



Opłaty dodatkowe za korzystanie ze świadczeń medycznych

Białe, czyli czarne

Jednym z gorących tematów w polskim systemie ochrony zdrowia jest partycypowanie obywateli w finansowaniu świadczeń zdrowotnych, czyli tzw. współpłacenie. A przecież ono w Polsce już od dawna istnieje.

Wielu uczestników systemu postuluje wprowadzenie tego mechanizmu jako regulatora popytu. Ma to doprowadzić nie tylko do zwiększenia przychodów podmiotów leczniczych, lecz przede wszystkim ograniczać napór na uzyskiwanie darmowych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza gdy – delikatnie mówiąc – nie jest to uzasadnione. Jest to zresztą mechanizm stosowany w różnych formach w wielu systemach opieki zdrowotnej. Od dokonywania całej płatności w momencie wykonywania usługi i następnie zwrotu całości lub części kosztów przez płatnika, jak to się odbywa np. we Francji, po uiszczanie niewielkiej ryczałtowej opłaty przy uzyskiwaniu usługi, np. w Czechach. Proponując wprowadzenie współpłacenia w Polsce, najczęściej sugeruje się właśnie to ostatnie rozwiązanie. Za każdym razem jednak spotyka się to z głośnymi protestami, przede wszystkim polityków,

którzy na przekór faktom starają się utrzymywać iluzję bezpłatnej służby zdrowia.

Na koszt pacjenta

Tymczasem obciążanie obywateli kosztami leczenia odbywa się – formalnie i nieformalnie – praktycznie w każdym rodzaju usług medycznych. Jednocześnie rządzący nie chcą, a może nie potrafią, odważnie powiedzieć o konieczności tego rozwiązania. A przecież wtedy można by wprowadzić sensowne mechanizmy pozwalające chociażby na wsparcie najbiedniejszych przez pomoc społeczną. Kiedy w 1998 r. wykreślono z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zasadę pokrywania przez pacjenta tzw. części hotelowej pobytu w szpitalach, politycy głosili, że nie wyrażają zgody na żadną formę współpłacenia. W tym samym czasie ustalono, że

za pobyt w zakładzie leczenia długoterminowego pacjent musi zapłacić 70 proc. swojego uposażenia emerytalnego czy rentowego. Uważając, że chroni się społeczeństwo, obciążono starych, przewlekle chorych ludzi. Ot, sprawiedliwość społeczna.

Licznik tyka

Wskażmy jednak miejsca, gdzie współpłacenie już istnieje. Oczywiście pierwsze i najważniejsze to konieczność płacenia za leki. W następstwie wprowadzenia ustawy refundacyjnej, kiedy już rząd odtrąbił zwycięstwo nad koncernami farmaceutycznymi i ogłosił ostateczne uporządkowanie rynku, wskaźnik udziału pacjentów w kosztach zakupu leków, według IMS Health, wzrósł z 34 proc. do 38 proc. Jest on najwyższy w Europie. Państwo z zimną krwią, zasłaniając się pustą retoryką, przerzuciło część finansowania systemu na barki obywateli. A wskaźnik 38 proc., przy kosztach refundacji leków przez NFZ zaplanowanych na ten rok w wysokości 8 285 mld zł – to nieco więcej niż 5 mld zł. Tymi kosztami w największej części obciążeni są ludzie przewlekle chorzy, a z kolei wśród nich największą grupę stanowią ludzie biedni i starzy.

Kiedy przed wyborami parlamentarnymi jedna z partii postulowała dopłaty z budżetu państwa dla kupujących stale leki powyżej określonej kwoty miesięcznie, potraktowano to jako populizm. Może jednak w tym postulatcie było coś racjonalnego – ostatnio pojawiły się informacje, że wiele osób nie stosuje leków zgodnie z ordynacją właśnie ze względu na ich koszty. Skutkuje to nawrotami i zaostrzeniami chorób oraz rehospitalizacjami, a poprzez to zwiększeniem kosztów systemu.

A jak to wygląda w Unii Europejskiej? To zależy od kraju, ale np. w Austrii za każdy lek refundowany płaci się zryczałtowaną kwotę 4,35 euro, w Danii przy kosztach leków przekraczających 520 koron (czyli równowartość 300 zł) w ciągu roku (!) refundacja wynosi 100 proc. W Hiszpanii jeszcze do niedawna emeryci i renciści otrzymywali leki bezpłatnie, choć kryzys spowodował odebranie im tego przywileju. Tak czy owak, praktycznie we wszystkich krajach system refundacyjny jest mniej obciążający dla pacjentów niż w Polsce.

