



Promocja konsultacji społecznych w ochronie zdrowia

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO
PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ

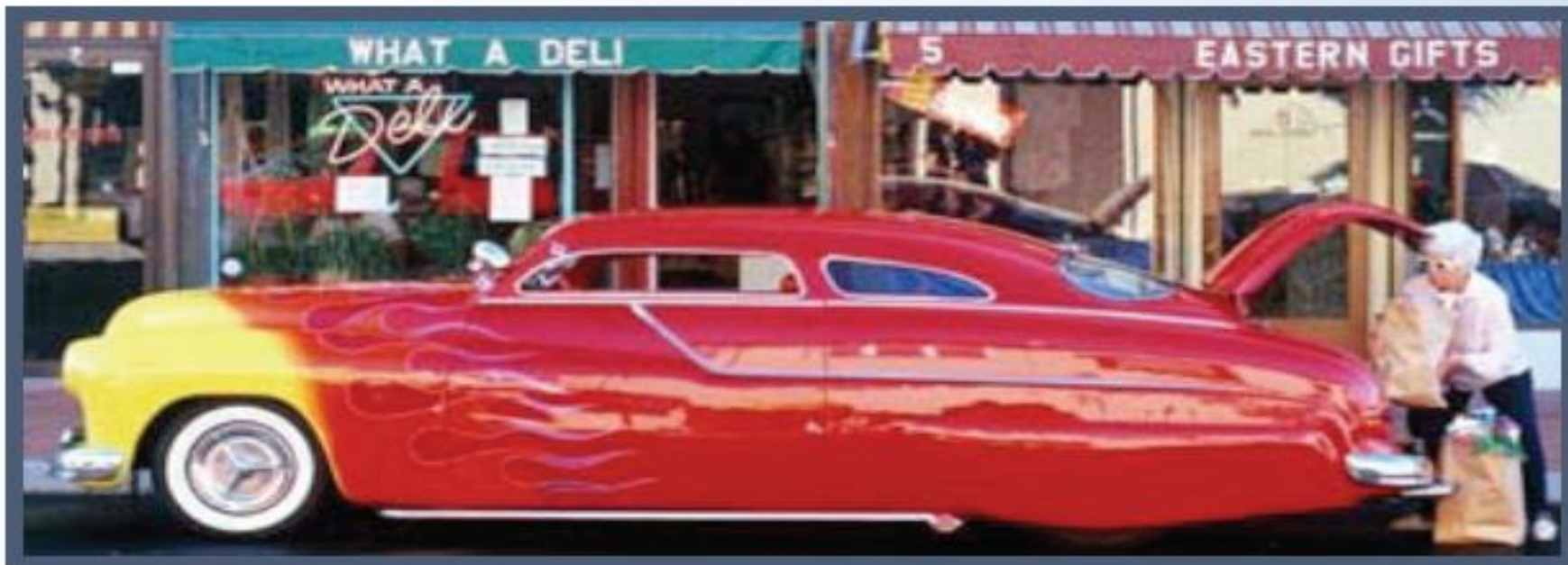


Rola opinii publicznej w procesie podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia- doświadczenia krajów rozwiniętych

