



# Stopnie ryzyka

Rozmowa z Adamem Kozierekiewiczem

**Co możemy znaleźć w koszyku świadczeń zdrowotnych? Jeśli, w uproszczeniu przyjąć, że jest nas ok. 38 mln, a na zdrowie przeznaczamy ok. 38 mld zł, to na leczenie każdego obywatela przypada na rok średnio ok. 1 tys. zł. Jakiś pusty ten koszyk.**

Bez przesady, nie taki znowu pusty – w Bułgarii wydają 25 euro na rok na obywatela. Nie jesteśmy krajem zamożnym i cudownymi sposobami pieniędzy na zdrowie nie przybędzie. Zamiast narzekać, powinniśmy natomiast zdecydować, jak mamy traktować pieniądze przeznaczane na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Czy powinniśmy ubezpieczać rzeczy wysokiego ryzyka, czy niskiego?

**Jak to co? I jedno, i drugie.**

Niestety, takiego systemu, w którym wszystko w służbie zdrowia byłoby za darmo, nie ma na świecie. A wielokrotnie bogatsze od nas kraje, jak Wielka Brytania czy Dania także muszą dokonywać racjonowania usług. Powinniśmy zdecydować, czy narazić się na kilkuzłotową dopłatę do usługi związanej z leczeniem przeziębienia, czy na wydatek – powiedzmy 100 tys. zł z powodu poważnej operacji.

**Jak z tym dylematem radzą sobie w innych krajach?**

W krajach takich, jak Belgia czy Francja za usługi ambulatoryjne pacjent płaci z *kieszeni*, a następ-

## „ Czy powinniśmy ubezpieczać rzeczy wysokiego ryzyka, czy niskiego? ”

nie otrzymuje refundację, ale jedynie w wysokości 75 proc. poniesionych kosztów. Natomiast leczenie schorzeń rzadszych i trudniejszych medycznie, a więc kosztowniejszych, z którymi pacjent udaje się do szpitala jest bezpłatne.

### Do jakiej kategorii zaliczyć stomatologię?

Ubezpieczanie stomatologii reparacyjnej dla dorosłych mija się z celem. Przecież każdy i tak kiedyś pójdzie do dentysty i czy zapłaci za to z własnej kieszeni, czy zwróci w formie podatku, nie ma znaczenia. Ubezpieczenie ma tylko wtedy sens, gdy występuje jakieś ryzyko i tzw. *pooling* ryzyka, czyli rozłożenie jednostkowego ryzyka na wielu płacących składki. W stomatologii go nie ma, a więc po co obejmować ją ubezpieczeniem?! W USA np., gdzie ubezpieczenia są kwestią wyboru, ludzie nie wykupują z reguły ubezpieczenia stomatologicznego. Dokonując wyboru priorytetów, za co płacić z ubezpieczenia, a co pozostawić w zakresie opłacania indywidualnego, stomatologię dla osób dorosłych można by bez istotnej szkody wyłączyć z koszyka lub co najmniej obciążyć znacznym współpłaceniem. Proszę zwrócić uwagę na Niemcy i ostatnią reformę Schroedera – a dzieje się to w kraju, w którym wydatki na ochronę zdrowia są ok. 5-krotnie wyższe.

**Jeżeli będziemy ubezpieczali tylko wysokie ryzyka, to pacjenci powinni płacić za wszystkie podstawowe porady. Przecież jest to nierealne, jeśli zważyć na duży obszar ubóstwa w kraju.**

Można zastanowić się, czy niektóre grupy społeczne nie powinny zostać z tych opłat – ze względu na ubóstwo – zwolnione. Jednak nie powinny to być zwolnienia, np. wszystkich emerytów, ale jedynie osób, które są narażone indywidualnie na wysokie koszty leczenia. We Francji, np. dotyczą one ludzi, którzy cierpią na niektóre choroby przewlekłe. Trzeba także pamiętać, że zwolnienia prowadzą do erozji systemu. We Włoszech zasada zwolnień została tak rozpowszechniona, że efektywnie współpłaci tylko 5 proc. populacji.

