

Niderlandzki koszyk świadczeń gwarantowanych – przykład dla reformatorów¹

Włodzimierz Cezary Włodarczyk  <https://orcid.org/0000-0001-9616-391X>

Zakład Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Włodzimierz C. Włodarczyk, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, wlodzimierz.wlodarczyk@uj.edu.pl

■ Abstract

The Dutch guaranteed Benefit Health Basket – an example for reformers

In the process of searching for nearly half a century of new possibly effective forms of satisfying the health needs of societies, which have been undertaken with limited success in all countries of the world, an exceptional position should be attributed to the experience in the Netherlands. There are many reasons: not only the success of the changes carried out, not only the concept of a guaranteed health benefits basket confirmed by practice, not only the rarely used mechanism of competition between payers, but above all the consistency in the long-term preparation of a comprehensive change in the health system. At the same time, the constant dialogue with the society was not neglected, which allowed it to treat the introduced changes as its own.

Key words: Guaranteed Benefit Health Basket, Health care reforms, Netherlands

Słowa kluczowe: koszyk świadczeń gwarantowanych (podstawowych), Holandia, reforma opieki zdrowotnej

Jedną z najciekawszych propozycji przedstawionych w trwających wiele lat procesach reformowania opieki zdrowotnej była holenderska idea kompleksowej zmiany, zawierająca koncepcję koszyka, czy pakietu, świadczeń gwarantowanych, która dawała jasną informację zarówno o tym, co pacjent może od systemu zdrowotnego otrzymać, jak i o tym, na co nie może liczyć i za co sam jest odpowiedzialny. Inspirująca była nie tylko idea koszyka, ale także sposób jej przygotowywania i wdrażania. Spodziewając się podjęcia intensywnych wysiłków zmierzających do poprawy sytuacji w polskim systemie zdrowotnym – co wydaje się niezbędne – można uznać przydatność niderlandzkich doświadczeń dla naszych reformatorów.

■ Międzynarodowe inspiracje

Zmiany wprowadzane w systemie zdrowotnym w Holandii, czy raczej w Niderlandach, powinny być przedstawiane w powiązaniu z tym, co działo się w innych systemach zdrowotnych na świecie. Do połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku w większości krajów rozwiniętych stan

sektorów zdrowotnych wydawał się ustabilizowany, a świat był podzielony na strefę wpływów bismarckowskich ubezpieczeń, brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia (NHS) i idących własną, rynkową drogą Stanów Zjednoczonych. Jednak poczucie trwałości zastanego stanu rzeczy wkrótce zaczęło mijać. Przesądziło o tym narastające niezadowolenie większości grup zainteresowanych funkcjonowaniem opieki zdrowotnej: pacjentów, świadczeniodawców, polityków, a także obywateli płacących za opiekę w formie podatków, ubezpieczeniowych składek lub *ad hoc* wystawianych rachunków.

W atmosferze koncepcyjnego marazmu przełomową rolę odegrał tekst przygotowany i opublikowany w połowie lat osiemdziesiątych przez Alaina Enthovena, amerykańskiego ekonomistę, który analizował sytuację w brytyjskiej NHS [1]. Tytuł tego opracowania, który w tłumaczeniu brzmiałby: „Refleksje na temat zarządzania narodową służbą zdrowia. Amerykanin spogląda na proefektywnościowe zachęty w zarządzaniu świadczeniami zdrowotnymi w Zjednoczonym Królestwie”, w znacznym stopniu przedstawiał główny zamysł autora. Badacz doceniał zalety NHS, m.in. powszechną i formalnie równą dostępność

bezpłatnych w chwili korzystania świadczeń, ale jednocześnie z nieskrywanym zdumieniem zauważał nieobecność jakiegokolwiek zainteresowania kosztami i całkowity brak bodźców mogących skłaniać do zwiększania efektywności ich wydatkowania. Dostrzegał wprawdzie oddziaływanie bodźców moralnych, ale – mając doświadczenia i wiedzę o działaniu amerykańskiego systemu – uważał, że bez wsparcia przez bodźce finansowe nie są one w stanie motywować pracowników do efektywnego działania. Uważał więc, że dla NHS racjonalną zmianą reformatorską powinno być kierowanie się w stronę rozwiązań określanych jako „wewnętrzny rynek” (*internal market*), którego immanentnym elementem musi być konkurencja. Wykorzystując rynkowe mechanizmy, NHS powinna pozostać systemem publicznym i nie rezygnować z tego wszystkiego, co zostało osiągnięte w dotychczasowym rozwoju i co pozwalało obywatelom na postrzeganie NHS jako jednego z najcenniejszych osiągnięć krajowej polityki.

Po publikacji tekstu Enthovena coraz liczniejsze były głosy badaczy i polityków krytykujących niedostatki w działaniu opieki zdrowotnej wielu krajów, w tym niechęć do przyznawania ludziom korzystającym ze świadczeń większego wpływu na sprawy związane ze zdrowiem i jego ochroną. Częste były wtedy opinie, że mechanizm rynkowy, dający możliwość decydowania o zakupie, powinien być szerzej wykorzystywany w usprawnianiu systemów zdrowotnych. Otwierało to możliwość stosowania zachęt finansowych dla świadczeniodawców. W rezultacie prawie we wszystkich krajach zaczęto podejmować prace prowadzące do przygotowywania i wdrażania istotnych zmian organizacji i finansowania ich systemów zdrowotnych, a wysiłki te określono jako reformowanie opieki zdrowotnej.

Proces miał zasięg globalny i wielu badaczy potwierdziło zjawisko swoistej konwergencji, do której prowadziły propozycje reformatorskie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Dominowało w nim jednoznacznie przekonanie o zaletach mechanizmu rynkowego (rynek wewnętrzny), a także obecność koncepcji podstawowego koszyka świadczeń podstawowych, inaczej gwarantowanych [2]. Jednocześnie następował proces przejmowania przez systemy cech zaczerpniętych z modeli traktowanych w przeszłości jako całkowicie obce – regulacje i zarządzanie w modelach rynkowych oraz konkurencja w modelach publicznych [3]. Autorzy dostrzegali daleko idące podobieństwa koncepcji wykorzystywanych w propozycjach przedstawianych w różnych krajach [4]. Było wśród nich wspieranie i rozwój konkurencji wykorzystywanej w różnych płaszczyznach, czemu miały służyć rozwiązania instytucjonalne, jak wprowadzenie kontraktu jako podstawy więzi wewnątrz systemu zdrowotnego, oddzielenie w tym systemie funkcji płatnika i świadczeniodawcy, usamodzielnienie szpitala czy wyposażenie lekarza rodzinnego w prawo dysponowania budżetem. Jeden z badaczy pisał, że system publiczny, taki jak brytyjski NHS, wprowadzając zasady wewnętrznego rynku, podlega zaawansowanej amerykanizacji [5]. Powołany wyżej *casus* tekstu Enthovena [1] może być dobrą ilustracją tego procesu.

