Projekt ustawy o koszyku świadczeń gwarantowanych

rys. Anna Pol 2x

Koszałki-opałki

Marek Balicki

Bez telewizyjnych kamer i blasku fleszy, ale w szybkim tempie, toczą się w Sejmowej Komisji Zdrowia prace nad ustawą mogącą radykalnie zmienić zasady korzystania z usług zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych. Efektem ustawy ma być koszyk świadczeń gwarantowanych. Diabeł – jak zawsze – tkwi w szczegółach, a tych posłowie i rząd zdają się nie zauważać. Dlatego proponowanych rozwiązań należy się obawiać.

Celem projektu jest uregulowanie mechanizmu tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych, czyli tzw. koszyka usług zdrowotnych. W ostatnich latach sprawa koszyka była niejednokrotnie przedmiotem ożywionej publicznej dyskusji i powodem stawiania pytań: *kiedy się wreszcie doczekamy…* Łamy gazet wypełniały listy usług bezpłatnych i tych, do których pacjent będzie musiał dopłacać. Z ustaleniem koszyka zarówno poprzedni, jak i obecny minister zdrowia wiązali powodzenie reformowania opieki zdrowotnej i możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Tymczasem od kilku miesięcy, od kiedy trwają już prace nad konkretnymi zapisami ustawowymi, poza krótkimi informacjami w niektórych

pismach, panuje cisza. To dziwi, zwłaszcza w porównaniu z wysoką temperaturą dyskusji wówczas, gdy projektu w Sejmie nie było. Brak publicznej debaty zaskakuje jeszcze bardziej, gdy weźmie się pod uwagę długofalowe skutki tej regulacji. Zmieni ona przecież dotychczasowy zakres świadczeń finansowanych przez NFZ i wpłynie na sposób wykonywania zawodu lekarza w placówkach publicznych. Wielu pacjentów nie będzie bowiem stać na usługi wymagające wysokich dopłat i lekarze będą musieli szukać innych rozwiązań.

Legislacyjna kuchnia

Posłowie zdają się jednak nie dzielić włosa na czworo. Zamówili tylko dwie ekspertyzy, które ponadto nie odnosiły się do głównych założeń proponowanych rozwiązań. Za to postęp prac jest imponujący. W grudniu 2008 r. rząd przyjął projekt ustawy, w lutym odbyło się jej pierwsze czytanie, a na początku kwietnia przedstawiono sprawozdanie podkomisji. Wszystko wskazuje więc na to, że Sejm uchwali ustawę przed wakacjami i od września będzie obowiązywać pierwszy katalog świadczeń gwarantowanych ustalony przez ministra zdrowia.

Zmiana sposobu określania tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych oraz stworzenie ustawowych ram organizacji i funkcjonowania Agencji Oceny Technologii Medycznych to najważniejsze rozwiązania zawarte w projekcie. Zmiany te będą wprowadzone poprzez nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych, a nie poprzez uchwalenie odrębnej ustawy o koszyku. Istota zmiany w sposobie określania świadczeń gwarantowanych polega na odejściu od koszyka negatywnego i wprowadzeniu pozytywnego.

Koszyk negatywny to wykaz świadczeń niefinansowanych z funduszy publicznych – są one wymienione w załączniku do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych w dwóch grupach. Pierwsza obejmuje te, które nie są finansowane bez względu na zakres ich zastosowania (np. operacje zmiany płci, poradnictwo seksuologiczne czy autoszczepionki), a druga – niefinansowane w poszczególnych zakresach zastosowania (np. pozytonowa tomografia emisyjna z wyjątkiem przypadków wymienionych w załączniku). Pozostałe świadczenia, tj. niewymienione w ustawie jako nieprzysługujące ubezpieczonym, są finansowane w całości. Nieliczne wyjątki dotyczą m.in. pewnych odpłatności za pobyt w sanatorium czy zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz za niegwarantowane świadczenia dentystyczne. W praktyce to dość proste rozwiązanie oparte na koszyku negatywnym oznacza dzisiaj, że dobrze wiemy, co się nam nie należy. Natomiast nie zawsze mamy pewność, co nam przysługuje. Dobrym przykładem jest leczenie niepłodności metodą *in vitro* – w wykazie świadczeń niegwarantowanych go nie ma, ale NFZ nie chce tej terapii finansować. Zresztą można wskazać wiele innych procedur, o których finansowaniu lub niefinansowaniu rozstrzyga prezes NFZ, mimo że nie ma odpowiednich podstaw prawnych.

