

Katarzyna Kolasa<sup>1</sup>, Tomasz Hermanowski<sup>1</sup>, Ewa Borek<sup>2</sup>

## ZNACZENIE ZAANGAŻOWANIA PUBLICZNEGO W PODEJMOWANIE DECYZJI W OCHRONIE ZDROWIA NA PRZYKŁADZIE TWORZENIA AMERYKAŃSKIEGO I POLSKIEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

<sup>1</sup> Zakład Farmakoekonomiki,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
<sup>2</sup> Fundacja MY Pacjenci, Warszawa

### STRESZCZENIE

Dobrym przykładem realizacji procesu podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia w oparciu o zaangażowanie opinii publicznej może być proces tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych.

**CEL.** Analiza porównawcza przygotowywania i wdrażania zestawu świadczeń gwarantowanych w Polsce i Stanach Zjednoczonych Ameryki.

**MATERIAŁY I METODY.** W oparciu o wykonany przegląd literatury poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania: Jaka była geneza tworzenia zakresu świadczeń gwarantowanych w Stanach Zjednoczonych i Polsce? Jaka była rola opinii publicznej w definiowaniu zakresu świadczeń gwarantowanych w obu krajach? W oparciu o jakie kryteria określano zakres świadczeń gwarantowanych w obu krajach? Jakie wnioski dla Polski wynikają amerykańskiego doświadczenia w definiowaniu zakresu świadczeń gwarantowanych?

**WYNIKI.** Pomimo podobieństw w genezie tworzenia koszyka, oba kraje obrały odmienne drogi do ustalenia kształtu koszyka świadczeń gwarantowanych. W Stanach Zjednoczonych Ameryki wybrano podejście oparte na dialogu społecznym. W Polsce przeważała perspektywa płatnika, w drugim z badanych krajów perspektywa pacjenta.

**WNIOSKI.** Transparentność zasad i dialog społeczny stanowią istotne filary skutecznego procesu tworzenia i wdrażania koszyka świadczeń, tej potrzebnej i na ogół niepopularnej społecznie zmiany.

**Słowa kluczowe:** *ochrona zdrowia, zakres świadczeń gwarantowanych, zaangażowanie publiczne, polski zakres świadczeń, amerykański zakres świadczeń*

### WSTĘP

Partycypację obywatelską zdefiniować można jako proces, w trakcie którego przedstawiciele społeczeństwa uzyskują kontrolę nad decyzjami władz publicznych, kiedy te mają bezpośredni lub pośredni wpływ na interesy obywateli. Administracja publiczna zyskuje dzięki partycypacji następujące korzyści (1):

- 1) transparentność procesu podejmowania decyzji;
- 2) lepsze zrozumienie potrzeb obywateli;
- 3) uzyskanie poparcia społecznego dla wdrażanych zmian i dla działań władz publicznych.

Zaangażowanie obywateli i pacjentów w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia jest ugrun-

towanym standardem w krajach Unii Europejskiej. W świetle rekomendacji Rady Europy obowiązkiem rządów państw jest tworzenie struktur i warunków dla zaistnienia i rozwoju partycypacji społecznej oraz jej aktywna promocja przez stronę rządową we wszystkich obszarach systemu ochrony zdrowia na szczeblu centralnym, regionalnym i lokalnym. (2)

Bardzo dobrym przykładem podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia w oparciu o zaangażowanie opinii publicznej może być proces tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych w Stanach Zjednoczonych. Jest to proces wprowadzania fundamentalnej zmiany w systemie ochrony zdrowia dokonujący się w atmosferze dużych emocji oraz sprzeciwów politycznych i spo-

lecznych. Przykładem wdrażania koszyka świadczeń, które zostało dokonane w odmienny sposób, jest wprowadzenie koszyka świadczeń zdrowotnych w Polsce.