Prócz idei rynkowych, inną ważną koncepcją w inspirowaniu holenderskiej reformy była koncepcja racjonowania, a więc intencjonalnego ograniczania korzystania

z niektórych świadczeń przez pewnych ludzi w określonym czasie [6]. Koncepcja ta była – i jest – stosowana przez wszystkie publiczne systemy zdrowotne [7], ale jawne deklarowanie przez władze jej stosowania nie było popularne, bo politycy na ogół niechętnie przyznawali, że coś ludziom zabierają i zwykle wolą mówić o ustalaniu priorytetów (*priority setting*), choć są to pojęcia równoważne [8].

Dostrzeganie problemu racjonowania w opiece zdrowotnej było udziałem przede wszystkim ekonomistów, jak Michael Cooper w Wielkiej Brytanii [9] czy Aron Wildavsky w USA [10]. W latach osiemdziesiątych XX w. opublikowana została książka, w tytule której racjonowanie zostało określone jako „bolesna recepta” (*painful prescription*), a zażywanie lekarstwa, podobnie jak w chorobie, jako nieprzyjemne, ale konieczne [11]. Dostrzeżono krytycznie, że polityka zdrowotna przez dekady szybkiego rozwoju gospodarczego żywiła się złudzeniem stałego, obfitego napływu środków, umożliwiającego szybką ekspansję, ale takie korzystne warunki nie mogły trwać w nieskończoność [12].

Mimo wartości dla polityki zdrowotnej koncepcja jawnego racjonowania była wykorzystywana w praktyce zarządzania rzadko i do dzisiaj najbardziej znaczącym doświadczeniem w tej dziedzinie pozostaje ciąg wydarzeń, który miał miejsce w amerykańskim stanie Oregon pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia (*Oregon Health Plan, OHP*) [13].

Zgodnie z zasadami amerykańskiego systemu zdrowotnego nie było tam powszechnego prawa do świadczeń, ale osoby biedne objęte były programem Medicaid i wobec nich zmieniano reguły ustalania zakresu dostępnych świadczeń. W dramatycznych okolicznościach wywołanych zgonem dziecka, któremu odmówiono sfinansowania ratującej życie procedury medycznej, władze zaleciły rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do korzystania z Medicaid, poprzez liberalizację definicji ubóstwa oraz wprowadzenie mechanizmu jawnego racjonowania opieki dla osób korzystających z programu, pod warunkiem że ogólnie dostępny pakiet świadczeń będzie zawierał to wszystko, co jest zgodne z wymogami jakościowymi współczesnej medycyny. Tak więc intencją, a także deklarowanym celem OHP było przybliżanie się do realizacji zasady powszechnego dostępu do świadczeń.

Po skonfrontowaniu różnych opinii i propozycji² [14] przygotowano listę rankingową zawierającą ponad 700 par problemów zdrowotnych i odpowiadających im procedur medycznych, uporządkowaną od priorytetów najwyższych do najniższych. Kryterium porządkującym było znaczenie procedury dla ratowania życia, a także zdrowia pacjenta. Zgodnie z ustaleniem parlamentu stanowego wprowadzono zasadę podziału listy rankingowej na dwie części – w jednej znalazły się świadczenia włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych, w drugiej pozostałe. Umiejscowienie świadczeń było zmieniane co dwa lata i uzależnione od aktualnej sytuacji ekonomicznej stanu. W chwili podejmowania decyzji włączona do koszyka lista zawierała 565 pozycji, spośród znajdujących się tam 696 zestawień. W roku 1995 linia przecinająca listę została podniesiona, co wyeliminowało niektóre gwarantowane

wcześniej procedury [15], ale w 1999 r. w koszyku były 574 zestawienia, a więc 9 procedur więcej niż na początku [13].

Po początkowych sukcesach pojawiły się trudności polegające na zwiększaniu liczby beneficjentów finansowych, co wymuszało podejmowanie różnych środków zaradczych [16]. W roku 2002 podjęto decyzję o podziale programu Medicaid na dwa podsystemy i w jednym z nich zakres świadczeń zredukowano do 78% pierwotnego zakresu. W konsekwencji liczba uprawnionych zmalała ze 130 do 24 tysięcy w 2004 r. Sytuację pogarszała dekonjunkcja gospodarcza i wzrost bezrobocia. Oceniano, że odsetek populacji bez uprawnień nie zmniejszał się, trudno zatem uznać, że całe przedsięwzięcie zakończyło się sukcesem [17]. Godna uznania odwaga, z jaką wprowadzano reguły jawnego racjonowania, nie doprowadziła do uzyskania bardziej długotrwałego pozytywnego efektu. Kiedy służba zdrowia Oregonu zmagala się z epidemią COVID-19, żadne ślady działań sprzed 30 lat nie zostały dostrzeżone [18].

Ku publicznej odpowiedzialności za opiekę zdrowotną

Wprawdzie już na początku XX w. w Niderlandach przedstawiony został projekt obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ale spory polityczne uniemożliwiły jego uchwalenie i w efekcie do lat czterdziestych odsetek ubezpieczonych z trudem przekraczał 45% [19]. Znaczyło to, że osoby ubogie w razie nagłej potrzeby mogły korzystać z opieki zdrowotnej opłacanej przez miejskie fundusze pomocy medycznej. Zakres świadczeń zależał wtedy wyłącznie od zamożności i szczodrości podmiotu, który za nie płacił. Osiągające wystarczające dochody osoby pracujące miały możliwość uczestniczenia w dobrowolnych kasach chorych, a ludzie bardziej zamożni korzystali z prywatnej praktyki lekarskiej.