Zastraszenie lekarzy

Nieoczekiwanym efektem ustawy refundacyjnej jest też zastraszenie lekarzy, którzy zagrożeni koniecznością zwrotu kosztów refundacji przepisywanych leków, w sytuacji np. zastosowania ich niezgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, w każdej wątpliwej dla siebie sytuacji zaczęli wypisywać leki na 100 proc. Dysproporcja informacji na niekorzyść pacjentów znowu jest tak ogromna, że nie potrafią oni ocenić, czy refundacja leków im się należy. W efekcie często płacą za nie pełną kwotę, mimo że mają uprawnienia przynajmniej do częściowej refundacji przez płatnika publicznego.

Drugim miejscem, gdzie współpłacenie oficjalnie istnieje, jest – jak wspomniano wyżej – konieczność



„ Po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej wskaźnik udziału pacjenta w kosztach zakupu leków w Polsce wzrósł z 34 proc. do 38 proc. i jest najwyższy w Europie ”

dopłacania przez osoby przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Każdy hospitalizowany, bo przecież pobyt w zakładzie długoterminowym jest hospitalizacją, jest zobowiązany wpłacać 70 proc. swojego świadczenia emerytalnego lub rentowego, lecz nie więcej niż 250 proc. najniższej emerytury. Jak to ładnie brzmi – ale oznacza, że ludzie posiadający niskie świadczenia, plus minus do 2000 zł miesięcznie, płacą proporcjonalnie więcej od bogatych. Znowu można się zastanawiać, dlaczego nie zgadzamy się na współpłacenie przez bardziej zasobnych, a obciążamy nim ludzi skrajnie chorych. Może należy się w końcu zdecydować na stworzenie dodatkowej składki pielęgnacyjnej, która byłaby uiszczana przez wszystkich, a służyłaby finansowaniu tego rodzaju leczenia u potrzebujących. Przecież – podobno – mamy system ubezpieczeniowy.

Trzecie miejsce to leczenie uzdrowiskowe. Już od lat trwa dyskusja, czy pobyty sanatoryjne, poza szpitalami uzdrowiskowymi, w ogóle powinny być traktowane jako leczenie. Zwłaszcza że w wielu wypadkach jest to po prostu wypoczynek połączony z zabiegami rehabilitacji leczniczej. Ale jest, jak jest – pobyty te są finansowane ze składki zdrowotnej, a część kosztów pokrywają korzystający ze świadczeń.

Czwarte miejsce to stomatologia, gdzie do znacznej liczby wypełnień i innych procedur pacjenci są zobowiązani dopłacać.

Oficjalnie tolerowane

Jak widać, w wielu miejscach współpłacenie jest oficjalnie tolerowane, a nawet regulowane przez państwo.

Dlaczego więc tak uporczywie bronimy się przed wprowadzeniem tego narzędzia systemowo, zwalniając np. z tego obowiązku osoby poniżej pewnego poziomu dochodów?

A to przecież tylko współpłacenie oficjalne. W wielu miejscach, pomimo pozornego pohukiwania władz państwowych, pacjenci są wręcz zobowiązani do dopłacania do leczenia. Jeżeli nie można tego robić bezpośrednio, tworzy się rozmaite fundacje przy podmiotach leczniczych, które za „lepsze” materiały czy np. znieczulenie okołoporodowe pobierają „dobrowolne wpłaty” od oczekujących na usługę.

„ Pacjenci nie potrafią ocenić, czy refundacja leków im się należy. W efekcie często płacą za nie pełną kwotę, mimo że mają uprawnienia przynajmniej do częściowej refundacji ”

Sposoby nieformalnego przymuszania pacjentów do współpłacenia można wyliczać w nieskończoność. W samych szpitalach istnieje wiele mechanizmów pobierania od chorych pieniędzy. Istnieją metody trywialne, jak obciążanie kosztami za parkingi przyszpitalne, telewizję „wrzutową” czy pobór prądu do ładowania komórek oraz laptopów. Istnieją nieco bardziej wysublimowane, jak konieczność zakupów materiałów pielęgnacyjnych w przyszpitalnej aptece, sugestie kupowania „lekkich gipsów”, ortez czy – jak napisano wyżej – materiałów wszczepialnych o wyższej jakości niż posiadane aktualnie przez szpital. Wszystkich tych zakupów można dokonać w „zewnętrznych” punktach, ale o dziwo znajdujących się na terenie szpitala. Nie muszą dodawać, że w wielu wypadkach nadal żąda się od pacjentów dostarczenia leków stosowanych przewlekle. Nieważne, że dawno stwierdzono, iż jest to niezgodne z przepisami – tutaj nadal obowiązuje niepisana praktyka.