Koszyk pozytywny to natomiast katalog świadczeń lub procedur gwarantowanych, tj. finansowanych z pieniędzy publicznych. Konsekwencją przyjęcia takiego rozwiązania jest to, że świadczenia nieumieszczone w katalogu nie będą przysługiwać ubezpieczonym. Omawiany projekt wprowadza podział świadczeń gwarantowanych na finansowane w całości i współfinansowane. Współfinansowanie ma być określane kwotowo lub procentowo. Projekt wymienia kryteria, które powinny być brane pod uwagę przy kwalifikowaniu świadczeń jako gwarantowane. Kwalifikacji ma dokonywać minister zdrowia po uzyskaniu rekomendacji prezesa AOTM. Minister będzie określał wykazy świadczeń gwarantowanych w rozporządzeniach, odrębnie dla każdego z 13 wymienionych w ustawie zakresów, jak np. podstawowa opieka zdrowotna, leczenie szpitalne czy rehabilitacja lecznicza. Przewidziane jest też usuwanie świadczeń z wykazów lub zmiany poziomu ich finansowania. Ustawa ma wejść w życie 14 dni po uchwaleniu, ale przepisy wprowadzające wykazy świadczeń gwarantowanych będą obowiązywać od 31 sierpnia tego roku.

> „Wszystko wskazuje na to, że od września będzie obowiązywać pierwszy katalog świadczeń gwarantowanych"

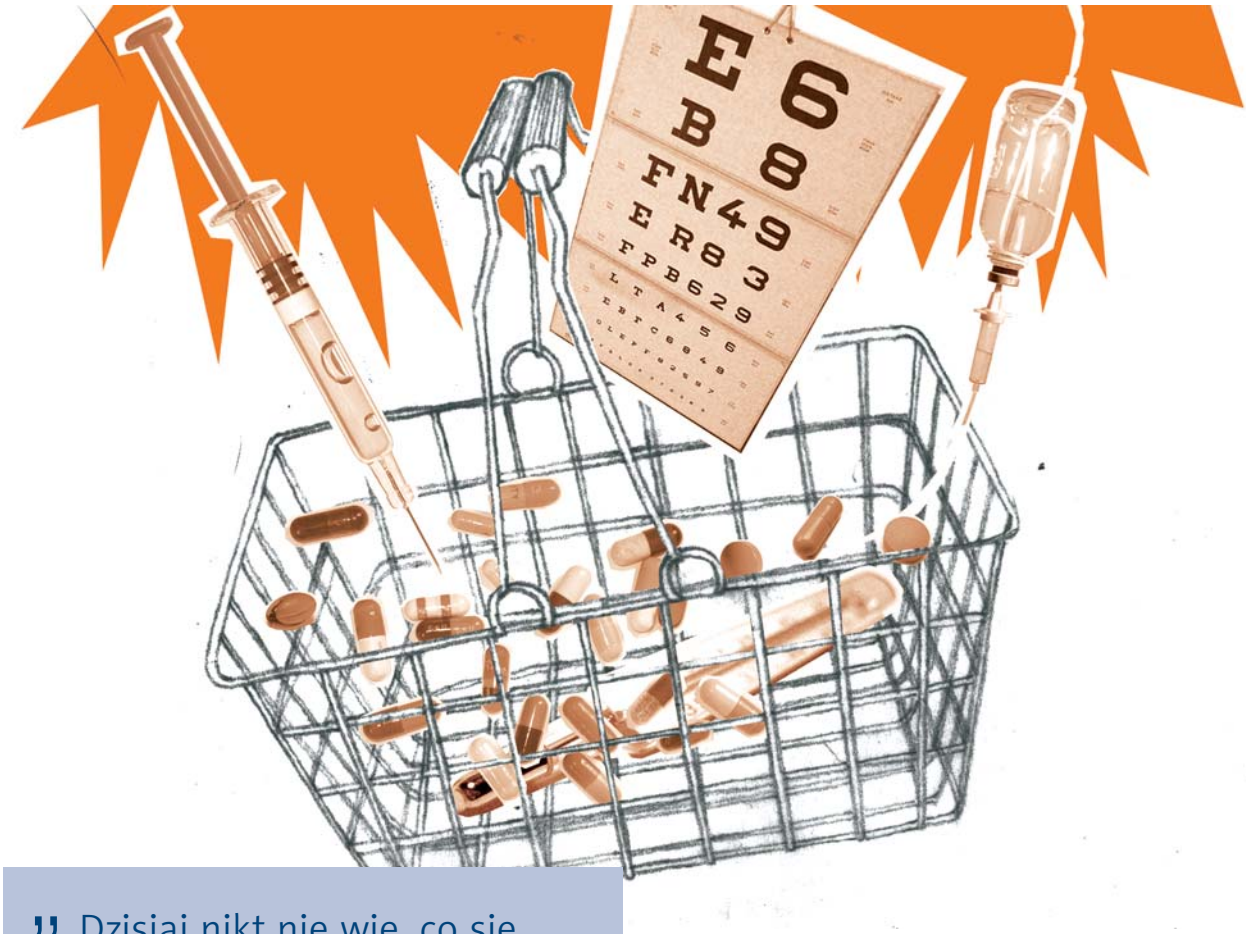
> „Można wskazać wiele procedur, o których finansowaniu lub niefinansowaniu rozstrzyga prezes NFZ, mimo że nie ma ku temu podstaw prawnych"

