Rola HTA w systemach opieki zdrowotnej

Wprowadzenie

Celem oceny technologii medycznych (HTA) jest poprawa działania systemów opieki zdrowotnej. Jak jednak wygląda dobry system opieki zdrowotnej? Światowa organizacja zdrowia (WHO) sformułowała odpowiednią definicję:

„Dobry system opieki zdrowotnej zapewnia usługi wysokiej jakości wszystkim ludziom, wtedy, kiedy ich potrzebują, i tam, gdzie ich potrzebują”.[1]

Mimo że organizacja systemów opieki zdrowotnej jest różna w różnych krajach, wszystkie „dobre systemy” muszą:

- Poprawiać stan zdrowia populacji, którą obsługują,
- Odpowiadać na oczekiwania ludzi **oraz**
- Zapewniać ochronę finansową przed kosztami związanymi ze złym stanem zdrowia.

Ta definicja dostarcza cennych informacji związanych z działaniami związanymi z oceną technologii medycznych. Wskazuje trzy cele systemów opieki zdrowotnej:

1. Zdrowie
2. Wrażliwość
3. Uczciwość finansowania

Czym jest uczciwość finansowania?

W raporcie *World Health Report 2000* WHO używa pojęcia „uczciwość finansowania”, aby przedstawić dwie pokrewne idee:

- Ochrona jednostki przed nadmiernym obciążeniem

finansowym spowodowanym kosztami choroby **oraz**
- Sprawiedliwe uczestnictwo w kosztach systemu opieki zdrowotnej na różnych poziomach dochodów.

Uczciwe finansowanie oznacza, że koszty systemu opieki zdrowotnej są rozkładane zgodnie z możliwościami finansowymi, a nie ryzykiem choroby: uczciwie finansowany system zapewnia każdemu ochronę finansową. Uczciwego finansowania nie można oddzielić od równości, która tradycyjnie implikuje otrzymywanie potrzebnych usług w zamian za indywidualny wkład w płatność zgodnie z możliwościami finansowymi.

Koncepcja równości w HTA

W powyższym kontekście równość szeroko odwołuje się do „uczciwości”. W praktyce oznacza to często uczciwość dostępu do opieki – to znaczy, że dany lek jest w uzasadnionych granicach dostępny dla wszystkich, którym może przynieść korzyść, niezależnie od czynników w większości niepowiązanych z ich zdrowiem, takich jak miejsce zamieszkania czy, w niektórych systemach, możliwości płatnicze.

Kwestia równości jest brana pod uwagę w przypadku nowych leków, ale jest znacznie wyraźniejsza w odniesieniu do wysoko specjalistycznych usług. Te zwykle są oferowane w obszarach miejskich, a nie wiejskich, często w specjalistycznych ośrodkach lub klinikach akademickich.

Oto kilka przykładów:

- Nowe leki na raka wymagające specjalnych badań, takich jak „stowarzyszone badania diagnostyczne”, które mogą być wykonywane jedynie w miejskich ośrodkach.
- Niektóre leki muszą być podawane dożylnie, co może wymagać szpitala lub specjalistycznej przychodni.
- W przypadku pewnych chorób rzadkich, o których wiedza jest ograniczona z racji ich występowania u niewielu pacjentów, można tworzyć specjalistyczne centra

koordynujące opiekę na szczeblu regionalnym lub krajowym.

Pomimo równościowego systemu opieki zdrowotnej dostęp do niej nadal jest bardzo zróżnicowany. Dostęp pacjentów do właściwego leczenia może być różny zależnie od ich miejsca zamieszkania, ponieważ nie wszystkie usługi mogą być dostępne lokalnie.

Rola HTA w tworzeniu lepszych systemów opieki zdrowotnej

Decydenci biorą pod uwagę nie tylko korzyści dla poszczególnych pacjentów, ale dla całych populacji. Celem HTA jest kształtowanie polityki w kierunku poprawy działania systemów opieki zdrowotnej. Stosuje się zatem podejście oparte na dowodach, aby przedstawić jasne i spójne rekomendacje dotyczące technologii medycznych możliwych do zastosowania u określonych pacjentów. Służy to poprawie jakości i efektywności w całym systemie opieki zdrowotnej.

Aby to zrobić, HTA musi przedstawiać wiarygodne informacje na różnych poziomach decyzyjnych w strukturze systemu opieki zdrowotnej. W przypadku leków, te decyzje mogą być podejmowane na poziomie administracji krajowej lub terytorialnej, w poszczególnych instytucjach lub szpitalach bądź przez indywidualnych usługodawców medycznych. Formułując rekomendacje dotyczące leków, HTA musi uwzględnić następujące czynniki:

- czy leki są objęte refundacją w systemach opartych na ubezpieczeniach **lub**
- rekomendują lek do stosowania w systemach opartych na podatkach (zwykle lek jest umieszczany w „receptariuszu” – czyli na liście obejmującej szereg leków, które mogą być przepisywane w danej chorobie).

Z perspektywy HTA głównym problemem w zrozumieniu systemów opieki zdrowotnej jest rozróżnienie pomiędzy finansowaniem a

zapewnieniem opieki.

