

Z GŁOWY NA NOGI



foto: Cargo/ImageZoo/Corbis

O północy rozpiąłyby się koguty, to pianie rozniósłoby się szatańskim echem, w szpitalach leczono by wyłącznie najbogatszych, biednym wyłącznie odejmowano by nogi – tak mniej więcej można streścić propagandę przeciw współtłaceniowi w Polsce. A co by się stało naprawdę? Każdy, kto chciałby wykupić polisę, dzięki której uzyskałby lepszy standard opieki, gdyby się poważnie rozchorował, zapłaciłby 10, 20 zł miesięcznie.

W efekcie polepszyłyby się jakość świadczeń i spadły ceny. Bo gdyby koszyk świadczeń gwarantowanych został poprawiony i gdyby uczciwie zalegalizowano dopłaty, rynek z pewnością wyszedłby naprzeciw tym biedniejszym. Należy podkreślić, że wiele procedur w katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia jest zbyt nisko wycenionych. W tej sytuacji szpitale nie mają możliwości udostępnienia pacjentowi najlepszych materiałów czy też skorzystania z najnowocześniejszych technologii medycznych.

Obecny system

Dlaczego dziś jakość jest niska, a ceny wysokie? Objasnijmy to na przykładzie. Wyobraźmy sobie, że standardowy i w pełni refundowany przez NFZ zabieg okulistyczny kosztuje 3 tys. zł, a nowoczesny o 2 tys. więcej, czyli 5 tys. zł. Logiczne byłoby zatem dać pacjentowi wybór: albo tańsza metoda za darmo, albo nowocześniejsza za dopłatą 2 tys. zł. Ale nasz system zachowuje się nielogicznie. Pacjent ma alternatywę: albo starsza metoda za darmo, albo nowocześniejsza – za pełną stawkę. Dla wielu to bariera nie do pokonania. Oczywiście dla najbogatszych to nie jest problem – ich stać na pokrycie całej kwoty z własnej kieszeni.

System ubezpieczeniowy

Właśnie zaczyna się proces reformy koszyka świadczeń gwarantowanych – wiele koszykowych rozporządzeń traci moc z końcem tego roku. Gdyby wszystko poszło „normalnie” i „logicznie”, powinniśmy doczekać się kresu systemu, w którym w teorii należy się wszystko i każdemu, a w praktyce należy się niewiele i w kolejce. Świadczenia zostałyby podzielone na trzy grupy: bezpłatne, częściowo płatne i pełnopłatne. Natychmiast pojawiłyby się na rynku firmy ubezpieczeniowe – od konieczności płacenia za świadczenia częściowo płatne i pełnopłatne można by wykupić polisę (dziś nie można). I już dzięki temu skończyłyby się dylematy i życiowe katastrofy wielu pacjentów stawianych przed koniecz-

ZA 10–20 ZŁ MIESIĘCZNIE

SETKI TYSIĄCY POLAKÓW ZYSKAŁYBY

DOSTĘP DO LEPSZYCH I NOWOCZĘSIEJSZYCH
FORM TERAPII

nością płacenia astronomicznych cen za świadczenie medyczne. Ryzyko zostałoby przekalkulowane, rozłożone na równe oraz niewielkie stawki dla wszystkich chcących się ubezpieczyć. Byłoby to 10–20 zł miesięcznie, bo na wyższe opłaty nie byłoby stać wielu Polaków. A właśnie o popularność, masowość ubezpieczycielom chodzi.

W efekcie setki tysięcy Polaków zyskałyby dostęp do lepszych i nowo-

czesniejszych form terapii. Dostęp, którego dziś nie mają, bo – jak to opisano wyżej – obowiązuje standard NFZ albo 100 proc. opłaty. Ceny świadczeń wyższej jakości znacząco by natomiast spadły – ubezpieczyciele negocjujący ze świadczeniodawcami hurtowy zakup świadczeń w zamian za obniżkę ceny to najlepszy i sprawdzony sposób na zmniejszenie kosztów w sektorze ochrony zdrowia.

Co zrobić, by do tego doprowadzić? Potrzebna jest wola polityczna i debata. Wyniki rozmaitych sondaży przeprowadzanych przez szacowne instytucje badań opinii publicznej dowodzą jednoznacznie, że większość Polaków jest przeciwna legalizacji dopłat i współpłaceniu. Ale czy rzeczywiście pacjenci biorący udział w tych sondażach zdawali sobie sprawę, jakie konsekwencje rodzi brak zgody na współpłacenie? Niezbędna jest kampania informacyjna, debata i decyzja polityczna. Obecna ekipa rządząca ma na to wszystko niewiele czasu. W przyszłym roku wybory samorządowe, w kolejnych parlamentarne i prezydenckie. To zły czas na podejmowanie trudnych decyzji. Dobry czas – właśnie się kończy.

Redakcja

Jacek Krajewski prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie

Wszelkie dywagacje na temat współpłacenia przed poprawieniem obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych nie mają większego sensu. Najpierw trzeba obecny system zbilansować. Gdy okaże się, że potrzeba więcej pieniędzy, by jego bilans finansowy wyszedł na zero, należy określić, jakie świadczenie państwo będzie refundować w 100 proc., jakie w części, a jakie w ogóle nie będzie refundowane. Bez przeprowadzenia rachunków, rzetelnej wyceny, mówienie o współpłaceniu byłoby nieuczciwe wobec pacjentów, wobec



foto: WojciechSurdziel/Agencja Gazeta

obywateli. Do dyskusji i debaty na temat współpłacenia potrzebne są silne, finansowe argumenty merytoryczne. Inaczej każda debata na temat współpłacenia skończy się fiaskiem. W rozmowach z pacjentami nie można przecież powoływać się na „odczucia”, „przeświadczenie” i lipne dane wzięte z sufitu.