## MATERIAŁY I METODY

Celem niniejszego opracowania jest analiza porównawcza procesów przygotowywania i wdrażania koszyków świadczeń gwarantowanych w dwu diametralnie różnych systemach opieki zdrowotnej. Jest to próba oceny skutków przyjęcia dwu odmiennych modeli wykorzystania konsultacji społecznych. Przykład USA uczy jak można definiować zakres gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach dialogu społecznego. Wybór USA do analizy porównawczej został dokonany z uwagi na fakt, iż amerykański proces tworzenia koszyka świadczeń jest równie aktualnym doświadczeniem jak nasze polskie. Choć zasady organizacji i finansowania obu systemów ochrony zdrowia różnią się znacznie, wyzwania stojące przed nimi są podobne. Jednym z nich jest dostęp do leczenia. Przykładowo przeciętny Amerykanin cierpiący na chorobę nowotworową ma 60% szans na przeżycie kolejnych 5 lat, podczas gdy przeciętny Europejczyk jedynie 40% (3). Każdy sukces ma jednak swoją cenę. Wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest ponad dwukrotnie wyższa w USA niż w krajach europejskich, sięga 17,6% PKB podczas gdy przeciętna dla krajów OECD nie przekracza 9,5% (3). Jednocześnie prawie 50 milionów Amerykanów nie ma dostępu do świadczeń zdrowotnych. Według badania ankietowego przeprowadzonego przez Commonwealth Fund w 2010 roku, w grupie 26 milionów starających się o zakup ubezpieczenia zdrowotnego na przestrzeni ostatnich trzech lat, 6 milionów nie mogło znaleźć polisy odpowiadającej zasobności ich portfela, 11 milionów nie było w stanie sfinansować zakupu ubezpieczenia odpowiadającego jego potrzebom a aż 9 milionów nie otrzymało oferty polisy lub otrzymało ofertę z podwyższoną cenę z uwagi na problemy zdrowotne (4).

W tej pracy sformuowano następujące pytania badawcze:

1. Jaka była geneza tworzenia zakresu świadczeń gwarantowanych w Stanach Zjednoczonych i Polsce?
2. Jaka była rola opinii publicznej w definiowaniu zakresu świadczeń gwarantowanych w obu krajach?
3. W oparciu o jakie kryteria określano zakres świadczeń gwarantowanych w obu krajach?
4. Jakie wnioski dla Polski wynikają amerykańskiego doświadczenia w tworzeniu zakresu świadczeń gwarantowanych?

## WYNIKI

### **Jaka była geneza tworzenia zakresu świadczeń gwarantowanych w Stanach Zjednoczonych i Polsce?**

Jednym z głównych celów jaki ma adresować reforma Obamy jest zapewnienie koszyka podstawowych usług medycznych gwarantowanych w ramach każdego ubezpieczenia. Ustawa zdrowotna nakazuje zapewnienie świadczeń zdrowotnych obejmujących przynajmniej 10 kategorii. Jest to leczenie ambulatoryjne oraz nagłych przypadków, hospitalizacja, opieka macierzyńska, opieka nad chorobami psychicznymi, refundacja leków, rehabilitacja, badania laboratoryjne, choroby przewlekłe oraz opieka nad dziećmi (5). Ustawa określa ponadto, iż punktem wyjścia do ustalenia koszyka świadczeń powinien być zakres usług oferowanych przeciętnemu pracownikowi w miejscu pracy (6). Chodzi o zapewnienie dostępu do jak najszerszego wachlarza świadczeń medycznych zapewniającego leczenie pacjentom o różnych potrzebach zdrowotnych. Prawo zabrania dyskryminacji ze względu na wiek, oczekiwaną długość życia oraz upośledzenia (6).

W Polsce, podobnie jak w USA, debata na temat koszyka świadczeń gwarantowanych została wymuszona przez zmiany legislacyjne. Chociaż pierwsza koncepcja pojawiła się już na początku lat dziewięćdziesiątych, a kolejna powstawała pod rządami *Zbigniewa Religi* jako ministra zdrowia, właściwy proces tworzenia polskiego koszyka świadczeń gwarantowanych został wymuszony dopiero przez wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. Stwierdził on niezgodność ust z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (ustawa o NFZ) z Konstytucją RP (7). Trybunał zwrócił uwagę na konieczność określenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, czyli nakazał określenie koszyka świadczeń gwarantowanych. Zdaniem sędziów Trybunału Konstytucyjnego zaskarżona ustawa o NFZ nie określała koszyka świadczeń gwarantowanych, ani nie podawała jednoznacznych kryteriów, według których powinno nastąpić ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach publicznych środków (8).