Katarzyna Kolasa

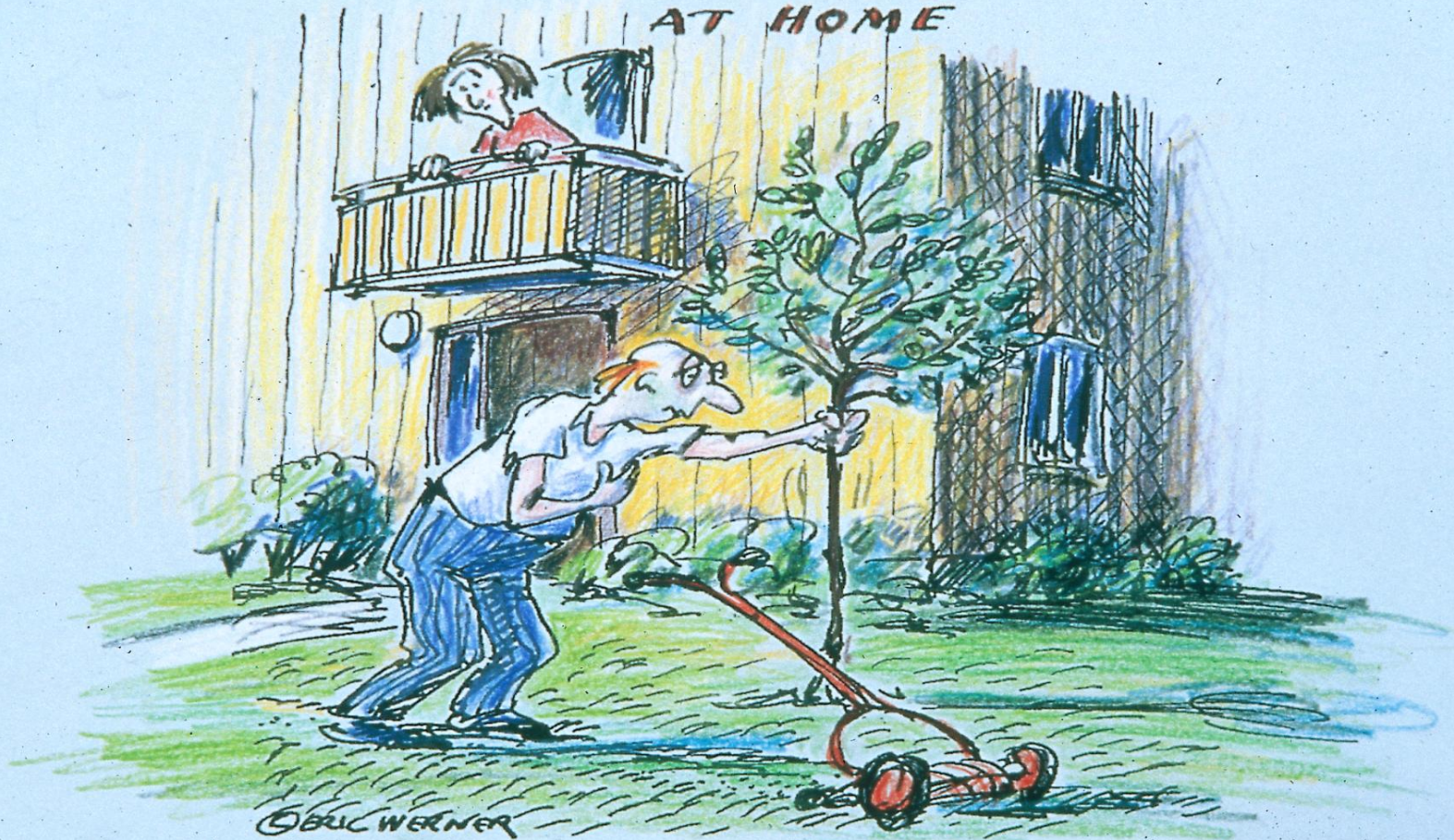
Agenda

- Wyróżniki sektora ochrony zdrowia
- Kryteria alokacyjne
- Zaangażowanie opinii publicznej w definiowaniu kryteriów alokacji w wybranych krajach



