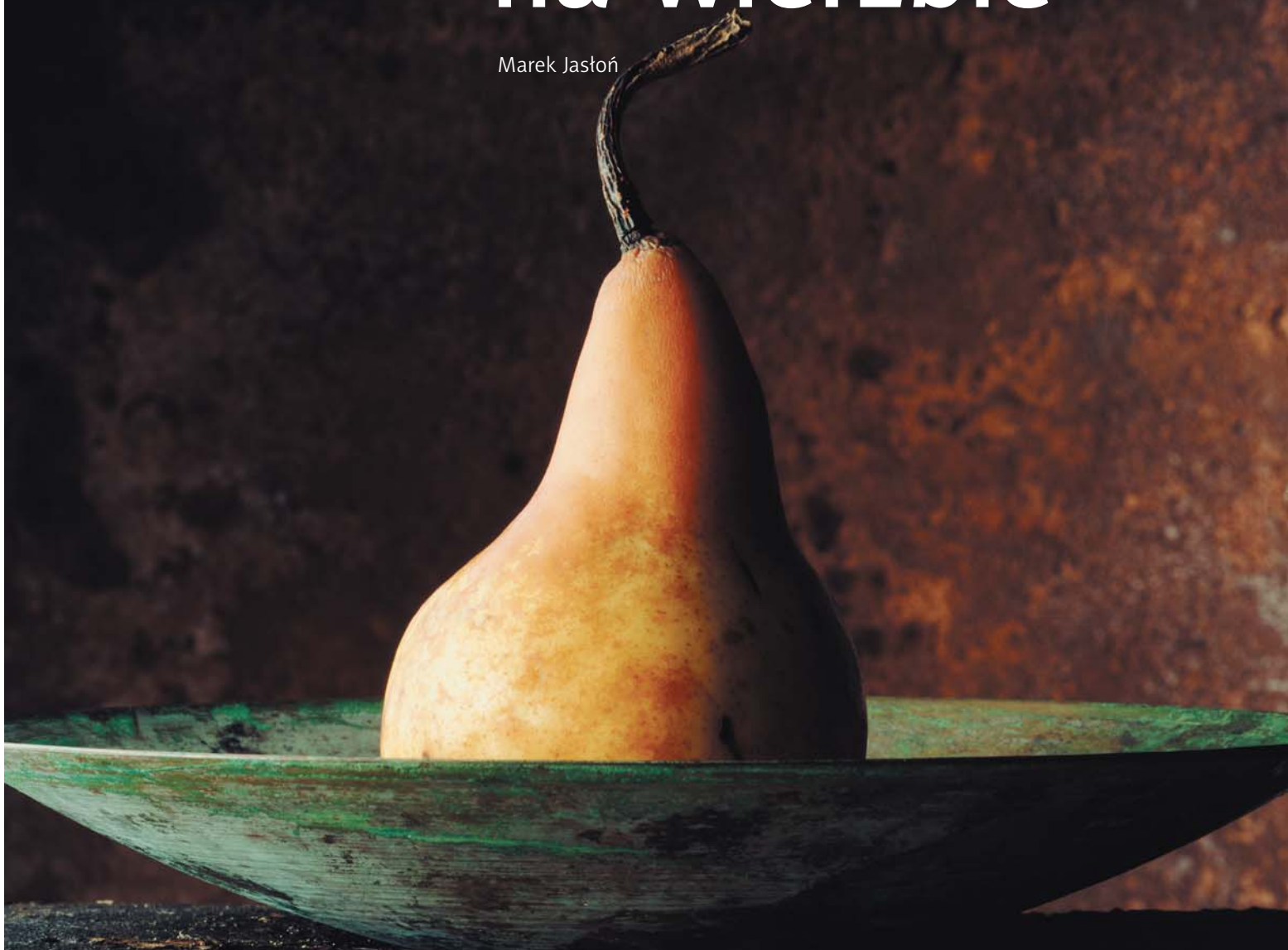


Koszyk świadczeń gwarantowanych – bardziej socjotechnika niż początek reform

# Gruszki na wierzbie

Marek Jastoń



Twórcy koszyka przygotowali listę procedur zawierającą ponad 50 tys. rekordów, spisanych w 20 tys. pozycji. Zdaniem ekspertów Agencji Oceny Technologii Medycznych i Ministerstwa Zdrowia na sfinansowanie koszyka oraz roszczeń personelu medycznego będzie trzeba wydać z budżetu NFZ dodatkowe 9 mld zł. Tymczasem deklaracje, że przedstawione dokumenty są pierwszym etapem prac nad koszykiem, to zwodzenie ludzi, a wyliczona kwota jest fikcyjna.

fol. David Jay Zimmerman/Corbis

Można się domyślać, że podana suma wynikała z kalkulacji związanej z sytuacją strajkową. Włodarze polskiego systemu ochrony zdrowia prawdopodobnie dokonali następującego szacunku: na zaspokojenie roszczeń protestujących potrzeba 6 mld zł (i to być

może uda się wygospodarować), a dodatkowe 3 mld zł będzie można *wyszarpnąć* z budżetu Zyty Gilowskiej. W ten sposób otrzymali 9 mld zł. Takie działania będą jednak prowadzić do kolejnego marnotrawstwa funduszy publicznych i zablokują długo oczekiwany

rozwój dodatkowych ubezpieczeń. To tylko potwierdzenie tezy, że prace nad koszykiem świadczeń gwarantowanych przebiegają w oderwaniu od rzeczywistych celów, jakim powinien on służyć.

Z powstaniem koszyka wszyscy wiązali wielkie nadzieje, bo byłby on ważnym narzędziem umożliwiającym dokonanie zmian w systemie ochrony zdrowia. Tymczasem po zaprezentowaniu przez ministra zdrowia projektu większość ekspertów albo nabrała wody w usta (co wynika z tego, że uczestniczyli w tworzeniu koszyka), albo poczuła się przytłoczona widokiem opasłych tomów rozdawanych podczas konferencji.

