

OPRACOWANIE WSTĘPNE

Podstawowe cechy i zasady tworzenia koszyków świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach wysokorozwiniętych

(jedynie wstęp z pełnego opracowania)

Wersja 1.0
Kraków
2006

Opracowanie pod redakcją
Krzysztofa Łandy

Magdalena Władysiuk-Blicharz
Krzysztof Łanda
Agnieszka Nadzieja
Marcin Gąsiorowski
Maciej Dziadyk



HTA Consulting Łanda, Plisko, Ryś, Władysiuk-Blicharz Spółka Jawna

ul. Bożego Ciała 3/16
31-055 Kraków

www.hta.pl

Tel.: (+48 12) 421 88 32
Tel. Kom.: (+48) 508 180 859
Faks: (+48 12) 395-38-32

Kierownik projektu: Magdalena Władysiuk-Blicharz

Korekta językowa: Krzysztof Łanda i Maciej Dziadyk

Prace nad projektem były finansowane przez firmę:

Grupa Sanofi-aventis Sp. z.o.o.,

ul. Domaniewska 41
02-672 Warszawa
Tel.: (+48 22) 606-03-80
Fax: (+48 22) 606-03-97

1. SŁOWNICZEK

Bezpieczeństwo	Ocena potencjalnego wpływu szkodliwego technologii (działania niepożądane, powikłania).
Efektywność	Zestawienie / porównanie skuteczności i bezpieczeństwa. Wyróżnia się efektywność kliniczną obserwowaną w badaniu klinicznym oraz efektywność rzeczywistą obserwowaną w populacji, w której stosuje się technologię w praktyce.
HTA	Ocena Technologii Medycznych. Interdyscyplinarna dziedzina nauki, wykorzystująca wiedzę z zakresu, m.in.: epidemiologii, biostatystyki, ekonomii, prawa i etyki. Pozwala na podejmowanie racjonalnych decyzji w oparciu o wiarygodne badania naukowe i analizę uwarunkowań (w tym również kosztów) charakterystycznych dla danego kraju. (<i>Health Technology Assessment</i>)
Koszyk	Zbiór świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych finansowanych przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju.
Koszyk podstawowy = gwarantowany	Zbiór świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych przysługujących osobom uprawnionym w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Z oczywistych względów koszyk gwarantowany jest koszykiem pozytywnym.
Koszyk ponadstandardowy (pozastandardowy)	Zbiór świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych, które mogą być wykonywane w ramach komplementarnych (uzupełniających) ubezpieczeń zdrowotnych.
Koszyk negatywny	Zbiór świadczeń lub procedur wykluczonych z ubezpieczenia określonego rodzaju.
Koszyk pozytywny	Świadczenia lub procedury możliwe do wykonania i finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju.
Płatnik	Podmiot prywatny lub publiczny pokrywający w określonym zakresie koszty opieki zdrowotnej uprawnionej populacji, instytucja ubezpieczenia lub zabezpieczenia zdrowotnego.
Procedura medyczna	Postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.
Produkt leczniczy	Substancja lub mieszanina substancji, której przypisuje się właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt, lub podawana człowiekowi lub zwierzęciu w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia czy modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu ludzkiego lub zwierzęcego.
Skuteczność	Ocena wpływu korzystnego (pozytywnego) technologii, procedury. Wyróżnia się skuteczność kliniczną (<i>efficacy</i>) obserwowaną w badaniach klinicznych oraz skuteczność rzeczywistą (<i>effectiveness</i>) obserwowaną w populacji, w której stosuje się technologię w praktyce.
Receptariusz szpitalny	Lista, wybranych na podstawie określonych kryteriów, leków stosowanych w szpitalu; leki mogą być przyporządkowane do konkretnych schorzeń lub wskazań.
Świadczenie	Działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub

zdrowotne	poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.
Świadczeniobiorca	Osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.
Świadczeniodawca	Podmiot wykonujący świadczenia opieki zdrowotnej.
Technologia medyczna	Środki farmakologiczne oraz sprzęt medyczny, ale także metody, algorytmy i strategie postępowania, stosowane w celu uzyskania zdefiniowanego efektu zdrowotnego. Jej opis obejmuje co najmniej trzy elementy: populację (wskazanie), interwencję i wynik (efekt zdrowotny).
Ubezpieczenie dodatkowe	Ubezpieczenie zdrowotne, które uprawnia osoby płacące składki w przypadku choroby do uzyskania korzyści, które nie są związane z wykonywaniem świadczeń czy procedur medycznych; są to takie korzyści jak: środki finansowe wypłacone w przypadku zachorowania, skrócenie czasu oczekiwania w kolejce, podniesiony standard hotelowy w szpitalu itp.
Ubezpieczenie uzupełniające (komplementarne)	Ubezpieczenie zdrowotne, które uprawnia osoby płacące składki do korzystania, na określonych zasadach (np.: z lub bez współpłacenia), ze świadczeń i/lub procedur medycznych spoza koszyka podstawowego, czyli tych włączonych do koszyka ponadstandardowego; przy czym nie wszystkie ubezpieczenia uzupełniające muszą mieć w ofercie wszystkie świadczenia i procedury nie włączone do koszyka ponadstandardowego; ubezpieczenie komplementarne dotyczy ryzyka wystąpienia choroby i uzyskania możliwości określonej pomocy medycznej przy wykorzystaniu świadczeń i procedur spoza zakresu ubezpieczenia podstawowego; pojęcie związane z funkcjonowaniem koszyka ponadstandardowego.
Wskazanie	Cechy stanu zdrowotnego pacjenta z określoną jednostką chorobową.
Wyroby medyczne	Wszelkie narzędzia, przyrządy, aparaty, sprzęt, materiały i inne artykuły stosowane samodzielnie lub w połączeniu z niezbędnym wyposażeniem i oprogramowaniem, przeznaczone przez wytwórców do stosowania u ludzi w celu diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób, łagodzenia skutków urazów lub upośledzeń, prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych oraz regulacji poczęć, jeżeli nie osiągają swojego zasadniczego zamierzonego działania środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz mogą być przez nie wspomagane.
Wytyczne postępowania (practice guidelines)	Dokument stanowiący zbiór zaleceń dotyczących postępowania profilaktycznego, diagnostycznego i/lub terapeutycznego w określonych sytuacjach klinicznych.

2. WSTĘP

2.1. Pojęcie koszyka świadczeń, jako narzędzia systemowego

W opracowaniu przyjęto następującą definicję koszyka świadczeń:

Koszyk świadczeń jest zbiorem świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych:

1. które mogą być wykonywane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju (niezależnie od sposobu finansowania tych świadczeń) lub
2. które zostały wykluczone z ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju.

Zawartość koszyka informuje (funkcja informacyjna i regulacyjna):

1. ubezpieczonego – o tym, co mu się należy, czyli czego może oczekiwać, w zamian za składkę ubezpieczeniową, w określonym wskazaniu,
2. instytucję ubezpieczenia zdrowotnego – za co zobowiązana jest płacić świadczeniodawcy oraz do finansowania jakich świadczeń, czy procedur jest zobowiązana wobec ubezpieczonego w określonym wskazaniu,
3. świadczeniodawcę – jakie świadczenia zdrowotne lub procedury może wykonywać, u ubezpieczonego w określonych wskazaniach, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju,
4. sąd – jako instytucję odwoławczą dla wszystkich ww. stron oraz jako instytucję pełniącą nadzór nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych i nad tworzeniem koszyka (zgodnie z Dyrektywą Transparentności UE).

Podstawowym warunkiem dobrego funkcjonowania koszyków są:

1. jasno określony cel funkcjonowania koszyka i precyzyjne jego umiejscowienie w systemie ochrony zdrowia,
2. przejrzystość reguł jego tworzenia, czyli jasne kryteria włączania i wykluczania elementów koszyka w oparciu o wyniki analiz naukowych,
3. stabilność prawna systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Koszyk negatywny jest zbiorem świadczeń lub procedur wykluczonych z ubezpieczenia określonego rodzaju. **Koszyk pozytywny** zawiera świadczenia lub procedury możliwe do wykonania i finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju.