Wyróżniki sektora ochrony zdrowia

DAY TO DAY ACTIVITY AT HOME



Nieoczekiwany popyt

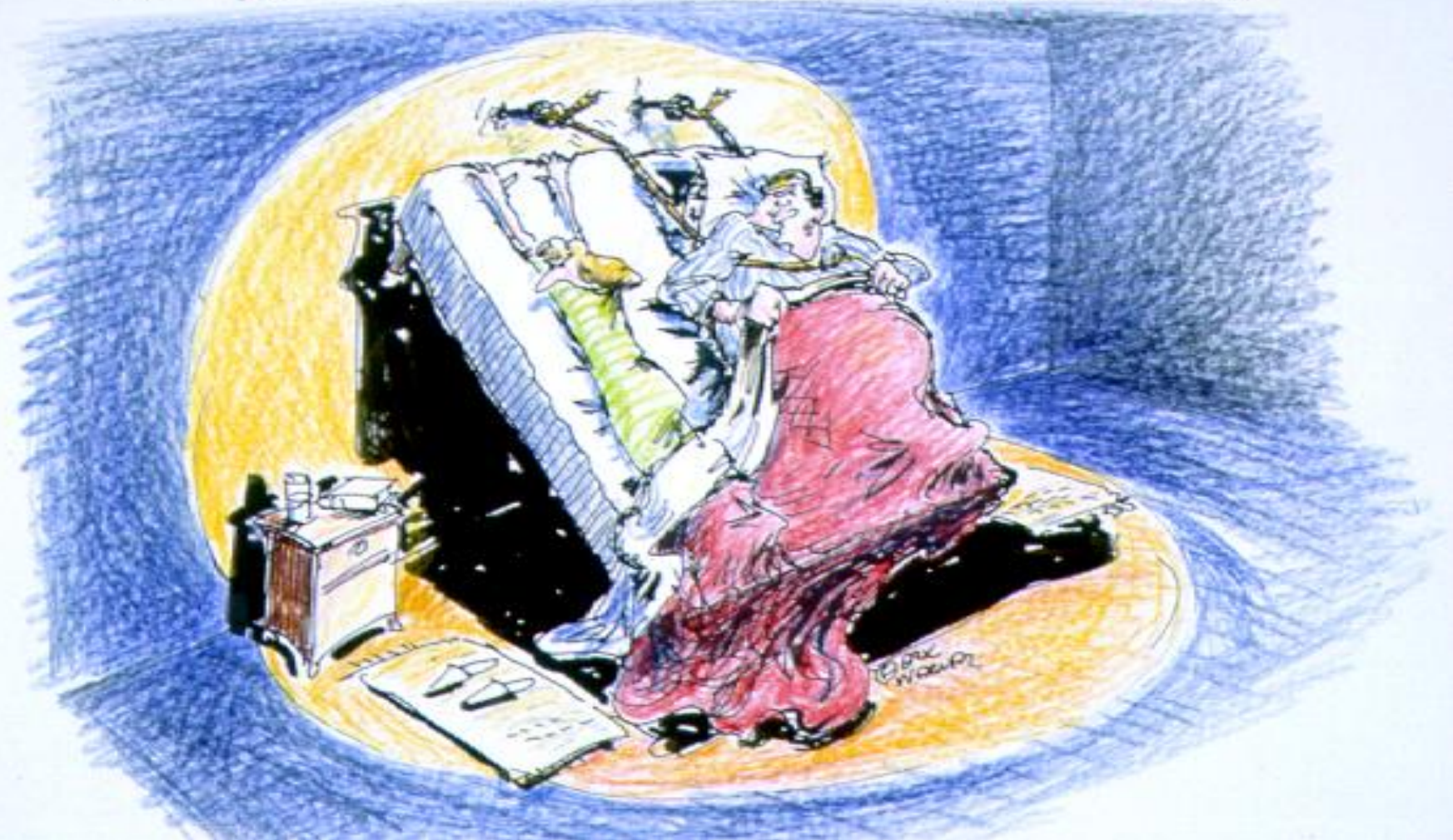


Rola trzeciej strony



Niepewność

NON PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF HEARTBURN



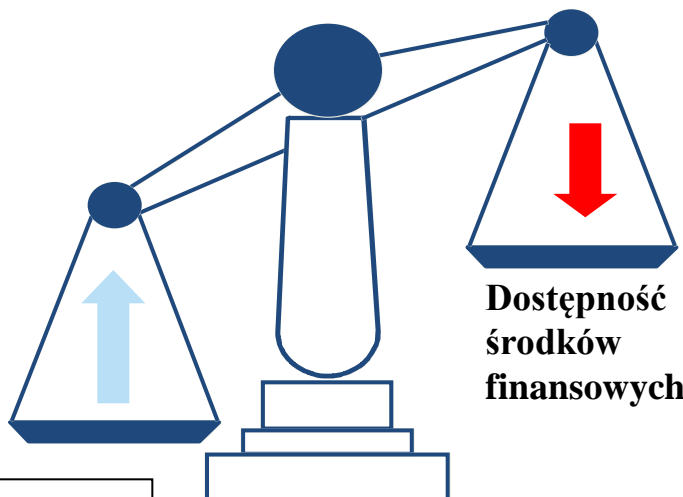
Ograniczony dostęp

Kryteria alokacyjne



Rosnąca presja na system ochrony zdrowia

Potrzeby zdrowotne



Dostępność środków finansowych

- Ograniczoność publicznych środków
- Wysokie koszty zastosowania technologii medycznych
- Niepewność wyników zdrowotnych

- Starzenie się społeczeństwa
- Nowe metody leczenia
