



Darmowa służba zdrowia, współtłacenie – Kartaginę i tak trzeba zniszczyć

Strach przed współtłaceniem

Jacek Szczęsny

Gdy po *białym szczycie* Donald Tusk oświadczył, że nie zgadza się na wprowadzenie współtłacenia, głos zabrał prof. Leszek Balcerowicz. Były minister finansów oraz szef NBP stwierdził: – *Kiedy studiuję opracowania udanych reform służby zdrowia, to tam zawsze pojawia się współtłacenie. Nie chodzi o duże sumy, ale o to, żeby zracjonalizować popyt na usługi medyczne. Lekarze nie mogą być zamulani mało istotnymi przypadkami, kosztem tych naprawdę istotnych. Dziwi mnie to, że rząd odchodzi od współtłacenia za leczenie na koszt podwyższania składki zdrowotnej.* Tyle autor najbardziej efektywnej reformy finansów państwa. Problem w tym, że minęły czasy autorytetów i dzisiaj od prawdziwych reform ważniejszy jest skuteczny *public relations*. W efekcie dawny liberał Tusk zamienił się w socjalistę premiera Donalda.

– *A poza tym sądzę, że Kartaginę trzeba zniszczyć (Ceterum censeo Karthaginem esse delendam).* Takimi słowami w rzymskim Senacie kończył przemówienie na dowolny temat Marek Porcjusz Katon. Po ponad 2150 latach każde wystąpienie eksperta zdrowotnego w Polsce powinno kończyć się słowami – *a poza tym należy wprowadzić współpłacenie.*

Polacy nie gęsi...

Mantra o współpłaceniu jest tym bardziej konieczna, że po *białym szczycie* Donald Tusk i jego zaplecze polityczne kategorycznie odrzucili ideę wnoszenia przez pacjenta drobnych opłat. Paradoks polega na tym, że do konieczności wprowadzenia współpłacenia nie trzeba już przekonywać elektoratu, czyli obywateli. Z najnowszych badań przeprowadzonych na zlecenie ING Banku Śląskiego wynika, że ponad 54 proc. ankietowanych Polaków zaakceptowałoby częściową odpłatność za usługi medyczne (badania Pentora pokazują, że opowiada się za tym aż 69,5 proc. badanych). Z kolei dyrektorzy placówek medycznych od dawna postulują komercjalizację części usług medycznych, przypominając, że wiele oddziałów wykorzystuje tylko 60 proc. posiadanej mocy. Czy ma to oznaczać, że – wbrew opinii pacjentów i lekarzy – system ochrony zdrowia będzie dalej pograżał się w marazmie tylko z powodu strachu polityków, którzy boją się utraty popularności?

Zdrowotne niebezpieczeństwo

Dopłaty do wizyt u lekarza wprowadzono w Niemczech, Francji i Czechach, a także w – o wiele mniej zamoznej od nas – Słowacji. O korzyściach takiego rozwiązania przekonuje nawet ks. Arkadiusz Nowak, reprezentujący Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. W jednej z wypowiedzi stwierdził on, że *współpłacenie jest konieczne.* Zarazem eksperci przekonują, że z ukrytą formą współpłacenia mamy w Polsce do czynienia od dawna – to dopłaty do leków, które polscy pacjenci pokrywają w ok. 68 proc. To niebezpieczny poziom (o którym politycy delikatnie milczą), bo wg Światowej Organizacji Zdrowia, aby utrzymać minimum bezpieczeństwa zdrowotnego, nie powinien on przekraczać 40 proc.

Specjaliści podkreślają, iż współpłacenie to nie tylko zastrzyk finansowy dla systemu ochrony zdrowia, ale także znaczne ograniczenie wydatków, bo nawet drobne opłaty eliminują niepotrzebne wizyty u lekarzy osób, które spotkania w gabinecie medyka traktują jak zwierzchności w konfesjonale.