- **Finansowanie:** Kto płaci za usługi i jak pieniądze są przekazywane usługodawcom. Jest to ważne, ponieważ może wpływać na zachowanie lekarzy i instytucji.
- **Zapewnienie opieki:** W jaki sposób lekarze i instytucje zapewniają opiekę poszczególnym osobom. Jest to ważne, ponieważ może wpływać na sposób wykorzystywania leków.

Rola HTA w podejmowaniu decyzji związanych z systemem opieki zdrowotnej: Ocena wartości i możliwości

Wydatki na opiekę zdrowotną nie mogą rosnąć w nieskończoność; zawsze istnieją jakieś ograniczenia świadczenia usług medycznych. Jeśli zasoby są skromne w porównaniu z potrzebami, ze względu na ograniczony budżet, wykorzystanie ich w jeden sposób przekreśla inne możliwości. Określa się to jako „koszt możliwości”. Najlepszą miarą kosztu inwestowania w interwencje medyczne są korzyści zdrowotne (takie jak uratowane lata życia), które można byłoby osiągnąć, wydając pieniądze na kolejną najlepszą interwencję medyczną lub program opieki zdrowotnej.

Ograniczenia, na które napotykają decydenci, podkreślają znaczenie informacji HTA, kiedy trzeba wybrać, które leki bądź inne usługi będą refundowane (lub opłacane przez system), a które nie mogą być opłacane ze względu na ograniczone zasoby. Innymi słowy, decydenci muszą rozważyć, z ilu szans na zdrowie lub inne korzyści społeczeństwo jest w stanie zrezygnować (przy wykorzystaniu dostępnych zasobów), w porównaniu z ilością szans na zdrowie, które mogą zostać wykorzystane przy takich samych zasobach.

Ograniczenia, na które napotykają decydenci, podkreślają

znaczenie informacji HTA, kiedy trzeba wybrać, które leki bądź inne usługi będą refundowane (lub opłacane przez system), a które nie mogą być opłacane ze względu na ograniczone zasoby. Innymi słowy, decydenci muszą rozważyć, z ilu szans na zdrowie lub inne korzyści społeczeństwo jest w stanie zrezygnować (przy wykorzystaniu dostępnych zasobów), w porównaniu z ilością szans na zdrowie, które mogą zostać wykorzystane przy takich samych zasobach.

HTA próbuje przekazać decydentom pewne poglądy na temat wartości decyzji inwestycyjnych w opiece zdrowotnej. Z technicznego punktu widzenia wartość jest to cena, jaką konsumenci chcą zapłacić lub z jakiej chcą zrezygnować, aby uzyskać dodatkowe „dobro" lub usługę. W przypadku podejmowania decyzji politycznych dotyczących całego systemu opieki zdrowotnej wartość jest wyrażana w odniesieniu do populacji, a nie jednostek – musi wskazywać, jakie zyski i jakie straty mogą wystąpić w różnych częściach systemu opieki zdrowotnej lub poza nim. Na przykład podniesienie podatków, aby płacić za stosowanie nowych leków, może mieć poważne konsekwencje dla osób o niskich dochodach.

Większość procesów HTA rozpoczyna się od rozważenia dodatkowych korzyści zdrowotnych, co jest sposobem na poznanie wartości rekomendacji, które trzeba sporządzić. Niektóre procesy HTA, szczególnie te, które służą rozważeniu pokrycia kosztów nowych leków, badają także wpływ ekonomiczny (koszty) podjęcia decyzji o płaceniu przez system za te leki. W wielu systemach opieki zdrowotnej opracowano wytyczne do oceny ekonomicznej, aby zagwarantować, że szacowane koszty i efekty płacenia za nowe leki uzyskuje się w jasny i spójny sposób. Pozwala to uniknąć sytuacji, w której ocena jednego leku wygląda bardziej atrakcyjne niż innego tylko dlatego, że badacz użył różnych założeń podstawowych i metod w trakcie oceny.

Administracja państwowa odpowiedzialna za systemy opieki zdrowotnej często podejmuje działania mające na celu:

- ochronę dochodów,
- zapewnienie wystarczającego i równego dostępu,
- ochronę wolności wyboru przez konsumentów **oraz**
- zapewnienie odpowiedniej autonomii usługodawców medycznych.

Oprócz uwzględnienia kosztów możliwości w obrębie systemu opieki zdrowotne, administracja państwowa musi także rozważyć, ile pieniędzy z gospodarki można wydać na zdrowie i jak może to wpłynąć na korzyści społeczne z innych działań rządowych, takich jak wymiar sprawiedliwości i edukacja. Wielokrotnie wykazano, że uczciwa dystrybucja opieki zdrowotnej i usług zapewniających dobrostan populacji (równość) jest ważniejsza dla społeczeństwa niż maksymalizacja opieki zdrowotnej przy ograniczonych zasobach (efektywność).

Materiały dodatkowe

- Daniels, N. ‘Accountability for reasonableness’. *British Medical Journal* (321:7272), 1300-1301. Pobrano 11 lutego 2016 r. ze strony http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119050/
- Światowa Organizacja Zdrowia (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: Światowa Organizacja Zdrowia. Pobrano 11 lutego 2016 r. ze strony https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

Piśmiennictwo

1. World Health Organisation (2016). ‘Health Systems’. *Health Topics*. Retrieved 11 February, 2016, from http://www.who.int/topics/health_systems/en/

A2-6.01.2-v1.1