Na rentgena

Nieformalne współpłacenie nie jest domeną wyłączną szpitali. W lecznictwie ambulatoryjnym wymusza się je poprzez nieczytelne prawo i ograniczenie dostępności niektórych świadczeń. W wielu przychodniach praktycznie nie kieruje się na badania RTG, bo są one kosztem kierującego, albo kieruje się od razu na TK lub NMR w 100 proc. finansowane przez NFZ, albo sugeruje się wykonanie badania odpłatnie. Zresztą w wypadku skierowania na TK, kiedy czas oczekiwania na badanie wynosi co najmniej kilka tygodni, sugestia jest identyczna. Chcesz mieć badanie wcześniej – zapłać. Podobnie jest z badaniami laboratoryjnymi. Skąd pacjenci mają wiedzieć, jakie badania są w kompetencji lekarza rodzinnego, a jakie nie? W rezultacie wielu spośród nich dostaje skierowanie na badania wykonywane komercyjnie w zaprzyjaźnionym laboratorium.

Niezmiernie ciekawym projektem, który ma usankcjonować współpłacenie, jest idea ubezpieczeń dodatkowych. W żaden sposób nie chcę ich dezawuować, ale proponowana przez rządzących koncepcja nie jest niczym innym, jak upowszechnieniem współpłacenia, tyle że – żeby było ciekawiej – za pośrednictwem instytucji ubezpieczeniowych. Popatrzmy na zimno. Państwo w tzw. rozporządzeniu koszykowym gwarantuje dostęp, w ramach opłacanej składki ubezpieczeniowej, do ponad 99 proc. świadczeń, nie określając standardu ich udzielania. Jednocześnie proponuje, żeby po opłaceniu dodatkowej składki do towarzystwa ubezpieczeniowego można było uzyskać prawo do wykonania świadczenia wcześniej. Krótko mówiąc, proponuje się ludziom następujący układ: macie do wszystkiego prawo, ale żeby z niego skorzystać, musicie dopłacić. Czy to już jest współpłacenie, czy jeszcze nie?

Korupcja

Problem dostępności świadczeń przy ograniczonych środkach finansowania systemu, ale także złych zasadach jego organizacji i finansowania, jest dla pacjentów najdotkliwszą uciążliwością. Jak w każdej gospodarce niedoboru, siłą rzeczy istotnego znaczenia nabiera pojęcie tzw. renty korupcyjnej. Korupcja w systemie ochrony zdrowia była i jest, miejmy nadzieję, że nie jesteśmy na nią skazani w przyszłości. Podstawową jej przyczyną jest złe prawo, zły system finansowania świadczeń i ogólny brak pieniędzy w systemie. Nie usuną jej pokazowe akcje CBA, choć po odsunięciu od władzy PiS i one stały się rzadkością. Zwalczyć ją może dopiero właściwe uregulowanie działania systemu, do którego ciągle nam daleko. Owa „renta korupcyjna”, wynikająca z dysfunkcjonalnego systemu, także jest przejawem współpłacenia.

Mamy już zatem w systemie współpłacenie czy nie mamy? Chcemy utrzymywać je w takiej nieuregulowanej postaci czy może stworzymy mechanizm, który zyska społeczną aprobatę? Czasami mam wrażenie, że ludzie pracujący w systemie, ale także osoby decydujące o nim, nie widzą społeczeństwa. A przecież system jest skonstruowany nie dla ministrów, nie dla lekarzy i pielęgniarek, ale dla Kowalskich. Często starych, schorowanych i mających bardzo ograniczone fundusze. Czyżby rynek oczekujący rentowności prowadzenia działalności oraz promujące takie zachowania państwo miało tych ludzi w nosie?

Maciej Biardzki