



## Konsultanci o współpłaceniu – sonda redakcyjna

**prof. Witold Szyfter**

konsultant krajowy w dziedzinie otolaryngologii

Służba zdrowia jest w tak trudnej sytuacji, że każde rozwiązanie, które może zwiększyć jej finansowanie, jest wskazane. Także współpłacenie. Muszą jednak z niego zostać wyłączone osoby najmniej zarabiające, bezrobotne, korzystające z pomocy socjalnej i emeryci. W efekcie – także w laryngologii – znaleźlibyśmy

**Współpłacenie to dla mnie wnoszenie drobnych, 5–10-złotowych opłat za pobyt w szpitalu czy jeszcze mniejszych kwot za wizytę w przychodni**

grupę pacjentów, którzy mogliby współpłacić za niektóre procedury. Na pewno jednak nie mogłyby to dotyczyć chorób nowotworowych i przypadków ostrożyżurowych – stanów zagrożenia życia. Trudno przecież oczekiwać, żeby od osób ubezpieczonych – a przecież wszyscy jesteśmy obowiązkowo ubezpieczeni w NFZ – żądać dodatkowych opłat. Gdyby wprowadzono taki system, mogłaby zostać wypaczona idea medycyny XXI wieku. Kiedyś rozważaliśmy możliwość wplatania 20 proc. od ceny implantu ślimakowego. Ale przecież taki implant kosztuje 80 tys. zł, a musi być wszczepiony u dziecka do 2. roku życia. Okazało się, że wielu rodziców nie stać na taki wydatek, a wobec tego żądanie pieniędzy, a zarazem skazywanie tych dzieci na głuchotę jest nieludzkie. Współpłacenie to dla mnie wnoszenie drobnych, 5–10-złotowych opłat za pobyt w szpitalu czy jeszcze mniejszych kwot za wizytę w przychodni. Te złotówki pomnożone przez tysiące wizyt i hospi-

talizacji mogłyby przyczynić się do znaczącej poprawy finansów służby zdrowia. ■

**prof. Jan Kanty Kulpa**

konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej

Uważam, że w przypadku badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, które powinny być wykonywane w określonych odstępach czasu, powinno wyznaczyć się częstość podstawową. Mogłoby to dotyczyć badań np. poziomu cholesterolu, glukozy, które w normalnej sytuacji zdrowotnej – u osób, które nie odczuwają dolegliwości – powinny być wykonywane raz na rok. Zwiększenie ich

**Nie wiem, jak wygląda sytuacja w innych dziedzinach medycyny, wiem natomiast, że w diagnostyce wprowadzenie zasady współpłacenia jest możliwe, a nawet – w wielu przypadkach – niezbędne**

częstotliwości, ale bez skierowania lekarza, powinno być odpłatne. Jeżeli bez żadnych wskazań medycznych ktoś chce kontrolować swój stan zdrowia, bo np. znajduje się w określonej grupie wiekowej, to państwo powinno zapewniać podstawowy standard diagnostyki. Wszystko, co jest usługą ponadstandardową, powinno być płacone. Przykładem może być popularne badanie PSA (ang. *Prostate Specific Antigen*), a więc *antygen swoisty dla prostaty*. Antygen ten jest użytecznym narzędziem do wczesnego

