

Sonda redakcyjna

Bon zdrowotny – finansowym *panaceum*?



fol. Archiwum

Dariusz R. Hajdukiewicz, dyrektor SPZOZ w Makowie Mazowieckim

Dzisiaj pacjent może jedynie wybrać, czy będzie się leczyć w ramach ubezpieczenia. W przyszłości (odległej przynajmniej o kilka miesięcy), ale też już dzisiaj chce poddać się terapii *prywatnie* – poza systemem, poza ubezpieczeniem. W założeniu pomysłodawców wirtualny *bon zdrowotny* ma szansę uporządkować ten chaos, poprzez wzmocnienie roli ubezpieczonego w decydowaniu o redystrybucji składki zdrowotnej. Ale, niestety, tylko o redystrybucji i tylko tej składki. Moim zdaniem sam *bon*, sama składka, tak jak wpływ tylko na redystrybucję środków finansowych, nie wystarczą, by uporządkować system.

Propozycja *bonu zdrowotnego* przypomina mi niezrealizowaną dotąd, słuszną jednak koncepcję autorów reformy z 1999 r., opartą na prawie ubezpieczonego do wyboru lekarza i na zasadzie, że pieniądze mają *podążać za pacjentem*. Tak, jak tamta koncepcja, także pomysł *bonu zdrowotnego* zakłada docelowo istnienie wielu płatników. Pomysł stary, na pewno dobry, ale obawiam się, że dzisiaj już niewystarczający.

Projekt zakłada zmniejszenie kosztów mechanizmów poboru i redystrybucji środków finansowych poprzez przejęcie przez państwo i jego budżet ról zarówno ubezpieczyciela, jak i płatnika. Nie wyjaśnia jednak, w jaki sposób, nadal scentralizowany i przynajmniej na razie pozbawiony konkurencji, nowy model ma się okazać i tańszy i sprawniejszy od trzech dotychczasowych – budżetowego, samodzielnych kas chorych i scentralizowanego NFZ? Przerzucenie na budżet państwa zadania poboru środków i określanie wielkości środków finansowych w stosunku do PKB wcale mnie nie przekonują, że to rozwiązanie będzie tańsze i bardziej opłacalne od dotychczasowych. Te dwa zasadnicze elementy koncepcji *bonu zdrowotnego* nie dają mi też pewności, że manipulacje polityków przy określaniu poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych staną się niemożliwe. Z artykułu nie wynika też, czy projekt ten zakłada także docelowe stworzenie dwóch równoległych systemów ubezpieczeniowych – a) obowiązkowego (opartego na koszyku podstawowych, nieodpłatnych lub symbolicznie płatnych świadczeń obowiązkowych) i b) dobrowolnego (wymagającego jednak przeznaczenia dodatkowych środków ubezpieczonego na pokrycie przynajmniej części kosztów pozostałych świadczeń). A tylko taka koncepcja, oparta na dwóch systemach, daje szansę zarówno na obniżenie kosztów (poprzez zahamowanie tendencji do ich nieuzasadnionego generowania), jak i na zwiększenie przychodów (poprzez pozyskanie dodatkowych, *prywatnych*, ale już legalnych środków). Pozwoli też utrzymać co najmniej dotychczasowy poziom leczenia, o ile nie udałoby się go nawet podnieść. Tymczasem opisany pomysł redystrybucji środków zakłada też (i słusznie) wprowadzenie współczynników wiekowych i współczynników opartych na regionalnych różnicach epidemiologicznych, a to wiąże się znów z uruchomieniem w przyszłości wiarygodnego systemu sprawozdawczości medycznej. Znów więc potrzebne będą i czas, i pieniądze. W kontekście wskaźników niepokoju mnie również demobilizujące założenie autorów projektu, że ubezpieczeniem zostaną objęci obligatoryjnie wszyscy obywatele zamieszkujący terytorium Polski, bez spełnienia żadnych dodatkowych warunków. Tymczasem rzeczywista składka zdrowotna, której wymiar zależny powinien być m.in. od stylu życia, ryzykownych zainteresowań czy nałogów, mogłaby stać się realnym narzędziem lansowania postaw prozdrowotnych. Ale autorzy projektu, dążąc do maksymalnego uproszczenia mechanizmów rozliczeniowych, do plusów swojej koncepcji zaliczyli wyeliminowanie możliwości wyrównywania poziomu ryzyka ubezpieczeniowego. Poza tym brakuje mi jeszcze w tym projekcie przedstawienia ogólnych mechanizmów, mogących kreować ustawiczną poprawę jakości świadczonych usług medycznych przy stałym monitorowaniu ich kosztów.