W roku 1941 wszedł w życie Dekret o Funduszu Ubezpieczenia Chorobowego (Sickness Fund Decree), który tworzył fundament systemu zdrowotnego funkcjonującego przez następne lata [20]. Działo się to w czasie okupacji niemieckiej, a koncepcja była inspirowana Bismarckowskim modelem funkcjonującym w Niemczech już od 1883 r. Można jednak przypuszczać, że o treści dekretu przesądziła atrakcyjność modelu, a nie polityczne okoliczności. Zastosowano zatem rozróżnienie na publiczne i prywatne ubezpieczenia chorobowe. Te pierwsze były obowiązkowe i obejmowały pracowników najemnych i ich rodziny, te drugie były dobrowolne i adresowane do osób prowadzących działalność na własny rachunek, przy zastosowaniu wymogu uzyskiwania dostatecznie wysokiego dochodu. Ubezpieczenie prywatne było także dostępne dla pozostałych grup ludności. Szacowano, że około 63% populacji było objętych publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym, podczas gdy pozostali, bardziej zamożni, mogli wybrać prywatne ubezpieczenie lub zdecydować się na pozostanie nieubezpieczonymi [21]. Podobnie jak niemiecki oryginał jego holenderska wersja podlegała zmianom rozszerzającym zakres podmiotów uprawnionych do świadczeń, a więc tych, którzy byli zobowiązani do przystąpienia do obowiązkowego ubezpieczenia, co dotyczyło osób starszych, emerytów,

a także pewne grupy osób niepracujących. Kolejne zmiany doprowadziły do rozbudowy, ale i skomplikowania mechanizmu ubezpieczeniowego.

Dla rozwoju systemu ubezpieczeń i uprawnień obywateli niezwykle ważna była ustawa o nadzwyczajnych wydatkach medycznych (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, AWBZ), która weszła w życie pod koniec 1967 r. Nastąpiło to wraz z uprzednim wprowadzeniem w 1962 r. ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych (która później stała się ustawą o kasie chorych). Ustalenia tych aktów prawnych zwiększały bezpieczeństwo ludzi mogących stanąć w obliczu nieoczekiwanej wysokiej wydatków będących następstwem złego stanu zdrowia. Warto wskazać, że ówczesny minister zdrowia przedstawił ideę systemu ubezpieczeń, obejmującego całą populację ubezpieczeniem od ryzyka poważnego ryzyka medycznego. Miało ono obejmować wydatki, z którymi borykała się każda osoba z powodu poważnej choroby lub długotrwałej niepełnosprawności – w szczególności choroby psychicznej wymagającej długotrwałej opieki, a także z powodu wrodzonego upośledzenia fizycznego lub umysłowego. Chodziło zatem o wydatki, których praktycznie nikt nie był w stanie ponieść bez pomocy państwa lub innego podmiotu służącego wsparciem finansowym.

Wraz z upływem czasu zakres ustawy był rozszerzany. Początkowo służyła ona głównie jako środek finansowania tych form świadczeń, które generowały szczególnie duże wydatki, jak opieka długoterminowa czy kosztowna terapia. Później przepisy ustawy zostały rozszerzone, obejmując coraz więcej elementów opieki zdrowotnej, z których wiele nie dotyczyło już długotrwałej terapii ani szczególnie kosztownej jej formy. W różnych okresach rozważano stopniowe przekształcanie ustawy w system ubezpieczeń zdrowotnych obejmujący całą populację i zdecydowaną większość usług zdrowotnych i społecznych. Liczono się z tym, że mnogość istniejących wówczas systemów ubezpieczeniowych zostałyby wchłonięta, w całości lub częściowo, przez nowy system.

Inicjatywa reformatorska

Mało spójne regulacje tworzące kilka źródeł uprawnień i obowiązków, brak precyzji stosowanych progów dochodowych, prowadzące do niejasności co do ich treści, a także groźba rosnących kosztów skłoniły do uznania problemu reformy za ważny. Powołano specjalną komisję i w 1987 r. opublikowano dokument, który przeszedł do historii pod nazwą Raportu Dekkera [22]. Podstawową ideą Raportu było wykorzystanie mechanizmu rynkowej konkurencji do poprawy efektywności sektora zdrowotnego, ale przy zapewnieniu powszechnego i równego dostępu. Zaproponowano objęcie obowiązkowym standardowym ubezpieczeniem całej populacji; ubezpieczenia byłyby administrowane przez prywatnych ubezpieczycieli, a ich działania regulowane przez normy prawne zapewniające solidarność i dostępność. Zgodnie z propozycjami rząd powinien egzekwować i gwarantować powszechną dostępność (przez kontrolę rynku ubezpieczeń), solidarność ryzyka (przez wyrównanie ryzyka) i solidarność dochodową

(przez utrzymanie składki częściowo związanej z dochodem). Skłaniające do konkurencji zachęty rynkowe byłyby promowane poprzez wprowadzenie większego wyboru dla konsumentów wśród konkurujących ze sobą ubezpieczycieli.

Konkurencja miała być stosowana na kilku poziomach, z których dla naszych rozważań istotne jest usytuowanie firm ubezpieczeniowych. Firmy te pozostawały prywatne i miały, zgodnie z projektem, konkurować między sobą, pozyskując przyszłych uczestników, biorąc pod uwagę różnice w wysokości składek i zakresach oferowanych świadczeń. Zakresy te składałyby się z dwóch części: koszyka podstawowego (według zaleceń Raportu byłoby to 85% ogółu świadczeń), jednolitego dla wszystkich, oraz koszyka świadczeń dodatkowych, różnicowanych przez poszczególnych ubezpieczycieli. Właśnie różnice zakresów tych świadczeń i związane z nimi ceny oferowanych polis były czynnikami umożliwiającymi klientom wybór preferowanej przez nich opcji. Konkurencję – przynajmniej w danym roku – wygrywała firma ciesząca się większą popularnością. Ponieważ istniała możliwość zmiany ubezpieczyciela, podział na zwycięzców i przegranych nie był stały.