wykrywania raka gruczołu krokowego [przy. red.] u mężczyzn po 50. roku życia. Badanie takie powinno być wykonywane raz w roku. Jeśli ktoś chce badać się częściej, to powinien za takie badanie płacić. Pamiętajmy także, że w społeczeństwie mamy do czynienia z pewną liczbą hipochondryków, którzy częściej niż inni chcą sobie robić np. USG. Nie ma żadnych powodów, żeby korzystaliby ze skierowań lekarskich i wykonywali badania bez wskazań medycznych częściej, niż zalecają to ogólne standardy. Jaka to powinna być odpłatność? Taka, która pokryje koszty odczynników i tzw. koszty ogólne. Nie wiem, jak wygląda sytuacja w innych dziedzinach medycyny, wiem natomiast, że w diagnostyce wprowadzenie zasady współpłacenia jest możliwe, a nawet – w wielu przypadkach – niezbędne. Oczywiście, nieodpłatnie powinny być wykonywane badania szpitalne, robione w ramach stosowanych procedur medycznych, chyba że dotyczyłoby to badań, których przydatność nie została w pełni potwierdzona. Takie badania mogłyby być przeprowadzone w porozumieniu z pacjentem i na jego koszt. To jednak odległa przyszłość – na razie takie zasady wprowadzono w USA. Natomiast odpłatność na poziomie podstawowym można wprowadzić niemal natychmiast. ■

### **prof. Jacek Szmidt**

konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

W dziedzinie chirurgii ogólnej raczej nie ma takich procedur, które mogłyby podlegać współpłaceni. Kiedyś, gdy z ministrem zdrowia rozmawialiśmy o współpłaceni, to wykluczaliśmy dziedziny związane z ratowaniem życia. Oczywiście, można by wprowadzić odpłatność w niektórych dziedzinach chirurgii bariatrycz-

**Uważam, że należy rozważyć wszelkie metody zwiększenia finansowania chirurgii ogólnej, bo obecne środki są dramatycznie niskie**

nej. Mimo to – nawet w przypadku zmniejszenia otyłości czy apetytu – mam pewne wątpliwości, czy takie zabiegi powinny być odpłatne. Dlaczego? Ponieważ w wielu przypadkach otyłość może stwarzać zagrożenie dla życia pacjenta. Uważam, że należy rozważyć wszelkie metody zwiększenia finansowania chirurgii ogólnej, bo obecne środki są dramatycznie niskie. ■

### **prof. Waldemar Placek**

konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii

Uważam, że istnieje nie tylko możliwość, ale i konieczność współpłacenia (w wysokości 50–100 proc.), a nawet pokrywania w 100 proc. kosztów leczenia objawów o charakterze kosmetycznym oraz spowodowanych czynnikami psychospołecznymi. ■

### **prof. Grażyna Rydzewska**

konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii

Pracując nad koszykiem świadczeń, doszliśmy do wniosku, że powinny w nim znaleźć się procedury gwarantowane i takie, wobec których należy rozważyć współpłacenie. W gastroenterologii jest kilka takich procedur, które wg mnie mogłyby podlegać jakiejś formie współpłacenia. Paradoks polega na tym, że nie jestem zwolennikiem tej formy dopłacania z prywatnej kieszeni pacjenta. Uważam, że najbardziej rozsądnym rozwiązaniem jest wpro-

wadzenie zamiast tego ubezpieczeń dodatkowych. Takie rozwiązanie gwarantowałoby zmianę systemową oraz zabezpieczałoby przed rozproszeniem opłat wnoszonych przez pacjentów. Moim zdaniem, w momencie wprowadzenia współpłacenia procedura- mi, które nie ze wszystkich wskazań musiałyby być gwarantowa-

**Odpłatność nie powinna dotyczyć określonych procedur, ale procedur wynikających z określonych wskazań**

ne przez finanse publiczne, jest kapsułka endoskopowa czy terapia fotodynamiczna. Uważam zarazem, że odpłatność nie powinna dotyczyć określonych procedur, ale procedur wynikających z określonych wskazań. Jeśli np. pacjent ma krwawienie z jelita cienkiego, to powinien otrzymać kapsułkę w ramach ubezpieczenia. Jeśli natomiast ma tylko bóle brzucha, a po diagnozowaniu są wskazania mniej istotne – niepowodujące zagrożenia życia – to wówczas można rozważyć jakąś formę współpłacenia. Oczywiście nie wiem, w jakiej wysokości powinny być te opłaty, bo nigdy się nad tym nie zastanawiałam, zresztą wysokość opłat powinna zostać określona przez specjalistów od farmakoekonomiki. ■

