

# Współpłacenie, koszyk, sieć

## – czy uda się uratować polską ochronę zdrowia?

Konsorcjum Szpitali Wrocławskich od dłuższego czasu toczy spór z Ministerstwem Zdrowia o możliwość wykonywania przez szpitale publiczne świadczeń odpłatnych, niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dyrektorzy placówek medycznych od dawna postulują komercjalizację części usług medycznych, przypominając, że wiele oddziałów wykorzystuje 60 proc. posiadanych *mocy*. Dopłaty do wizyt u lekarza wprowadzono w Niemczech, we Francji, a nawet na Słowacji.

powinien on przekraczać 40 proc. Specjaliści podkreślają także, iż współpłacenie to nie tylko zastrzyk finansowy dla systemu ochrony zdrowia, ale znaczne ograniczenie wydatków, bo nawet drobne opłaty eliminują niepotrzebne wizyty u lekarzy osób, które spotkania w gabinecie medyka traktują jak wyznania w konfesjonale. W czym zatem problem? Wydaje się, że decydemtom po prostu brakuje odwagi politycznej, bo głowa państwa mówi o solidaryzmie społecznym i powołuje się

„ Politycy powinni przestać zajmować się kosmetyką polskiej ochrony zdrowia i zamiast proponować kolejne wersje współpłacenia, wprowadzić wreszcie system ubezpieczeń dodatkowych ”

Wprowadzenie współpłacenia postulują nie tylko lekarze i osoby związane z ochroną zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Instytut PENTOR wynika, że na dopłaty do leczenia jest gotowych zgodzić się aż 70 proc. respondentów. O korzyściach ze współpłacenia przekonuje nawet ks. Arkadiusz Nowak, reprezentujący Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. W jednej z wypowiedzi stwierdził on, że *współpłacenie jest konieczne*. Eksperci podkreślają z kolei, że z ukrytą formą współpłacenia mamy w Polsce do czynienia już od dawna. Warto bowiem przypomnieć, że tylko poziom współpłacenia pacjentów za leki wynosi w Polsce ok. 68 proc., zaś Światowej Organizacji Zdrowia, aby utrzymać minimum bezpieczeństwa zdrowotnego nie

na 68 art. Konstytucji. Z drugiej strony – propozycje Zbigniewa Religi wprowadzenia kilkuzłotowych opłat wniosą do systemu kwotę dla niego niezauważalną – 200 mln zł. Przy budżecie NFZ sięgającym 41 mld zł to kropla w morzu. Czas zatem, aby politycy przestali zajmować się kosmetyką i pomyśleli o wprowadzeniu zmian zasadniczych – systemu ubezpieczeń dodatkowych. Tylko takie rozwiązanie uruchomi możliwości wprężenia do systemu ochrony zdrowia, blisko 20 mld zł – dotychczas wydawanych w szarej strefie lub w nzo-ach. Gdyby przyjęto takie rozwiązanie, można by mówić o walce z korupcją, a prywatne placówki medyczne stałyby się pełnoprawnymi uczestnikami procesu leczenia obywateli solidarnego państwa. *js*

Z dopłat muszą być wykluczone pewne dziedziny, których finansowanie powinno wziąć na swoje barki państwo. Dotyczy to m.in. onkologii, kardiologii czy ginekologii



foto: Dzik

Dariusz Sarti, ekspert ds. zdrowia Konfederacji Pracodawców Polskich

Decyzja o wprowadzeniu współpłacenia jest bardzo bolesnym zabiegiem, ale budżet NFZ wynosi 41 mld zł i nie zapowiada się, aby można go zwiększyć. Dlatego m.in. logiczna byłaby zmiana ustawy o spoz. Powinny one działać na podstawie prawa spółek handlowych, bo dzięki temu mogłyby pobierać opłaty za usługi medyczne. To jednak nie wszystko. Trzeba wprowadzić indywidualne dopłaty, bo takie wzorce funkcjonują niemal w całej Europie. Na przykład we Włoszech są one uzależnione od wysokości dochodów. Zasadę współpłacenia oparto tam na zeznaniach PIT i wysokość dopłat ustalana jest w zależności od zarobków obywatela.