Zdaniem resortu zdrowia, pozytywny katalog ma zapewnić dostęp do świadczeń zdrowotnych lub pro-

cedur medycznych najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, o udowodnionej efektywności klinicznej, najbardziej opłacalnych z opcjonalnych lub alternatywnych oraz możliwych do sfinansowania. Katalog ten ma pełnić głównie funkcję informacyjną i regulacyjną. Dla pacjenta będzie źródłem informacji o tym, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane, lub za które będzie zobowiązany w części zapłacić. Świadczeniodawców ma zaś informować, za jakie świadczenia nie otrzymają zapłaty z pieniędzy publicznych, a jakie są gwarantowane w ramach kontraktu z NFZ. Pod tym względem sytuacja powinna więc być zdecydowanie klarowniejsza niż teraz. Dlatego samą inicjatywę legislacyjną w sprawie koszyka i próbę ustawowego uregulowania funkcjonowania AOTM można by uznać za działanie pozytywne. Jednak wiele przyjętych w projekcie rozwiązań, a także terminy i sposób ich realizacji budzi poważne wątpliwości i zasługuje na krytykę. Nie wiadomo też, na jakiej podstawie projektodawcy uznali, że ustawa zwiększy dostępność do świadczeń i poprawi efektywność wydatkowania pieniędzy publicznych przez NFZ. Uważam, że błędy popełnione w procesie legislacyjnym mogą doprowadzić do tego, że ta ustawa nie wejdzie w życie.

Koszykowe rafy

Pierwszy problem wiąże się z obowiązkiem zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń finansowanych z pieniędzy publicznych, o czym mówi art. 68 konstytucji. Tymczasem projekt wprowadza dopłaty do części świadczeń gwarantowanych i nie mówi, jaka będzie ich wysokość. To rozstrzygnie minister zdrowia w rozporządzeniach, ale projektów rozporządzeń do druku sejmowego nie dołączono. Analiza proponowanych zapisów i publiczne wypowiedzi minister zdrowia sprzed ponad roku wskazują jednak, że dopłaty mogą być znaczne. Z uzasadnienia projektu wynika, że mają one mieć raczej charakter fiskalny, a nie regulować popyt na usługi medyczne. Dlatego musi niepokoić, że nie uwzględniono sytuacji osób, dla których dopłaty lub konieczność pełnego finansowania świadczeń zdro-



> ” Dzisiaj nikt nie wie, co się zmieni i za co trzeba będzie płacić ”

wotnych będzie barierą w dostępie do nich. Nie ma też informacji o zasadach dostępu do świadczeń dla osób nieubezpieczonych, spełniających kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej, a dla nich dopłaty oznaczać będą w rzeczywistości brak dostępu do części świadczeń. Ponadto zabrakło przepisów określających działania osłonowe dla tych grup, które ze względu na zmianę zasad dostępu do świadczeń gwarantowanych będą miały do nich utrudniony dostęp. Jak pokazują wyniki badań GUS dotyczące ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych, zwiększanie odpłatności za świadczenia zdrowotne może być istotną barierą w dostępie do nich dla bezrobotnych, emerytów i rencistów, a także rodzin wielodzietnych.

