

Komunikat PAP: Koszyk gwarantowanych świadczeń medycznych - propozycje ekspertów RPO – 22 listopada 2007 r.

2007-11-22 15:54

22.11.Warszawa (PAP) - Opracowanie pełnego koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych zajmie długie lata i będzie niezwykle kosztowne, dlatego zamiast wszystkich świadczeń należy wycenić tylko te, które generują największe koszty - przekonuje zespół ekspercki do spraw ochrony zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

Podczas czwartkowej konferencji prasowej w biurze Rzecznika przekonywano, że taka "droga na skrót" pozwoliłaby stworzyć "koszyk" już w ciągu roku.

"Procedur medycznych mamy tysiące i przeanalizowanie ich - szczególnie ze względu na skuteczność kliniczną, co teraz jest bardzo rozdmuchiwane - zajmie co najmniej sześć lat i pochłonie mnóstwo pieniędzy. Jest to droga utopijna i nieskuteczna" - powiedziała PAP członek zespołu eksperckiego RPO prof. Ewelina Nojszewska ze Szkoły Głównej Handlowej.

Tymczasem - jak podkreślała - gdy ogląda się sprawozdania w NFZ, to okazuje się, że "jest mała liczba procedur - na pewno mniej niż 10 proc. z całości świadczeń - która generuje 80 proc. wydatków na ochronę zdrowia" - dodała prof. Nojszewska.

"Odpuśćmy więc sobie pozostałe 90 proc., bo jest to tak mała skala wydatków w systemie, że może to spokojnie poczekać. Skoncentrujmy się na tej małej liczbie, którą stosunkowo szybko można opracować pod względem kosztowym" - dodała profesor.

Według założeń opracowanych przez zespół RPO, "10-procentowy koszyk" nawiązywałby do idei refundacji leków. Procedury skuteczne klinicznie, a jednocześnie efektywne kosztowo byłyby zatem refundowane przez państwo w stu procentach. Natomiast procedury skuteczne klinicznie, lecz mniej efektywne kosztowo byłyby finansowane do poziomu wyznaczonego limitu.

"Limit finansowania będzie wyznaczać ta technologia, która pozwala osiągnąć jak najlepszy efekt zdrowotny przy jak najniższych kosztach, w jak największej populacji" - zakłada program RPO.

Tzw. koszyk gwarantowanych świadczeń medycznych ma być wykazem procedur, które będą finansowane przez państwo ze składki zdrowotnej. Jak dotąd resort zdrowia (jeszcze pod kierownictwem Zbigniewa Religi) przedstawił jedynie kilka tomów, będących de facto listą wszystkich stosowanych procedur medycznych, bez ich wyceny. Resort nie przedłożył w Sejmie projektu ustawy dotyczącej koszyka świadczeń.

Projekt "10-procentowego koszyka" jest częścią szerszej inicjatywy RPO na rzecz opieki zdrowotnej. Wcześniej zespół przy rzeczniku opracował m.in. 10-punktowy plan zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia. Plan zakłada m.in. współpłacenie pacjentów za niektóre usługi medyczne, w tym za zakwaterowanie czy wyżywienie podczas pobytu w szpitalu; wprowadzenie do systemu dwóch czy nawet trzech płatników usług (obecnie płatnik jest jeden - Narodowy Fundusz Zdrowia), by konkurencja między nimi hamowała wzrost kosztów.

Ponadto plan zakłada stworzenie trzech filarów ubezpieczenia zdrowotnego. W pierwszym filarze byłyby świadczenia gwarantowane, opłacane z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, w drugim - świadczenia nieopłacane przez państwo, na które brakuje pieniędzy, i do których dopłacaliby pacjenci, np. przez ubezpieczenia prywatne lub przekazanie ubezpieczycielom prywatnym części składki. Trzeci filar to np. operacje plastyczne, za które pacjenci płaciliby sami.

Działania RPO spotkały się z poparciem organizacji lekarskich. Marcin Jędrzejowski z Zarządu Krajowego OZZL powiedział w czwartek, że związek popiera program RPO "w stu procentach". Kierunek proponowanych przez RPO zmian popiera też (choć z zastrzeżeniami) Naczelna Rada Lekarska.

Największe zastrzeżenia co do całej idei koszyka świadczeń gwarantowanych wyraził natomiast zastępca szefa sejmowej komisji zdrowia Marek Balicki. Według niego zamiast opracowywania koszyka powinniśmy się skupić na wprowadzeniu powszechnego współpłacenia za świadczenia medyczne. (PAP)

js/ pz/ gma/ 15:53 07/11/22