20 mld zł do wzięcia

Jak szacuje prof. Romuald Holly z Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, prywatne wydatki na leczenie wynoszą w Polsce ok. 20–30 mld zł. To kwoty wręczane w ramach działania tzw. *szarej strefy*, ale i w niepublicznych centrach medycznych, które dynamicznie rozwijają się

nie tylko dlatego, że oferują wysoki poziom usług, ale z powodu paraliżu systemu publicznego. Zdaniem Adama Kruszewskiego, niezależnego analityka rynku opieki zdrowotnej, już 1,5 mln osób zupełnie przestało korzystać z opieki publicznej. Oczywiście – to elita finansowa – niewielki odsetek społeczeństwa. Jak pokazują jednak cytowane badania ING BŚ i Pentora, większość Polaków już jest przekonanych, że drobne opłaty zracjonalizowałyby system i udrożniły drogę pacjenta do lekarza. – *Legalizacja współpłacenia jest niezbędnym elementem reformy i racjonalizacji systemu. 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 i uzyskać akceptację do wprowadzenia współpłacenia* – mówi prof. Jacek Ruskowski, dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego.

Zdrowotne public relations

Jak to zrobić? Tak sprawna w działaniach *public relations* Platforma Obywatelska powinna zacząć od zmiany opinii społecznej, w myśl której większość rodaków uważa, że za składkę zdrowotną *wszystko należy się*



foto: Radek Pasternak/fotorepa

Leszek Balcerowicz: – *Kiedy studiuję opracowania udanych reform służby zdrowia, to tam zawsze pojawia się współpłacenie. Nie chodzi o duże sumy, ale o to, żeby zracjonalizować popyt na usługi medyczne. Lekarze nie mogą być zamulani mało istotnymi przypadkami, kosztem tych naprawdę istotnych. Dziwi mnie to, że rząd odchodzi od współpłacenia za leczenie na koszt podwyższania składki zdrowotnej.*

wszystkim. Zarazem, jeśli rząd deklaruje chęć przystąpienia do Eurolandu, musi przypomnieć Polakom, że współpłacenie stało się na Starym Kontynencie systemowym standardem. W niemal wszystkich państwach tzw. Starej Unii, do wizyt lekarskich trzeba dopłacać (wyjątkiem jest Austria). Warto podkreślić, że dzieje się tak, mimo że narodowe systemy ochrony zdrowia w Niemczech czy Francji zapewniają o wiele szerszy zakres usług, a ich dostępność jest o wiele większa.

W Niemczech ubezpieczeni zobowiązani są do wnoszenia tzw. opłaty rejestracyjnej (*praxisgebuer*) w wysokości 10 euro przy pierwszej wizycie (w danym kwartale) u lekarza domowego, dentysty lub lekarza specjalisty. Celem jej wprowadzenia było powstrzymanie ubezpieczonych od zbędnych wizyt, szczególnie u specjalistów. Pozostałe wizyty są bezpłatne. Z kolei we Francji w ubezpieczeniach zdrowotnych obowiązuje zasada współuczestnictwa pacjenta w wydatkach leczniczych. Nazywa się ono biletem regulacyjnym (*ticket modérateur*) i polega na tym, że część kosztów leczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego nie podlega refundacji. Państwo określa poziom zwrotu procentowej wysokości świadczeń ubezpieczonemu oraz wartość biletu wyrównawczego. Wysokość procentowego uczestnictwa w kosztach ponoszonych przez ubezpieczonego waha się 20-60 proc. W bogatej Holandii z kolei ubezpieczony ponosi koszty leczenia ambulatoryjnego wynoszące 20 proc. kosztów leczenia, ale nie więcej aniżeli 90 euro rocznie. Nawet w równie bogatej i socjalistycznej Szwecji za świadczenia w opiece pozaszpitalnej pacjenci muszą płacić równowartość ok. 10 euro.

