

Twierdzenie, że mamy w Polsce świadczenia gwarantowane, to mydlenie oczu



foto. ImageZoo/Corbis

Co paraliżuje wprowadzanie jakichkolwiek sensownych zmian, które uzdrowiałyby nasz system ochrony zdrowia? Nie brak pomysłów, nie brak środków, a... hipokryzja. Hipokryzja wszystkich dotychczas rządzących partii, które nie mają odwagi powiedzieć wprost, że naszego biednego państwa nie stać na zapewnienie obywatelom pełnej i bezpłatnej (finansowanej przez państwo) opieki zdrowotnej. Politycy udają, że wszystko jest w porządku, wprowadzają ciągle jakieś zmiany, które w zasadzie niczego radykalnego do systemu nie wnoszą, wymyślają limity, kolejki, manipulują przy NFZ, a jak diabeł święconej wody boją się powiedzieć ludziom, że bez wprowadzenia współpłacenia do niektórych procedur zawartych w koszyku nic się nie zmieni. Bo klucz do uzdrowienia systemu znajduje się w koszyku.

Koszyk to rodzaj umowy z płatnikiem składki czy pacjentem wykupującym polisę. Określa ona wprost i jasno, jakie świadczenie pacjent ma zagwarantowane w ramach składki (czy też polisy), za jakie dostanie zwrot w ograniczonym zakresie i będzie musiał dopłacić i wreszcie – za jakie nie dostanie ani grosza i będzie musiał zapłacić w całości z własnej kieszeni. W Polsce pomysł wprowadzenia koszyka spodobał się i ekspertom, i politykom już w latach 90. – *Trzeba to zrobić, a wcześniej przeprowadzić jak najszerszą ogólnopolską debatę, by wypracowany kompromis został zaakceptowany przez jak najszerszą grupę społeczną* – zgadzali się eksperci.

Pierwsze kłopoty

Tak miało być. I choć co do konieczności wprowadzenia koszyka zgadzali się w zasadzie politycy wszystkich liczących się w Polsce partii, tak naprawdę jego tworzeniem zajęła się dopiero ekipa ministra Zbigniewa Religi. Powstał zespół, który zaczął liczyć faktyczne koszty rozmaitych świadczeń i procedur, aby wiedzieć, ile co kosztuje, mieć argumenty w rozmowach z decydentami o pieniądzach na ochronę zdrowia i zorientować się, na co nas stać, a z czego musimy zrezygnować. Wstępne efekty prac zmartwiły prof. Religę, o czym

wspominał na łamach „Menedżera Zdrowia”. Po wstępnej wycenie świadczeń okazało się, że nie stać nas na wiele, że budżet, który wtedy przeznaczaliśmy na ochronę zdrowia, wystarcza na zaspokojenie ledwie połowy wyliczonych kosztów. Konkluzja była taka: kontynuować pracę, starać się o zwiększenie budżetu, ale jednocześnie wykreślić z koszyka to, co nie jest niezbędne. Bo dwukrotnego zwiększenia budżetu na zdrowie nie wytrzyma żadna gospodarka. Prace nad koszykiem trwały.

Legalizowanie samowoli

Czy gdyby prof. Religa nie odszedł, a PiS nie przegrał wyborów, mielibyśmy koszyk z prawdziwego zdarzenia? Pytanie bez znaczenia, dyskusja akademicka. Dość, że nowy rząd i nowy minister zdrowia, Ewa Kopacz, prace nad nim kontynuowali. Wyznaczono do tego zadania wiceministra Andrzeja Włodarczyka. Z nim także wtedy rozmawialiśmy. – *To praca na lata, ale nie musimy zaczynać jej od zera* – mówił przed trzema laty w wywiadzie. – *Wspominam prof. Religę, bo to za jego kadencji skatalogowano ok. 18 tys. procedur medycznych opartych na dowodach naukowych. To pierwszy krok do tego, by je wycenić. Udało się nam istotnie uzupełnić proces takiej wyceny* – dodał.