- Rosnące oczekiwania pacjentów

Alokacja

Świadomy podział dostępnych zasobów między dwóch lub więcej beneficjentów, zależnie od przyjętych kryteriów, takich jak *potrzeby* zdrowotne wiek, lokalizacja geograficzna, dostępna infrastruktura itp.

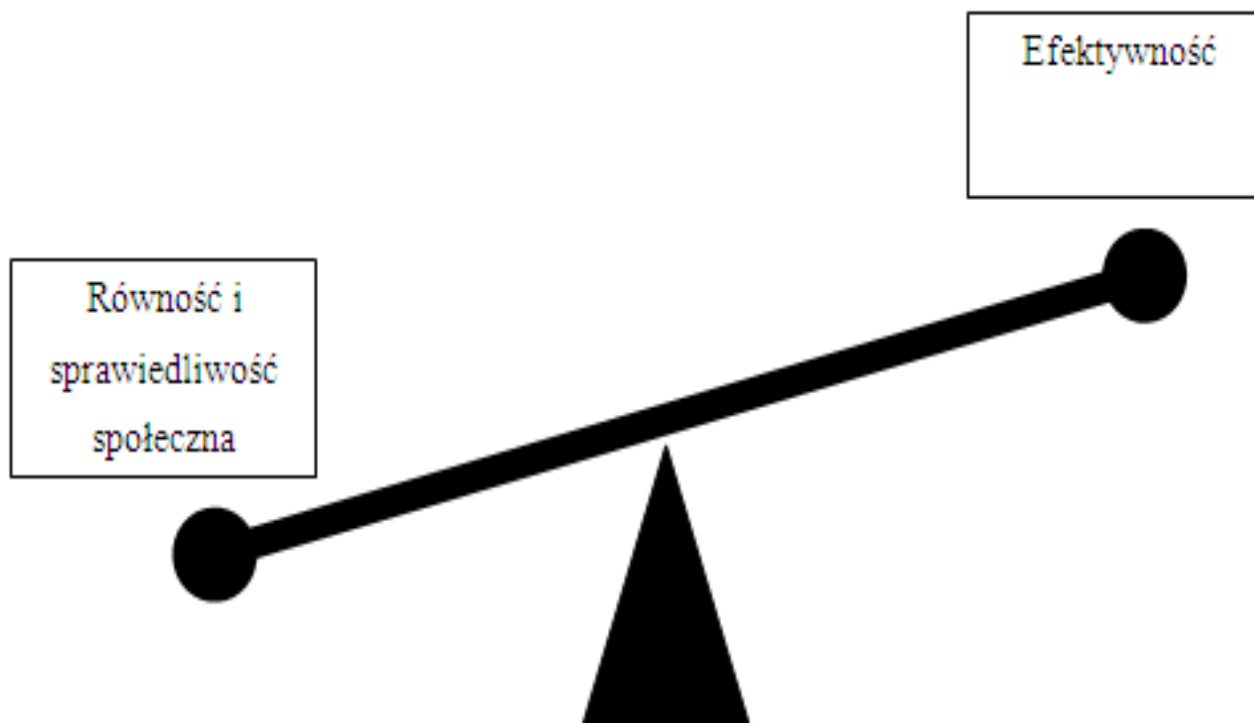
Racjonalizacja

- Ograniczenie swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ma ona na celu umożliwienie korzystania z danego świadczenia jak największej liczbie beneficjentów.
- Metody racjonalizacji:
 - racjonalizacja celu,
 - wykluczenie,
 - racjonalizacja czasowa,
 - zmiana warunków realizacji świadczenia

