



## Zasady konstruowania zakresu świadczeń gwarantowanych wg Oregon Health Plan

3. Proces określania zakresu świadczeń powinien być oparty o kryteria

1. Wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do świadczeń opieki medycznej

6. Kontynuacja będzie ustanawianie mechanizmów odpowiedzialności za jakość świadczeń i jej kosztów

2. Kontynuacja jest organizowaniem do określania zakresu świadczeń

5. W procesie określania zakresu świadczeń elementarnych pierwszeństwo powinno być nadane publiczności

4. Proces ten powinien zmierzać do czegoś do społecznych wartości, na których organizacja opieki zdrowotnej

# Koszyk made in USA

Piotr K. Okoński, Maciej Banach

W czasie, gdy trwają prace nad określeniem koszyka świadczeń gwarantowanych warto przedstawić historię *Oregon Health Plan*, amerykańskiego programu, z którego można by zaczerpnąć wzorce w budowie rodzimego zakresu świadczeń gwarantowanych.

Potrzeba reformy ubezpieczeń zdrowotnych w stanie Oregon została sprowokowana w 1987 r. przez przypadek Coby'ego Howarda, siedmiolatka, u którego zdiagnozowano białaczkę. Chłopiec wymagał z tego powodu przeszczepu szpiku kostnego. Jednak w tym okresie przeszczepu szpiku kostnego nie były refundowane w ramach Medicaid i właściwe władze konsekwentnie odmawiały sfinansowania tego leczenia.

### Spóźniony ratunek

Po nagłośnieniu sprawy przez media, fundusze na leczenie zostały zgromadzone w ramach zbiórki publicznej. Jednak dla pacjenta było już za późno. Zapoczątkowana została jednak publiczna dyskusja na temat powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych i zakresu świadczeń, jakie miałby on gwarantować.

W 1989 r. władze stanu Oregon podjęły kontrowersyjny eksperyment w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Miał on polegać na wprowadzeniu dużej liczby osób nieubezpieczonych do programu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. W ramach przygotowań do tego wdrożenia określone zostały podstawowe zasady konstruowania zakresu świadczeń gwarantowanych (*Basic Care*), znane odąd jako *Zasady planu oregońskiego*. Jego podstawowymi założeniami było:

- 1) wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do świadczeń opieki medycznej,
- 2) konieczne jest zorganizowanie procesu prowadzącego do określenia zakresu świadczeń elementarnych (*Basic Care*),
- 3) proces określania zakresu świadczeń elementarnych powinien być oparty o kryteria ustalone w publicznej debacie,
- 4) proces ten powinien zmierzać do osiągnięcia konsensusu co do społecznych wartości, na których opiera się organizacja opieki zdrowotnej,
- 5) w procesie określania zakresu świadczeń elementarnych pierwszeństwo przyznane powinno być dobru publicznemu,
- 6) konieczne będzie ustanowienie mechanizmu egzekwującego odpowiedzialność za alokację zasobów i jej konsekwencje.

Te, z pozoru oczywiste, twierdzenia wykazały się jak dotąd uniwersalizmem działania, i praktyczną nie-

obecny system ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest powszechny. Dlatego podstawowym celem wszystkich prowadzonych przemian jest utrzymanie tej powszechności – czyli spełnienie pierwszej zasady oregońskiej. Tu jednak powstaje problem zabezpieczenia jego wydolności ekonomicznej, której problemy są przyczyną przeszłych, obecnych oraz planowanych reform systemu zdrowotnego w Polsce.

Obecnie znajdujemy się w naszym kraju na etapie społecznego i politycznego konsensusu co do spełnienia pierwszej zasady – o powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych, z dołączoną do tego konstytucyjnie zasadą egalitaryzmu. Można by co prawda optymistycznie przyjąć, że realizujemy zasadę drugą. Jeśli jednak koszyk ma być akceptowanym społecznie elementem przemiany systemu, gwarantującej jego stabilność ekonomiczną, może stać się najwyżej materiałem do realizacji zasady trzeciej, a więc publicznej debaty. Takiej bowiem debaty jak dotąd nie ma, a osiągnięcie konsensusu co do społecznych wartości, na których opiera się organizacja opieki zdrowotnej, bez takiej debaty nie jest możliwe.

### Przełamać lody

Aby wprowadzanie zmian nie powodowało oporu obywateli, społeczeństwo musi w toku debaty zaakceptować dobro publiczne, któremu zostanie przyznane pierwszeństwo w tworzonej zakresie świadczeń

„ Twórcy koszyka myślą o zasadzie egalitaryzmu społecznego i stabilności ekonomicznej systemu. Jednak w takim kształcie jest to najwyżej materiał do społecznej debaty ”

możliwością ich ominięcia. Fakt, że powstały w Stanach Zjednoczonych – kraju, który *de facto* nie miał żadnego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego sprawił, że nie zostały obciążone należycie historiami.