Ale to wszystko na nic. Minister Kopacz nie wzięła pod uwagę pracy Andrzeja Włodarczyka. Skorzystała natomiast z wyliczeń Jacka Paszkiewicza, wtedy prezesa NFZ, przygotowywanych do wprowadzenia JGP. Skąd te wyliczenia? Funkcjonował w tym czasie cennik NFZ, który ukształtował się przez kilka lat prowadzenia kontraktacji świadczeń. Fundusz zwyczajnie dyktował ceny świadczeniodawcom. Niektóre procedury były przeszacowane, inne niedoszacowane – szpitale brały jedne i drugie, a następnie z zysków jednego oddziału pokrywały straty innych. Dzięki tym półśrodkom i cennikowi z sufitu szpitale przez lata wiązały koniec z końcem. Zamiast z tą prowizorką skończyć, po prostu przepisano ją do rozporządzeń wprowadzających w życie koszyk (a potem przy wprowadzaniu JGP). – *To przypomina legalizowanie samowoli budowlanej. Najpierw ktoś bez wymaganej zgody postawił budowlany szkaradek, a potem dla świętego spokoju władza postanowiła go zalegalizować. Bo co miała zrobić, wyburzyć?* – komentował na bieżąco Marek Balicki, były minister zdrowia.

Dlaczego tak postąpiono? Usprawiedliwienie mogło być tylko jedno – nie merytoryczne, lecz polityczne. Był to moment, w którym po długich miesiącach dwuwładzy rząd Tuska mógł przestać się bać weta prezydenta (wybory na ten urząd właśnie wygrał Bronisław Komorowski). Zbliżały się kolejne wybory, tym razem parlamentarne. – *Ich wynik jest niepewny, trzeba się spieszyć, bo inaczej grozi nam to, że koszyka nie będzie w ogóle* – argumentowano. – *Wyliczenia Włodarczyka nie są gotowe, a wyliczenia Paszkiewicza mamy pod ręką* – bierzemy.



foto: 123RF

**WŁADZE ZNALAZŁY INNĄ METODĘ
NA REGLAMENTOWANIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH NIŻ KOSZYK:
KONTRAKTY, KOLEJKI, BRAK ZAPŁATY
ZA NADWYKONANIA – W TEN SPOSÓB
ZACZĘTO OGRANICZAĆ
DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ**

Andrzej Włodarczyk były wiceminister zdrowia

Do dziś trudno mi zrozumieć, dlaczego przy konstruowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na propozycję ówczesnego prezesa NFZ, żeby za koszyk uznać świadczenia zakwalifikowane do jednorodnych grup pacjentów (JGP). Wtedy tworzeniem koszyka zajmowała się Agencja Oceny Technologii Medycznych. Ekspertem Agencji do stworzenia prawdziwego koszyka, a właściwie koszyków – bo miały być trzy – potrzeba było jeszcze kilku miesięcy intensywnych prac. Minister Ewa Kopacz zdecydowała się na gorszy merytorycznie – jak się później okazało, ale szybszy w realizacji pomysł Jacka Paszkiewicza.

Szkoda, bo sam koszyk to dobra idea. Należało jednak zacząć nie od świadczeń w pełni gwarantowanych, ale od wyodrębnienia procedur niefinansowanych i częściowo finansowanych przez płatnika. Na świadczenia częściowo

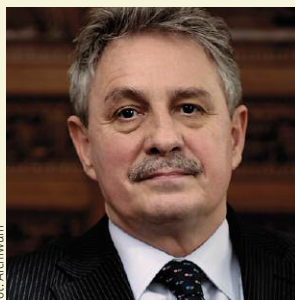


foto: Archiwum

gwarantowane, jak się później okazało, nie było zgody politycznej, bo oznaczało to *de facto* współpłacenie pacjenta.

Taka taktyka umożliwiłaby stworzenie oferty dla towarzystw ubezpieczeniowych przy tworzeniu przez nie ubezpieczeń dodatkowych. Ubezpieczeń takich do dzisiaj nie możemy się doczekać z powodu braku wystarczającej palety świadczeń niegwarantowanych lub częściowo gwarantowanych. Dzisiaj, kiedy płatnik – przynajmniej teoretycznie – gwarantuje wszystkie świadczenia medyczne, nie ma szans na stworzenie rynku ubezpieczeń dodatkowych.