**Przeciwnicy wprowadzenia współpłacenia pacjentów twierdzą, że koszty administracyjne wprowadzenia tego systemu będą wyższe od osiągniętych efektów.**

Nie wiem, na jakich podstawach te wyliczenia zostały wykonane. Czy pobranie kilku złotych od 40 pacjentów dziennie wymaga zatrudnienia specjalnego personelu? Nie wiem. Poza tym nie chodzi jedynie o wysokość zebranych kwot. Główną zaletą współpłacenia pacjentów jest to, że spowoduje ono eliminację dużej liczby zbędnych świadczeń. Jaka to skala? Wystarczy porównać, że w krajach skandynawskich średnia wizyt lekarskich na osobę w roku wynosi 3, a w Polsce 6. Równocześnie proszę pamiętać, że spodziewana średnia długość życia wynosi tam 85 lat, podczas gdy

w Polsce 73 lata. Nie ma w literaturze medycznej dowodów na istnienie negatywnej relacji między płaceniem na poziomie marginalnie niskim, a skutkami zdrowotnymi. Natomiast są niewątpliwe dowody na to, że gdy wysokie ryzyko nie jest pokrywane przez ubezpieczenia, to ludzie po prostu w pewnym momencie nie mogą się leczyć. Tak jest, np. w USA, gdzie aż 40 mln ludzi nie wykupuje ubezpieczenia. Są to z reguły ludzie młodzi, którzy oszczędzają, natomiast gdy ulegną wypadkowi, to są zrujnowani.

### Jaka więc powinna być logika koszyka?

Przede wszystkim powinniśmy ubezpieczać wysokie ryzyka, a więc ratowanie życia przy pomocy kosztownych terapii i procedur. W drugiej kolejności, wysokie ryzyka związane z unikaniem niepełnosprawności, następnie dopiero poprawianie jakości życia. Dopiero w czwartej kolejności powinniśmy ubezpieczać niskie ryzyka.

**Skoro to takie oczywiste, to dlaczego od lat ekipy polityczne w Polsce nie podnosiły tego tematu, nikt nie robił symulacji, nie inspirował dyskusji, co należy ubezpieczać, a co nie?**

Bo nie ma dobrej odpowiedzi. Trzeba by ludziom wyraźnie powiedzieć, że na niewiele ich stać. Politycy zawsze bali się koszyka ze względu na percepcję społeczną i komplikacji *technicznych* przy jego opracowywaniu.

### Technicznych?

Na świecie opracowywane są coraz to nowe technologie leczenia najróżniejszych schorzeń. Trzeba je znać i dokonywać analizy, na ile są skuteczne i efektywne kosztowo. Weźmy jako przykład program dializoterapii. Ustalono tak korzystne warunki, że zaczęły u nas powstawać różne prywatne ośrodki, często finansowane z inwestycji zagranicznych. Dostępność tej procedury jest na tyle wysoka, że nawet ci, którzy nie potrzebują częstej hemodializy, którym wystarczałaby znacznie tańsza dializa otrzewnowa, korzystają z droższej metody. W ramach *decyzji koszykowych* trzeba by było określić również kryteria kwalifikacyjne do ubezpieczanych zabiegów, powiedzieć, np. przy jakim poziomie niewydolności nerek kwalifikuje się chorego do hemodializ itp. Jest tutaj bardzo dużo trudności *technicznych*.

**Wypracowanie koszyka to zadanie dla instytutu naukowego.**

I takie instytuty na świecie powstają. A po drugie, trzeba pamiętać, że jest to kwestia miesięcy, a nawet lat. U nas trzeba dodatkowo uświadomić społeczeństwu, że zasoby są bardzo ograniczone, a my powinniśmy tylko wynegocjować, w jaki sposób chcemy dzielić bardzo małe pieniądze. Tylko, że jest to problem polityczny, a nie medyczny.

(Rozmawiał mi)