

Sto sposobów na ominięcie kolejek do lekarza

# Pan tu nie stał



For: gettyimages.com/Satoco

Gdyby przyjrzeć się przyczynom negatywnych ocen naszej ochrony zdrowia, okazałoby się, że najważniejszą z nich są kolejki. One bowiem nie znikają, ale rosną do absurdalnych rozmiarów. By przetrwać, trzeba je ominąć. Otwiera to znakomity kawałek rynku dla przedsiębiorców, rodzi także konieczność sprytnych i nieszablonowych zachowań pacjentów.

Oczywiście sprawą mogłyby zainteresować się władze, dołożyć pieniędzy i tym sposobem kolejki skrócić. Ale na to się nie zanoszą. Dlaczego? Tłumaczył to w wywiadzie dla „Menedżera Zdrowia” minister zdrowia Konstanty Radziwiłł: – *Kolejek nie da się zlikwidować jakimś prostym trikiem czy ekstraordynaryjnym przepisem. Nasi poprzednicy próbowali i reklamowali rozwiązanie pod nazwą „pakiet antykolejkowy”, ale nic z tego nie wyszło.*

*Kolejki zmniejszą się, gdy np. zaczną funkcjonować bodźce demotywujące do odsyłania każdego pacjenta do specjalisty i przerzucania kosztów na innych uczestników systemu, zachęty do koordynowania opieki.*

A więc przy tym podejściu, nawet gdy przyjęty kierunek reform rzeczywiście przyczyni się do skrócenia kolejek, na efekt będziemy musieli czekać długie lata. Do tego czasu – jak żyć?



### Dodatkowe ubezpieczenia

Odpowiedzią są dodatkowe ubezpieczenia medyczne – abonamenty. Przez ostatnie dwanaście miesięcy ich liczba zwiększyła o 30% – do niemal dwóch milionów. Liderami rynku są Lux Med i Medicover.

– Co roku odnotowujemy wzrost zainteresowania naszymi usługami, przede wszystkim ze strony pracodawców, bo prywatna opieka medyczna stała się standardem zapewnianym wielu pracownikom – mówi Piotr Soszyński, dyrektor ds. systemów medycznych Medicover. – Ale również sami pacjenci poszukują wizyt u lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych trudno dostępnych w systemie publicznym – dodaje.

Co jest podstawową wadą systemu abonamentowego? Cóż – wpłaconych pieniędzy wystarczy na proste

wizyty i diagnostykę, ale już w wypadku cięższych schorzeń będzie ich za mało. Trzeba będzie wówczas zdać się na państwową służbę zdrowia.

### Polisa

Według polskiego prawa (a ściślej: według jednej z kilku możliwych jego interpretacji) polski szpital publiczny – choćby chciał – nie może wydzielić części łóżek dla pacjentów prywatnych. Rozwiązaniem oferowanym w takich wypadkach są polisy, z których pacjentom wypłacane są odszkodowania.

Przykładowo w ramach „Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania” Aviva zapewnia wsparcie finansowe w przypadku wystąpienia 40 poważnych schorzeń. Dzięki niemu łatwiej opłacić koszty długotrwałego leczenia i wykwalifikowanej pomocy medycznej, zakupić niezbędne lekarstwa i skorzystać z prywatnych klinik. Lista schorzeń obejmuje nowotwory złośliwe, choroby układu oddechowego, serca, układu krążenia, odpornościowego, trawiennego i nerwowego oraz operacje (wszczepienie by-passów, operacja zastawek serca i aorty, amputacja kończyn, przeszczep).

### Leczenie za granicą

Jakie jeszcze antidotum można wymyślić na toksyczny przepis zabraniający polskim szpitalom prywatnego przyjmowania pacjentów? Z interesującą ofertą wystąpiła firma MediSky International. – *Z grubsza wygląda to tak: ubezpieczamy polskiego pacjenta mniej więcej tak jak każdego innego w całej Europie* – mówi Anna Bliska

„W ramach dyrektywy transgranicznej chory może poddać się zabiegowi za granicą, a NFZ zwróci za niego pieniądze”

z MediSky International. – *W wypadku, gdy się rozchoruje i nie znajdziemy w Polsce szpitala, który zechce go przyjąć w ramach naszego ubezpieczenia, znajdujemy szpital za granicą. Choćby pięć kilometrów od naszej granicy, np. na Słowacji* – dodaje.