Ostatecznie posłużyłoby to także do dokonania rzeczywistej wyceny procedur medycznych i określenia, na zakup ilu procedur medycznych w roku stać publicznego płatnika. Prywatne firmy ubezpieczeniowe musiałyby bowiem wycenić bardzo dokładnie procedury, za które by płaciły, a to wymusiłoby wycenę także procedur gwarantowanych.

Zenon Wasilewski ekspert BCC

Gdy chodzi o koszyk świadczeń gwarantowanych, wszystko do pewnego momentu szło we właściwym kierunku. Był on potrzebny, jest rozwiązaniem sprawdzonym w wielu krajach, gdzie dobrze działa. A potem stało się coś, co mogło studentom zarządzania medycyną na całym świecie posłużyć jako *case study* do wykładu „Jak nie należy wprowadzać koszyka świadczeń gwarantowanych”.

W efekcie nie mamy tego narzędzia, a zatem pacjenci nie są pewni, czy otrzymają należne świadczenie na czas.



foto: Archiwum

Dalej: świadczeniodawcy nie są pewni, czy i kiedy dostaną zapłatę za wykonanie świadczenia. I jeszcze dalej: źle działa system ubezpieczeniowy i nie ma szans na jego poprawę. Rządzi chaos, przypadek, źle wyliczone taryfy, nadwykonania – i loteria: zapłata czy nie – oraz kolejki.

Wielka szkoda. Koszyk pomógłby to wszystko uporządkować z miesiąca na miesiąc. Mało tego – stanowiłby dodatkową zachętę, by ochronić się przed skutkami chorób nieobjętych gwarantowaną refundacją. Najlepszą formą takiej ochrony byłyby dodatkowe polisy, a więc dodatkowe środki na ochronę zdrowia w Polsce.

Grzech zaniechania

W ochronie zdrowia czynnika politycznego lekceważyć nie wolno. Przytoczony wyżej argument miałby sens, gdyby resort zdrowia tuż po zapisaniu absurdalnych założeń koszyka zabrał się do poprawiania jego zawartości. Tak się nie stało. Władze znalazły inny sposób na reglamentowanie świadczeń zdrowotnych: kontrakty, kolejki, brak zapłaty za nadwykonania – w ten sposób zaczęto ograniczać dostęp do świadczeń. Z koszyka wynika, że wszystkim należy się wszystko. Mało tego, zamiast ograniczać zawartość koszyka, ciągle wpisuje się do niego nowe procedury, nie dokładając pieniędzy. Mamy zatem sytuację, w której w teorii koszyk gwarantuje bardzo szeroki dostęp do wszel-

kich świadczeń, a w praktyce dostęp jest fatalny, bo ogranicza go wysokość kontraktu świadczeniodawcy, konieczność czekania w kolejce, wyczerpanie limitu. To przecież absurd, żeby pacjenta potrzebującego endoprotezy odsyłać do kolejki – na lata. Uczciwiej jest wykreślić tę procedurę z koszyka albo zapewnić pacjentowi nie całość zapłaty, a jedynie dopłatę. Pomocy natomiast udzielać wtedy, gdy jest potrzebna, a nie narażać ludzi na kuśtykanie przez kilkanaście miesięcy, pogorszenie jakości życia i powikłania. Podobnie jest w wypadku innych schorzeń.

Proste rozwiązanie

Dobrze skonstruowany koszyk w krótkim czasie uzdrowiłby tę sytuację. Trudno się spodziewać, by jak

Rafał Janiszewski

niezależny ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia

Koszyk to jeden z dobrych pomysłów na pogodzenie ekonomii z medycyną. Temu też powinien służyć, nasz niestety nie służy. Do pogodzenia ekonomii z medycyną wymyślono takie niecywilizowane narzędzia, jak nadwykonania, limity, kolejki itp. Szkoda, bo nie dość, że to narzędzia nieefektywne, to jeszcze szkodliwe dla pacjentów i świadczeniodawców, wzmagające poczucie niepewności, braku należytej ochrony, a na dodatek nieuczciwe. Niestudnie bowiem wzbudza się przeświadczenie, że w Polsce wszystkim należy się wszystko. Tak nie jest, o czym możemy się przekonać niemal co tydzień, czytając doniesienia mediów, że pomocy odmówiono całym grupom pacjentów.