Jednym z istotnych elementów koncepcji Dekkera był koszyk świadczeń podstawowych – niezbędne stało się zatem przygotowanie narzędzi pozwalających na definiowanie jego zawartości. W roku 1991 zadanie to rząd powierzył Komisji pracującej pod kierownictwem Arenda Jana Dunninga, profesora kardiologii [23]. Komisja miała skonstruować metodę włączania do koszyka świadczeń niezbędnych, obejmujących 95% dotychczas udzielanych [24], z jednoczesnym wskazaniem kryteriów pozwalających na eliminację tych świadczeń, które w koszyku nie powinny się znaleźć. Jednocześnie spodziewano się, że prace Komisji stworzą warunki osiągnięcia szerokiego konsensusu społecznego, pozwalającego na rozwiązywanie problemów niedoboru, ustalania priorytetów i wyznaczania kryteriów doboru pacjentów mających dostęp do różnego rodzaju świadczeń. Liczono się z tym, że uzyskane efekty będą skuteczne w stymulowaniu dyskusji na temat etycznych i społecznych implikacji przygotowywanych zmian w regulach dostępności do różnych form leczenia. Z uwagi na kontrowersyjność kwestii racjonowania świadczeń uważano, że dążenie do konsensusu jest istotne.

Lejek Dunninga

W roku 1992 opublikowano raport zawierający zasady definiowania koszyka świadczeń podstawowych [25]. Metoda umożliwiająca definiowanie treści koszyka została określona jako „lejek Dunninga” (*Dunning's funnel*), co było odzwierciedleniem postępowania polegającego na stopniowym odcieczaniu, czyli eliminowaniu świadczeń nienadających się do uznania ich za niezbędne³. W procesie eliminowania brano pod uwagę cztery kryteria [26]:

1. Istotność potrzeby (*essentiality of need*): Czy świadczenie jest niezbędne do zaspokojenia potrzeby? Choroba, niepełnosprawność lub potrzebna opieka uzasadniają powołanie zasady solidarności w istniejącym kontekście kulturowym.

2. Skuteczność (*effectiveness*): Czy interwencja prowadzi do osiągnięcia oczekiwanego skutku? Innymi słowy: czy udowodniono, że jest skuteczna i oparta na dowodach?
3. Opłacalność (*cost-effectiveness*): Czy stosunek między kosztem interwencji a wynikiem jest możliwy do zaakceptowania?
4. Wykonalność (*feasibility*): Czy wskazane jest włączenie interwencji do pakietu podstawowego, teraz i w przyszłości, z uwagi na rzadkość występujących przypadków i bardzo wysokie koszty terapii?

Na poziomie pierwszego kryterium – w celu odróżnienia świadczeń niezbędnych od niepotrzebnych – miało być stosowane „podejście zorientowane na społeczność” (*community-oriented approach*). Wyróżniono trzy grupy świadczeń niezbędnych, które miałyby być świadczone w trzech grupach: 1) świadczenia potrzebne wszystkim członkom społeczności, gwarantujące normalne funkcjonowanie w społeczeństwie (takie jak domy opieki i opieka nad osobami upośledzonymi umysłowo); 2) świadczenia potrzebne wszystkim członkom społeczeństwa, mające na celu głównie utrzymanie lub przywrócenie zdolności do uczestnictwa w działaniach społecznych (ratownictwo medyczne, profilaktyka chorób zakaźnych i udogodnienia dla ostrych pacjentów psychiatrycznych); 3) świadczenia, których konieczność zależy od stopnia ciężkości danej choroby oraz od liczby pacjentów na nią cierpiących.

Na poziomie drugiego kryterium oceniano skuteczność świadczenia w następującej skali: potwierdzona i udokumentowana skuteczność, domniemywana i słabo udokumentowana skuteczność, nieudokumentowana skuteczność, potwierdzona i udokumentowana nieskuteczność. Według Raportu tylko świadczenia, których skuteczność została potwierdzona i udokumentowana, mogą być częścią podstawowego pakietu.

Trzecie kryterium odnosiło się do wydajności czy efektywności kosztowej, którą oceniano przez zastosowanie różnych metod analizy ekonomicznej. Wykorzystując różne miary efektu – jak QALY (*quality-adjusted life year*) i koszt jego uzyskania – można było stosować podejścia stosowane w HTA (*Health Technology Assessment*).

Czwarte kryterium pozwalało wyeliminować świadczenia, które można było pozostawić indywidualnej odpowiedzialności. W Raporcie uznano, że zasada solidarności nie obowiązuje, a więc świadczenie nie musi znaleźć się w koszyku, gdy szanse na pozytywny wynik terapii są bardzo niewielkie, a koszty wysokie.

Jak napisał w komentarzu jeden z autorów, posłużenie się koncepcją „lejka” było zaproszeniem do stosowania MTA (*Medical Technology Assessment*) w jej szerokim zakresie, z uwzględnieniem aspektów medycznych, etycznych, społecznych i prawnych [27].

Raport Komisji Dunninga spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem, ale debata, która później nastąpiła, nie doprowadziła do politycznego rozstrzygnięcia, które mogło stać się podstawą dalszego postępu w pracach reformatorskich [28]. Chociaż koncepcja koszyka, a więc jawnego racjonowania świadczeń, zaistniała w świadomości, to sformalizowana procedura jego ustalania nie powstała [29]. W praktyce nowe świadczenia czy procedury były zwykle pośrednio wprowadzane

do luźno określonego pakietu korzyści, co było następstwem decyzji podejmowanych przez lekarzy. Stosowana natomiast była mała negatywna lista wyraźnie wykluczająca niektóre usługi na podstawie decyzji podejmowanych przez Radę ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Reforma 2006

Spory polityczne utrudniały prace nad reformą. Po wyborach w 1994 i 1998 r. rząd deklarował poparcie raczej podejścia inkrementalnego, a nie „dużej” reformy. Dopiero u progu nowego tysiąclecia sytuacja uległa zmianie i powrócono do koncepcji Dekkera z konkurencją i koszykiem [30]. W roku 2004 przedstawiono projekt nowej ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, który został przyjęty przez parlament i wszedł w życie 1 stycznia 2006 r. [31].

Zgodnie z postanowieniami ustawy bardzo ważnymi podmiotami były firmy prowadzące obowiązkowe dla wszystkich ubezpieczenia zdrowotne. Razem z ubezpieczającymi się obywatelami i świadczeniodawcami działają one na trzech rynkach: 1) na rynku ubezpieczeń zdrowotnych; 2) na rynku udzielania świadczeń i 3) na rynku zakupu usług/świadczeń. Na pierwszym rynku ubezpieczyciele oferowali koszyk podstawowy, obowiązkowy dla wszystkich obywateli. Rynek zakupu świadczeń to przestrzeń, gdzie ubezpieczyciele negocjowali ze świadczeniodawcami cenę, liczbę i jakość proponowanych świadczeń. Na rynku zakupu usług świadczeniodawcy oferowali opiekę, z której pacjenci mogli korzystać w przyszłości. W swoich oferowanych polisach ubezpieczyciele mogli nakładać ograniczenia co do swobodnego wyboru świadczeniodawcy przez pacjentów, zwykle w zamian za niższą składkę.

