



fot. Agencja FORUM

Zdrowie na kartki

Gdy 10 lat temu OZZL ogłosił, że kasy chorych wprowadzają „bony reglamentacyjne” na świadczenia zdrowotne i rozprowadził wśród pacjentów milion takich „kartek”, ówczesna wiceminister zdrowia stwierdziła, że był to „okrutny żart” z pacjentów. Niestety – to nie był żart.

Dostęp do leczenia refundowanego jest rzeczywiście administracyjnie limitowany, a świadomość tego faktu jest już dzisiaj powszechna. Trzeba przyznać pani minister, że jest to proceder okrutny.

Limitowanie świadczeń refundowanych jest następstwem niedoboru środków przeznaczonych na leczenie. Rozumieją to już chyba wszyscy. Nie wszyscy jednak są gotowi przyznać się do tego. Minister zdrowia w wywiadzie udzielonym niedawno *Polityce*

Jak tu jednak zachęcić ludzi do masowego wykupowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych? (Bo tylko masowy udział da zapowiadane miliardy). Ulgi podatkowe to zachęta zbyt mała, bo ledwie kilku-, kilkunastozłotowa w skali miesiąca i jeśli będą to ubezpieczenia mające sfinansować 100% kosztów rynkowych leczenia, to niewielu ludzi się na to skusi. Wręczenie łapówki, aby ominąć kolejkę, będzie korzystniejsze, bo tańsze, nawet jeśli trochę ryzykowne. Trzeba więc znaleźć sposób, aby ta dodatkowa składka nie musiała pokrywać wszystkich kosztów leczenia, ale stanowiła jedynie pewną dopłatę do tego, co już refunduje NFZ. Siłą rzeczy trzeba będzie więc stworzyć „ceny komercyjne” na świadczenia zdrowotne limitowane przez NFZ i po

„ Dostęp do leczenia refundowanego jest rzeczywiście administracyjnie limitowany. To okrutny proceder ”

stwierdziła, że świadczenia w szpitalach są limitowane, *bo dyrektorzy zamiast rozłożyć kontrakt na dwanaście miesięcy, robią, ile się da...* Przywódcy PRL w podobny sposób tłumaczyli konieczność reglamentowania mięsa czy cukru. Kartki – ich zdaniem – wprowadzono nie z powodu niedoboru tych produktów, ale dlatego że ludzie *wykupywali, ile się dało*.

Pomysły na rozwiązanie problemu niedoboru są zadziwiająco podobne w obu przypadkach. W PRL były to ceny komercyjne na reglamentowane produkty, wyższe niż urzędowe, ale dające „bezkartkowy” dostęp do deficytowych towarów. Obecnie – w odniesieniu do ochrony zdrowia – funkcję tę ma spełniać dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – suplementarne, czyli ubezpieczenie „od kolejek”, gwarantujące „bezlimitowy” dostęp do świadczeń finansowanych przez NFZ. Według minister zdrowia, dzięki tym ubezpieczeniom miliardy złotych za leczenie bez kolejek, które trafiają dzisiaj – podobno – do szarej strefy, zasilą szpitalne kasy.

tych cenach – „bezkolejkowo” – sprzedawać je tym, którzy się dodatkowo ubezpieczą – „suplementarnie”. Wiąże się z tym jednak pewien problem, którego rządzący udają, że nie widzą. Aby stworzyć pulę świadczeń sprzedawanych po cenach komercyjnych, trzeba uszczuplić pulę świadczeń limitowanych. „Omijanie kolejki” przez chorych dodatkowo ubezpieczonych musi się zatem wiązać z „wypychaniem” z kolejki „kartkowiczów”.

Ceny komercyjne w PRL, jakkolwiek były namiastką „rynku”, nie spowodowały zwiększenia podaży deficytowych dóbr ani zniesienia ich reglamentacji. Aby to nastąpiło, potrzebne było wprowadzenie normalnych zasad rynkowych i normalnych, rynkowych cen. Komuniści – reformatorzy potrzebowali mniej więcej 10 lat, aby zrozumieć, że żadnej „trzeciej drogi” w tym względzie nie ma. Akurat tyle, ile mija od rozpoczęcia reformy służby zdrowia w niepodległej Polsce. Może już czas na prawdziwy przełom i w tej dziedzinie? ■