Zarówno w Polsce jak i Stanach Zjednoczonych Ameryki władze wykorzystują wiedzę ekspercką do określenia koszyka świadczeń gwarantowanych. W celu poszukiwania optymalnego podejścia do sposobu definiowania koszyka usług medycznych, amerykański Departament Zdrowia (ang. *Department of Health and Human Services (HHS)*) zlecił wykonanie ekspertyzy niezależnej organizacji. Zleceniobiorcą został, powołany w 1970 roku przez Narodową Akademię Nauk, Instytut Medycyny (IOM). Jego misją jest wspieranie organów władzy publicznej w podejmowaniu decyzji

dotyczących sektora ochrony zdrowia. Celem ekspertyzy miała być odpowiedź na pytanie, jak określić zakres usług, które powinny zostać włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych (9).

Polscy decydenci również korzystają z opinii eksperckiej przy określeniu zakresu koszyka. Zgodnie z Nowelizacją Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, Minister Zdrowia podejmuje decyzje w oparciu o rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych co do kwalifikacji danej procedury jako świadczenia gwarantowanego. Nie jest on jednak związany wydanymi rekomendacjami i podejmuje samodzielnie ostateczną decyzję, co do umieszczenia wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w wykazie świadczeń gwarantowanych (10).

Podstawowa różnica pomiędzy amerykańskim i polskim podejściem polega na zaangażowaniu opinii publicznej w proces kształtowania koszyka.

### **Jaka była rola opinii publicznej w definiowaniu zakresu świadczeń gwarantowanych w obu krajach?**

Punktem wyjścia pracy IOM, niezależnej organizacji odpowiedzialnej za zdefiniowanie kształtu koszyka świadczeń zdrowotnych, było poszukiwanie kompromisu pomiędzy zamożnością pakietu świadczeń zdrowotnych a kosztami jego realizacji (11). Uznano, iż podejmowanie tak ważnych wyborów odnośnie alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia nie może się odbywać bez udziału społeczeństwa.

W Stanach Zjednoczonych IOM zorganizował dwa spotkania otwarte dla opinii publicznej oraz zapewnił możliwość składania uwag i sugestii drogą elektroniczną za pośrednictwem przygotowanej platformy internetowej (12). IOM podkreślał przy tym znaczenie roli opinii publicznej w definiowaniu koszyka świadczeń zdrowotnych. Argumentowano, iż trudno jest dokonać wyboru jednego słusznego zestawu usług na podstawie jedynie merytorycznych przesłanek. Proces podejmowania decyzji polega w istocie na poszukiwaniu równowagi między konkurującymi ze sobą wyborami. Uznawano, iż rola opinii publicznej w takiej sytuacji jest niezastąpiona. Składa się na to szereg przesłanek. Po pierwsze pokazuje decydom preferencje społeczne. Po drugie motywuje opinię publiczną do aktywnego zabierania głosu w sprawach ważnych. Wreszcie po trzecie, pozwala przekonać społeczeństwo, że „każdy głos się liczy”.

Konkluzje zaprezentowane przez IOM zostały poddane publicznej debacie przez HHS. Organizowano sesje dla grup pacjentów, świadczeniodawców, ubezpieczycieli oraz pracodawców (6).

W Polsce tworzenie ustawy koszykowej oparto na powstałych wcześniej zarządzeniach Prezesa NFZ określających zakres świadczeń finansowanych przez

publicznego płatnika. Konsultacje społeczne ograniczyły się do możliwości zgłoszenia pisemnych uwag do projektu ustawy ogłoszonego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Miało to miejsce między 12 a 20 sierpnia 2009. W sumie 45 różnych instytucji przekazało swoje uwagi do projektu, z czego zaledwie trzy organizacje pacjenckie. Według opinii niektórych uczestników procesu jak na przykład Naczelnej Izby Lekarskiej czy też Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, przeznaczony czas na zapoznanie się z projektem ustawy był zbyt krótki aby móc w sposób rzetelny ustosunkować się do tak ważnej kwestii jak tworzenie koszyka świadczeń zdrowotnych (13).

### **W oparciu o jakie kryteria określano zakres świadczeń gwarantowanych w obu krajach?**

W Stanach Zjednoczonych w efekcie zgromadzonych uwag i komentarzy zaproponowano cztery kluczowe filary, w oparciu o które powinna odbywać się konstrukcja koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Jest to filar ekonomiczny, etyczny, medycyna oparta na dowodach oraz zdrowie publiczne (12). W Polsce „ustawa koszykowa” wyróżnia siedem kryteriów, które można zakwalifikować do wszystkich powyższych domen oprócz filaru etycznego (14).