Koszyk gwarantowany (inaczej zwany **standardowym** lub **podstawowym**) jest zbiorem świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych przysługujących osobom uprawnionym w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Z oczywistych względów koszyk gwarantowany jest koszykiem pozytywnym.

Koszyk pozastandardowy (zwany też **ponadstandardowym**, **dodatkowym** lub **uzupełniającym**) jest zbiorem świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych, które mogą być wykonywane w ramach komplementarnych (uzupełniających) ubezpieczeń zdrowotnych.

Celem funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych:

1. najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa,
2. o udowodnionej efektywności klinicznej,
3. najbardziej opłacalnych z opcjonalnych lub alternatywnych,

4. możliwych do sfinansowania w ramach dostępnych środków.

Zgodnie z Dyrektywą Transparentności UE koszyk świadczeń powinien być tworzony w sposób przejrzysty, a nad wpisami i wykluczeniami z koszyka powinien sprawować nadzór sąd (wymagane jest możliwość odwołania się do sądu). Z postawionego celu funkcjonowania koszyka wynikają bezpośrednio **kryteria włączania i wykluczania** świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych z koszyka.

Obiektywne kryteria nakazują brać pod uwagę, przy włączaniu do i wykluczaniu z koszyka, wyniki wiarygodnych i kompletnych, porównawczych analiz: efektywności klinicznej (zgodnie z wytycznymi WHO i wytycznymi rządowych agencji HTA na świecie, analizy efektywności klinicznej powinny być przeprowadzone na podstawie przeglądów systematycznych), analiz ekonomicznych i finansowych. Brane są również pod uwagę czynniki, których ocena może być mniej lub bardziej subiektywna, takie np. jak: oczekiwania społeczne, uwarunkowania etyczne, dostępna infrastruktura, uwarunkowania geograficzne, ciężkość choroby czy aktywność biznesowa producenta w danym kraju.

Kryteria włączania i wyłączania elementów koszyka powinny być przejrzyste i powinny zapewniać powtarzalność decyzji przy określonym zasobie informacji. Podstawowym narzędziem wykorzystywanym przy tworzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych i koszyka negatywnego powinna być ocena technologii medycznych (HTA, *Health Technology Assessment*).

Odpowiednio obszerny koszyk świadczeń ponadstandardowych pozwala na rynkową grę instytucji ubezpieczeń komplementarnych oraz tworzenie przez te instytucje swoistych produktów ubezpieczeniowych.

2.2. Koszyk świadczeń w Polsce

Nawet najlepiej rozwinięte i najbogatsze kraje wielką wagę przykładają do racjonalnego wydatkowania środków na ochronę zdrowia, gdyż na opiekę zdrowotną (szczególnie wobec obecnej szybkości rozwoju medycyny) można wydać każdą ilość pieniędzy. Dobre funkcjonowanie narzędzi, które pozwalają na racjonalne wydatkowanie środków finansowych na ochronę zdrowia (często cytowana reguła: „*value for money*”) powinno stać się priorytetem polityki zdrowotnej.

Stworzenie koszyka świadczeń jest obowiązkiem rządu wynikającym z Konstytucji RP. Niestety nie udało się przed rokiem 2006 rozpocząć prac nad jego tworzeniem. Wydaje się, że do podstawowych przyczyn zaniechań w tym względzie należały:

1. brak stabilności prawa w obszarze ochrony zdrowia (wysoka zmienność, nawet tych zasadniczych, regulacji w systemie),
2. brak przeznaczenia wystarczających środków na opracowanie koncepcji funkcjonowania koszyka świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia,
3. brak przeznaczenia środków na opracowanie koszyka świadczeń w Polsce.