Warto jednak podkreślić, że drobne usługi i wizyty lekarskie są bezpłatne. Wprowadzenie ustawowego współpłacenia jest o tyle konieczne, że przecież już dzisiaj mamy z nim do czynienia, czego przykładem są nzozy. Oczywiście, z dopłat muszą być wykluczone pewne dziedziny, których finansowanie powinno wziąć na swoje barki państwo. Dotyczy to m.in. onkologii, kardiologii czy ginekologii. Pozostałe działy medycyny należy w maksymalnym stopniu skomercjalizować. W dialogu społecznym na temat współpłacenia konieczne jest podkreślenie faktu, że po jego wprowadzeniu zasada solidaryzmu społecznego zostanie zachowana. Mechanizm będzie bowiem prosty – dzięki opłatom osoby zamożne zapłacą za zabiegi, skracając czas oczekiwania na nie tym chorym, których nie stać na taki wydatek. Dzięki temu system stanie się bardziej wydolny, a możliwości placówek medycznych będą lepiej wykorzystywane. ■

Gdyby pacjenci mieli dopłacić niewielką sumę np. do kwot, jakie szpitale wydają na leczenie, na pewno będzie można podjąć dialog społeczny, ale mimo to będzie on niezwykle trudny



for. Dzięk

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

Legalizacja współpłacenia jest niezbędnym elementem reformy, ale i jej racjonalizacji. Należy bowiem przypomnieć, że już dzisiaj mamy do czynienia z wymuszonymi dopłatami, czego przykładem jest korzystanie z nzoz-ów. Gdy ktoś nie może natychmiast uzyskać pomocy w szpitalu publicznym, idzie do prywatnej placówki medycznej. Może także skorzystać z usług w szarej strefie. Jeśli do tego dodać, że polscy pacjenci najwięcej w Europie dopłacają do leków z własnej kieszeni, a przecież farmaceutyki również są świadczeniem zdrowotnym, można powiedzieć, że współpłacenie istnieje od dawna, jest tylko skutecznie kamuflowane. Oczywiście, należy się zastanowić nad formą jego wprowadzenia. Gdyby pacjenci mieli dopłacić niewielką sumę, np. do kwot, jakie szpitale wydają na leczenie, na pewno będzie można podjąć dialog społeczny, ale mimo to będzie on niezwykle trudny. Wprowadzanie współpłacenia pod hasłem podwyżek pensji dla kłopsko zarabiają-

go personelu może być akceptowane, jednak zaraz pojawi się pytanie, czy w zamian będzie można uzyskać więcej świadczeń. Konsekwencją negatywnej odpowiedzi może być twarde *nie* dla wszystkich reform. Dlatego indywidualne dopłaty obywateli, jak każdy reformatorski pomysł, musi mieć akceptację ekonomiczną, polityczną i społeczną. Tym bardziej, że w Polsce mamy do czynienia z wielkimi grupami społecznymi, których nie stać będzie nawet na najmniejsze opłaty, i dla nich trzeba znaleźć alternatywę w postaci systemowego zwalniania z płatności za usługi medyczne. ■

**Mówienie o niemoralności systemu współpłacenia jest anachronizmem, bo przecież chyba bardziej niemoralny jest system, w którym kolejkę i tak można ominąć, wręczając lekarzowi kopertę**



for. Archiwum

**Jacek Wojciechowicz, ekspert Banku Światowego**

Obecna sytuacja w ochronie zdrowia to fikcja. Mamy bowiem do czynienia z asymetrycznym systemem, w którym różnice między popytem a podażą usług zdrowotnych nie są w stanie zapewnić – jak rzekomo (!) mówi o tym konstytucja – wszystkiego wszystkim. Nagłaśniane afery korupcyjne to efekt takiej asymetrii – tzw. *szary obywatel* bardzo długo czeka na zabiegi ratujące życie, a ludzie zamożni mogą niemal natychmiast skorzystać z pomocy, płacąc za świadczenia w *szarej strefie*. W takiej sytuacji mówienie o niemoralności systemu współpłacenia jest anachronizmem, bo przecież chyba bardziej niemoralny jest system, w którym kolejkę i tak można ominąć, wręczając lekarzowi kopertę. Należy jednak podkreślić, że kolejki do wysoko specjalistycznych zabiegów są na całym świecie. Problemem jest to, jak skonstruować system dopłat. W Australii objęte nim są – w formie obowiązkowych ubezpieczeń – osoby o najwyższych dochodach. Jak ten problem rozwiązać w Polsce? Być może przez uświadomienie społeczeństwu, że osoby zamożne, wnosząc opłaty, będą odciążały system i ułatwiały dostęp do świadczeń pacjentom, których na to nie stać. Jednak współpłacenie jest tylko jednym z elementów reformy. Do jego wprowadzenia konieczne jest stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych i systemu konkurencji placówek medycznych. ■