Tęczowa służba zdrowia

Przy okazji dyskusji o współpłaceniu pada wiele mitów – także o braku odwagi naszych południowych sąsiadów. Niedawno Tomasz Julinek, minister zdrowia Republiki Czeskiej, jednym pociągnięciem pióra wprowadził tzw. *płatności bezpośrednie*. W efekcie od stycznia czescy pacjenci muszą płacić drobne kwoty za wizytę u lekarza, dzień pobytu w szpitalu, wydanie recepty i udzielenie pomocy przez pogotowie.

” Ewa Kopacz albo straciła instynkt, albo wierzy, że reformę można wprowadzić instytucjonalnie, nie licząc się ze środowiskiem, ekspertami i społecznością pacjentów, która w większości wyraża dla współpłacenia akceptację ”

Współpłacenie made in Europa

– **W Austrii** pracownicy i ich rodziny są zwolnieni od częściowej odpłatności za usługi opieki ambulatoryjnej i podstawowej opieki dentystycznej, natomiast częściowa odpłatność w tym zakresie (ok. 20 proc. ceny) ma miejsce w odniesieniu do samozatrudniających się i rolników. Częściowa odpłatność w zakresie przyrzędów medycznych i dni spędzonych w szpitalu (maksimum do 28 dni w roku) obejmuje wszystkich członków funduszy chorobowych, chociaż poziom odpłatności jest różny. Indywidualnie, z uwagi na niskie dochody, można być zwolnionym z odpłatności.

– **W Belgii** – m.in. częściowa odpłatność pacjentów w szpitalu jest wnoszona stopniowo w zależności od długości pobytu. Generalnie poziom współpłacenia przez pacjenta za usługi ochrony zdrowia w Belgii należy do najwyższych w UE.

– **W Finlandii** jest częściowa odpłatność pacjenta w większości elementów opieki dentystycznej, a ponadto gminy mają prawo podejmowania decyzji odnośnie częściowej odpłatności za inne usługi w ramach limitów nakreślonych przez rząd centralny.

– **W Irlandii** większość czyli 65 proc. populacji (tzw. II kategoria pacjentów – lepiej uposażonych) dokonuje bezpośrednich opłat (albo korzysta z dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń) w zakresie ogólnej praktyki i usług medycznych, a w publicznych szpitalach częściowa odpłatność wliczana jest wg dziennej stawki. Usługi dentystyczne dla osób biednych są wolne od opłat, z wyjątkiem małych dopłat do usług dentystycznych rekonstrukcyjnych.

– **We Włoszech** wprowadzono m.in. opłaty za zabiegi i częściową odpłatność za usługi specjalistów w opiece ambulatoryjnej.

– **W Luksemburgu** w opiece ambulatoryjnej pacjenci otrzymują z funduszu chorobowego zwrot poniesionych kosztów, bez wkładu własnego w wysokości 5 proc., a 20 proc. w przypadku pierwszej wizyty domowej w miesiącu. Jest częściowa, 20-procentowa odpłatność pacjentów za protezy, a częściowa odpłatność za inne usługi dentystyczne dotyczy tych pacjentów, którzy nie mogą udowodnić, iż skorzystali z konsultacji dentystycznej w każdym roku z okresu ostatnich 2 lat.



foto: Łukasz Giza/Agencja Gazeta

Podczas gdy Czesi wykazują się odwagą, my mamy *Zieloną księgę*, *Czarną księgę*, a ostatnio *biały szczyt* – jeszcze parę kolorów i będzie można mówić o tęczy służbie zdrowia. Jednak *księgi* i *szczyty* niewiele zmienia, bo na razie trzeba ugasić pożar, jaki wywołali lekarze i pielęgniarki, którzy do większości resortowych propozycji podchodzą z dużą rezerwą.