Koszyk świadczeń powinien być opracowany i wprowadzony w systemie o akceptowalnej przez obywateli, pracowników ochrony zdrowia i biznes stabilności („zgoda polityczna ponad podziałami”, wobec najważniejszych założeń funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; np. zapisy w tzw. „konstytucji zdrowia”).

Od lat postuluje się wprowadzenie komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, których funkcjonowanie bez opracowania koszyka nie jest możliwe. Opracowanie odpowiednio obszernego koszyka świadczeń ponadstandardowych stworzy przestrzeń dla gry rynkowej ubezpieczeń komplementarnych i dokapitalizowanie polskiej ochrony zdrowia.

Aktualnie funkcjonują w Polsce ubezpieczenia zdrowotne dodatkowe. Ubezpieczenia dodatkowe oferują dziś m.in.:

1. zapomogę finansową w razie choroby,
2. opiekę zdrowotną poza systemem kolejek,
3. podniesiony standard hotelowy,
4. czy opiekę poza systemem zabezpieczenia zdrowotnego, ale bez możliwości prawnych uzyskania choćby częściowej refundacji kosztów z NFZ.

Zgodnie z obowiązującym prawem i z powodu braku koszyka ponadstandardowego nie ma miejsca na konkurencję ofertami świadczeń i procedur medycznych – świadczeniami, których nie obejmowałoby ubezpieczenie podstawowe.

Rynek ubezpieczeń dodatkowych działających aktualnie w Polsce ocenia się na ok. 700 mln do 1,2 mld złotych¹ rocznie, w porównaniu z 36 mld zł NFZ i ok. 60 mld zł w całym systemie ochrony zdrowia. Zbudowanie odpowiednio obszernego koszyka świadczeń ponadstandardowych² stworzyłoby obszar dla ubezpieczeń komplementarnych, o wartości nawet 10-15 mld złotych rocznie.

2.3. Rodzaje koszyków świadczeń

Określenie rodzaju koszyka wiąże się bezpośrednio ze sposobem jego funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia. Określenie rodzaju koszyków przekłada się na czas i koszty tworzenia oraz implementacji systemowej samego koszyka, jak też na koszty jego uaktualniania i funkcjonowania w systemie. Oprócz podziału na koszyki pozytywne i negatywne oraz gwarantowane i ponadstandardowe, można wyróżnić jeszcze koszyki zdefiniowane i niezdefiniowane. **Koszyk zdefiniowany** tworzony jest aktywnie (czynnie) przez wpisanie określonych elementów (świadczeń zdrowotnych, procedur medycznych, innych elementów) na skończoną liczebnie listę. **Koszyk niezdefiniowany**, czyli tworzony pasywnie (biernie) obejmuje wszystkie te świadczenia lub procedury, które nie zostały wpisane na konkretną listę koszyka zdefiniowanego. Tworzenie jednego lub więcej koszyków zdefiniowanych powoduje niejako „automatyczne” tworzenie koszyka niezdefiniowanego. Natomiast najprostszym, z punktu widzenia technicznego, sposobem opracowywania koszyka pozytywnego jest utworzenie w sposób aktywny koszyka negatywnego. Koszyk pozytywny jest w tym przypadku koszykiem niezdefiniowanym, czyli utworzonym biernie - zawiera on wtedy wszystkie te świadczenia lub procedury, które nie zostały wpisane do koszyka negatywnego. Przy założeniu funkcjonowania 3 koszyków: gwarantowanego, ponadstandardowego i negatywnego, koszyk gwarantowany jest zawsze pozytywny, natomiast koszyk ponadstandardowy może być traktowany jako negatywny wobec koszyka gwarantowanego w obszarze ubezpieczeń podstawowych, choć de facto jest również koszykiem pozytywnym w obszarze ubezpieczeń komplementarnych i w relacji do koszyka negatywnego; natomiast koszyk negatywny jest takowym jednoznacznie wobec dwóch pozostałych.

