

Może płacić za efekt, a nie za troskę?

Za zdrowie

Polskie społeczeństwo, podobnie jak innych uprzemysłowionych państw, ciągle się starzeje. Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że w najbliższych 20 latach liczba obywateli w wieku powyżej 65 lat wzrośnie o ponad 3 mln. Zmieni się również relacja liczby pracujących do niepracujących. W 2035 r. na 1000 osób w wieku produkcyjnym ma przypadać 736 w wieku nieprodukcyjnym.



for. Alberto Ruggieri/illustration Works/Corbis

Na podstawie powyższych szacunków można się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób w zaawansowanym wieku, co (ze względu na specyfikę potrzeb tej grupy świadczeniobiorców) może doprowadzić do zmniejszenia wydolności państwowego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Ocena efektu, a nie technologii

W tej sytuacji niezbędna wydaje się zmiana podejścia do analizy ekonomicznej jako etapu oceny technologii medycznej. Procedury, leki, wyroby medyczne, meto-

dy diagnostyczne i profilaktyczne, które pozwalają na zachowanie kapitału ludzkiego i wykorzystanie go w optymalny sposób, powinny być oceniane tak, aby możliwe było dostrzeżenie tej istotnej właściwości ocenianego świadczenia i porównanie go z innymi dostępnymi rozwiązaniami.

Czas trwania życia skorygowany jakością oraz zyskane lata życia nie odzwierciedlają w pełni wszystkich konsekwencji związanych z zastosowaniem danego świadczenia medycznego. Niewątpliwie zdrowie obywateli jako element kapitału ludzkiego można uznać za czynnik



fot. 123RF

Wartość (*value*)

– w klasycznej łacinie słowo znane tylko i wyłącznie jako czasownik, służący do określania tego, co ma znaczenie. Nazywał on np. stan bycia zdrowym, możliwość dysponowania walorami, które wyróżniają posiadacza.

W ekonomii, jak podaje w swojej monografii *Zarządzanie wartością z klientem* Kazimierz Rogoziński, można wydzielić dwa sposoby ujmowania wartości: wartość w użyciu (wartość użytkowa) oraz wartość wymienna. Ta pierwsza odnosi się nie tylko do korzyści, lecz również do przyjemności, jakie czerpie użytkownik z posiadanej rzeczy. Druga zaś do liczby innych przedmiotów (np. pie-

niędzy), na jakie można wymienić posiadany towar – jest to pieniężne wyrażenie wartości konkretnego dobra. Postrzeganie technologii medycznej ocenianej w procesie HTA jako dobra jest bardzo istotne z punktu widzenia wartości użytkowej, gdyż funkcją tego dobra jest zdolność do zaspokajania ludzkich potrzeb (potrzeba zdrowia). Również percepcja wartości wymiennej, która wyraża zdolność danego dobra do bycia przedmiotem wymiany na inne dobro, znajduje odzwierciedlenie w procesie HTA (*trade-off, willingness to pay*).

Na pytanie, jaką „ilość innego dobra” (pieniędzy) można wymienić na „dany towar” (technologia medyczna) w celu zaspokojenia potrzeby (zdrowie), odpowiada stosunek jakości (wartości) do ceny (*value for money*). *Value for money* wydaje się priorytetem każdego systemu opieki zdrowotnej o ograniczonych zasobach.

Rolą HTA w kontekście lepszego wykorzystania zasobów jest identyfikowanie nieefektywnych technologii medycznych (relatywnie do kosztu ponoszonego przez podatnika) oraz ocena potencjalnej redukcji lub zaprzestania refundacji z funduszy publicznych. Ten proces pozwala realokować środki na technologie i programy zdrowotne, które mogą zaoferować konkurencyjną koszt-efektywność. Proces ten (jak podają Culyer w *The morality of efficiency in health care – some uncomfortable implications* oraz Mooney w *Key issues in health economics*) ogranicza skalę niepotrzebnego cierpienia czy przedwczesnych zgonów z powodu stosowania technologii mniej skutecznej, podczas gdy istnieje lepsza w kontekście stosunku jakości do ceny (*value for money*).

mający znaczenie dla bieżącej i przyszłej sytuacji gospodarczej państwa. Czy zatem szybszy powrót do pracy chorego jest bez znaczenia?