Koszyk otworzyłby drogę do ucywilizowania naszego systemu. Dzięki temu pacjenci i świadczeniodawcy wie-



foto: Archiwum

dzieliby, na czym stoją. Pojawiłoby się współtłaczenie za droższe świadczenia, z czym Polacy od dawna już się godzą. Na przykład w stomatologii, gdzie pacjent ma wybór między tańszą i częściowo refundowaną terapią a droższą, płatną z własnej kieszeni.

Dlaczego nie miałyby się tak stać w innych dziedzinach medycyny (nie tej ratującej życie, oczywiście). Proponowałbym taki właśnie koszyk problemowy, w którym płatnik określałby nie rodzaj terapii, którą będzie refundował, ale kwotę, którą zwróci za rozwiązanie konkretnego problemu zdrowotnego. Poprawiłoby to z pewnością dostępność najnowocześniejszych terapii. Dzisiaj pacjent często stoi przed wyborem: albo tania terapia w całości refundowana, albo nowoczesna, ale wówczas płatna w 100 proc. Uczciwiej przecież byłoby powiedzieć: refundujemy tyle, ile kosztuje tania terapia. Drogą też refundujemy, ale nie w całości.

Wojciech Maksymowicz

były minister zdrowia

Jeśli system ochrony zdrowia zamiast chronić pacjentów, potrafi jedynie produkować poprawne pod względem formalnym bilanse, jest chory i stoi na głowie. Tak właśnie jest w polskiej ochronie zdrowia. Nie potrafimy jasno określić, co pacjentowi się należy w ramach ustalonej składki ubezpieczeniowej, a do czego będzie musiał dopłacić z własnej kieszeni.

Za brakiem tej fundamentalnej informacji kryją się retuze dokonywane przez urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia, po to by składane przez nich budżety po stro-



foto: Tomasz Waszczuk/Agencja Gazeta

nie „winien” i „ma” wykazywały tę samą kwotę. W naszym systemie w praktyce decyzje podejmuje NFZ. Jego zadanie polega na tym, by z jak najlepszym skutkiem wydać te środki, które mamy na ochronę zdrowia. By to zrobić, NFZ powinien korzystać ze wskazówek ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia. Taką wskazówką, wytyczną dla funduszu powinien być zbudowany po poważnej debacie koszyk świadczeń medycznych. Nie mamy go jednak, w nasz koszyk wpisane jest wszystko i nic. Urzędnicy pozbawieni wiążących wytycznych eksperckich często zmuszeni są zgadywać. I w ten sposób podejmują poważne z punktu widzenia zdrowia Polaków decyzje.

**W KOSZYK WPISANO,
ŻE WSZYSTKIM NALEŻY SIĘ WSZYSTKO.**

MAŁO TEGO, ZAMIAST OGRANICZAĆ

ZAWARTOŚĆ KOSZYKA,

CIĄGŁE WPISUJE SIĘ DO NIEGO

NOWE PROCEDURY

za dotknięciem czarodziejskiej różdżki zlikwidował wszystkie problemy ochrony zdrowia. Pomógłby jednak rozwiązać najważniejsze. Nie tylko bowiem pacjent zyskałby pewność, co ma zagwarantowane, a na co musi zorganizować pieniądze poza NFZ. Podobną pewność zyskaliby świadczeniodawcy, co przyczyniłoby się do zatrzymania procesu zadłużania szpitali. Dziś są one w klinczu: gdy nie udzielą dowolnego świadczenia z rozdmuchanego koszyka, pacjent lub jego rodzina mogą się zwrócić do sądu, gdy świadczenia udzielą, muszą drzeć o zapłatę, ryzykować, że jej nie otrzymają – co przecież często się zdarza.

A co ze świadczeniami, które do koszyka świadczeń gwarantowanych nie trafią? Czy staną się niedostępne?