Zasadnicze znaczenie ma umiejscowienie koszyków w systemie oraz określenie wielkości obszaru, który dany koszyk pokrywa. Trudno jest dokonać jakichkolwiek wykluczeń bez uzyskania zgody wszystkich interesariuszy co do celu funkcjonowania koszyka oraz bez opracowania kryteriów włączania i wykluczania elementów koszyka a priori (praktyka w innych krajach, ale również w Polsce jasno wskazuje na te elementy, jako przyczynę klęski podejmowanych w przeszłości prób). Bez przedstawienia a priori przejrzystych kryteriów włączenia i wykluczenia opracowanie jakiegokolwiek koszyka zdefiniowanego może być praktycznie trudne lub wręcz niemożliwe (kończy się ew. opracowaniem kolejnego katalogu świadczeń).

¹ na podstawie danych Krajowego Instytutu Ubezpieczeń (www.kiu.pl)

² wydaje się możliwym jego wprowadzenie bez uszczerbku dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego osób posiadających wyłącznie ubezpieczenie podstawowe m.in. dzięki przyjęciu reguły „n+1/n+1”, a co więcej uwolnione środki mogą poprawić sytuację osób posiadających ubezpieczenie podstawowe i bezpieczeństwo finansowe instytucji ubezpieczenia podstawowego (NFZ lub konkurujących instytucji, z lub po podziale NFZ)

Cel funkcjonowania koszyka oraz wynikające z celu kryteria włączania i wykluczania elementów koszyka określają jego zawartość. „Wysokość ustawienia poprzeczki”, czyli restrykcyjność kryteriów względem wyników analiz, na podstawie których dokonuje się wpisów, warunkuje wielkość zawartości określonych koszyków.

Zgodnie z koncepcją informacyjną koszyk świadczeń nie jest związany ze sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych. Podstawową funkcją koszyka świadczeń gwarantowanych jest „opisanie obszaru” technologii lekowych i nielekowych, które mogą być wykonywane (czytaj: finansowane) w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego – niezależnie od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, w tym np. leków w lecznictwie zamkniętym. Koszyk świadczeń gwarantowanych pełni rolę porządkującą oraz ograniczającą liczbę procedur, świadczeń, w tym leków finansowanych w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Koszyk świadczeń gwarantowanych powinien obejmować technologie o udowodnionej efektywności i opłacalne, które w razie potrzeby można podzielić na tańsze i droższe w stosunku do uzyskiwanego efektu zdrowotnego, w celu ew. rozdzielenia sposobu ich finansowania.

Koszyk negatywny może zawierać procedury o nieudowodnionej skuteczności, nieskuteczne lub wręcz szkodliwe. O ile pozwala na to prawo, do koszyka negatywnego mogą trafić również procedury skuteczne, ale wyraźnie nieopłacalne z uwagi na niską siłę interwencji i/lub bardzo wysokie koszty uzyskania korzyści zdrowotnej.

Koszyk gwarantowany zawiera świadczenia finansowane z podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, do których uzyskania ma prawo każda osoba objęta tym ubezpieczeniem. Nie zawsze są to świadczenia zawierające najskuteczniejsze rozwiązania i najnowsze technologie, ale świadczenia takie, które w ramach posiadanych środków budżetowych płatnika, środków technicznych świadczeniodawców oraz w określonych uwarunkowaniach systemu ochrony zdrowia można zapewnić obywatelom objętym ubezpieczeniem podstawowym. Jednocześnie umieszczenie świadczenia w koszyku gwarantowanym nie musi oznaczać 100% refundacji kosztów przez płatnika (możliwe są rozwiązania zakładające współpłacenie pacjenta i/lub współfinansowanie dopłat przez ubezpieczenia dodatkowe na różnym poziomie).

Koszyk ponadstandardowy to również koszyk pozytywny - zawiera świadczenia lub procedury (lub inne elementy składowe), które zostały ocenione jako zbyt drogie, aby można je było finansować w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, w stosunku do uzyskiwanych dzięki nim korzyści zdrowotnych, względem opcjonalnych i/lub alternatywnych świadczeń czy procedur.