Po wejściu w życie zmian wprowadzonych w 2006 r. decyzje określające zawartość koszyka były podejmowane przez Radę Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Care Insurance Board), pod nadzorem ministra zdrowia, który miał głos przesądzający. Wykorzystywano przy tym, w miarę możliwości, podejście HTA, co praktykowano już od połowy lat osiemdziesiątych XX w. Decydenci byli wspomagani przez Radę Zdrowia (Health Council) oraz Krajowy Instytut Opieki Zdrowotnej (National Healthcare Institute), które opracowywały m.in. informacje na temat skuteczności nowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Dane te były wykorzystane zarówno przy decydowaniu o zawartości koszyka, jak i przy opracowywaniu profesjonalnych wytycznych dotyczących praktyki. Jednak mimo możliwości korzystania z wielu informacji pozwalających na stosowanie kryteriów wskazanych przez Dunninga, nie wszystkie były stosowane. Dotyczy to przede wszystkim oceny efektywności kosztowej (*cost-effectiveness*) – niektórzy badacze twierdzą, że zaczęła być ona stosowana po 2015 r. [32], kiedy weszła w życie nowa ustawa o opiece długoterminowej.

Zmiany treści koszyka i zakresu świadczeń

Po wejściu w życie ustawy zawartość koszyka ulegała wielokrotnym zmianom. Zostało to przedstawione w tabeli

w Aneksie [33]. Zmiany polegały zarówno na rozszerzaniu zawartości, a więc włączaniu nowych pozycji, jak i na usuwaniu pozycji poprzednio udostępnianych pacjentom. W perspektywie jednoznacznie racjonalnej podstawą decyzji powinny być argumenty wywodzone z analizy typu HTA – jeśli świadczenie było skuteczne i opłacalne cenowo, to powinno znajdować się w koszyku, a brak tych cech uzasadniał jego usunięcie. Innowacje technologiczne, jak nowe leki, nowe terapie, nowe urządzenia, a także rezultaty różnych procedur ewaluacyjnych otwierały stale konieczność podejmowania decyzji o usuwaniu lub uzupełnianiu świadczeń zawartych w koszyku. Jak wskazano w tabeli, wiele decyzji było uzasadnianych przez powołanie się na potwierdzoną skuteczność czy opłacalność świadczenia albo przez wskazanie, że jest to świadczenie konieczne. Warto zauważyć, że kryterium „niezbędności świadczenia” (*essential care*) wykraczało poza argumentację czysto medyczną i zawierało elementy dodatkowe, które mogły być odmienne w różnych sytuacjach.

Troska o budżet była często argumentem, którym się posługiwano, podejmując decyzję o eliminacji świadczenia. Tak było w odniesieniu do świadczeń fizjoterapii, stopniowo ograniczanej podstawowej opieki psychologicznej, poradnictwa dietetycznego, podstawowej i specjalistycznej leczniczej opieki psychiatrycznej, niektórych leków, jak blokery kwasu żołądkowego, niektórych pomocy medycznych, jak krzesła i chodziki. Dążenie do finansowych oszczędności mogło współwystępować z dążeniem do osiągnięcia zewnętrznych celów gospodarczych. Tak było przy zmianie zasad współpłacenia za aparaty słuchowe, kiedy brano pod uwagę możliwość promowania mechanizmów rynkowych.

Niekiedy autorzy decyzji wskazywali wprost polityczne racje wspierające ich rozstrzygnięcia. Tak było w 2008 r. w przypadku wprowadzenia dodatkowych godzin opieki położniczej. Jeszcze wyraźniej wystąpiło to w odniesieniu do dostępności środków antykoncepcyjnych, które zostały wyłączone z pakietu dawnej kasy chorych w 2004 r., a więc jeszcze przed wejściem w życie reformy. W negocjacjach politycznych w 2007 r. wynegocjowano ponowne włączenie środków antykoncepcyjnych do koszyka świadczeń. Wtedy jednak Rada ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych wyraziła sprzeciw, ponieważ środki te nie zostały uznane za świadczenie niezbędne. Rada argumentowała, że wydatki ludności na te środki nie były wysokie, a w okresie, w którym nie były zawarte w pakiecie, liczba aborcji nie wzrosła. W roku 2010 Rada ponownie sformułowała zalecenie wyłączenia środków antykoncepcyjnych z koszyka, argumentując, że zapobieganie ciąży nie jest interwencją medyczną. Wbrew temu zaleceniu Minister Zdrowia zdecydował, że środki antykoncepcyjne powinny być refundowane dla kobiet w wieku 21 lat i młodszych. Przypadek ten ilustruje, że o zawartości koszyka, prócz kryteriów medycznych i formalnych, decydowały różne interesy instytucjonalne – Ministerstwa Zdrowia i Rady ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych – oraz względy ideologiczne i wyznaniowe bronione przez partie polityczne.

Warto również wspomnieć o zmianie, która nie była skutkiem bezpośredniej interwencji w treść koszyka, ale wynikała z głębokiej zmiany ustawowej. Chodzi o ustawę

o opiece długoterminowej z 2015 r. [34]. Problem dotyczący tej formy opieki był bardzo ważny społecznie, bo tradycyjnie osoby jej potrzebujące mogły korzystać z hojnego pakietu świadczeń dostępnych w instytucjach, a Holandia znajdowała się na drugim miejscu na liście krajów OECD wydających najwięcej na tę formę opieki. W styczniu 2014 r. prawie 5% populacji otrzymało takie świadczenie. Wśród uprawnionych były osoby z zaburzeniami poznawczymi, fizycznymi lub sensorycznymi, osoby z długotrwałymi problemami ze zdrowiem psychicznym oraz osoby starsze z problemami somatycznymi i/lub psychogeriatrycznymi. Podstawą wprowadzonej zmiany było założenie, że ta forma opieki nie musi być przedmiotem publicznej odpowiedzialności i solidarności, a zatem obowiązek może być powierzony rodzinie i innym nieformalnym opiekunom. W efekcie uprawnienia do opieki świadczonej w instytucjach zostały praktycznie zlikwidowane. Nie ma wątpliwości, że o wprowadzeniu tej zmiany w dużej mierze zadecydowało dążenie do oszczędności, co spotkało się z głosami krytyków, którzy zarzucali autorom zmiany nawet odejście od starego paradygmatu [35].