### **prof. Anna Dobrzańska**

konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

Uważam, że wszystkie procedury medyczne dla populacji wieku rozwojowego znajdują się w koszyku gwarantowanym, nie ma zatem mowy o jakiegokolwiek odpłatności. Takie jest stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii. ■

### **prof. Jerzy Szaflik**

konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki

Okulistyka jest jedną z niewielu dziedzin, w której wprowadzenie współpłacenia jest konieczne. Dam prosty przykład – przy zaćmie można wszczepić soczewki, dzięki którym pacjent będzie widział tak samo. Problem polega na tym, że mamy do wyboru soczewki za 300 zł i za 1,5 tys. zł. Mogą znaleźć się pacjenci, którzy będą chcieli mieć wszczepione te droższe. W takiej sytuacji trudno wymagać, aby płacił za to NFZ. W chirurgii oka jest jeszcze kilka procedur, które mogłyby podlegać współpłaceni. Dotyczy to zaćmy, jaskry czy chirurgii rekonstrukcyjnej – mam tu na myśli wszczepianie protez gałki ocznej. Na rynku mamy niestety kosztowne protezy ruchome, które istotnie zmieniają standard życia, natomiast nie mają znaczenia dla zdrowia pacjenta. W takiej sytuacji odpłatność jest niezbędną. Jestem zwolennikiem

**Okulistyka jest jedną z niewielu dziedzin, w której wprowadzenie współpłacenia jest konieczne**

wprowadzenia współpłacenia. Zupełnie innym problemem jest organizacyjne i prawne zagospodarowanie tych dodatkowych pieniędzy. Obawiam się, że przy dzisiejszym systemie w pobieraniu opłat znalazłoby się trzech *pośredników* i w efekcie środki uzyskane z natychmiastowego wprowadzenia współpłacenia nie wystarczyłyby na pensje urzędników. Jeśli natomiast przygotowany zostanie system pobierania i dysponowania dodatkowymi opłatami oraz zdejmie się z lekarzy odium złodziei, to możemy uzyskać znaczący zastrzyk środków dla polskiej medycyny. Mimo

to obawiam się, że i tak dużą część pieniędzy pochłona pobyry urzędników. ■

## prof. Andrzej Górecki

konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii

Ze współpłacenia przez pacjenta na pewno musi być wykluczona traumatologia, bo przecież trudno płacić za wypadek i urazowe uszkodzenia narządów ruchu. Tu można mówić o współpłaceniu przez ubezpieczyciela komunikacyjnego. Tę ideę gorąco popieram. W dziedzinie ortopedii należy rozważyć współpłacenie w przypadku niektórych operacji planowych, a dobrymi przykładami są protezy stawów, np. biodrowego i kolanowego. Ortopedzi mają do wyboru różne typy i konstrukcje protez. Kwalifikacja musi wynikać ze stanu klinicznego pacjenta i wiedzy specjalisty o skuteczności wyboru określonej metody. Jednak gdy pacjent poprosi o protezę o określonej odmianie materiałowej czy konstrukcyjnej, o której dowiedział się z Internetu, z reklamy prywatnego szpitala czy u ciotki na imieninach, a możliwe jest zastosowanie takiego wszczepu u tego pacjenta, to powinno zostać ustalone, że koszt wszczepu jest pokrywany przez publicznego ubezpie-