2.4. Koszyk a leki, programy terapeutyczne oraz programy skriningowe

Z punktu widzenia prawnego oraz z powodu różnic w finansowaniu terapii z zastosowaniem leków, należy dokonać generalnego podziału leków na:

1. **leki stosowane w lecznictwie otwartym** (tu leki refundowane i nier refundowane, a wśród leków refundowanych: leki refundowane „zwykłe” oraz leki refundowane „specjalistycznego stosowania”, które mogą być wkrótce zamieszczone w Polsce na oddzielnej liście) oraz
2. **leki stosowane w lecznictwie zamkniętym** (stosowane zgodnie z mniej lub bardziej zdefiniowanymi receptariuszami szpitalnymi i rozliczane w ramach kontraktów z NFZ oraz leki stosowane w ramach tzw. programów terapeutycznych NFZ i finansowane na określonych zasadach).

Lista leków refundowanych w lecznictwie otwartym związana jest bezpośrednio ze sposobem płacenia za leki, które z punktu widzenia ekonomiki zdrowia należy nazwać świadczeniami (w ustawie przyjęto, że lek jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym). W obszarze leków refundowanych w lecznictwie otwartym mamy więc do czynienia z system *fee-for-service*, czyli opłaty za świadczenie, ze wszystkimi tego potencjalnie negatywnymi konsekwencjami. Zgodnie

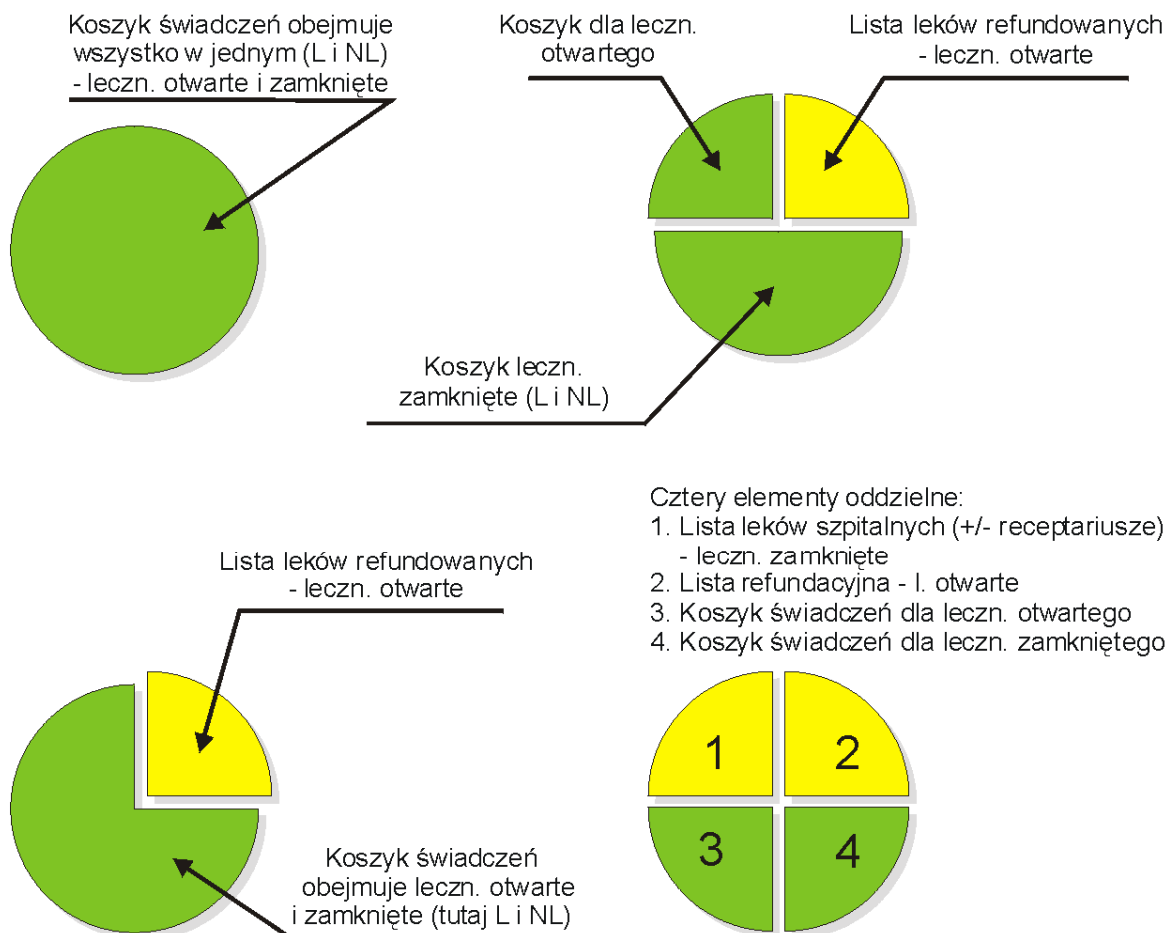
z koncepcją finansową koszyk świadczeń pełniłby dla świadczeń i procedur stosowanych w lecznictwie zamkniętym, oraz być może dla technologii nielekowych w lecznictwie otwartym, podobną rolę jak lista refundacyjna dla leków w lecznictwie otwartym. W tej koncepcji, jeśli np. technologia nielekowa znajdzie się w koszyku, będzie finansowana na zasadach *fee-for-service*. W przypadku leków z listy refundacyjnej ograniczenie kosztów refundacji odbywa się przede wszystkim na dwa sposoby: nie wszystkie leki wpisywane są na listę leków refundowanych oraz istnieje częściowa odpłatność pacjenta za leki. W systemie *fee-for-service* jedynym mechanizmem o udowodnionej skuteczności w ograniczaniu niepożądanego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej jest istotne współpłacenie pacjenta. Wydaje się, że przyjęcie koncepcji finansowej koszyka wiązałoby się z koniecznością wprowadzenia podobnych mechanizmów, czyli ograniczeniem zawartości koszyka gwarantowanego oraz wprowadzeniem stosunkowo wysokiego współpłacenia przez pacjenta, a na to ostatnie zgody politycznej dziś nie ma. Skoro tak, to *gross* świadczeń czy procedur w koszyku nie może być finansowana *fee-for-service*, a koszyk powinien stanowić opis obszaru objętego ubezpieczeniem zdrowotnym określonego rodzaju, bez powiązania ze sposobem płacenia świadczeniodawcom za wykonania.