Mimo takiego nastawienia środowiska, podobno w zaciszu gabinetów pałacu przy ul. Miodowej powstaje propozycja częściowo gwarantowanego koszyka świadczeń. *Częściowo*, bo wg założeń koszyka pacjenci mieliby dopłacać różnicę w kosztach. Andrzej Włodarczyk, zastępca Ewy Kopacz zadeklarował, że koszyk ten trafi do konsultacji społecznych w czerwcu. Taka deklaracja wiceministra Włodarczyka to nic innego, jak wyznaczenie terminu egzekucji szefowej resortu zdrowia. Dlaczego czerwiec może być ostatnim miesiącem rządów Ewy Kopacz?

” Współpłacenie to nie tylko zastrzyk finansowy dla systemu ochrony zdrowia, ale także znaczne ograniczenie wydatków, bo nawet drobne opłaty eliminują niepotrzebne wizyty u lekarzy ”

– **W Holandii** pacjenci dopłacają w szczególności do usług dentystycznych, do opieki domowej.

– **W Portugalii** częściowa odpłatność występuje (z wyjątkami) w odniesieniu od wszystkich usług, w tym 25-procentowa odpłatność za protetykę.

– **W Hiszpanii** w ramach systemu narodowej ochrony zdrowia występuje pewna odpłatność pacjentów za niektóre przyrządy medyczne, a także usługi dentystyczne.

– **W Szwecji** są niewielkie odpłatności za wizyty w publicznych jednostkach zdrowia i za wizyty u prywatnych lekarzy, którzy mają kontrakty. Wzrasta odpłatność za usługi dentystyczne.

– **W Wielkiej Brytanii** wzrastają bezpośrednie płatności za usługi dentystyczne, okulistyczne, ale obowiązują wyłączenia z odpłatności dla dzieci, seniorów, ciężarnych, bezrobotnych.

Fragment opracowania: Alicja Młynarska-Wichtowska,
Finansowanie ochrony zdrowia w krajach UE

Bo pani minister – mimo opinii ekspertów, którzy prorokują, że bez dopłat pacjentów system czeka kolaps – upiera się, iż *współpłacenie jest dopuszczalne dopiero po zreformowaniu instytucji płatnika publicznego i dopuszczeniu ubezpieczycieli dodatkowych, którzy zaoferują swoistą formę współpłacenia. Za to pacjent będzie miał możliwość uzyskania usług ponadstandardowych – np. pojedynczej sali z telewizorem czy specjalnego żywienia. To oczywiście kwestia przyszłości, bo dzisiaj wiele szpitali nie mogłoby spełnić oczekiwań pacjentów* (wywiad z Ewą Kopacz, *Koniec ery nieudaczników, Menedżer Zdrowia*, 8/2007). Gwoździem do trumny idei współpłacenia była deklaracja minister zdrowia złożona na IX Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Stojąc twarzą w twarz z lekarzami Ewa Kopacz powiedziała, że współpłacenie nie jest receptą na uzdrowienie systemu.

Takie deklaracje przeczą zdrowemu rozsądkowi, opiniom ekspertów i lekarzy zrzeszonych w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy. Poza tym warto przypomnieć, że do czerwca (gdy ma zostać ogłoszony częściowo płatny koszyk), na pewno nie powiedzie się prawne umocowanie prywatnych ubezpieczeń i skorelowanie ich z systemem NFZ. W III RP jeszcze nie udało



foto: Ralf Schultze/zebra/Corbis

„ W niemal wszystkich państwach tzw. Starej Unii, do wizyt lekarskich trzeba dopłacać (wyjątkiem jest Austria). Warto podkreślić, że dzieje się tak, mimo że narodowe systemy ochrony zdrowia w Niemczech czy Francji zapewniają o wiele szerszy zakres usług, a ich dostępność jest o wiele większa ”

się (z wyjątkiem, gdy ministrem finansów był Leszek Balcerowicz), przeprowadzić procesu legislacyjnego w czasie krótszym niż rok. To wskazuje, że Ewa Kopacz albo straciła instynkt, albo wierzy, że reformę można wprowadzić instytucjonalnie, nie licząc się ze środowiskiem, ekspertami i społecznością pacjentów, która w większości wyraża dla współpłacenia akceptację.