W mojej ocenie projekt nie jest koszykiem usług medycznych, lecz socjotechnicznym chwyttem. Przed-

mu ubezpieczeń. Tymczasem wciąż mówi się o kryteriach włączania i wyłączenia procedur medycznych, pokazuje się te same prezentacje, a w ostateczności tworzy się koszyk teoretycznych pytań, a nie

„ Aby utworzyć koszyk, należy mieć pomysł, w jaki sposób przy jak najmniejszym oporze społecznym wyprowadzić część świadczeń z powszechnego systemu ubezpieczeń. Tymczasem wciąż mówi się o kryteriach włączania i wyłączenia procedur medycznych ”



fol. Dorek Lewandowski/Forum

stawiona propozycja jest zbyt rozbudowanym spisem świadczeń medycznych, zawierającym ponadto wiele błędów merytorycznych. Narzędzie, jakim jest koszyk, miało umożliwić racjonalizację usług medycznych poprzez odciążenie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i wskazanie świadczeń, które nie byłyby gwarantowane przez państwo i stanowiłyby podstawę do rozwoju ubezpieczeń dobrowolnych. Na razie mamy jedynie materiał do dyskusji.

Aby utworzyć koszyk, należy mieć pomysł, w jaki sposób przy jak najmniejszym oporze społecznym wyprowadzić część świadczeń z powszechnego syste-

praktycznych rozwiązań. Do tego należy dodać problem związany dyskusją na temat wyceny procedur (czym nie powinna zajmować się taka instytucja jak AOTM; przy płatniku należałoby utworzyć niezależną agencję taryfikacji). Potwierdza to efekt prac tzw. małego zespołu AOTM ds. liczenia kosztów, którego prace utknęły w martwym punkcie. W takiej sytuacji nie należy się dziwić, że panaceum na wszystkie problemy ma być zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną do 6 proc. PKB. A to – jeśli sędzić po wypowiedziach premiera – na pewno nie nastąpi szybko. ■