Filar ekonomiczny odnosi się głównie do zapewnienia warunków racjonalnego gospodarowania ograniczonymi zasobami sektora ochrony zdrowia. Zdefiniowano go w oparciu o następujące aspekty (12):

1. Ubezpieczenie powinno zabezpieczać przed nieprzewidywalnymi nadmiernymi wydatkami na leczenie
2. Konkurencja jest niezbędna do poprawy jakości i efektywności
3. Władza publiczna powinna adresować niedoskonałości rynku, które przyczyniają się do oferowania polis zdrowotnych nieadekwatnych do potrzeb zdrowotnych
4. Powinno się promować procedury medyczne zapewniające największą korzyść w stosunku do nakładu
5. Należy ograniczać moralny hazard, który odnosi się do nadużywania świadczeń zdrowotnych w efekcie darmowego dostępu do sektora ochrony zdrowia
6. Powinno się eliminować negatywną selekcję określaną jako sytuację, kiedy do grona dobrowolnego ubezpieczenia przystępują częściej osoby o wyższym niż przeciętne ryzyku chorób

W Polsce w ramach domeny ekonomicznej wyróżniono następujące kryteria (14):

1. Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych,
2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.



Podczas gdy amerykańskie podejście do określenia kryteriów ekonomicznych wskazuje na przyjęcie perspektywy pacjenta, w Polsce ponieważ perspektywa płatnika. Zamiast ochrony pacjenta przed niedoskonałościami rynku, nakazuje się badanie opłacalności leczenia oraz wpływu na budżet płatnika.

Kolejnym amerykańskim filarem była medycyna oparta o dowody. Autorzy odwołują się do podejmowania decyzji w oparciu jedynie o wiarygodne dowody medyczne. Określono następujące kryteria ustalania koszyka świadczeń zdrowotnych (12):

1. Systematyczne podejście do poszukiwania najlepszej wiedzy do podejmowania decyzji klinicznych
2. Dbałość o wykorzystanie medycyny opartej na dowodach do podejmowania decyzji
3. Integracja wiedzy klinicznej, oczekiwań pacjenta i najlepszego podejścia badawczego w procesie podejmowania decyzji o leczeniu pacjenta

W Polsce w zakresie medycyny opartej o dowody wyróżniono następujące kryteria (14):

1. skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo,
2. stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego,

Podobnie jak poprzednio porównanie polskich i amerykańskich kryteriów dowodzi, iż przyjęto odmienne podejście do ich konstrukcji. W Stanach Zjednoczonych Ameryki podkreśla się rolę i oczekiwania pacjenta. W Polsce kryteria odnoszą się jedynie do perspektywy klinicznej.

Filar „zdrowie publiczne” odwołuje się do roli systemu ochrony zdrowia, jaką jest zapewnienie jak największej poprawy zdrowia populacji. W ramach tej domeny Amerykanie zdefiniowali następujące kryteria (12):

1. Ubezpieczenie zdrowotne powinno dążyć do uzyskania jak największej poprawy zdrowia.
2. Wdrożenie działań profilaktycznych jest konieczne na każdym szczeblu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
3. Powinno się zapewnić dostęp dla najbardziej potrzebujących.
4. Nierówności w zdrowiu powinny być eliminowane.

W Polsce w zakresie zdrowia publicznego, ustawa określiła następujące kryteria (14):

1. Wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
  - a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2,
  - 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 w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

- c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
  - 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;

Porównanie kryteriów w zakresie zdrowia publicznego wskazuje na brak istotnych różnic między badanymi krajami. Należy jednak podkreślić brak aspektu równości w zdrowiu w polskich kryteriach, co zostało wymienione w amerykańskiej wersji.