**Żeby wprowadzić współpłacenie, najpierw trzeba rozwinąć system dodatkowych ubezpieczeń. W innym przypadku pieniądze zostaną rozproszone**

czyciela do wskazanej w standardach tej operacji wysokości. Wszystko, co przekracza tę sumę, powinno być opłacane przez pacjenta. Oczywiście nie może się to odbywać kosztem jakości życia pacjenta – nie możemy za standard uznać protez z drewna tylko dlatego, że są one tańsze od tytanowych. Tak więc najbardziej klarowne zasady współpłacenia dotyczą protez stawów. Reszta procedur w ortopedii wynika z wiedzy medycznej i oceny skuteczności dokonywanej przez lekarza, a nie z przekonania i życzeń pacjenta. Przykładami zabiegów, gdzie konieczne jest pełne refinansowanie przez państwo operacji, są wszczepy kręgosłupowe czy onkologiczne – trzeba stosować najlepsze, bo to skutkuje jakością i długością życia pacjentów. Nie może być tak, że najlepsze, czyli skuteczne klinicznie i niestety drogie, protezy dostaną tylko ci pacjenci, których na to stać. Jeśliby tak się stało, to mielibyśmy do czynienia z podziałem obywateli ze schorzeniami nowotworowymi narządu ruchu na sprawnych ruchowo – tych, których było stać na protezę za 60 tys. zł, i tych, u których zespolicilibyśmy kości, sprowadzając ich życie do wegetacji w łóżku. Dlatego uważam, że współpłaceniu mogą podlegać protezy stawów i może ortotyka – aparaty wspomagające funkcje ruchowe. Chcę jednak wyraźnie podkreślić, że aby wprowadzić odpłatność za niektóre usługi medyczne, trzeba najpierw rozwinąć system ubezpieczeń, bo tylko wówczas możliwe będzie wprowadzenie współpłacenia. W innym przypadku pieniądze zostaną rozproszone, a sam system będzie budził wiele konfliktów etycznych i społecznych. ■

siono 532 zastrzeżenia). To najlepsze potwierdzenie złej praktyki tworzenia prawa. Wielu ekspertów podkreślało bowiem, że najpierw powinny odbyć się konsultacje, a dopiero potem stworzenie projektu ustawy.

Innym problemem są naciski przedstawicieli różnych lobby, którzy podczas tworzenia projektu ustawy o sieci antyszambrowali na korytarzach pałacu przy Miodowej, uzyskując gwarancje wpisania ich szpitala na listę placówek, które pod żadnym pozorem poza siecią znaleźć się nie mogą. Lęki samorządowców i szefów placówek były tak wielkie, że naciskom podlegali także parlamentarzyści europejscy i urzędnicy zatrudnieni w strukturach UE.

Tymczasem – jak dowiadujemy się od wielu dyrektorów szpitali – sieci szpitali nie było, nie ma i nie będzie. Może i dobrze, bo jak stwierdził Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, *w Polsce ochronę zdrowia ciągle traktuje się w kategoriach politycznych, a nie handlowych. Strasznie, że pewnego dnia nie będzie się gdzie leczyć, można włożyć między bajki. Tak naprawdę ta sieć nie jest nikomu potrzebna, bo jeśli gdzieś są braki w systemie, wypełnia je sektor prywatny.*

**„ Państwo nie musi pozbywać się szpitali. Wystarczy, że powstaną w nich nzozy, z którymi NFZ będzie podpisywać kontrakt, a budynki i większa część infrastruktury pozostaną państwowe i zarządzane przez publicznych menedżerów ”**

## Mit nr 5

### Powstanie koszyk

Innym problemem jest koszyk świadczeń gwarantowanych. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że nad tym projektem nikt nie panuje. Potwierdza to brak synchronizacji w pracach NFZ i Agencji Oceny Technologii Medycznych. W efekcie nie doczekaliśmy się wizji w określeniu celów polityki zdrowotnej, jakie mają być osiągnięte przez zakup określonych usług medycznych. AOTM tworzy coś dziwnego – pod nazwą Centralnej Bazy Świadczeń Medycznych, która nie ma nic wspólnego z koszykiem usług medycznych. Koszyk, w rozumieniu AOTM, polega na tłumaczeniu przez ok. 70 zespołów specjalistów ICD procedur medycznych na procedury medyczne kontraktowane przez NFZ, a te z kolei na CPT, który wcześniej był opracowany przez Naczelną Izbę Lekarską. Podsumo-