy anomalii. Spójności takiej nie uzyskuje się raz na zawsze. Zwykle trzeba prowadzić prawie w każdym przypadku debatę dotyczącą interpretacji sytuacji z punktu widzenia głównych stanowisk etycznych w aspekcie ciężaru choroby, skuteczności i efektywności procedury. Debaty taka nie musi prowadzić do decyzji całkowitego włączenia lub wyłączenia świadczenia zdrowotnego. Kompromis może bowiem polegać na możliwości częściowej lub pełnej odpłatności ze strony wszystkich lub niektórych grup pacjentów. Konkretnie decyzje w tym zakresie podejmowane są w czwartej fazie.

#### **Faza 4: Odpłatność indywidualna**

Nie należy rozumieć tej fazy jako tylko potwierdzenia decyzji podjętych w poprzednich fazach, czyli ostatecznego uznania, że procedura jest albo finansowana publicznie, albo prywatnie. Zasada przedziału progowego obowiązująca w poprzednich fazach skłania raczej do rozpatrzenia najpierw rozwiązań polegających na współpłaceniu, czyli częściowej odpłatności indywidualnej za świadczenia publicznej opieki zdrowotnej. Jeśli bowiem zakup prywatny okazuje się nieuniknionym zjawiskiem w procesie stanowienia priorytetów w warunkach konkurencji regulowanej, to współpłacenie jako swego rodzaju regulowany publicznie zakup prywatny pozwala osiągnąć kompromisy lepiej dopasowane do specyficznej sytuacji poszczególnych grup pacjentów.

Współpłacenie można uzależnić od ciężaru choroby, skuteczności procedury, efektywności kosztowej procedury, kosztu procedury czy też liczebności zainteresowanej grupy pacjentów (por. [2]). Dzięki elastycznemu powiązaniu korzyści wynikających z efektów zdrowotnych i niekorzyści wynikających z efektów dochodowych można osiągnąć jednoczesne zwiększenie budżetu publicznej opieki zdrowotnej, ograniczenie niewłaściwego korzystania ze świadczeń i zapewnienie opieki większej liczbie osób w najgorszej sytuacji zdrowotnej. Jednak uzyskanie pozytywnego bilansu korzyści i niekorzyści z tytułu współpłacenia wymaga bardzo szczegółowych analiz wielkości wchodzących w grę efektów. W celu kontroli efektów dochodowych ustala się też zwykle maksymalną kwotę współpłacenia ze strony pacjenta.

## **8. Zakończenie**

Koszyk podstawowych świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez publiczną opiekę zdrowotną kształtuje się pod wpływem określonych wymogów

związanych z bezstronnością proceduralną, sprawiedliwością dystrybucyjną, poprawą efektywności, unikaniem ryzyka, solidarnością społeczną oraz konkurencją regulowaną. Sieć tych wymogów w warunkach technologicznego charakteru postępu medycznego prowadzi do pojawienia się możliwości prywatnego zakupu świadczeń medycznych opartych na technologii medycznej.

Istnienie prywatnej opieki zdrowotnej zmienia istotnie proces stanowienia priorytetów w publicznej opiece zdrowotnej i strukturę koszyka podstawowego. W szczególności pojawia się interakcja między efektami zdrowotnymi świadczeń, kosztami świadczeń i efektami dochodowymi świadczeń. Interakcja ta powoduje, że do koszyka podstawowego powinny być włączane w pierwszym rzędzie świadczenia o wysokich kosztach, natomiast świadczenia o niskich kosztach nie powinny być w tym koszyku uwzględniane. Efektywność kosztowa świadczenia zdrowotnego ma już tylko względne znaczenie, zależne od liczby osób zmuszonych do zaniechania leczenia.

Konsekwencją tych uwarunkowań jest wielofazowa struktura procedury podejmowania decyzji dotyczących koszyka podstawowych świadczeń. W pierwszej fazie dokonuje się wyboru chorób na podstawie oceny ich dotkliwości i ciężaru. Faza druga dotyczy oceny skuteczności i efektywności kosztowej procedur leczących uprzednio wybrane choroby. Faza trzecia polega na określeniu kompensacji między ocenami uzyskanymi w dwu poprzednich etapach. Faza czwarta obejmuje ustalenia dotyczące odpłatności pacjenta za świadczenia wchodzące w skład koszyka podstawowego.

## Literatura

- [1] Callahan D., *How Much Medical Progress Can We Afford? Equity and the Cost of Health Care*, „Journal of Molecular Biology” 2002, nr 319, ss.885–890, źródło: [www.idealibrary.com](http://www.idealibrary.com)
- [2] Hoedemaekers R., Dekkers W., *Justice and Solidarity in Priority Setting in Health Care*, „Health Care Analysis” 2003, Vol. 11, No. 4, Kluwer Academic Publishers.
- [3] Hoel M., *What should (public) health insurance cover?*, „Journal of Health Economics” 2007, nr 26, ss. 252–262, źródło: [www.elsevier.com/locate/econbase](http://www.elsevier.com/locate/econbase)
- [4] Martin D.K., Giacomini M., Singer P.A., *Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers*, „Health Policy” 2002, nr 61, ss. 279–290, źródło: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol)

- 
- [5] Mechanic D., *Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance In Rationing*, „Health Affairs”, September/October 1997, Volume 16, Number 5, ss. 83–92, The People-to-People Health Foundation, Inc.
- [6] Söderlund N., *Possible objectives and resulting entitlements of essential health care packages*, „Health Policy” 1998, nr 45, ss. 195–208, Elsevier Science Ireland Ltd.
- [7] Van de Ven W.P.M.M., *Regulated competition in health care: With or without a global budget?*, „European Economic Review” 1995, nr 39, ss. 786–794, Elsevier Science B.V.
- [8] Wailoo A., Anand P., *The nature of procedural preferences for health-care rationing decisions*, „Social Science & Medicine” 2005, nr 60, ss. 223–236, źródło: [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)
- [9] Wiseman V., Money G., *Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited*, „Health Policy” 1998, nr 43, ss. 243–251, Elsevier Science Ireland Ltd.

## Summary

### Determinants of Essential Health Care Package Decisions

The package of essential health care services performed by the public health care has been influenced by many specific determinants. They are a result of the procedural fairness, distributive justice, efficiency improvement, risk avoidance, social solidarity, regulated competition and medical progress. In such a situation, any essential package definition induces an out of pocket option, which has important consequences for the package ranking of services. In particular, for services with the same effect/cost ratios that are all close to the threshold level, the essential package should include services with large costs but not those with small costs. Those last services should be purchased out of pocket. That being so the decision making procedure concerning the essential package must consist at least of the following phases: choice of conditions, selection of services, trade-offs, and individual payment.