Poza powyższe wymiarami kryteriami, w Stanach Zjednoczonych Ameryki dodano kolejny filar zawierający aspekty etyczne:

1. Transparentność odnosząca się do mechanizmów kierujących rozdziałem zasobów
2. Uczestnictwo oznaczające wsłuchiwanie się w głosy opinii publicznej
3. Równość wskazująca na konieczność przeciwdziałania dyskryminacji jednostek
4. Wartościowanie polegająca na promowaniu zachowań przynoszących największe korzyści zdrowotne
5. Solidarność zapewniająca dostęp do świadczeń zdrowotnych dla najbardziej potrzebujących

Wyróżnienie domeny etycznej miało na celu zapewnienie sprawiedliwego prowadzenia procesów alokacji oraz odpowiedzialne zarządzanie zasobami finansowymi dostępnymi w ramach systemu ochrony zdrowia tak, aby prawa wszystkich grup pacjentów były traktowane z należytym respektem. W Polsce pominięto aspekt etyczny.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki nie ograniczono się jedynie do listy kryteriów, w oparciu o jakie powinno się budować koszyk świadczeń gwarantowanych. Zgromadzone uwagi i sugestie opinii publicznej posłużyły również do określenia kryteriów priorytetyzacji. Znalazły się wśród nich (12):

1. Przejrzystość wskazująca, iż proces wyboru świadczeń zdrowotnych powinien podlegać ocenie opinii publicznej
2. Uczestnictwo wskazujące, iż ubezpieczeni mają prawo decydować o zawartości przysługującego im koszyka świadczeń
3. Równość i sprawiedliwość społeczna, tak aby przy konstrukcji koszyka świadczeń nie pozostawiono żadnej z mniej uprzywilejowanych grup społecznych bez opieki
4. Efektywność dająca przekonanie, że wybrane

świadczenia zapewniają w istocie poprawę zdrowia społeczeństwa oraz zostały oparte o twarde dowody medyczne

5. Elastyczność gwarantująca nowelizację koszyka w miarę pojawiających się nowych informacji o skutecznych terapiach
6. Innowacyjność zapewniającą dostęp do nowoczesnych metod leczenia

### **Jakie wnioski dla Polski wynikają z amerykańskiego doświadczenia w tworzeniu zakresu świadczeń gwarantowanych?**

W Polsce koszyk pozytywny, podobnie jak negatywny choć początkowo wydawał się być rewolucją w sensie prawnej organizacji ochrony zdrowia w Polsce, w sensie praktycznym nie spowodował większych zmian i w dalszym ciągu stanowi zbiór nadmiarowy w porównaniu do możliwości finansowania go przez NFZ.

Podobna krytyka nie ominęła również amerykańskiego podejścia. Pomysł świadczeń gwarantowanych, chociaż jest jednym ze sztandarowych pomysłów prezydenta Baracka Obamy, w gronie polityków, mediów i opinii publicznej ma zarówno liczne grono przeciwników jak i sympatyków. Niezadowoleni twierdzą, iż propozycje są za mało rewolucyjne. W liście protestacyjnym podpisanym przez 2400 lekarzy i pielęgniarek oskarżano HHS o niską jakość ustalonego zakresu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych (15). Podobnie jak w Polsce krytycy argumentowali również, iż proponowane zmiany nadają obecnemu systemowi wymiar bardziej socjalny i prowadzą do biurokratycznego zcentralizowania organizacji służby zdrowia. Naruszają wolność jednostki poprzez określenie zakresu dostępnych usług medycznych oraz wprowadzenie obowiązku zakupu polisy.

Wychodząc naprzeciw owym głosom, prezydent *Barack Obama* wykazał zrozumienie wobec krytyki zbytnej centralizacji procesu. Zadeklarował, iż jest przeciwny jednemu standardowemu koszykowi **świadczeń gwarantowanych. Uznał, iż określenie zakresu gwarantowanych usług medycznych finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego powinno leżeć w zakresie władz lokalnych.** W grudniu 2011 r. HHS ogłosiło, że każdy stan powinien ustalić swój własny koszyk świadczeń zdrowotnych. Jeśli jako punkt odniesienia wybrano polisę ubezpieczeniową o zakresie usług, który nie obejmuje wszystkich 10 kategorii ustalonych na mocy ustawy, zadaniem władzy publicznej jest uzupełnienie koszyka świadczeń zdrowotnych o brakujące pozycje na podstawie oferty pochodzącej z innej polisy ubezpieczeniowej. Każdy stan może ustalić dodatkowo szerszy zakres świadczeń niż ten określony jako podstawowy. Zgodnie z prawem, w takim przypadku władza lokalna będzie zobowiązana do poniesienia dodatkowych kosztów związanych z podniesieniem standardu polisy.

