

Sonda redakcyjna

Współpłatnienie, warunek *sine qua non* działania systemu



fot. Archiwum

profesor Jacek Ruszkowski, dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego

Legalizacja współpłatnienia jest niezbędnym elementem reformy, ale i jej racjonalizacji. Oczywiście, należy zastanowić się nad formą jego wprowadzenia. Gdyby płatności miały dotyczyć, np. niewielkich kwot, jakie szpitale wydają na leczenie, to na pewno będzie można podjąć dialog społeczny, ale mimo to będzie on niezwykle trudny.



fot. Archiwum

Dariusz Sarti, ekspert ds. zdrowia Konfederacji Pracodawców Polskich

Współpłatnienie powinno zostać wprowadzone, bo takie wzorce funkcjonują już niemal w całej Europie. Na przykład we Włoszech jest ono uzależnione od wysokości dochodów pacjenta. Zasadę współpłatnienia oparto tam na zeznaniach PIT i wysokość dopłat ustalana jest w stosunku do zarobków obywatela. Wprowadzenie ustawowego współpłatnienia jest o tyle konieczne, że przecież już dzisiaj mamy z nim do czynienia, czego przykładem jest działanie nzo-ów.



fot. Archiwum

Jarosław J. Fedorowski, lekarz, prof. University of Vermont College of Medicine w USA

Żaden system zdrowia na świecie nie funkcjonuje bez współpłatnienia. Według danych OECD, udział wydatków bezpośrednio z kieszeni pacjenta (*out-of-pocket* – OOP) wynosi od 9 proc. w Czechach, przez 10 proc. we Francji i 14 proc. w USA, do 31 proc. w Szwajcarii i 52 proc. w Meksyku. Jak z tego widać, nawet państwa przeznaczające wysokie środki na ochronę zdrowia nie są w stanie zafundować usług zdrowotnych finansowanych wyłącznie ze środków publicznych.



fot. Archiwum

Rafał Niżankowski, były wiceminister zdrowia

Implantacja współpłatnienia do systemu ochrony zdrowia powinna być jednym z założeń wielkiej reformy, bez której na dłuższą metę nie możemy się obyć. We współpłatnieniu upatruję dopływu gotówki do systemu, ale także stworzenia bariery w nadmiernym korzystaniu z usług medycznych. Taka racjonalizacja korzystania z opieki zdrowotnej jest konieczna, bo dzisiaj np. okuliści nie skupiają się na leczeniu poważnych schorzeń, ale zajmują się masowym leczeniem zapalenia spojówek.



fot. Archiwum

Jacek Wojciechowicz, ekspert Banku Światowego

Mówienie o niemoralności systemu współpłatnienia jest anachronizmem, bo przecież chyba bardziej niemoralny jest system, w którym kolejkę i tak można ominąć, płacąc za to w tzw. kopercie. Jednak współpłatnienie jest tylko jednym z elementów reformy. Do jego wprowadzenia konieczne jest stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz systemu konkurencji placówek medycznych.



fot. Archiwum



Bogdan Zacharski, pełnomocnik Zarządu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, ekspert BCC

Wyznaczając wysokość współpłacenia należy wychodzić od oceny dotkliwości takiej dopłaty dla osób o niskich dochodach. Nie mogą być one też zbyt niskie, bo inaczej koszt poboru może przekroczyć ich wartość, czyniąc rozwiązanie ekonomicznie nieracjonalnym. Naszym zdaniem, jednoznaczna odpowiedź na pytanie o współpłacenie wymaga więc precyzyjnego określenia celów, jakie miałyby zostać osiągnięte w wyniku jego wprowadzenia, a tych nikt jasno nie nazwał.

fot. Tomasz Kamiński/Agencja Gazeta



profesor Witold Szyfter, krajowy konsultant w dziedzinie otolaryngologii

Służba zdrowia jest w tak trudnej sytuacji, że każde rozwiązanie, które może zwiększyć jej finansowanie jest wskazane. Także współpłacenie. Muszą jednak z niego zostać wyłączone osoby najmniej zarabiające, bezrobotne, korzystające z pomocy socjalnej i emeryci. W efekcie – także w laryngologii – znaleźlibyśmy grupę pacjentów, którzy mogliby współpłacić za niektóre procedury. Na pewno jednak nie mogłoby to dotyczyć chorób nowotworowych i przypadków ostrożyżurowych – stanów zagrożenia życia.

fot. Piotr Waniołek/FORUM



profesor Grażyna Rydzewska, krajowy konsultant w dziedzinie gastroenterologii

W gastroenterologii jest kilka takich procedur, które wg mnie mogłyby podlegać jakiejś formie współpłacenia. Paradoks polega na tym, że nie jestem zwolennikiem tej formy dopłacania z prywatnej kieszeni pacjenta. Zamiast tego uważam, że najbardziej rozsądnym rozwiązaniem jest wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych. Gwarantowałoby ono zmianę systemową oraz zabezpieczałoby przed rozproszeniem opłat wnoszonych przez pacjentów.

fot. Krzysztof Pacuła/FORUM



profesor Jerzy Szaflik, krajowy konsultant w dziedzinie okulistyki

W chirurgii oka jest jeszcze kilka procedur, które mogłyby podlegać współpłaceniu. Dotyczy to zaćmy, jaskry czy chirurgii rekonstrukcyjnej – mam tu na myśli wszczepianie protez gałki ocznej. Na rynku mamy niestety kosztowne protezy ruchome, które istotnie zmieniają standard życia, natomiast nie mają znaczenia dla zdrowia pacjenta. W takiej sytuacji odpłatność jest niezbędna. Jestem zwolennikiem wprowadzenia współpłacenia. Zupełnie innym problemem jest organizacyjne i prawne zagospodarowanie tych dodatkowych pieniędzy. Obawiam się, że przy dzisiejszym systemie w pobieraniu opłat znalazłoby się trzech pośredników i w efekcie środki uzyskane z natychmiastowego wprowadzenia współpłacenia nie wystarczyłyby na pensje urzędników.

fot. Krzysztof Pacuła/FORUM



profesor Andrzej Górecki, krajowy konsultant w dziedzinie ortopedii i traumatologii

Ze współpłacenia przez pacjenta na pewno musi być wykluczona traumatologia, bo przecież trudno płacić za wypadek i urazowe uszkodzenia narządów ruchu. W dziedzinie ortopedii należy rozważyć współpłacenie, czego najlepszym przykładem jest proteza stawu biodrowego. Gdy pacjent zażąda protezy z określonym wkładem, czy o takim a nie innym kształcie, to powinno zostać ustalone, że koszt wszczepu jest pokrywany przez publicznego ubezpieczyciela do wskazanej w standardach wysokości. Wszystko ponad standard powinno być opłacane przez pacjenta.