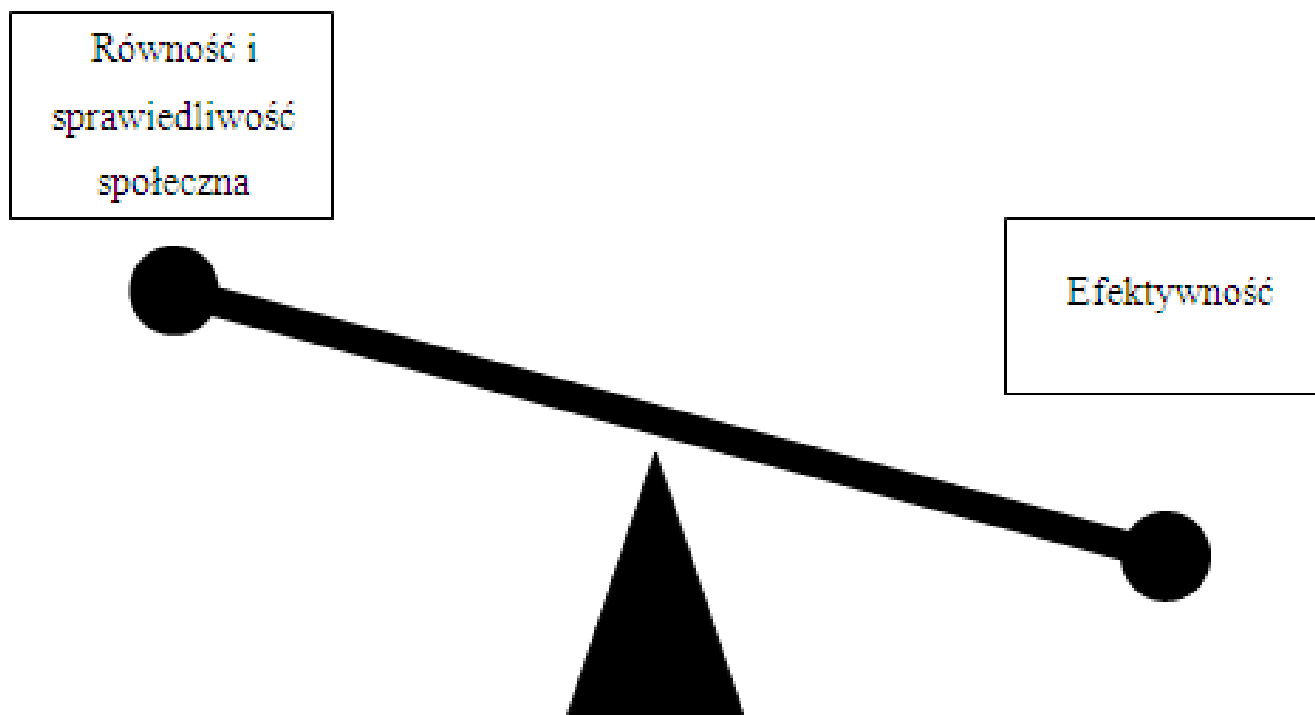
Priorytetyzacja

- Ustalanie rankingu świadczeń zdrowotnych.
- Wyróżnia się dwa typy:
 - pionowa dla homogenicznej grupy pacjentów (na poziomie świadczeniodawcy)
 - pozioma pomiędzy homogenicznymi grupami pacjentów (na poziomie centralnym)