Kolejna sprawa wiąże się z krótkim *vacatio legis*. Projekt wprowadza rozwiązania o istotnym znaczeniu dla ludności i systemu opieki zdrowotnej. A nowa kategoria świadczeń gwarantowanych częściowo finansowanych z pieniędzy publicznych ma wręcz radykalny charakter. Jak wspomniałem, dzisiaj nikt wie, co się zmieni i za co trzeba będzie płacić. Na dodatek z zapisów ustawowych wynika, że system dopłat będzie dość skomplikowany. Wszystko to utrudni sprawne wejście w życie nowych przepisów w krótkim czasie. Nie słychać, by zaplanowano jakąś kampanię informacyjną. Nikt też nie wyjaśnił, w jaki sposób przez kilkanaście tygodni AOTM i minister zdrowia dokonają profesjonalnej oceny kilkunastu tysięcy świadczeń i procedur medycznych zgodnie z trybem określonym w ustawie, a także określą, za co i ile będziemy płacić. Chyba że ma to mieć charakter na poły fikcyjny – wtedy wyjaśnienia nie są potrzebne. Kiedy nowe regulacje poznają dziesiątki tysięcy pracowników służby zdrowia i setki tysięcy pacjentów? Z doświadczenia wiemy, że rozporządzenia ukażą się w ostatniej chwili. Autorzy projektu chyba nie znają przestrogi najwybitniejszego współczesnego ekonomisty środkowoeuropejskiego Janosa Kornaia, że reforma ochrony zdrowia jest procesem, a nowe instytucje muszą mieć czas na ewolucję, obywatele zaś na adaptację. Zatem stwierdzenie projektodawców, że koszyk pozytywny ma dać wszystkim jasną i przejrzystą informację o zakresie świadczeń przysługujących z funduszy publicznych, brzmi jak ironia.

Wiadomo, że ustalanie koszyka, a zwłaszcza pozytywnego, nie jest sprawą łatwą. Z przyczyn technicznych jest to nieporównanie trudniejsze niż doskonalenie koszyka negatywnego, a na pewno nie jest realne w tak krótkim czasie. Pośpiech może doprowadzić do zastosowania nieodpowiednich rozwiązań, które zaszkodzą pacjentom i jednocześnie nie dadzą pożądanego efektu ekonomicznego. Jeśli natomiast chodzi o ustalenie jednoznacznej listy świadczeń przysługujących pacjentowi, to eksperci przestrzegają, że kryteria podejmowania decyzji w sprawie włączenia czy wyłączenia danej procedury z finansowania publicznego nie mogą być zamknięte czy jednoznaczne. Zawsze będzie istniała potrzeba oceny lekarza. Żadna lista wytycznych bądź protokołów procedur nie może określić każdego możliwego przypadku. Dlatego ważniejsze jest wprowadzenie innych niż zamknięty katalog świadczeń bodźców, które będą wpływać na zachowania pacjentów, np. współpłacenia rozumianego jako niewielkie zryczałtowane opłaty za korzystanie z usługi. I ważne, aby skala współpłacenia była niska i dla nikogo nie stanowiła nadmiernego obciążenia. Powinien też istnieć górny pułap opłat, jakie rocznie może zapłacić pacjent. Chodziłoby tu nie o cel fiskalny, lecz o ograniczenie nieuzasadnionego popytu. Takie opłaty funkcjonują w wielu krajach europejskich. Ostatnio wprowadzili je Czesi. Rezultaty są zachęcające. Szkoda, że autorzy naszego projektu poszli inną drogą i wybrali cel fiskalny. Nie wróży to powodzenia.

> ” Błędy popełnione w procesie legislacyjnym mogą doprowadzić do tego, że ustawa nie wejdzie w życie ”

Pójdźmy inną drogą

Co zatem robić? Trzeba wprowadzić niewielkie współpłacenie, ale o szerokim zasięgu, a zmiany dotyczące świadczeń gwarantowanych realizować etapowo. Na początku w pakiecie świadczeń gwarantowanych najlepiej uwzględnić to, co teraz finansuje NFZ i do czego pacjenci oraz lekarze są przyzwyczajeni. Kolejne etapy to rozstrzyganie o włączaniu do katalogu świadczeń gwarantowanych nowych, zazwyczaj kosztownych technologii, a także o usuwaniu z listy procedur, których finansowanie z pieniędzy publicznych jest nieuzasadnione. Aby robić to porządnie, na początku można poddawać ocenie nie więcej niż kilkanaście procedur rocznie. Warto też zauważyć, że ani szybkie ograniczenie katalogu świadczeń gwarantowanych, ani wprowadzenie wysokich dopłat nie jest konieczne do rozwoju ubezpieczeń prywatnych. Wykazała to propozycja prywatnych ubezpieczeń alternatywnych przedstawiona w ubiegłym roku przez Polską Izbę Ubezpieczeń.

Należy więc zmienić kierunek prac. Tak, żeby były możliwe do wykonania i przyniosły spodziewane korzyści. ■