Podsumowanie

Holenderskie doświadczenie polegające na wykreowaniu i konsekwentnym wdrożeniu idei koszyka świadczeń gwarantowanych pozostaje jednym z najciekawszych przedsięwzięć reformatorskich. W roku 2021 opublikowane zostało opracowanie, w którym autorzy analizowali i oceniali to doświadczenie [36]. Bardzo pozytywnie wypowiedzieli się o podejściu polegającym na łączeniu zmiany i kontynuacji: kluczowe elementy reformy zaproponowane w końcu lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia funkcjonowały nadal u progu trzeciej dekady XXI w. Wśród utrwalonych pozytywnych cech wymienili: swobodę wyboru przez obywateli preferowanych ubezpieczycieli i preferowanych świadczeniodawców (z pewnymi ograniczeniami), uniwersalny dostęp do ubezpieczycieli i do świadczeń, solidarność jako zasadę definiowania uprawnień i zobowiązań, jakość świadczeń na wysokim poziomie, finansową trwałość systemu zdrowotnego. Każdy osoba zajmująca się polityką

zdrowotną, inicjująca reformy, mogaby być usatysfakcjonowana taką opinią na temat osiągniętych efektów. Nie ma wątpliwości, że wmontowany na stałe mechanizm jawnego definiowania pakietu świadczeń podstawowych, gwarantowanych każdemu ubezpieczonemu, jest bardzo istotnym komponentem całego systemu. Postępowanie władz polegające na przedstawianiu argumentów uzasadniających decyzje o zmianach, w tym o usuwaniu z koszyka niektórych procedur, jest aprobowane jako zasada nawet wtedy, gdy w argumentacji autorzy zmian odwołują się do wartości, które nie są powszechnie aprobowane. Wprawdzie wydatki na opiekę zdrowotną są wysokie, ale biorąc pod uwagę rezultaty, nie są to pieniądze źle wydane.

W przytoczonej opinii znalazła się jednak także uwaga krytyczna: dotyczyła reakcji systemu na pandemię COVID-19. Autorzy stwierdzili, że główną lekcją płynącą z pandemii jest to, że system zdrowotny stosujący konkurencję może działać efektywnie tylko w warunkach określonych jako normalne, ale nie w sytuacji nadzwyczajnej, kiedy dochodzi do ogólnoświatowej i utrzymującej się dłuższy czas pandemii. Wynika to z wewnętrznej logiki funkcjonowania tego rozwiązania, w którym poddane silnemu naciskowi na wydajność podmioty działające w warunkach konkurencji nie dbają o rezerwy, które można by szybko zmobilizować w razie nagłej potrzeby. Budowanie takiego potencjału rezerw niezbędnych w warunkach kryzysu nie może być powierzone działającemu na zasadzie konkurencji systemowi zdrowotnemu; jest i musi pozostać problemem publicznym, któremu tylko państwo może skutecznie sprostać.

Przedstawione doświadczenie jest niewątpliwie inspirowane, bowiem niewiele zmian reformatorskich w sektorze zdrowotnym zakończyło się powodzeniem. Pokusa skorzystania z niego jest tym większa, że idea koszyka pozwala na bardziej racjonalne czy oszczędne, wydawanie pieniędzy, które – mimo odczuwanych przez ludzi ograniczeń – jest społecznie akceptowane. Pozostaje jednak wątpliwość, która nakazuje ostrożność: czy poza światem polityki niderlandzkiej, gdzie od dziesięcioleci panuje klimat dialogu i kompromisu, wprowadzenie koncepcji koszyka jest w ogóle możliwe?

Przypisy

1. Tekst przygotowany w ramach prac Komisji KZP PAN ds. oceny wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce na podstawie dowodów naukowych i dobrych praktyk innych krajów. Przewodniczący: prof. dr hab. med. Tomasz Zdrojewski.
2. Konsultacje były prowadzone wśród lekarzy, polityków, a także potencjalnych beneficjentów, por. [14].
3. Z uwagi na trudności z dotarciem do oryginalnego tekstu omawiam Raport na podstawie źródeł pośrednich.

Piśmiennictwo

1. Enthoven A., *Reflections on the Management of the National Health Service. An International Perspective on the NHS. An American Looks at Incentives to Efficiency in Health Services Management in the UK*, 4.10.1985, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/reflections-on-management-web-final.pdf> (dostęp: 15.03.2022).
2. Bjorkman J.W., Altenstetter Ch., *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms*, w: *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, red. Ch. Altenstetter, J.W.Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997: 1–16.