Efektywności vs. równość i sprawiedliwość społeczna



Równość i sprawiedliwość społeczna vs. efektywności



Równość dostępu

- nakład (monetarny i niemonetarny) korzystania ze świadczenia zdrowotnego
- maksymalna możliwa konsumpcja danego dobra była taka sama dla wszystkich
- taka sama pomoc medyczna dla takich samych potrzeb zdrowotnych (ang. *equal access for equal needs*)

Równość potrzeb

- zdolności do poprawy zdrowia
- uciążliwość choroby

Egalitaryzm

- Równa poprawa zdrowia
- Równy końcowy stan zdrowia

Efektywność

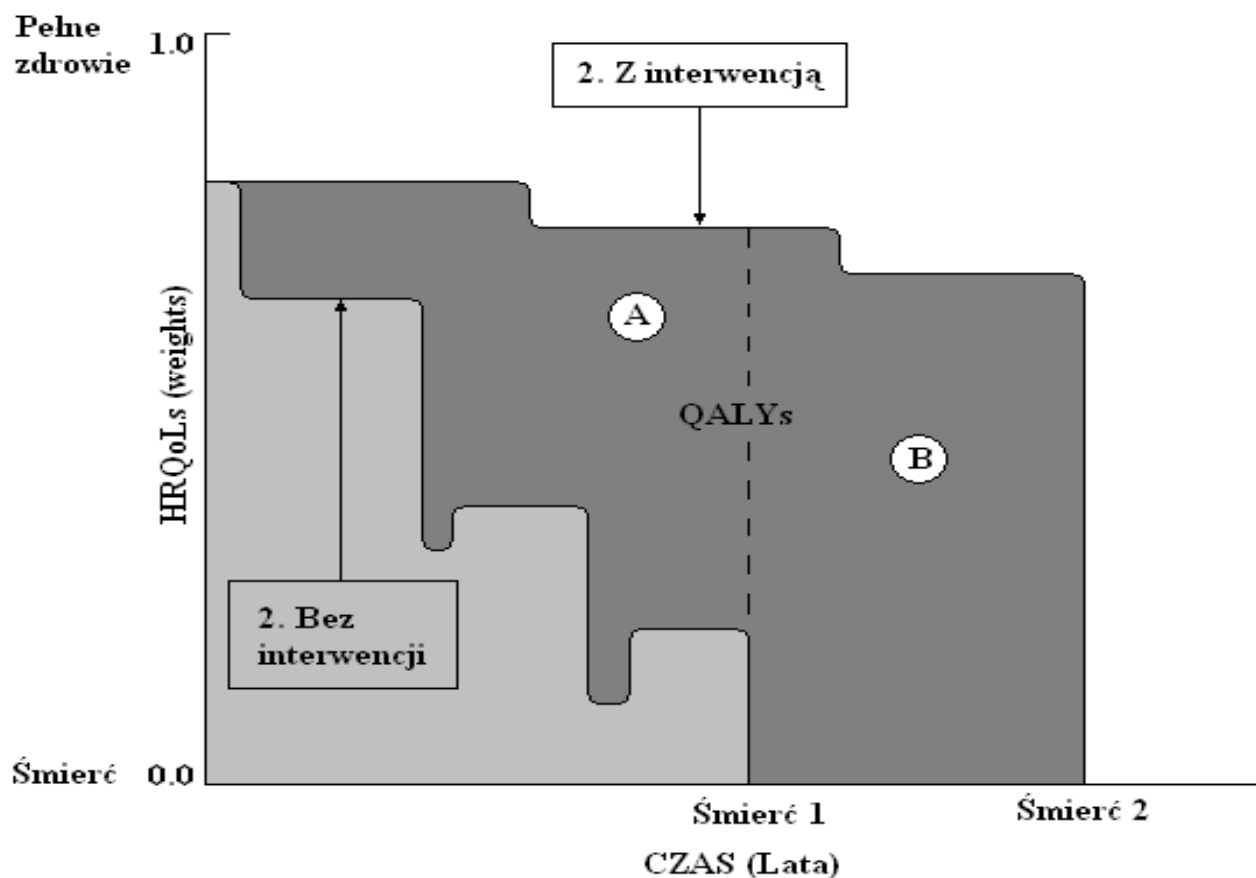
Efektywność

- techniczna
- kosztowa
- alokacyjna

Efekty

- Użyteczność
- Zdrowie
- zdolności

QALY (Quality adjusted life years)