Zwiększenie kosztów pośrednich, czyli części kosztów w perspektywie społecznej, wynikające z pogorszonego stanu zdrowia pacjentów (opieka nad chorym świadczona przez członka rodziny, czas na zwolnieniu lekarskim, wydatki na niezbędne świadczenia, które nie są ujęte jako koszty medyczne bezpośrednie) może świadczyć o zmniejszeniu się kapitału ludzkiego lub jego nieoptymalnej alokacji.

W dobie kryzysu gospodarczego, kiedy siedzi się na tykającej bombie demograficznej, oceniając ekonomiczną wartość świadczenia zdrowotnego i zasadność jego finansowania, nie można stać niewzruszenie na stanowisku, że pod uwagę mają być brane jedynie koszty bezpośrednie.

Obecna sytuacja

Wytyczne AOTM wyraźnie określają, że w poszczególnych wypadkach wskazane jest dokonanie analizy z perspektywy społecznej. Chodzi o dwie sytuacje uzasadniające takie podejście: gdy „wyniki zdrowotne danej technologii medycznej w istotnym stopniu doty-

„ Zdrowie obywateli jako element kapitału ludzkiego można uznać za czynnik mający znaczenie dla bieżącej i przyszłej sytuacji gospodarczej państwa ”

czą nie tylko chorego, ale również innych członków społeczeństwa (np. rodziny, opiekunów)” oraz gdy „pożądanym następstwem analizy ekonomicznej jest optymalna alokacja zasobów na poziomie społecznym”. Rozporządzenie o minimalnych wymaganiach wskazuje natomiast na konieczność przedstawienia analizy z dwóch perspektyw: podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń z funduszy publicznych oraz z perspektywy wspólnej, czyli podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń z funduszy publicznych oraz świadczeniobiorcy.

Wydaje się, że zasadne i rozsądne jest inkorporowanie do analizy ekonomicznej w raporcie HTA kosztów



foto: I23RF

Kapitał ludzki

– pojęcie wprowadzone w 1690 r. przez Williama Petty’ego. Pierwotnie oznaczało skumulowane wynagrodzenia za pracę na poziomie gospodarki narodowej. Obecnie według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development* –

OECD) oznacza wiedzę, umiejętności, zdolności i inne przydatne jednostki ludzkiej, które są istotne w aktywności ekonomicznej. Analogiczną definicję odnajdujemy w opracowaniu *Kapitał ludzki – pojęcie i miary* autorstwa Ziemowita Czajkowskiego.

Jednym z istotnych czynników (zgodnie z wyżej wymienionymi źródłami) wpływających na formowanie kapitału ludzkiego jest zdrowie. Nieefektywne technologie powodują konieczność dalszej terapii lub zmuszają pacjenta do ponownego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, a co za tym idzie – wiążą się z kosztami i osłabieniem kapitału ludzkiego. Taka technologia w porównaniu z inną, niepowodującą konieczności kontynuowania terapii lub powrotu pacjenta do systemu, z oczywistych przyczyn „przegrywa” w decyzji refundacyjnej. Pacjent wcale jednak nie musi być dalej leczony lub powracać do systemu, żeby generować koszty. Wystarczy wymienić takie kategorie, jak świadczenia opiekuńcze. Dlatego koszty pośrednie mogłyby stanowić dodatkowy argument w sytuacji, kiedy oceniane są technologie o podobnej skuteczności i kosztach bezpośrednich.