3. Hsiao W.C., *Abnormal Economies in the Health Sector*, „Health Policy” 1995; 32 (1–3, April–June), 125–139, <https://blog.panicola.com/wp-content/uploads/2014/06/Hsiao-market-failure.pdf> (dostęp: 2.03.2022).
4. Docteur E., Oxley H., *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD, Paris, 5.12.2003, <https://www.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf> (dostęp: 12.03.2022).
5. Mechanic D., *The Americanization of the British National Health Service*, „Health Affairs” 1995; 14 (2), 51–67, <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.14.2.51> (dostęp: 11.04.2022).
6. Aaron H.J., *Health Care Rationing: What it Means*, The Brookings Institution, Policy brief, #147, December 2005, <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/pb147.pdf> (dostęp: 12.03.2022).
7. Maynard A., Bloor K., *Our Certain Fate: Rationing in Health Care*, Office of Health Economics, November 1998, file:///C:/Users/User/Downloads/246%20%201998_Our_Certain_Fate_Maynard.pdf (dostęp: 2.03.2022).
8. Tragakes E., Vienonen M., *Key Issues in Rationing and Priority Setting for Health Care Services*, WHO Regional Office for Europe, January 1998, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/118582/E60144.pdf (dostęp: 7.02.2022).
9. Cooper M., *Rationing Health Care*, Croom Helm, London 1975.
10. Wildavsky A., *Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy*, „Daedalus” Winter 1977: 105–123.
11. Aaron H.J., Schwartz W.B., *Efficiency and Inefficiency in British Health Care*, w: *The Painful Prescription. Rationing Hospital Care*, The Brookings Institution Washington, D.C., 1984: 89–112.
12. Kervasdoué J., Kimberly J.R., Lacroque J.-F., *Technology and the Need for Health Care Rationing*, w: *The End of an Illusion*, red. J. Kervasdoué, J.R. Kimberly, V.G. Rodwin, University of California Press, 1984: 85–109.
13. Oberlander J., Marmor T., Jacobs L., *Rationing Medical Care: Rhetoric and Reality in the Oregon Health Plan*, „Canadian Medical Association Journal” 2001, May 29; 164 (11): 1583–1587, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81116/pdf/20010529s00019p1583.pdf> (dostęp: 12.04.2022).
14. Klein R., *On the Oregon Trail: Rationing Health Care. More Politics than Science*, „British Medical Journal” 1991; January 5, 302: 1–2, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1668780/pdf/bmj00107-0007.pdf> (dostęp: 13.03.2022).
15. Perry P.A., Hotze T., *Oregon’s Experiment with Prioritizing Public Health Care Services*, „Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics” April 2011; 13 (4): 241–247, <https://journalofethics.ama-assn.org/article/oregons-experiment-prioritizing-public-health-care-services/2011-04> (dostęp: 12.04.2022).
16. Alakeson V., *Why Oregon Went Wrong?*, „BMJ” 2008; 18 October, 337, <https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/186033?path=/bmj/337/7675/Feature.full.pdf> (dostęp: 19.03.2022).
17. Fruits E., Hillard A., Lewis L., *The Oregon Health Plan. A “Bold Experiment” That Failed*, *Cascade Policy Institute*, „SSRN Electronic Journal” September 2010, file:///C:/Users/User/Downloads/The_Oregon_Health_Plan_a_Bold_Experiment_that_Failed.pdf (dostęp: 22.03.2022).
18. Templeton A., *Oregon Health Authority Punts Question of How to Ration Care in a Crisis*, Oregon Public Broadcasting, DEC. 28, 2021, <https://www.opb.org/article/2021/10/14/oregon-health-authority-guidance-rationing-care/> (dostęp: 22.02.2022).
19. Bertens R.M., Vonk R.A.A., *Small Steps, Big Change. Forging a Public-private Health Insurance System in the Netherlands*, „Social Science & Medicine” December 2020; 266, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306377?via%3Dihub> (dostęp: 13.03.2022).
20. Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R., *Health Care Systems in Transition: Netherlands*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107605/HiT-6-6-2004-eng.pdf?sequence=16&isAllowed=y> (dostęp: 19.03.2022).
21. Tikkanen R., Osborn R., Mossialos E., Djordjevic A., Wharton G.A., *International Health Care System Profiles: Netherlands*, The Commonwealth Fund, June 5, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (dostęp: 13.03.2022).
22. Schut F.T., *Health Care Systems in Transition: The Netherlands Part I: Health Care Reforms in the Netherlands: Miracle or Mirage?*, „Journal of Public Health Medicine” 1996; 18 (3): 278–284, https://www.jstor.org/stable/pdf/45160779.pdf?refreqid=excelsior%3A241b5826951c599d0872f5d5db4eecd9&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1 (dostęp: 11.04.2022).
23. Cohu S., Lequet-Slama D., Volovitch P., *The Netherlands: Reform of the Health System Based on Competition and Privatisation*, „Revue française des affaires sociales” 2006; 6–7: 207–226, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-6-page-207.htm?contenu=resume> (dostęp: 19.03.2022).
24. Holland W.W., Dunning A.J., *Report of the Government Committee on Choices in Health Care. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs; 1992*, „Journal of the Royal College of Physicians of London” October 1992; 26 (4), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5375591/pdf/jrcollphyslond90358-0050.pdf> (dostęp: 22.02.2022).
25. *Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care*, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, The Netherlands, The Hague 1992.
26. Hermans H., den Exter A., *Priorities and Priority-Setting in Health Care in the Netherlands*, „Croatian Medical Journal” September 1998; 39 (3), file:///C:/Users/User/OneDrive/Pulpit/HOLANDIA/Funnel%209740648.pdf (dostęp: 2.04.2022).
27. Bolt T., *A Doctor’s Order. The Dutch Case of Evidence-Based Medicine (1970–2015)*,.: Garant, Antwerpen, Apeldoorn 2015, https://books.google.pl/books?id=ILF6CgAAQBAJ&pg=PA321&lpg=PA321&dq=Professor+A.J.+Dunning+Cardiologist+Amsterdam&source=bl&ots=UqR0cvVms8&sig=ACfU3U3QP8EzcsSPDBGxcVsMxRjYOf_xw&hl=pl&sa=X&ved=2ahUKewjzs9v074H1AhVGtIsKHaB0CekQ6AF6BAGYEAM#v=onepage&q=Professor%20A.J.%20Dunning%20Cardiologist%20Amsterdam&f=false (dostęp: 19.03.2022).
28. ten Have H.A.M.J., *Choosing Core Health Services in The Netherlands*, w: *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, red. D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester 1995, s. 95–100.
29. Stolk E.A., Rutten F.F.H., *The “Health Benefit Basket” in The Netherlands*, „The European Journal of Health Economics” 2005; Suppl 1, file:///C:/Users/User/OneDrive/Pulpit/HOLANDIA/Basket%2010198_2005_Article_319.pdf (dostęp: 9.03.2022).
30. Götz R., *The Changing Role of the State in the Dutch Healthcare System*, TranState Working Papers, No. 141, 2010, Universität Bremen, Collaborative Research, Center 597 – Transformations of the State, Bremen, file:///C:/Users/User/OneDrive/Pulpit/HOLANDIA/641465491.pdf (dostęp: 12.03.2022).

31. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E., *The Netherlands: Health System Review*, „Health Systems in Transition” 2016; 18 (2): 1–239, file:///C:/Users/User/OneDrive/Pulpit/HOLANDIA/HiT-18-2-2016-eng.pdf (dostęp: 2.04.2022).
32. van Busschbach J., *Equity Considerations in The Netherlands: Past, Present, Future*, Symposium: Are all QALYs Equal? Past, Present and Future of Equity Weighting, September 16, 2019, file:///C:/Users/User/OneDrive/Pulpit/HOLANDIA/jan-van-busschbach-are-all-qalys-equal_rotterdam_20190916_0.pdf (dostęp: 12.03.2022).
33. Kroneman M., de Jong J.D., *The Basic Benefit Package: Composition and Exceptions to the Rules. A Case Study*, „Health Policy” March 2015; 119 (3): 245–251, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015000299?via%3Dihub> (dostęp: 22.02.2022).
34. Maarse J.A.M., Jeurissen P.P., *The Policy and Politics of the 2015 Long-term Care Reform in the Netherlands*, „Health Policy” March 2016; 120 (3): 241–245, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016000282?via%3Dihub> (dostęp: 3.03.2022).
35. van Gerven, M., *The Dutch Participatory State: Shift from a Welfare System of Collective Solidarity towards Individual Responsibility in a Participatory Society*, w: *Routledge Handbook of European Welfare Systems*, red. S. Blum, J. Kuhlmann, K. Schubert, Routledge, 2019, https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/330151/Def_Netherland_submission.pdf?sequence=1 (dostęp: 2.04.2022).
36. Jeurissen, P., Maarse H., *The Market Reform in Dutch Health Care. Results, Lessons and Prospects*, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2021, file:///C:/Users/User/OneDrive/Pulpit/HOLANDIA/X%20maarse%209789289051828-eng.pdf (dostęp: 9.03.2022).

■ Aneks. Zmiany zakresu świadczeń gwarantowanych

Świadczenia – terapie		
2007		
• Abdominoplastyka (tylko ciężkie przypadki)	Włączone	Niezbędne świadczenie
• Psychoterapia (tylko ciężkie przypadki)	Włączone	Niezbędne świadczenie
• Pierwszy zabieg IVF (max 3)	Włączone	Niezbędne świadczenie
2008		
• Ograniczona opieka stomatologiczna dla osób w wieku 18–21 lat	Włączone	Grupa wysokiego ryzyka, zła higiena jamy ustnej
• 5 h dodatkowej opieki położniczej	Włączone	Decyzja polityczna
• Poradnictwo psychologiczne, pierwsze 8 sesji	Włączone z dopłatą 10 D za sesję	Niezbędne świadczenie
2009		
• Ciężka diagnostyka dysleksji i leczenie dla dzieci w wieku 6–7 lat	Włączone	Niezbędne i opłacalne świadczenie
2011		
• Opieka stomatologiczna dla osób w wieku 18–21 lat	Usunięte	Świadczenie niekonieczne
• Fizjoterapia, pierwsze 12 sesji (wcześniej pierwsze 8 sesji było wykluczone)	Usunięte	Dostępne cenowo; ograniczenia budżetowe
• Fizykoterapia moczu, nietrzymanie moczu (wszystkie sesje)	Włączone	Niezbędne świadczenie (zgodnie z wytycznymi)
• Nieskomplikowana ekstrakcja zębów przez chirurga stomatologa	Usunięte	Świadczenie niekonieczne
• Zabiegi rzucania palenia	Włączone	Świadczenie skuteczne
2012		
• Fizjoterapia, pierwsze 20 sesji	Usunięte	Dostępne cenowo; ograniczenia budżetowe
• Zabiegi rzucania palenia	Usunięte	Świadczenie niekonieczne
• Porady dietetyczne	Usunięte, z wyjątkami	Dostępne cenowo; ograniczenia budżetowe
• Leczenie zaburzeń adaptacyjnych	Usunięte	Świadczenie niekonieczne
• Podstawowa opieka psychologiczna, 5 sesji	Zredukowane, z 8 do 5 sesji	Dostępne cenowo; ograniczenia budżetowe

2013		
• IVF dla kobiet w wieku 43 lat i starszych	Usunięte	Świadczenie niekonieczne
• Rehabilitacja geriatryczna	Przeniesione z AWBZ do ustawy ubezpieczeniowej w związku z reformą opieki długoterminowej w 2015 r.	
• Specjalistyczna lecznicza opieka psychiatryczna	Usunięte współpłacenie	Dostępne cenowo (przeciwdziałać unikaniu opieki)
• Rzuć palenie	Włączone	Efektywne świadczenie
2014		
• Podstawowa opieka psychiatryczna	Usunięte współpłacenie	Dostępne cenowo (przeciwdziałać unikaniu opieki)
• Porady dietetyczne, max 3 h	Włączone	Zapobieganie przyszłym wydatkom
Farmaceutyki		
2008		
Środki antykoncepcyjne dla wszystkich grup wiekowych	Włączone	Decyzja polityczna
2009		
• Tabletki nasenne i uspokajające (benzodiazepiny)	Usunięte, z wyjątkiem ciężkich przypadków lub długotrwałego stosowania	Nieostrożne stosowanie, negatywny wpływ na budżet
• Statyny (leki obniżające stężenie lipidów)	Refundacja ograniczona do recept, zgodnie z wytycznymi profesjonalnymi	Skuteczność, opłacalność: niepotrzebne stosowanie drogich leków, negatywny wpływ na budżet
2010		
• Acetylocysteine (zmniejszenie lepkości wydzielin śluzowych)	Usunięte	Brak skuteczności
2011		
• Środki antykoncepcyjne dla 21+	Usunięte	Świadczenie niekonieczne
• Antydepresanty	Zawężone wskazania	Skuteczność: tylko wtedy, gdy stosowanie zgodne z profesjonalnymi wytycznymi
2012		
• Blokery kwasu żołądkowego	Usunięte	Dostępne cenowo, negatywny wpływ na budżet
2013		
• Miks paracetamolu i kodeiny	Usunięte	Brak skuteczności
2014		
• Diane-35 środki antykoncepcyjne przeciwtrądzikowe	Usunięte	Brak skuteczności przy niewłaściwym stosowaniu
Sprzet medyczny – pomoce medyczne		
2009		
• Krzesła stojące, chodziki i maty przeciwalergiczne	Usunięte	Dostępne cenowo (krzesła i chodziki); brak skuteczności (materace)
2013		
• Proste pomoce do chodzenia	Usunięte	Dostępne cenowo
• Aparaty słuchowe:	Współpłacenie 25% zamiast wcześniej określonego maksimum	Promowanie mechanizmu rynkowego
• Stosowanie hełmu leczniczego dla dzieci	Usunięte, z wyjątkiem ciężkich przypadków	Świadczenie niekonieczne

Źródło: [33].