Zaangażowanie opinii publicznej w definiowaniu kryteriów alokacji w wybranych krajach

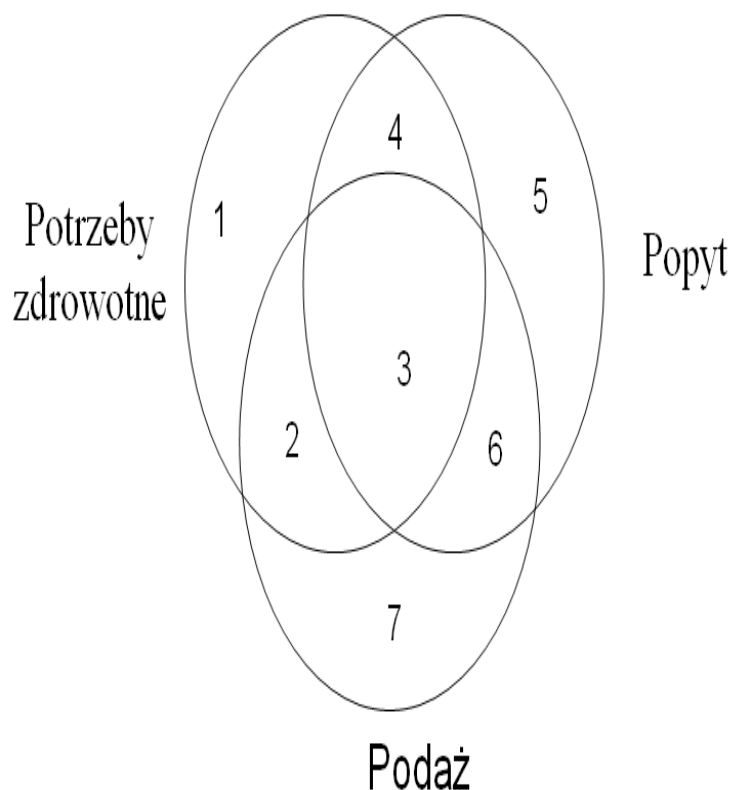


Szwecja

- Dialog społeczny w poszukiwaniu kompromisu między rosnącym popytem na świadczenia zdrowotne a ograniczonym budżetem
- Badania ankietowe wśród 3 000 osób w tym personelu medycznego, administracji służby zdrowia oraz losowo wybranych przedstawicieli różnych grup społeczeństwa
- Debaty publiczne przy zaangażowaniu lokalnych polityków
- Konferencje i seminaria z przedstawicielami profesji medycznych

- **Godności jednostki**
każdy obywatel ma takie same prawa oraz powinien być traktowany według takiego samego systemu wartości
- **Potrzeb i solidarności**
alokacja zasobów powinna być prowadzona odpowiednio do potrzeb zdrowotnych. Grupy społeczne pokrzywdzone lub nie mogące wyrażać swoich potrzeb nie powinny być inaczej traktowane niż osoby których potrzeby zdrowotne są jasno rozpoznawalne.
- **Efektywności kosztowej**
w podejmowaniu decyzji o alokacji zasobów ocena relacji korzyści do kosztów powinna być brana pod uwagę.

Kryteria alokacji w Szwecji



1. Nie objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych uzasadnionych medycznie, na które nie ma popytu
2. Objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych uzasadnionych medycznie, na które nie ma popytu
3. Objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych uzasadnionych medycznie, na które jest popyt
4. Nie objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych uzasadnionych medycznie, na które jest popyt
5. Nie objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych nie uzasadnionych medycznie, na które jest popyt
6. Objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych nieuzasadnionych medycznie, na które jest popyt
7. Objęte publicznym finansowaniem leczenie potrzeb zdrowotnych nieuzasadnione medycznie, na które nie ma popytu