W Polsce również wskazuje się na zbytne scentralizowanie procesu decyzyjnego. Zgodnie z art. 31b ustawy, kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) (14). W przeciwieństwie do Stanów Zjednoczonych Ameryki, nie ma jednak mowy o decentralizacji czy regionalizacji procesu.

W Polsce zwraca się uwagę ponadto na kwestię zaangażowania finansowego pacjenta. Krytykuje się fakt, że polski ustawodawca, choć umożliwia wprowadzie współpłacenie, do tej pory nie zainicjował żadnej debaty w tym zakresie. Termin „świadczenie gwarantowane” określono jako świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (12). Wciąż jednak nie zdecydowano się na rozwiązanie polegające na wprowadzeniu dodatkowego finansowania koszyka pod postacią dopłat pacjentów do procedur nielekowych czy wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Poziom współpłacenia został określony jedynie w przypadku leków aptecznych i wyrobów medycznych a także dopłat do usług sanatoryjnych. Pozostałymi składowymi koszyka, takimi jak świadczenia nielekowe, ma dopiero zająć nieistniejąca jeszcze Agencja Taryfikacji. Zrobiono tak pomimo licznych sondaży społecznych wskazujących na akceptację zarówno dla współpłacenia jak i dodatkowych ubezpieczeń oraz wbrew konsultacjom społecznym, które odbyły się pod postacią Białego Szczytu (16).

W debacie w Stanach Zjednoczonych Ameryki również poruszano kwestię udziału pacjentów w kosztach leczenia. Ostrzegano przed możliwymi podwyżkami cen polis ubezpieczeniowych w następstwie wprowadzenie gwarancji leczenia określonych stanów zdrowotnych. Wskazywanie, iż ogrom zadań biurokratycznych, z jakimi będą musiały się zmagać firmy ubezpieczeniowe oraz urzędnicy władz lokalnych mogą spowodować znaczące podwyższki opłat pacjentów czy też pogorszenie statusu społecznego wielu obywateli (14). Konserwatywne media w USA skupiają się na zasadniczym elemencie ustawy, jakim jest obowiązek wykupienia ubezpieczenia pod groźbą kary nakładanej w formie podatku. Nowy podatek dochodowy w wysokości 2,5 proc. ma wejść w życie w 2016 r. Średnio rodzina, która nie wykupi ubezpieczenia, zapłaci więc 2055 dolarów kary/podatku. Decyzja ta została zaskarżona do Sądu Najwyższego jako niezgodna z konstytucją. W czerwcu 2012 Sąd Najwyższy USA orzekł jednak, że rząd federalny ma prawo do nakładania kary z tytułu niewykupienia obowiązkowego ubezpieczenia. Mając na uwadze rolę debaty publicznej w świetle obaw przed nadmiernymi wydatkami pacjentów, zainicjowano debatę publiczną. Organizowano grupy fokusowe, spotkania otwarte dla reprezentantów lokalnych

społeczności, czy wreszcie wykorzystywano drogę kontaktu za pośrednictwem Internetu. Celem było uzyskanie konsensusu społecznego dotyczącego zakresu zaangażowania finansowego pacjentów w kosztach leczenia.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wady polskiego koszyka wynikają z faktu, że ustawodawca nie zrealizował w pełni pierwotnego celu tworzenia koszyka świadczeń jakim było dostosowanie jego zawartości do możliwości finansowych płatnika. Celem koszyka w USA było zapewnienie zrównoważenia zawartości koszyka podstawowych świadczeń gwarantowanych w ramach wszystkich dostępnych ubezpieczeń z możliwościami ich finansowania. W Polsce wraz z mechanicznym przeniesieniem zawartości koszyka z zakresu świadczeń NFZ do rozporządzeń koszykowych, nie podjęto próby dopasowania jego zawartości do możliwości budżetu płatnika.

Kategorie świadczeń w koszyku amerykańskim i polskim są podobne. W obu przypadkach kryteria włączania świadczeń do koszyka, opierają się o dowody skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej wybranych technologii medycznych. Z podobieństw między koszykami w obu systemach należy wymienić również podejście maksymalizujące poprawę stanu zdrowia społeczeństwa w zakresie zdrowia publicznego.

