

Czego potrzebuje ochrona zdrowia w Polsce



Fot. iStockphoto ZK

Kończy się kolejna kadencja parlamentu. W pamięci pozostają doniośle zapowiedzi efektywnej reformy systemu ochrony zdrowia. Jej ważnym punktem miało być m.in. wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, wspomagających system ochrony zdrowia. Na zapowiedziach się skończyło. W efekcie polski system spada w międzynarodowych rankingach, a pacjenci czekają w coraz dłuższych kolejkach.

Po 25 latach od zmiany systemu politycznego można z podziwem patrzeć na efekty wysiłków Polaków na wielu płaszczyznach. Żyje się nam coraz lepiej i dostatniej. Z badania opinii publicznej przeprowadzonego w grudniu zeszłego roku przez CBOS wynika, że niemal trzy czwarte Polaków jest generalnie zadowolonych ze swojego życia. Co najważniejsze, po raz pierwszy od 25 lat ponad połowa respondentów zwróciła uwagę, że ich rodzinie żyje się „dobrze”. Osiągnięcia te napawają optymizmem, aczkolwiek w tej beczce miodu jest łyżka dziegciu. Jest nią bezsprzecznie kondycja systemu ochrony zdrowia. Niby wielokrotnie reformowanego, a nadal pozostawiającego wiele do życzenia.

Stoimy w miejscu

Patrząc z zewnątrz na system publiczny, widzimy drobne zmiany, ale z punktu widzenia komfortu pacjentów nie przynoszą one zakładanych rezultatów. Kolejne polskie i międzynarodowe badania i analizy

dosadnie pokazują – stoimy w miejscu, zwiększając dystans do pozostałych krajów. Dowodzą tego m.in. wyniki najnowszego Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, w którym Polska zajmuje 31. miejsce wśród 37 badanych krajów. Spadliśmy z 27. miejsca zajmowanego rok wcześniej, a wyżej od naszego oceniane są systemy opieki medycznej np. Bułgarii, Chorwacji i Albanii. Najgorsze jest jednak to, że nasz system ochrony zdrowia znalazł się w nielicznej i niechlubnej grupie tych, które osiągnęły gorszy wynik punktowy niż we wcześniejszej edycji (511 punktów w 2013 r. w porównaniu z 577 w 2012 r.).

Przyczyn wystawienia tak złej oceny polskiemu systemowi ochrony zdrowia przez niezależnych ekspertów jest wiele. Najpoważniejszym problemem pozostaje od lat dostępność świadczeń, zwłaszcza specjalistycznych. Według barometru fundacji Watch Health Care, czas oczekiwania na wizytę lub wykonanie świadczenia stale się zwiększa. Średni czas oczekiwania na świadczenie

zdrowotne wynosi w Polsce ok. 2,9 miesiąca (październik/listopad 2014 r.) w porównaniu z 2,7 miesiąca w 2013 r. Są jednak dziedziny, w których sytuacja jest o wiele gorsza – według przytaczanego źródła prym wiedzy ortopedia i traumatologia, gdzie czas oczekiwania w ostatnim roku wzrósł o 3,9 miesiąca i wynosi 15 miesięcy (sic!). To dowodzi nieskuteczności i niesolidarności publicznego systemu. Faktem jest bowiem, że służy on osobom mało lub średnio zamożnym, które nie mogą sobie po prostu pozwolić na prywatne wizyty lub leczenie. Ludzie ci korzystają z nieefektywnego systemu, zasilanego funduszami odprowadzanymi w formie naszych składek na publiczne ubezpieczenie zdrowotne. Równocześnie ze świadczeń finansowanych ze składek na publiczny system często nie korzystają osoby majątne. One bowiem, chcąc uniknąć czekania w wielomiesięcznych kolejkach na świadczenia, które notabene są im gwarantowane, wolą pójść prywatnie do specjalisty, który szybko oceni stan zdrowia klienta-pacjenta i zaproponuje odpowiednie leczenie.