Kryteria alokacji w Norwegii

Stworzoną listę priorytetów z podziałem na następujące grupy świadczeń zdrowotnych:

1. Świadczenia podstawowe z pierwszeństwem dostępu zdefiniowane w oparciu o trzy kryteria:
 - Ryzyko zgonu w ciągu najbliższych 5 lat: powyżej 5-10%
 - Poprawa 5 letniego przeżycia: co najmniej 10%
 - Wymierne korzyści w stosunku do poniesionych nakładów
2. Świadczenia suplementarne
3. Świadczenia o niskim priorytecie
4. Świadczenia nie priorytetowane

Anglia i Walia

- Rada Obywatelska (ang. Citizen's Council) przy Agencji Oceny Technologii Medycznych (ang. National Institute for Clinical Excellence – NICE)
- Grupa 30 losowo wybranych przedstawicieli różnych grup społecznych, wybieranych na trzyletnie kadencje
- Spotkania Rady Obywatelskiej odbywają się dwukrotnie w roku, trzydniowe zjazdy
- Najważniejszym osiągnięciem - raport o obiektywnych i jakościowych zasadach podejmowania decyzji refundacyjnych (ang. *social value judgement*)

Kryteria alokacji w Anglii i Walii

1. Skuteczność, bezpieczeństwo, efektywność kosztowa
2. Efekty zdrowotne definiuje się tak samo niezależnie od charakterystyki pacjenta. Wymowne jest w tym względnie stwierdzenie „a QALY is a QALY is a QALY.”
3. Proceduralna sprawiedliwość

USA

- Instytut Medycyny (IOM) powołany w 1970 roku przez Narodową Akademię Nauki, odpowiedzialny za koordynację projektu określenia koszyka świadczeń zdrowotnych:
 - spotkania otwarte dla opinii publicznej
 - możliwość składania uwag i sugestii drogą elektroniczną za pośrednictwem przygotowanej platformy internetowej
 - sesje dla grup pacjentów, świadczeniodawców, ubezpieczycieli oraz pracodawców

Kryteria priorytetyzacji w USA

- **Przejrzystość** - proces wyboru świadczeń zdrowotnych powinien podlegać ocenie opinii publicznej
- **Uczestnictwo** - ubezpieczeni mają prawo decydować o zawartości przysługującego im koszyka świadczeń
- **Równość i sprawiedliwość społeczna** - nie wolno zostawiać żadnej z mniej uprzywilejowanych grup społecznych bez opieki
- **Efektywność** - wybrane świadczenia zapewniają poprawę zdrowia oraz są oparte o twarde dowody medyczne
- **Elastyczność** –nowelizacja koszyka w miarę pojawiających się nowych informacji o skutecznych terapiach
- **Innowacyjność** - dostęp do nowoczesnych metod leczenia

Kryteria alokacji w stanie Oregon, USA

- Komisja ds. świadczeń zdrowotnych (przedstawiciele profesji medycznych, płatnika i stowarzyszeń pacjentów). W ramach kryteriów ustalono:
 1. Skuteczności oraz bezpieczeństwa technologii medycznych.
 2. Początkowy stan zdrowia chorego,
 3. Uciążliwość choroby,
 4. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania oraz możliwość sprawdzenia działań prewencyjnych.
- Każde z kryteriów ma przyznawaną wagę na skali od 0 do 5 lub 10

Podsumowanie

- Sektor ochrony zdrowia jest odmienny od rynku wolnokonkurencyjnego
- Alokacja wymaga poszukiwania równowagi między zaangażowaniem kryteriów ekonomicznych i nieekonomicznych
- Nie istnieje jedno podejście do problemu alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia
- Zaangażowanie opinii publicznej jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia optymalnej alokacji zasobów w ochronie zdrowia



**Dziękujemy za uwagę.
Zapraszamy ponownie.**

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO
PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ

Fundacja MY PACJENCI
email: info@mypacjenci.org
www.mypacjenci.org
tel.fax +48 22 615 57 10
KRS 0000420212
NIP 9522119578
REGON 146134960