Główna różnica, rzutująca na przebieg procesu tworzenia koszyków i potem ich zawartość i skutki wdrożenia polega na odmiennych perspektywach przyjętych w obu krajach. W USA, z uwagi na proces tworzenia koszyka będący od początku procesem konsultacji społecznych udało się uchwycić perspektywę pacjenta i ubezpieczonego. W Polsce proces tworzenia koszyka przy ograniczonym udziale opinii społecznej następował wyłącznie z perspektywy płatnika. Analiza obu procesów skłania do postawienia hipotezy badawczej mówiącej, iż podczas gdy w Polsce głównym zamiarem była próba ograniczenia wydatków budżetu państwa, intencją decydentów amerykańskich było zabezpieczenie pacjentów przed nadmiernymi wydatkami na zdrowie

Wdrożenie koszyka świadczeń gwarantowanych jest w każdym systemie ochrony zdrowia jedną z większych rewolucji systemowych, a w systemie amerykańskim opartym na dużej liczbie konkurujących prywatnych ubezpieczycieli i całkowitym wolnym rynku regulującym świadczenia medyczne z bardzo dużą grupą osób nieubezpieczonych i bardzo wysokimi kosztami świadczeń jest to rewolucja szczególna i historyczna. Reforma ta, choć mimo obaw nie zakończyła prezydentury *Baracka Obamy* na pierwszej kadencji, gwarantuje mu poczesne miejsce w gronie prezydentów - reformatorów takich jak *Abrahama Lincolna* czy *Franklina Roosevelta*. Pomimo dużej eskalacji napięć społecznych wokół ustawy *Obama-*

*care* oraz negatywnych głosów opinii publicznej, mediów i przeciwników politycznych, administracja *Baracka Obamy* zdobyła się jednak na transparentny, obiektywny i przemyślany proces konsultacji społecznych tej ważnej społecznie choć niepopularnej zmiany systemowej.

Dzięki konsultacjom społecznym proces tworzenia koszyka w USA oparto o szereg istotnych wartości takich jak, transparentność mechanizmu rozdziału zasobów, równość społeczna, solidarność, promowanie zachowań maksymalizujących korzyści zdrowotne. Konsultacje społeczne wniosły też to, czego zabrakło w polskim koszyku – określenie jako jego cechy elastyczności i innowacyjności, a ciągłą rewizję i aktualizację koszyka wpisano jako jego cechę podstawową.

Doświadczenia amerykańskie pokazują, iż publiczne zaangażowanie w procesie podejmowania decyzji wymaga przejrzystości Reprezentanci lokalnych społeczności, biorący czynny udział w kształtowaniu koszyka świadczeń zdrowotnych, powinni być dokładnie poinformowani, jak ten proces przebiega, jaka będzie ich rola, aż wreszcie jak zostanie wykorzystany ich wkład. Tylko wówczas, gdy zaangażowanie opinii publicznej będzie odbywało się na przejrzystych zasadach, będzie można zapewnić akceptację wszelkich niepopularnych zmian przez opinię publiczną, a tym samym utworzyć drogę do sukcesu procesu kształtowania koszyka świadczeń.

Koszyk w Stanach Zjednoczonych nie został jeszcze w pełni określony. Nie przeszedł tak jak koszyk polski próby czasu, nie miał jeszcze szansy zostać zweryfikowany w praktyce. Można jedynie spekulować, że proces konsultacji społecznych towarzyszący jego powstawaniu wesprze proces wdrożenia koszyka i jego akceptację społeczną na etapie wprowadzenia zmiany. Koszyk amerykański ma szansę być koszykiem przydatnym jako narzędzie, spełniającym swoje zadanie budowania równowagi między wydatkami indywidualnymi i wydatkami budżetu na zdrowie. Polski koszyk jest cały czas, pomimo trwającego wiele lat procesu jego tworzenia i potem usprawniania, koszykiem teoretycznym niespełniającym systemowej roli regulatora. Być może czas najwyższy poddać go konsultacjom społecznym i wykorzystać w pełni jego potencjał.

Otrzymano: 18.02.2013 r.:

Zaakceptowano do druku: 20.10.2013 r.

### Adres do korespondencji:

Katarzyna Kolasa  
Zakład Farmakoekonomiki  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
al. Żwirki i Wigury 81  
02-091 Warszawa  
Tel/fax: +48 (22) 57 20 855  
e-mail: kkolasa@wum.edu.pl