Marek Balicki były minister zdrowia

Czego nam brakuje? Konsekwencji w działaniu. Czasem z zaskoczeniem przyglądam się funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Długo trwa tam wypracowywanie decyzji. Są niekończące się narady, żmudne negocjacje, starania o to, by wypracować kompromis, branie pod uwagę zdania każdego uczestnika debaty, odległe *vacatio legis*, by każdy miał czas na przygotowanie się do nowo wprowadzanych rozwiązań. To trwa. Ale gdy decyzja zostaje wypracowana, wprowadza się ją w życie z żelazną konsekwencją.



foto: DZIki

Gdyby w ten sposób wprowadzano w Polsce koszyk świadczeń gwarantowanych, dawno już by obowiązywał. Jakaś wstępna zgoda między wszystkimi ugrupowaniami politycznymi przecież jest. Rozmawiając z ekspertami różnych partii, od SLD po PiS, odnoszę wrażenie, że w kwestii koniecznych reform zgadzamy się w 80 proc. Różnica tkwi w 20 proc. Dramatem jest to, że z powodu tych 20 proc. nie potrafimy przeprowadzić nawet tego, w czym jesteśmy zgodni. Tym samym, wbrew własnej woli, *de facto* pozwalamy na to, by pozostało tak, jak jest, choć to uwiiera każdego.

Bolesław Piecha były wiceminister zdrowia

Opowiadam się za tym, byśmy przyjęli budżetowy, a nie ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia. Ale nawet w tym wypadku nie unikniemy dyskusji, jakie świadczenia powinny być pacjentom gwarantowane, a jakie nie mogą. Gdy byłem wiceministrem, resort podjął trud opracowania takiego koszyka i rzetelnego wycenienia świadczeń. Mieliśmy plan, by koszyk ogłosić, wywołać ogólnopolską debatę, a na koniec wprowadzić w życie wiążące ustalenia. Nie zdążyliśmy tego zrobić.



foto: DZIki

Często zastanawiam się natomiast, jak można było dopuścić do sytuacji, w której sprawa funkcjonowania koszyka doprowadzona została do tak złego punktu, w jakim znajduje się dziś. Dlaczego mimo upływających lat nie udało się przeprowadzić rzetelnej wyceny świadczeń, dlaczego obowiązują szacunki, protezy, a nie poprawne rachunki. Zgoda – wycena świadczeń może być obowiązkiem specjalnie do tego celu powołanej agencji taryfikacji. Obecnie NFZ sam ustala stawki i kontraktuje świadczenia. To chora sytuacja, u której podstaw leży właśnie brak poprawnie wprowadzonego koszyka.

Władysław Sidorowicz (PO) były minister zdrowia

W kwestii koszyka możemy mówić o braku woli politycznej, braku gotowości do przyjęcia wspólnego rozwiązania. Właśnie brak woli politycznej, czasem zwyczajna logika konfrontacji wyborczej, zwracanie uwagi na różnice zamiast na to, co wspólne dla każdego ugrupowania, przeszkodziły w uzyskaniu porozumienia.

I po części dlatego nie uporaliśmy się jeszcze z wypracowaniem wspólnej wizji ochrony zdrowia w Polsce. Ta wizja stała się polem konfrontacji politycznej. Nie mogąc



foto: Radek Pasternski/Fotoczepa

wypracować wspólnych poglądów na temat tego, jak ochrona zdrowia ma wyglądać w przyszłości, siłą rzeczy opieramy się na tym, jak wygląda ona i funkcjonuje dziś. Na tym, by nie narazić się na krytykę, że poprowadziło się zmiany w złym kierunku. Niestety, często najlepszym sposobem na uniknięcie takich zarzutów jest niedokonywanie zmian w ogóle. Dlatego nie podjęto trudu zmiany koszyka świadczeń. Ze szkodą dla pacjentów, bo utrzymywanie obecnej fikcji może trwać tylko do czasu, kiedy bankructwo tej idei stanie się oczywiste dla wszystkich. I dla wszystkich będzie bolesne.

Przeciwnie. Schorzeniami nieobjętymi państwową gwarancją zajmą się firmy ubezpieczeniowe czy abonamentowe. Można być pewnym, że szybko poradzą sobie z ich wyceną. Szybciej niż zrobi to powoływana właśnie agencja taryfikacji. Wprowadzenie prawdziwego koszyka

świadczeń gwarantowanych umożliwiłoby szybkie uporządkowanie całego segmentu ochrony zdrowia, byłoby początkiem procesu jego samouzdrawienia.

Redakcja