W rzeczywistości wysyłanie polskich pacjentów do zagranicznych placówek wcale nie musi być drogie. W takich krajach, jak Czechy, Słowacja czy nawet Litwa poziom opieki medycznej jest nawet wyższy niż w Polsce, stopień bezpieczeństwa pacjentów także. Kłopot z dojazdem czy wizytami pooperacyjnymi pozostaje, ale skoro nie można inaczej...

– *Zdecydowaliśmy się rozpocząć działalność w Polsce, gdzie obserwujemy wzrost zainteresowania prywatną opieką*



Foto: © iStockphoto.com

„W ciągu ostatnich dwunastu miesięcy liczba dodatkowych ubezpieczeń medycznych zwiększyła się o 30%”

zdrowotną – mówi Zahal Levy, prezes MediSky International. – *Teraz również Polacy będą mogli korzystać z kompleksowej opieki zdrowotnej nie tylko w kraju, lecz także za granicą, zyskując dostęp do usług najlepszych lekarzy specjalistów w dowolnych placówkach w Polsce i w Europie* – tłumaczy.

W najważniejszych pakietach polisa opiewa na kwotę od 500 tys. do 2,5 mln euro. A ile kosztuje? Dla trzydziestolatka 1101 euro rocznie, zaś dla pięćdziesięciolatka 1693 euro rocznie, czyli w przeliczeniu odpowiednio ok. 383 i 590 zł miesięcznie.

### To już się dzieje

Liczba pacjentów z Polski, którzy wyjeżdżają do Czech, by skorygować wzrok, wzrosła w ciągu ostatniego roku o ponad 100%. Nie dlatego, że Czesi są lepsi. Po prostu NFZ nie znajduje pieniędzy na podwyższenie limitów na leczenie zaćmy w Polsce, ale znajduje na zapłacenie za te zabiegi w Czechach, ponieważ w ramach dyrektywy transgranicznej chory może poddać się zabiegowi za granicą, a NFZ zwróci za niego pieniądze. Na zabieg usuwania zaćmy czeka w Polsce ok. 500 tys. osób. Kolejki do zabiegów finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia są olbrzymie – cze-

ka się w nich średnio dwa lata, ponieważ zwyczajnie źle obliczono limity na te operacje albo liczone, że na chorych uda się oszczędzić.

W gruncie rzeczy trudno zrozumieć racje Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia otwarcie faworyzujących czeskich świadczeniodawców – za operacje wykonywane za granicą zwracają pieniądze, ale za podobne operacje w Polsce już nie. Oszczędności na tym nie ma, zapłacić i tak trzeba i – jak się okazuje – wówczas są na to środki. Czesi korzystają – i w wielu wypadkach zapewniają opiekę pooperacyjną w Polsce z pomocą współpracujących lekarzy z naszego kraju.

### Sposób na desperata

Na szpitalne oddziały ratunkowe trafia nawet 30% pacjentów, którzy nie wymagają nagłej pomocy lekarskiej – wynika z raportu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, podlegającego resortowi zdrowia.

Dlaczego? Bo SOR-y działają sprawnie, mają właściwą bazę diagnostyczną i w praktyce nie mogą wypuścić pacjenta bez odpowiedniej diagnostyki. A przy tym pacjenci – co wynika z raportu – bardzo wysoko oceniają profesjonalizm ich lekarzy i kadry oraz wyposażenie w sprzęt.

Bez umożliwienia Polakom dodatkowych ubezpieczeń obleganie SOR-ów pozostanie najpopularniejszym sposobem omijania kolejek. Co z tego, że trzeba zarwać dzień czy noc i odstać w zatłoczonym korytarzu w dwunastogodzinnej kolejce? I tak się opłaca, skoro nie można inaczej. Efekt? W niektórych placówkach tylko 10% pacjentów wymagało interwencji nagłej.

Bartłomiej Leśniewski