Andrzej Sośnierz, były szef Śląskiej Kasy Chorych

Bon to tylko jeden z możliwych wariantów reformy systemu finansowania opieki zdrowotnej. Jego wprowadzenie wymagałoby pracy kilkuset ludzi przez co najmniej rok. Pomysł nie jest nowy, dlatego nie traktuję go jako *panaceum* na wszystkie bolączki służby zdrowia. Trzeba byłoby stworzyć od podstaw nowy system weryfikacji i dystrybucji, bowiem już teraz mamy w Polsce za duże koszty obsługi administracyjnej. Konieczne byłoby także przeprowadzenie społecznej kampanii informacyjnej, bo osoby, które nie wiedziałyby o wprowadzonej reformie, zostawiałyby pieniądze w systemie. Pozostaje też problem algorytmu podziału wolnych pieniędzy, czyli kwestia, jak je rozdysponować. Jestem praktykiem i wiem, że machina byłaby złożona, gdyż dystrybucja i czas weryfikacji kwoty bonu powinny odbywać się możliwie jak najkrócej. Jednak idea bonu jest prosta – każdy wie, ile ma pieniędzy i ile ich jest w systemie.



fol. Paulino

Grzegorz Luboiński, Centrum Onkologii w Warszawie

To jedyna szansa dla służby zdrowia – dopiero wtedy pieniądz naprawdę podążałby za pacjentem. Szczególnie pożądane byłoby wprowadzenie bonu porodowego. Kilka razy zgłaszałem taki pomysł, ale ktoś z populistycznych polityków stwierdził, bez podparcia się jakąkolwiek analizą, że 5-krotnie wzrosłby przez to deficyt budżetowy. W dzisiejszych czasach każdy może leczyć mniej lub bardziej skutecznie. Gdyby zaś pacjent miał pole manewru i mógł się leczyć tam gdzie chce, zaczęłaby się konkurencja wśród zakładów opieki zdrowotnej i innych jednostek medycznych. Podniosłaby się jakość świadczonych usług i skończyłby się *tumiwizizm*.



fol. Archiwum

Marek Nowacki, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Bon zdrowotny jest dobrą zapowiedzią okresu przejściowego. Bałagan, którego się teraz tak boimy, byłby mniejszy lub być może udałoby się go całkiem uniknąć. W końcu pieniądze szłyby za pacjentem, a limity zostałyby zniesione. Jednak poza ubezpieczeniem podstawowym w tym projekcie potrzebne są także tzw. koszyki ubezpieczycieli prywatnych. Pozostaje jedno pytanie: kto powinien być gwarantem dla świadczeń ponadlimitowych? Moim zdaniem państwo. Ubezpieczenia dodatkowe są konieczne, a politycy muszą określić, co należy się pacjentowi w pakiecie podstawowym.



fol. Archiwum

Janusz Boniecki, dyrektor szpitala w Tczewie

Chciałbym, aby pieniądze szły za pacjentem, ale koncepcja wprowadzenia bonu nie jest dobrym wyjściem. System, który działa obecnie, funkcjonuje lepiej lub gorzej, ale funkcjonuje. Narodowe Fundusze Inwestycyjne niewiele zdziałały, a są bardzo kosztowne. Jak wiadomo, pieniędzy w budżecie nie ma za dużo. Pomysł ten jest z założenia prosty, jednak w praktyce wiele okoliczności może utrudnić jego wdrożenie.



fol. Archiwum

Rafał Nizankowski, były wiceminister zdrowia

Wprowadzenie takiego wariantu jest mało realne. Wymagałoby to zbyt dużego nakładu środków i przede wszystkim czasu. Nie znam systemu, który funkcjonowałby na takich zasadach. Sam pomysł podążania środków finansowych za chorym jest jak najbardziej słuszny. W obecnych warunkach powinniśmy się jednak skupić na trzech kluczowych elementach. Po pierwsze – ocenie świadczeń i technologii pod względem skuteczności i efektywności, następnie zintegrowanej opiece kierowanej, czyli przemyślanych działaniach względem pacjenta, i wreszcie świadomości, że nie wszystkie świadczenia mogą być bezpłatne.



fol. Piotr Waniarek

Kamil Piątek