Falsyfikacja ubezpieczeń

Współpłacenie jest o tyle konieczne, że projekt prywatnych ubezpieczeń Platformy Obywatelskiej (na który powołuje się Ewa Kopacz), to de facto proteza systemu ubezpieczeń dodatkowych. W myśl założeń projektu PO, rynek ubezpieczeń ma być oparty na zasadzie solidaryzmu społecznego, co oznacza zakaz ustalania ryzyka ubezpieczeniowego dla danej osoby. Jak wynika z uzasadnienia do projektu – w takim systemie osoba młoda będzie płaciła składkę wyższą, niżby to wynikało z jej indywidualnego ryzyka zdrowotnego, a osoba starsza – mniejszą w stosunku do tego ryzyka. Zarazem pacjenci z wykupionym ubezpieczeniem dodatkowym nie będą mieli lep-

szego dostępu do świadczeń medycznych niż osoby bez takiego ubezpieczenia, nie ominą też kolejek do specjalisty. Świadczenia dodatkowe, jakie można będzie uzyskać po wykupieniu polisy, to m.in. wybór lekarza czy innego personelu medycznego, lepsze warunki świadczeń towarzyszących czy opieki pielęgniarskiej bądź położniczej, a także możliwość korzystania z usług hotelowych dla osób towarzyszących pacjentowi. Zachętą do wykupienia ubezpieczenia mają być ulgi podatkowe i dopłaty z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz częściowa refundacja składki. Jak wynika z projektu – ubezpieczeniami dodatkowymi, równoległymi z powszechną składką, zarządzać będą nowo powstałe podmioty – otwarte fundusze równoległego ubezpieczenia zdrowotnego. Nadzór nad nimi będzie sprawować Komisja Nadzoru Finansowego. Oznacza to, że politycy dostaną do ręki kolejne narzędzie sterowania nastrojami społecznymi. Powstaje zatem pytanie, dlaczego tworzy się takie amorficzne twory, skoro na świecie płacenie za usługi medyczne z własnej kieszeni nie jest żadnym objawieniem?

Współpłacenie jest o tyle konieczne, że nie można się łudzić, iż proponowana proteza ubezpieczeń cokolwiek zmieni. Należy bowiem pamiętać, że nasz kraj znajduje się w czasie hossy, a zatem zwiększonego optymizmu społecznego. Najlepiej świadczy o tym 100 mld zł kredytowego zadłużenia rodaków, z których wielu zaciągnięte pożyczki sptacać będzie przez najbliższe pół wieku. Można zatem podejrzewać, że osobom najbardziej zadłużonym jeszcze przez wiele lat nie przyjdzie do głowy (nie pozwoli na to budżet domowy), wykupywanie ubezpieczeń zdrowotnych. Tym bardziej, że – jak stwierdził prominentny polityk zdrowotny – pakiety firm brokerskich są kalką modeli zachodnich. Po prostu nie uwzględniają tego, że podczas gdy średnia płaca w krajach starej Unii wynosi blisko 2 tys. euro netto, Polacy zarabiają ok. 870 euro brutto i na pierwszym miejscu listy wydatków znajduje się żywność. Choćby z tego powodu można spodziewać się – na początku reformy – większej gotowości do wnoszenia sporadycznych, jednorazowych opłat (współpłacenia), niż systematycznego opłacania dodatkowego ubezpieczenia. ■

„ Tak sprawna w działaniach *public relations* Platforma Obywatelska powinna zacząć od zmiany opinii społecznej, w myśl której większość rodaków uważa, że za składkę zdrowotną wszystko należy się wszystkim ”