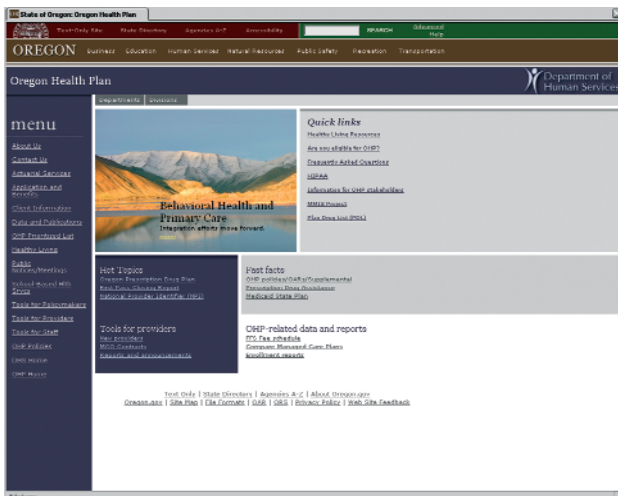
### Zamiast koszyka – debata

W czasie polskich przygotowań do określenia zakresu świadczeń gwarantowanych warto ustosunkować się do powyższych zasad. Jednak pamiętając, że w naszej rzeczywistości w praktyce oznacza to proces odwrotny od amerykańskiego – a więc wyłączenia części świadczeń z pozornie pełnozakresowego ubezpieczenia zdrowotnego.

gwarantowanych. Takim dobrem może być np. zdrowie przyszłych pokoleń, a więc przyznanie pierwszeństwa profilaktyce i leczeniu dzieci i młodzieży, czy opiece nad kobietą ciężarną. Takim dobrem może być może być pierwszeństwo praw nabytych, a więc przede wszystkim leczenie osób w wieku podeszłym i rozwój rehabilitacji. Priorytetem może być też zasada solidarności społecznej, czyli pierwszeństwo systemowe przyznane osobom najbardziej schorowanym, najbiedniejszym i niepełnosprawnym.

### Akceptacja priorytetów

W ramach tej dyskusji odpowiedzieć też należy na pytania, czy każdy ubezpieczony powinien mieć



„ Podczas tworzenia amerykańskiego *Oregon Health Plan* przyjęto, że społeczeństwo musi zaakceptować koszt uznania pewnego dobra za priorytetowe, oraz drugoplanowości innych celów ”

bezpłatny dostęp świadczeń w zakresie poziomym czy pionowym. Czyli czy czynnik ekonomiczny (dopłat lub ubezpieczeń dodatkowych) powinien być elementem regulującym dostęp do świadczeń powszechnych? Czy powinien być wykorzystywany przez większość ubezpieczonych (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczne), czy też do procedur wysoko zaawansowanych (np. transplantologia, chirurgia i diagnostyka mało inwazyjna)?

W tle tych rozważań pojawia się najważniejszy element, dla którego nie da się pominąć spełnienia zasad planu oregońskiego. Społeczeństwo musi bowiem zaakceptować koszt uznania pewnego dobra za priorytetowe oraz drugoplanowości innych celów. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy w powszechnej świadomości znajdzie się miejsce na akceptację tego, że uznanie każdego dobra za priorytetowe i połączenie ich wszystkich w ramach systemu nie jest możliwe. Akceptacja priorytetu prawa nabytego oznacza mniejsze nakłady, np. na medycynę szkolną. Powszechność prawa dostępu do procedur wysokospecjalistycznych może oznaczać konieczność uznania dopłat do świadczeń podstawowych. Utrzymanie zaś systemu powszechnie bezpłatnego leczenia może oznaczać uznanie konieczności jego znacznego dofinansowania. Oznacza to wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, większe urynkowanie i odejście – przynajmniej częściowe – od radykalnej interpretacji zasady egalitaryzmu. Może też wymagać akceptacji znacznie większych obciążeń fiskalnych i uznanie kolejkowego systemu reglamentacji dostępu za trwały element systemu.

### Społeczny konsensus

Dopiero kiedy nastąpi powszechny konsensus w zasygnalizowanych powyżej sprawach, możliwe będzie zaplanowanie i zrealizowanie zmian prawnych i organizacyjnych. Taka zgoda społeczna pozwoli na skuteczne wprowadzenie zmian oraz spełnienie szóstej i ostatniej zasady planu oregońskiego – czyli ustanowienie mechanizmu egzekwującego odpowiedzialność za alokację zasobów i jej konsekwencje.

*dr n. med. Piotr K. Okoński jest pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dyrektorem Biura ds. Nadzoru i Kontroli Szpitali Klinicznych UM w Łodzi, wykładowcą polskiej edycji studiów podyplomowych Master of Public Administration in Health System, Clark University*

*dr n. med. Maciej Banach jest pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wykładowcą polskiej edycji studiów podyplomowych Master of Public Administration in Health System, Clark University*

**Oszczędzaj czas**  
Zamów prenumeratę przez Internet: [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

lub skontaktuj się z naszym konsultantem:  
[prenumerata@termedia.pl](mailto:prenumerata@termedia.pl)  
tel./faks: +48 61 656 22 00