społecznych. W obecnej sytuacji demograficznej i ekonomicznej dokonywanie ewaluacji technologii medycznych właśnie z tej najszerszej perspektywy pozwoli na ukazanie wartości danego postępowania w sposób najbardziej dokładniejszy i najbardziej kompleksowy. Świadczenie medyczne, które umożliwi pacjentowi aktywność zawodową (krótszy czas absencji i niezdolności do pracy), odciążą rodzinę (opieka nad niepełnosprawnym, chorym krewnym i konieczność rezygnacji z aktywnej pracy zawodowej) bądź innych szeroko rozumianych świadczeniodawców (np. ośrodek pomocy społecznej), powinno być

uznane za szczególnie wartościowe i godne finansowania.

Siłą rzeczy, skoro HTA nie jest metodologią opisową, lecz porównawczą, należy rozważyć w ewentualnych aktualizacjach wytycznych HTA bądź przepisów prawa wprowadzenie pewnej standaryzacji dotyczącej analizy kosztów pośrednich. Umożliwiłoby to przyłożenie tego samego, akceptowalnego zarówno dla ekspertów zajmujących się wykonywaniem i oceną analiz, jak i decydenta, „szkiełka i oka” do różnych technologii medycznych.



foto: I23RF

Analiza ekonomiczna

– nazywana też analizą opłacalności według wytycznych AOTM, jest porównawczą oceną zużycia zasobów koniecznych do uzyskania efektu klinicznego. Analizowane są konsekwencje terapeutyczne zastosowania

danej technologii wraz ze użytymi zasobami i kosztami jednostkowymi. Zmierzają one do zidentyfikowania rzeczywistych konsekwencji stosowania danej technologii w warunkach codziennej praktyki klinicznej, a więc z uwzględnieniem wszystkich kosztów bezpośrednich medycznych i niemedycznych. Dla płatnika i świadczeniodawcy niezbędna będzie wycena wszystkich kosztów pracy, technologii i zaangażowanej infrastruktury. Dla pacjenta jednak, czy szerzej – społeczeństwa, mniejsze znaczenie będą miały zaangażowane fundusze, a większe efekt w postaci odzyskania zdrowia (zachowania zdrowia) oraz powrotu do pełnienia funkcji społecznych i zawodowych, mający odzwierciedlenie w kosztach pośrednich. Niestety, w Polsce perspektywa społeczna rzadko jest brana pod uwagę, choć wytyczne AOTM jasno zalecają przedstawienie wyników analizy ekonomicznej oddzielnie z uwzględnieniem kategorii kosztów pośrednich. Perspektywa ta nie tylko jest możliwa, ale często wykorzystywana w innych krajach i nie jest to żadną nowością.



fot. 123RF

Analiza finansowa

– *budget impact analysis*, analiza wpływu na budżet płatnika – stanowi, zgodnie z wytycznymi AOTM, jeden z elementów analizy wpływu na system ochrony zdrowia. Poza oceną zmiany wydatków „w polskim systemie ochrony

zdrowia”, dokonywaną z perspektywy „płatnika publicznego oraz pacjenta, w przypadku współpłacenia”, analiza wpływu na system ochrony zdrowia ma uwzględnić ocenę „wpływu na budżet oraz ocenę konsekwencji organizacyjnych dla systemu ochrony zdrowia, a także możliwych implikacji etycznych i społecznych”. Czyli poza konsekwencjami finansowymi, ocenić „wpływ na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych” (z jasnym wskazaniem na zasiłki chorobowe i renty oraz inne koszty ponoszone w ramach ubezpieczenia społecznego) oraz „aspekty etyczne i społeczne”.

Praktyka wskazuje jednak, że dokładne oszacowanie zmian wydatków przeprowadzane jest wyłącznie z perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pacjenta (płatności za świadczenia medyczne *out-of-pocket*), z uwzględnieniem bezpośrednich kosztów medycznych, z pominięciem kosztów pośrednich, np. wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych związanych z czasową lub stałą niepełnosprawnością czy nieobecnością w pracy.