Biorąc pod uwagę różnice dochodów narodowych i siły nabywczej pieniądza, wydaje się, że średnie dopłaty do ambulatoryjnych wizyt lekarskich powinny w Polsce wynosić 10–20 zł



fot. Archiwum

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

Żaden system zdrowia na świecie nie funkcjonuje bez współpłacenia. Według danych OECD, koszty ponoszone bezpośrednio przez pacjenta (*out-of-pocket* – OOP) sięgają od 9 proc. w Czechach, przez 10 proc. we Francji i 14 proc. w USA, po 31 proc. w Szwajcarii i 52 proc. w Meksyku. Jak z tego widać, nawet państwa przeznaczające wysokie sumy na ochronę zdrowia nie są w stanie sfinansować świadczeń zdrowotnych wyłącznie z pieniędzy publicznych. Podobnie jest w krajach, w których istnieje – przynajmniej teoretycznie – bezpłatna ochrona zdrowia (zwana kuriozalnie dziś służbą zdrowia).

W USA nawet w programie federalnego ubezpieczenia zdrowotnego Medicare jest wiele dopłat i udziałów własnych. Medicare pokrywa koszty leczenia szpitalnego w całości, ale dopiero wtedy, gdy wartość usług przekroczy 800 USD w roku. Podczas pierwszej hospitalizacji w roku pacjent musi więc zapłacić udział własny. Współpłacenie jest jednym ze skutecznych instrumentów racjonalizujących wydatki na ochronę zdrowia. Należy pamiętać, że sprawiedliwy socjalnie system powinien minimalizować koszty najgorzej sytuowanych, a propagować takie wydatki wśród pozostałych obywateli. Biorąc pod uwagę różnice dochodów narodowych i siły nabywczej pieniądza, wydaje się, że średnie dopłaty do ambulatoryjnych wizyt lekarskich powinny w Polsce wynosić 10–20 zł. Współpłacenie za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu musi być niższe niż za wizytę u specjalisty. Dobrym rozwiązaniem byłoby też wprowadzenie udziału własnego w kosztach rocznych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, np. w wysokości 500–800 zł. To przyczyniłoby się do powstania nowej opcji na rynku dodatkowych ubezpieczeń, która mogłaby pokrywać koszty współpłacenia. Poza tym udałoby się wyprowadzić część pieniędzy z tzw. *szarej strefy*. W kontekście indywidualnych dopłat bardzo istotne jest podejście populacyjne, a nie koszykowe do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Zamiast uparcie

pracować nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, należy najpierw w sposób kompleksowy i przy minimalnym współpłaceniu zapewnić pełen zakres świadczeń zdrowotnych obywatelom z grup specjalnej troski, czyli ludziom żyjącym poniżej progu ubóstwa, inwalidom i seniorom. To właśnie grupy populacyjne, a nie jednostki chorobowe czy grupy świadczeń, muszą stanowić podstawę sprawiedliwego systemu publicznego finansowania zdrowia. Dla pozostałych obywateli należy otworzyć rynek kompleksowej ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych, pozwalając konsumentowi decydować o wyborze najlepszego wariantu ubezpieczenia i opieki, w tym wariantów współpłacenia. ■

Powinien istnieć pewien zakres świadczeń, których nie należy obarczać współpłaceniem, podobnie jak należałoby stworzyć system ulg i zwolnień dla osób z najbardziej zagrożonych grup społecznych



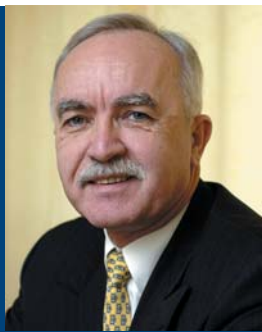
fot. Dziaki

Rafał Niżankowski, były wiceminister zdrowia

Wprowadzenie współpłacenia za usługi medyczne nie jest konieczne, ale bez tego elementu, i tak kulawy system ochrony zdrowia, zacznie się po prostu walić. Wielką patologią jest także *szara strefa*, której istnienie oparte jest na współpłaceniu, tyle że nieformalnym. Należy jednak podkreślić, że implantacja indywidualnych dopłat do systemu ochrony zdrowia powinna być jednym z założeń wielkiej reformy, bez jakiej na dłuższą metę nie możemy się obyć. Paradoks polega na tym, że już obecnie mamy pewne formy współpłacenia, jednak głęboko ukryte. Przykładem są wydatki na leki w systemie ambulatoryjnym, najwyższe w Europie. Na drugim biegunie znajduje się specjalistyka, gdzie współpłacenie w ogóle nie istnieje. Podobnie jak w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Chorzy przebywają w nich przez wiele dni tylko dlatego, że ich rodzinom jest tak wygodnie, bo placówka zapewnia oprócz opieki także wikt i opierunek. Sądzę, że współpłacenie spowoduje dopływ gotówki do systemu, a równocześnie stanie się barierą blokującą nadmierne korzystanie z usług medycznych. Taka racjonalizacja jest konieczna, bo dzisiaj np. okuliści nie skupiają się na leczeniu poważnych schorzeń, lecz zajmują się przede wszystkim lecze-

niem zapalenia spojówek. Oczywiście, powinien istnieć pewien zakres świadczeń, których nie należy obciążać współpłaceniem, podobnie jak należałoby stworzyć system ulg i zwolnień dla osób z najbardziej ubogich grup społecznych. ■