Inaczej jest w kwestii mikroopłat za wizyty u lekarza specjalisty i za badania. Tu rzeczywiście jest problem i warto to rozważyć. Trzeba jednak uwzględnić liczne wykluczenia – dla osób uboższych, dzieci, chorych przewlekle. W tej kwestii polityka zdrowotna przeplata się ze społeczną – tego nie można wprowadzić bez debaty.

Andrzej Sośnierz były prezes NFZ

Nie można stawiać pytania o to, czy wprowadzić współpłacenie czy nie. Ono przecież już obowiązuje w wielu segmentach polskiej ochrony zdrowia. Mamy dopłaty do leków, do pobytów w sanatoriach oraz w zakładach opieki leczniczej. To, o czym się obecnie dyskutuje, to poszerzenie tego systemu na całą ochronę



foto: Archiwum

Zachowałbym w tej mierze daleko idącą ostrożność. Bo jeżeli współpłacenie ma pokryć kolejną dziurę w budżecie NFZ, to nie należy się na nie decydować. A jeśli już, to dopiero wtedy, gdy dokonamy istotnej oraz głębokiej reformy naszego płatnika. Wtedy możemy rzeczywiście mówić o wprowadzeniu opłat regulacyjnych za wizyty u lekarza. Ograniczy to nadużywanie prawa do publicznej ochrony zdrowia.



Maciej Dercz ekspert Uczelni Łazarskiego

Prędzej czy później nawet ci, którzy dziś nie zgadzają się na współpłacenie, będą się musieli z nim pogodzić. Prawo do dopłat za świadczenia ponad standard refundowany przez NFZ wprowadzi u nas już za pięć miesięcy dyrektywa transgraniczna. Polak będzie mógł liczyć na zwrot z NFZ dużej części opłat za świadczenie i będzie mógł dopłacić z własnej kieszeni do lepszego standardu lub szybszej obsługi. Pod jednym wszakże warunkiem – że świadczenie zostanie udzielone za granicą. Dziś może jeszcze na ten temat nie



foto: Bartosz Bobkowski/Agencja Gazeta

wiele się mówi, ale szybko rozgorzeje dyskusja. Natychmiast zostanie zdecydowanie wytknięte dziwactwo i brak logiki w organizacji systemu. Bo skoro polskim pacjentom wolno będzie dopłacać do świadczeń za granicą, to dlaczego nie w Polsce? Skąd to dziwaczne utrudnienie?

Pojawi się presja, by to utrudnienie usunąć. Na dłuższą metę i tak jest ono nie do utrzymania. Warto więc zastanowić się nad tym, jak współpłacenie w Polsce przygotować, by służyło ono jak najlepiej Polakom. By nie stanowiło bariery dla najuboższych i chorych przewlekłe, a wspomagało jakość i efektywność naszego systemu.

Krzysztof Kuszewski kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa PZH

Za współpłaceniem zacząłem się opowiadać w czasie, gdy pracowałem w Ministerstwie Zdrowia. Z naszych danych wynikało wtedy, że pacjenci nie odbierają ok. 30 proc. wyników badań zleczanych przez lekarzy. To zobrazowało mi skalę marnotrawstwa – ile pieniędzy można wydać lekką ręką i kompletnie bez sensu, gdy pacjenci i decydenci wiedzą, że tak czy owak zwrot się należy. Gdyby mieli na te zmarnowane badania wydać choćby złotówkę, trzy razy obróciliby ją w rękę, zanim zdecydowałiby się na pochopną i bezmyślną rozrzutność.



foto: Wojciech Olkuszniak/Agencja Gazeta

Nie jestem jednak w pełni zwolennikiem współpłacenia. Moja zgoda i poparcie dla tej idei nie są bezkrytyczne. Jeżeli służy słusznemu celowi – na przykład ukróceniu marnotrawstwa – OK. Jeżeli ma posłużyć temu, by pacjent z własnej kieszeni zafundował sobie lepszą, skuteczniejszą niż standardowa, terapię i lek – też zgoda. To korzyść i dla chorego, i całego

systemu: mniejsze ryzyko powikłań, lepsze funkcjonowanie pacjenta w społeczeństwie. Nie można jednak dopuścić do tego, by kwoty stosowane przy współpłaceniu stanowiły barierę dostępu do świadczeń. Ze współpłacenia należy wyłączyć osoby chore przewlekłe, uboższe – tych, których nie stać nawet na drobne opłaty.

Xenia Kruszewska prezes zarządu Medica Polska

Zgoda na współpłacenie – ale warunkowa. Jeśli mielibyśmy wprowadzać współpłacenie, trzeba zacząć od reformowania koszyka świadczeń gwarantowanych, określić, co i w jakim standardzie będzie finansował płatnik, a za co pacjent będzie musiał zapłacić z własnej kieszeni. Uważam przy tym, że obecny system ochrony zdrowia jest w tej kwestii niesprawiedliwy. Pacjent powinien mieć prawo do



foto: K.Zuczkowski/Forum

dopłacenia za świadczenie z własnej kieszeni. Powinien mieć do tego prawo w ramach obowiązującego systemu, a nie poza nim: w medycynie prywatnej bądź – od października, kiedy zacznie obowiązywać dyrektywa transgraniczna – u lekarzy zagranicznych.

Jestem jednak przeciwna współpłaceniu w formie mikrodopłat do wizyty u specjalisty. Obawiam się, że koszty zbierania tego typu opłat będą na tyle wysokie, że zjedzą cały potencjalny zysk.