Niesprawiedliwość

Patrząc, jak system funkcjonuje w praktyce, można wprost stwierdzić, że jest on niesprawiedliwy i ma niewiele wspólnego z często podnoszonym w debacie publicznej solidaryzmem społecznym. Kolejki do publicznej opieki medycznej to przykład kształtowania się szarej strefy na tym rynku. W Polsce są to pieniądze wydane na wizytę prywatną, otwierające drogę do lekarza i niezwłocznego leczenia. Chociaż problem ten próbowano rozwiązać już kilka lat temu, koszty ponoszone na ten cel nadal rosną. Co więcej, prognozy dotyczące wydatków na opiekę medyczną nie są pocieszające. Z powodu starzenia się społeczeństwa będą wzrastać wydatki na leczenie z publicznych pieniędzy. Z danych NFZ można wyliczyć, że średni roczny koszt leczenia osoby przed 65. rokiem życia wynosi ok. 1,2 tys. zł. Jednak po przekroczeniu tego wieku rośnie on drastycznie – aż do 3,4 tys. zł.

Problemy z publicznym systemem opieki zdrowotnej widać na każdym kroku, a świadomi jego istnienia są wszyscy decydenci – od lewej do prawej strony sceny politycznej. Brak dalekowzrocznych rozwiązań systemowych, w tym systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zdecydowanie obciąża wszystkie oboje polityczne rządy od 25 lat. Równie istotnym problemem jest obecne zachowanie większości partii opozycyjnych, które krytykują potrzebę wprowadzenia prywatnych polis zdrowotnych, zakłamując rzeczywistość i faktycznie wprowadzając opinię publiczną w błąd. Przedstawiane rozwiązania alternatywne nie zawierają konkretów i mogą się okazać jeszcze większą wydmuszką, obciążającą finanse publiczne (pełne finansowanie systemu z budżetu państwa) albo kieszenie pracowników, w tym najbiedniejszych (podniesienie składki zdrowotnej i przekazanie pieniędzy do NFZ).

„ Patrząc, jak system funkcjonuje w praktyce, można wprost stwierdzić, że jest on niesprawiedliwy. Kolejki do publicznej opieki medycznej to przykład kształtowania się szarej strefy na tym rynku ”

Rozwiązania wypróbowane przez inne kraje Unii Europejskiej są na wyciągnięcie ręki. Trzeba jednak podjąć odważne, zdecydowane i dalekowzroczone decyzje, by sytuacja się poprawiła. Zmiany powinny być naprawdę rozległe, a kierunek ich wdrożenia powinien stać się przedmiotem konsultacji rządzących ze środowiskami zainteresowanymi dobrem ochrony zdrowia w Polsce. Ważnych jest jednak kilka punktów, które należy zdefiniować przed wprowadzaniem zmian. Określą one ramy potrzebnych reform oraz sposób uwzględnienia prywatnych pieniędzy w systemie publicznym.

Ile i za co

Trzeba zacząć od sprecyzowania, co pacjentom powinno się należeć za publiczne pieniądze. Na ten problem zwraca uwagę wielu ekspertów, którzy zauważają m.in., że utrzymywanie koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej na obecnym poziomie jest nierealne. Istnieje potrzeba jego urealnienia, co w efekcie mogłoby prowadzić do skrócenia kolejek do świadczeń finansowanych z pieniędzy publicznych. Ograniczenie finansowania świadczeń dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia pozwoliłoby uwolnić fundusze, które zostałyby następnie przeznaczone na najbardziej popularne świadczenia, do których są kolejki.

Kolejną kwestią jest udział w systemie ochrony zdrowia pieniędzy pochodzących z dobrowolnych ubezpieczeń medycznych. Obecnie istotnym pytaniem pozostaje nie to czy, ale jak powinien zostać skonstruowany system masowych prywatnych ubezpieczeń i w jaki sposób powinien on ułatwić dostęp do leczenia. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne stanowią istotny element opieki medycznej praktycznie wszystkich krajów Unii Europejskiej. Przekłada się to na lepszy i wydajniejszy system ochrony zdrowia z korzyścią dla wszystkich zainteresowanych grup – pacjentów, lekarzy, świadczeniodawców i płatników. Warto jednak podkreślić, że nie ma jednego uniwersalnego systemu zaimplementowanego we wszystkich krajach. To do ustawodawcy należy określenie, jak system ten będzie dopasowany do polskich realiów oraz jak przyjazne dla



„Osiągnięcia naszego kraju napawają optymizmem, aczkolwiek w tej beczce miodu jest łyżka dziegciu. Jest nim bezsprzecznie kondycja systemu ochrony zdrowia”

społeczeństwa będą dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Kluczowe dla długofalowego funkcjonowania tej sfery jest ustalenie m.in.:

- jakie są zachęty do zawierania umów ubezpieczeń suplementarnych, inaczej nazywanych ubezpieczeniami od niewydolności systemu, duplikujących zakres świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym;
- jakie procedury mogą się znaleźć poza koszykiem, a tym samym będą finansowane z pieniędzy prywatnych;
- czy i w jakiej wysokości mogą funkcjonować dopłaty pacjentów do świadczeń gwarantowanych w ramach składki publicznej;
- roli płatnika równoległego w systemie ochrony zdrowia.