Odpowiedź na pytanie o współpłacenie wymaga precyzyjnego określenia celów, jakie miałyby zostać osiągnięte w wyniku jego wprowadzenia, a tych nikt jasno nie nazwał



for. Dnki

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

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce są zdecydowanie niższe niż w pozostałych krajach UE i wielu innych. W związku z tym można oczekiwać, że każda dodatkowa złotówka, np. dopłata w ramach współpłacenia, poprawi sytuację. Poza tym indywidualne dopłaty dają dodatkową korzyść – budzą świadomość wartości i kosztu wytworzenia świadczenia. Dlatego dostawcy usług medycznych akceptują wprowadzenie takich dopłat. Obawy budzi jednak możliwość wykorzystywania tych pieniędzy niezgodnie z przeznaczeniem na *leczenie starych chorób systemu* (np. spłatę zadłużenia), czy też utrzymywanie przy życiu zasobów niepotrzebnych systemowi. Tymczasem priorytetem powinno być zwiększenie dostępności i jakości świadczeń, w tym dostępu do nowoczesnych technologii medycznych. Nie jest też pewne, czy wprowadzenie dodatkowych opłat indywidualnych zwiększy pulę pieniędzy na rynku medycznym, poprawiając jakość i efektywność jego działania. Jednocześnie zauważmy, że realnie współpłacenie istnieje w Polsce od dawna. Według danych publikowanych przez GUS w *Roczniku statystycznym 2005*, w 2004 r. indywidualne gospodarstwa domowe wydawały *na zdrowie* prawie 29 mld zł, co w porównaniu z 30,5 mld zł wydawanymi wówczas przez NFZ robi wrażenie! Takiej relacji między wydatkami gospodarstw domowych a wydatkami publicznego płatnika, czyli gromadzonych ze składki oraz budżetu państwa i samorządów, nie znajdziemy w żadnym kraju UE, w którym składnik publiczny jest dominujący! Warto też podkreślić, że powszechnego współpłacenia spowoduje, że ludzie o niskich dochodach zmuszeni będą również do ponoszenia

dodatkowych kosztów. Dlatego, wyznaczając ich wysokość, należy rozpocząć od oceny dotkliwości dopłaty dla ludzi o małych dochodach. Nie mogą one też być zbyt niskie, bo 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. ■

Zadekretowanie współpłacenia wprowadzi do systemu dodatkowe pieniądze, ale zostaną one przejezione, nie zwiększając efektywności leczenia



for. Archiwum

**Rafał Janiszewski, niezależny ekspert zajmujący się systemem ochrony zdrowia**

Współpłacenie jest niezbędnym elementem reformy ochrony zdrowia. Konieczne jest jednak określenie grup społecznych, których nie powinno ono dotyczyć. To dzieci, kobiety w ciąży i osoby starsze. Powinny z niego także zostać wykluczone pewne dziedziny medycyny – onkologia czy kardiologia. Innym problemem jest to, że w Polsce nikt nie analizuje systemu ochrony zdrowia w sposób globalny. Mamy grupy eksperckie, zajmujące się wycinkami systemu, a taka segmentowa analiza nie daje obrazu rzeczywistych potrzeb i kosztów działania opieki zdrowotnej. Dlatego konieczne jest określenie parytetów zdrowotnych i budżetowych państwa. Przykładem są właśnie dopłaty indywidualne, których wprowadzenie może m.in. spowodować, że część obywateli odstąpi od leczenia. Ma to swoje zalety, bo wiele osób nadużywa wizyt lekarskich, ale wadą jest to, że rezygnując z terapii, ludzie ci staną się ciężko chorzy i będą obciążali budżet, korzystając np. z rent czy zakładów opieki społecznej. I na koniec bardzo ważna rzecz – zapowiadany koszyk świadczeń gwarantowanych jest tylko metodologią określenia potrzeb zdrowotnych. Dlatego konieczne jest wyraźne stwierdzenie, na co nas stać, a co może być obciążone współpłaceniami. Jeśli tego nie zrobimy, zadekretowanie współpłacenia wprowadzi do systemu dodatkowe pieniądze, ale zostaną one przejezione, nie zwiększając efektywności leczenia. ■