

Ustawa o koszyku

W jaskini Platona

Niedługo Sejm będzie głosował nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma doprowadzić do stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Albo czeka nas rewolucja, albo kompromitacja. Czy są szanse na wprowadzenie koszyka?

Tu nie chodzi tylko o podpis prezydenta. Jeśli rząd Donalda Tuska zdecydowałby się na wprowadzenie koszyka – czyli określił, które świadczenia przysługują ubezpieczonym bezpłatnie, które mają być dla nich częściowo płatne, a za które w całości mają zapłacić – zakończy się to niemal rewolucją. Trudno sobie wyobrazić, że taka zmiana nie doprowadzi do upadku rządu.

To, co przewiduje projekt, to możliwość zmian fundamentalnych, które dotyczyć będą zarówno pacjentów, jak i świadczeniodawców. Jakie to konkret-

nie zmiany? W tym właśnie problem, że nie wiadomo. I ten znak zapytania jest zatrważający, bo do funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych warto by było się przygotować.

Projekt ustawy zawiera zasady kwalifikowania świadczeń do koszyka. W krótkim okresie ważne jest stworzenie mechanizmu kwalifikowania świadczeń. I to w projekcie ustawy jest. Jednak wszystko, co istotne z punktu widzenia i pacjenta, i świadczeniodawcy, ma być w rozporządzeniach. Projektów rozporządzeń do projektu ustawy nie dołączono.

fot. iStockphoto

fot. Jakub Ostalowski/Fotorepa



Andrzej Włodarczyk,
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
były wiceminister zdrowia

Ważnym mankamentem projektu jest to, że nie ma dokładnych definicji świadczenia gwarantowanego, częściowo gwarantowanego i świadczenia niegwarantowanego. Brak tych definicji powoduje, że istnieje ryzyko manipulacji. Dobrze natomiast, że Agencja nie będzie jednostką budżetową, gdyż wtedy płace w niej byłyby marne, a tu potrzeba wysoko wykwalifikowanych pracowników, dobrze opłacanych. Niezbędne jest zadbanie, by nie tylko członkowie Rady, ale i konsultanci krajowi składali deklaracje konfliktu interesów, które byłyby co jakiś czas weryfikowane. Nie wiem, dlaczego tak mało jest uprawnionych podmiotów, które mogą zgłaszać kandydatów do Rady Konsultacyjnej. Bardzo istotnym błędem jest brak procedury odwoławczej od decyzji Agencji i ministra zdrowia. Czy ustawa wejdzie w życie, zależy przede wszystkim od prezydenta. Pierwszy koszyk powstanie nieprędko, bo dużo czasu zajmie ukonstytuowanie się Agencji, Rady, powołanie prezesa itd.



foto: Michał Sadowski/fotostrepa

Anna Knysok,
była pełnomocnik ds. wprowadzenia powszechnego
ubezpieczenia zdrowotnego w rządzie Jerzego Buzka

Na podstawie projektu ustawy nie da się nic powiedzieć o tym, jaki będzie koszyk świadczeń gwarantowanych. Można by było, gdyby były przedstawione projekty rozporządzeń do tej ustawy. Sam projekt jest niezłą propozycją zasad tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych – kryteriów włączania i wyłączenia świadczeń oraz ich wyceny. Przewiduje on, że ustawa wejdzie w życie z dniem 31 sierpnia tego roku, co oznacza, że najwcześniej uda się przygotować pierwsze wykazy świadczeń gwarantowanych od początku nowego roku. Nie wiem, dlaczego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rząd chce umieścić przepisy dotyczące Agencji Oceny Technologii Medycznych. W ten sposób ustawa ta staje się śmietnikiem, do którego można wrzucić wszystko. Niedobrze też, że minister zdrowia ma nie być zobowiązany negatywną rekomendacją Rady Konsultacyjnej AOTM, tylko w każdym przypadku decydować autonomicznie, choć po zapoznaniu się z rekomendacją o włączeniu bądź wyłączeniu świadczenia do koszyka. Z drugiej jednak strony, minister zdrowia nie będzie samobójcą i wyda mi się, że jeśli rekomendacja Rady odnośnie do jakiegoś świadczenia będzie negatywna, nie będzie takiego świadczenia wpisywał do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Istotne zapisy projektu ustawy

Definicja świadczenia gwarantowanego

Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Tym samym świadczenia zostaną podzielone na trzy grupy: całkowicie bezpłatne dla ubezpieczonego, częściowo dla niego płatne i całkowicie płatne.

Kryteria oceny świadczeń do koszyka

1. Wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - a) priorytetów zdrowotnych określonych przez ministra zdrowia w rozporządzeniu,
 - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności (te wskaźniki ma dostarczyć Agencja).
2. Skutki następstw choroby, a zwłaszcza:
 - a) przedwczesny zgon,
 - b) niepełnosprawność,
 - c) przewlekłe cierpienie,
 - e) obniżenie jakości życia.
3. Znaczenie leczenia danej choroby dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
 - a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
 - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,

- c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
- d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość.

4. Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo.
5. Stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego.
6. Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych.
7. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia (w projekcie uwypukla się jeden podmiot systemu: Narodowy Fundusz Zdrowia).

Niektóre kompetencje ministra

1. Określenie poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego.
2. Określenie warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego. Określając poziom lub sposób finansowania danego świadczenia opieki zdrowotnej, minister ma obowiązek przyznania 100-procentowego finansowania ze środków publicznych tych świadczeń, w przypadku których stosunek kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych jest najkorzystniejszy dla świadczeniobiorcy i płatnika.



fol. Bartosz Siedlik / Fotorepo

Krzysztof Łanda, HTA Audit

Nie jest dobrym pomysłem, że na razie postowie opowiadają się za tym, by negatywna rekomendacja prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nie była wiążąca dla ministra zdrowia. To zbyt duża autonomia decyzji dla ministra, niebezpieczna także ze względów politycznych. W sytuacji, gdy Agencja negatywnie zaopiniuje jakąś rekomendację, a minister nie będzie taką rekomendacją związany, będzie podlegał silnym naciskom. Dobrym pomysłem jest to, by świadczenia gwarantowane były umieszczone w rozporządzeniach, a nie w ustawie. Moim zdaniem na wstępie w koszyku powinien się znaleźć cały zakres świadczeń obecnie finansowanych przez płatnika, a procedurę kwalifikacyjną należy stosować w przypadku nowych technologii wchodzących na rynek. W przeciwnym razie, jeśli minister zdrowia chciałby wykluczać terapie obecnie finansowane, mogłoby dojść do dużych niepokojów społecznych.



fol. K. Żuczowski / Forum

Xenia Kruszevska, Signal Iduna

Projekt ustawy koszykowej jest sensowny i zmiany zmieniają w dobrym kierunku. Zawarte są w nim wyraźne kryteria kwalifikacji świadczeń do koszyka, ale diabeł tkwi w szczegółach, a tych brak. Szczegóły będą bowiem w rozporządzeniach, a ich projektów nie dołączono. Stworzenie koszyka to otwarcie drogi do ubezpieczeń dodatkowych, ale na razie, z uwagi na to, że brak jakichkolwiek szczegółów, ubezpieczyciele nie mogą przygotować jakiegokolwiek oferty. Dobrze by było, gdyby w zakres gwarancji państwa wchodził również czas, w jakim dane świadczenie ma być udzielone. Wówczas można się do ubezpieczyciela, tak jak jest to w niektórych państwach, od czasu oczekiwania na leczenie. Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia w reformowaniu ochrony zdrowia, obawiam się jednak, że jeśli ta ustawa wejdzie w życie, nie zmieni się wiele, bo do koszyka wejdzie cały zakres świadczeń finansowanych obecnie przez płatnika.



fol. Dzikli

Bolesław Piecha, przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, poseł PiS

Czarno widzę losy tej ustawy. Ma charakter życzeniowy. Dużym błędem jest to, że nie dostarczono projektów rozporządzeń, a to w nich będą zawarte wykazy świadczeń gwarantowanych i pułapy odpłatności. Kolejny mankament to brak procedury odwoławczej od decyzji ministra i Agencji. Status Agencji jest niejasny – należałoby się zdecydować, czy jest niezależna od ministra, czy nie. Niedobre jest to, że Agencja najpierw ocenia daną procedurę, a następnie ją rekomenduje. Otwartą pozostaje kwestia, czy prezydent taką ustawę podpisze – za wcześniej o tym mówić.

Z obawy? Być może, bo to właśnie z rozporządzeń obywatel dowie się, czy operacja wyrostka robaczkowego metodą X będzie gwarantowana, czy nie. Czy płatnik zapłaci za nią w całości, czy tylko częściowo – i w jakiej części. W tym kontekście zapewnianie, że koszyk poprawi dostępność do opieki zdrowotnej jest bałamutne, zwłaszcza że w projekcie ustawy brak jest jakichkolwiek zapisów osłonowych dla najuboższych grup społecznych, których nie będzie stać nawet na najtańszą polisę ubezpieczeniową czy najmniejszą dopłatę. Groźne jest wyeliminowanie indywidualnych zgód na leczenie w sytuacjach, gdy standardowa terapia nie działa. Być może mechanizm dla pacjentów *niestandardowych* znajdzie się w rozporządzeniach, ale o tym nie wiemy.

O co chodzi? Może o to, by gotową ustawę zostawić – jak kukulcze jajo – następnej ekipie, która znajdzie się przy władzy?

A może będzie po staremu i minister zdrowia wpisze hurtem to wszystko, co obecnie finansuje płatnik. Jeśli tak, to po co ta ustawa?

Jacek Grabowski napisał kiedyś, że dyskusja o koszyku jest trudna, bo mamy do czynienia z efektem jaśkiny Platona – opinia publiczna poznaje jedynie cienie idei w postaci propozycji zapisów ustawowych oraz wyrwanych z kontekstu fragmentów wypowiedzi. Nic dodać, nic ująć.

Justyna Wojteczek