



W dobie wolnego rynku koszyk świadczeń gwarantowanych jest anachronizmem

Koszyk do kosza

Jarosław J. Fedorowski

Koszyk świadczeń gwarantowanych to nic innego, jak reglamentacja usług zdrowotnych, która jako żywo przypomina peerelowskie czasy *powszechnego niedoboru*, dlatego może być moralnie nie do przyjęcia. Warto też przypomnieć, że w sektorze usług, nie tylko zdrowotnych, mamy do czynienia z dobrami niematerialnymi, których wartość jest czasami trudna do dokładnego policzenia.

Dyskusje nad utworzeniem koszyka trwają od lat. Już sama nazwa *koszyk* wydaje się niefortunna, bo w wypadku usług zdrowotnych odniesienie do rekwizytu znanego z zakupów w sklepie sugeruje nabywanie konkretnych, łatwych do wycenienia i policzalnych towarów.

Pozytywka-negatywka

W dyskusjach nad koszykiem ścierają się opcje utworzenia pakietu *pozytywnego* i *negatywnego*. W pierwszym wariantcie miałyby się w nim znaleźć usługi dostępne, a finansowane z pieniędzy publicznych. Warto jednak zauważyć, że część świadczeń z definicji i ze

względu na pojemność koszyka będzie wykluczona, a więc z punktu widzenia pacjenta, który chciałby z nich skorzystać, na pewno nie będzie to rozwiązanie pozytywne. To chory ma z niego korzystać, a więc trzeba myśleć jego kryteriami. Z kolei *koszyk negatywny* (już sama nazwa brzmi źle) to pakiet, do którego wrzucamy (a raczej z niego wyrzucamy) pewne usługi, które nie będą finansowane z funduszy publicznych. Jest to więc koszyk bez usług, co już kompletnie nie pasuje do określenia *koszyk* znanego z handlu. Czy zatem można inaczej? Odpowiem, że można, ale trzeba zmienić sposób myślenia, czyli poszerzyć horyzonty.

Koszyk do kosza

Zastanówmy się najpierw, jaka jest funkcja państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli. Państwo i społeczeństwo solidarne powinno przede wszystkim

dział środkowy, w którym finansowanie publiczne jest niższe, a współpłacenie pacjenta wyższe. Nie mówimy więc o koszyku, ale o w miarę sprawiedliwych instrumentach finansowych, przy pełnym zabezpieczeniu w sytuacjach katastrofy zdrowotnej. Warto też podkreślić, że od udziałów własnych można by się dodatkowo ubezpieczyć. W ten sposób otworzyłyby się nowe możliwości dla ubezpieczycieli prywatnych.

Konkurencja zdrowotna

A co z ludźmi nie należącymi do żadnej z wymienionych grup? Im ochronę zdrowia powinny finansować prywatne i publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Nie należy zakazywać konkurencji. Konsumentowi należy umożliwić wolny wybór instytucji ubezpieczeniowej, a pracodawcy opłacalność finansowania grupowych ubezpieczeń zdrowotnych dla pracowników. Krytycy

„ Powinniśmy wreszcie odejść od *myślenia koszykowego*, przechodząc do *myślenia populacyjnego* „

finansować ochronę zdrowia najbardziej potrzebujących. Są to ludzie należący do grupy, którą określiłbym mianem *specjalnej troski*. I tutaj odchodzimy od *myślenia koszykowego*, przechodząc do myślenia populacyjnego, które już z powodu nazwy wydaje się dojrzałe i odpowiedniejsze. Proponowałbym zatem, by najpierw ustalić, jakie są grupy najwyższego zagrożenia zdrowotnego. Następnie należy im zapewnić kompleksowe finansowanie usług zdrowotnych bez współpłacenia. Taką grupą może być populacja obywateli żyjących poniżej progu ubóstwa. Nie ulega wątpliwości, że za nich społeczeństwo powinno solidarnie zapłacić. Drugą grupą powinni być osoby niepełnosprawne, całkowicie niezdolne do pracy. Ochronę zdrowia finansowaną z pieniędzy publicznych w całościowym zakresie należy objąć także ludzi starszych, powyżej ustalonego wieku. Starszym, ale żyjącym powyżej progu ubóstwa, należy zaproponować całościową ochronę zdrowia, połączoną z systemem racjonalnego współpłacenia. Jednym z rozwiązań chroniących takie osoby przed znacznymi wydatkami zdrowotnymi jest wprowadzenie tzw. udziału własnego (ale nie procentowego, lecz kwotowego). Na przykład pierwsze 500 zł w danym roku za usługi szpitalne pacjent pokrywa z własnej kieszeni. W wypadku leków mógłby płacić stawki refundowane, a powyżej pewnej sumy wydanej w danym roku powszechny ubezpieczyciel mógłby dopłacać więcej. Można nawet ustalić prze-

takiego rozwiązania wysuną skrajne sytuacje tzw. katastrof zdrowotnych, czyli zdarzeń zdrowotnych wiążących się ze znacznymi kosztami, jak np. konieczność przeszczepu serca czy wątroby, poza możliwościami finansowania przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Można ten problem rozwiązać poprzez powszechnie stosowaną na rynku ubezpieczeniowym reasekurację. Instytucją reasekuracyjną może być nawet ubezpieczenie powszechne, gdyż osoby ulegające katastrofie zdrowotnej można właściwie zaliczyć do *populacji specjalnej troski*. Po prostu powyżej pewnego pułapu wydatków na cele zdrowotne w roku do akcji wkracza finansowanie poprzez reasekurację.

Sprawiedliwe rozwiązanie

Przedstawione propozycje mogą zostać uznane za zbyt radykalne. Warto jednak, aby pochyłili się nad nimi decydenci i eksperci, bo stosując rozwiązania populacyjne (a nie *koszykowe*) można stworzyć system społecznie sprawiedliwy, moralnie poprawny, a zarazem o wiele bardziej przejrzysty i zrozumiały. Ponadto istnieje szansa budowy systemu łączącego zasady wolnego rynku z ideą państwa solidarnego.

Autor jest m.in. prof. nadzw. University of Vermont College of Medicine w USA, ekspertem organizacji kompleksowej ochrony zdrowia i medycyny szpitalnej.