Długofalowa strategia

Istotną kwestią jest również długofalowa polityka odnosząca się do realnej opieki zdrowotnej dla pracujących. Wyzwaniem dla polityków pozostaje potrzeba pogodzenia podwyższonego wieku emerytalnego, w mniejszym stopniu obciążającego budżet państwa kwestiami emerytalnymi, z potrzebami zdrowotnymi. Wydłużony czas pracy skutkuje także większymi kwotami wnoszonymi na publiczną opiekę medyczną z tytułu składki zdrowotnej. Dodatkowe lata aktywności zawodowej muszą jednak iść w parze ze stworzeniem systemu skutecznej

profilaktyki oraz realnej opieki dla osób pracujących, zwłaszcza w zakresie chorób przewlekłych. Inaczej zamiast dłuższej aktywności zawodowej i składek wpłacanych do systemu będziemy mieć większą liczbę zasiłków chorobowych, rehabilitacyjnych i ostatecznie rent.

Wydłużający się czas życia Polaków wpływa na wzrost wydatków ponoszonych na osoby starsze, których koszt leczenia najbardziej obciąża Narodowy Fundusz Zdrowia. Największym ciężarem są wydatki na choroby przewlekłe. Wspieraniem sprawnie funkcjonującej opieki medycznej bazującej na współpracy publicznych i prywatnych pieniędzy powinna być profilaktyka – efektywna i kształtująca styl życia Polaków. Rolą decydentów powinno być natomiast stworzenie ram prawnych określających mechanizmy, zachęty dla prywatnych instytucji, w tym zakładów ubezpieczeń, do promowania wszystkich aspektów profilaktyki – dbanie o własne zdrowie, zdrowy tryb życia, badania, przestrzeganie zaleceń lekarzy czy ruch powinny się stać obowiązkiem każdego ubezpieczonego.

Łożą, ale nie dostają

Ostatnim, lecz równie istotnym zagadnieniem jest stworzenie systemu publicznego sprawiedliwie traktującego poszczególnych obywateli. Z jednej strony mamy bowiem pracowników łożących na publiczny system ochrony zdrowia ponad połowę wszystkich funduszy, a z drugiej strony – grupy społeczne uprzywilejowane, których udział w składce zdrowotnej, pomimo wzrastających dochodów ich gospodarstw domowych, pozostaje znikomy. Główne grupy płacące w Polsce składkę zdrowotną to pracownicy oraz emeryci i renciści ZUS, których składka w sytuacji dopłat do wypłat ZUS jest de facto finansowana przez budżet państwa. Składka wnoszona przez te dwie grupy przekracza 80 proc. przychodów NFZ! Bez uregulowania tych problemów większość osób może mieć uzasadnione pretensje do rządzących o działanie tego niesprawiedliwego systemu.

Przez 25 lat funkcjonowania opieki medycznej w Polsce narosło wiele problemów. Niewystarczające fundusze w publicznym budżecie i wielomiesięczne kolejki są tego najbardziej jaskrawym przykładem. Konieczna jest głęboka reforma, zgodna z konstytucją, której artykuł 68 daje każdemu realne prawo do ochrony zdrowia. System w Polsce jest nieefektywny i wysoce niesolidarny, na czym przede wszystkim tracą osoby niemajątkne. Dalsze zakłamywanie systemu będzie miało kolosalne konsekwencje nie tylko w krótkim, lecz także w długim terminie. Tak jak w przypadku wszystkich reform, decydentom potrzeba politycznej odwagi i odpowiedzialności za obecne i przyszłe pokolenia.

W starzejącym się społeczeństwie popełnione dzisiaj zaniedbania odbiją się czkawką na dobrobycie naszych dzieci i wnuków.

Dorota Fal
Autorka jest ekspertem Polskiej Izby Ubezpieczeń.