Z punktu widzenia celu funkcjonowania, kryteriów i metodyki tworzenia koszyka (oraz w świetle przyjętej w tym opracowaniu definicji) nie ma różnic pomiędzy koszykiem, a listą leków refundowanych. W niektórych krajach (np. Szwajcaria) leki stosowane i refundowane w lecznictwie otwartym (jak też zamkniętym) są częścią koszyka świadczeń.

Z powodów historycznych, z powodu różnic w sposobie finansowania oraz z powodu przyzwyczajeń społecznych w Polsce, nie wydaje się zasadnym łączenie listy leków refundowanych w lecznictwie otwartym z koszykiem świadczeń gwarantowanych. Z drugiej jednak strony oddzielne tworzenie listy leków lecznictwa zamkniętego niepotrzebnie skomplikowałoby system i groziło wprowadzeniem systemu *fee-for-service* w szpitalnictwie. Oddzielne natomiast funkcjonowanie (poza koszykiem) programów terapeutycznych NFZ i programów przesiewowych może mieć uzasadnienie, o ile płatnik chciałby utrzymać ich finansowanie *fee-for-service* dla ograniczonej liczebnie subpopulacji. Jako że cele, kryteria i metody tworzenia listy leków szpitalnych, programów terapeutycznych i przesiewowych nie są różne od tych dotyczących koszyka świadczeń gwarantowanych, mogą one z powodzeniem stanowić zawartość tego ostatniego.

Rysunek 1

Rodzaje koszyków w zależności od zakresu świadczeń, który obejmują oraz ich rodzaju



L – technologie lekowe, leki, świadczenia lub procedury obejmujące zastosowanie leku

NL – technologie nielekowe, świadczenia lub procedury, w których stosowanie leku nie ma podstawowego znaczenia