Gdzie warto analizować?

W ostatnim czasie na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych upublicznione zostały analizy weryfikacyjne oraz analizy wnioskodawców, w których dokonywano ekonomicznej oceny świadczeń również z perspektywy społecznej. Dotyczyły one terapii m.in. stwardnienia rozsianego, zaawansowanej choroby Parkinsona oraz padaczki lekoopornej. Wszystkie te schorzenia utrudniają lub wręcz uniemożliwiają pacjentowi podjęcie aktywności zawodowej, chorzy mogą wymagać pomocy ze strony najbliższych krewnych lub państwa (m.in. świadczenia rentowe). W takich wypadkach jak przytoczone powyżej zasadne wydaje się dokonywanie ekonomicznej oceny wartości danego leczenia oraz podejmowanie decyzji refundacyjnej z perspektywy społecznej.

Nie budzi zdziwienia, że kładzie się nacisk na liczenie kosztów pośrednich, gdy chodzi o działanie profilaktyczne, jak w wypadku Izraela, gdy dla zaprojektowanego programu walki z otyłością przygotowano symulację kosztów pośrednich, których można dzięki takiej interwencji uniknąć. Kalkulację przeprowadzono, adaptując *Canadian Cost of Illness* – badanie zrealizowane przez zespół badaczy ze Szpitala św. Pawła w Vancouver – do realiów ekonomicznych Izraela. Analizowano następujące kategorie kosztów pośrednich: oszczędności wynikające z redukcji funduszy przeznaczonych na leczenie otyłości (pośredni medyczny), zwiększenie produktywności (pośredni niemedyczny) oraz zmniejszenie absencji zawodowej (pośredni niemedyczny). Warto zaznaczyć, że analizy tej dokonali badacze Gary M. Ginsberg oraz Elliot Rosenberg na potrzeby resortu zdrowia Izraela.

W opracowaniu przeglądowym Instytutu Ekonomiki Zdrowotnej w Kanadzie (*Institute of Health Economics*,

Alberta, Canada) wskazano co najmniej kilkanaście różnych analiz ekonomicznych stworzonych w latach 90. ubiegłego wieku, a uwzględniających perspektywę społeczną. Koszty pośrednie liczone również dla technologii terapeutycznych, np.: okres liczony do momentu powrotu do pracy (ablacja śluzówki macicy *versus* histerektomia pochwy – krwotok miesięczkowy, badanie *Economic evaluation of hysteroscopic endometrial ablation versus vaginal hysterectomy for menorrhagia* autorstwa Vilos i wsp. 1996 r.) lub utrata dochodu (w leczeniu hemofilii, badanie *Episodic versus prophylactic infusions for hemophilia A: a cost-effectiveness analysis* autorstwa Smiths i wsp. z 1996 r.).

Uwzględnianie kosztów pośrednich w perspektywie społecznej nie jest wolne od pewnych trudności technicznych i metodologicznych. Wśród organizacji zrzeszonych w Międzynarodowej Sieci Agencji Oceny Technologii Medycznych (INAHTA) nie ma np. konsensusu, jak należy określać utratę produktywności (metoda kapitału ludzkiego czy kosztów frykcyjnych). Kolejna kontrowersja dotyczy tego, czy powinny być uwzględniane koszty innej (potencjalnej) choroby, jaka może się pojawić na skutek zastosowania interwencji wydłużającej życie. W tym wypadku większość wytycznych agencji krajowych, co omówiono w opracowaniu *Methods for the comparative evaluation of pharmaceuticals* z 2005 r., rekomenduje zakwalifikowanie wyłącznie kosztów bezpośrednio związanych z technologią.

Mimo trudności i wyzwań dostępne metody, podejścia i opracowania pokazują możliwość, a przede wszystkim zasadność inkorporowania kosztów pośrednich w perspektywie społecznej w proces oceny technologii medycznych.

Piotr Bulica