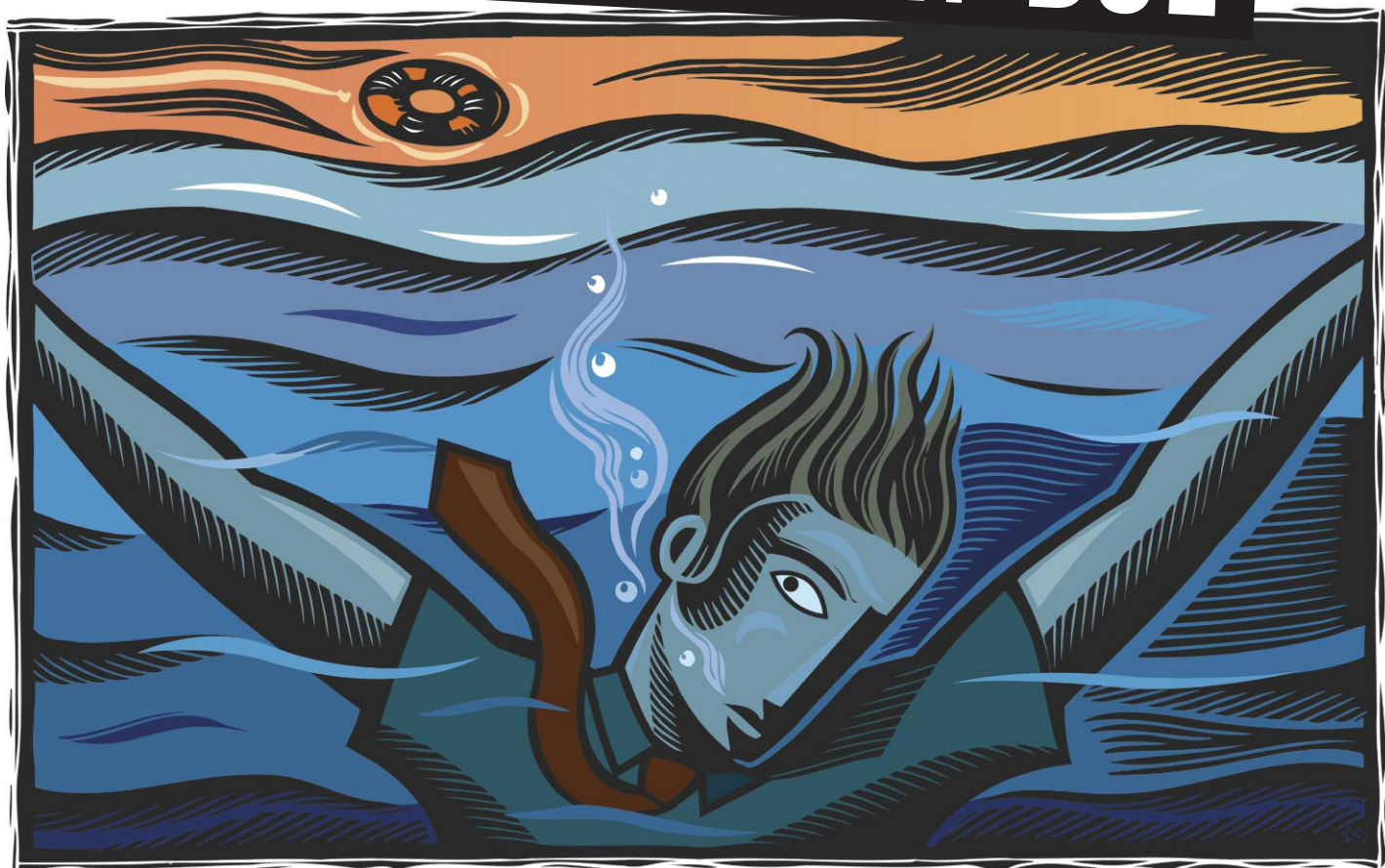


Współpłacenie jest konieczne do rozwoju polskiej ochrony zdrowia

DOPLĄTAY ALBO RÓWNANIE W DÓŁ



for: Stephanie Carter/ImageZoo/Corbis

Wobec problemów natury finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, w dobie kryzysu gospodarczego, który dotknął także Polskę, coraz częściej wśród głosów wyliczających „lekarstwa” mogące poprawić funkcjonowanie polskiego systemu opieki medycznej pojawia się współpłacalność za niektóre świadczenia ze strony pacjentów.

Niektórzy z ekspertów mówią o niej w związku z korektą koszyka świadczeń gwarantowanych z pieniędzy publicznych. Jego zawartość, jak pokazują choćby przykłady ze sprawozdania rocznego NFZ, jest nieadekwat-

na do organizacji opieki medycznej oraz pieniędzy, jakie fundusz może na nie przeznaczyć. W mojej ocenie korekta taka jest konieczna nie tylko w zakresie zawartości koszyka, ale przede wszystkim organizacji systemu

opieki medycznej, standardów realizacji świadczeń oraz maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania na nie.

Gwarancja niedostępu

Dotychczasowe podejście jest bowiem w wielu wypadkach bardziej gwarancją niedostępu, a więc długiej kolejki i uzyskania świadczenia okupionego cierpieniem, długotrwałymi zwolnieniami i niezdolnością do pracy, a nierzadko pogorszeniem się stanu zdrowia, niż konstytucyjnie zagwarantowanym prawem do ochrony zdrowia. Odnoszę się w tym artykule tylko do współpłaty, ale chciałbym, żeby mój głos był traktowany nie tyle jako opinia jej zwolennika, ile raczej głos

stawiania jakiejś formy udziału własnego pacjenta w tych kosztach. Ze świata ubezpieczeń do świata ochrony zdrowia weszły zatem pojęcia takie jak *co-payment* (stała opłata ryczałtowa), *co-insurance* (opłata procentowa) czy *deductible* (zachowany udział własny, procentowy lub kwotowy, w kosztach do limitu rocznego lub jednostkowym koszcie leczenia). Ich celem jest także oddziaływanie na prozdrowotne zachowania pacjentów – osoba, która jest w pełnym zakresie ubezpieczona i nie ponosi odpowiedzialności finansowej za koszty leczenia, zachowuje się często ryzykownie i nie szanuje swojego zdrowia. W efekcie trafia do lekarza często z zaawansowaną chorobą, wymagającą kosztownego leczenia.

Rola edukacyjna

Często takie osoby mają także bardzo duże oczekiwania czy wręcz żądania wobec systemu lecznictwa i płatnika za leczenie – „skoro mam ubezpieczenie od wszystkiego, to wyleczcie mnie”. Niejeden z nas na pewno spotkał takich pacjentów w Polsce. Podstawową rolą różnych form współpłaty jest zatem rola edukacyjna. Drugą równie istotną, w ciągu ostatnich lat wykorzystywaną na świecie coraz częściej, jest częściowe przeliczenie niektórych kosztów na pacjentów (np. ryczałtowe opłaty za dobę pobytu w szpitalu), a także różnicowanie standardów realizacji świadczeń w zależności od wyboru pacjentów (np. sale szpitalne i sanatoryjne o podwyższonym standardzie, najnowocześniejsze protezy lub materiały pomocnicze), które mają zaspokoić potrzeby konsumentów usług zdrowotnych. Po części wynika to z niemożności zaspokojenia tych potrzeb z pieniędzy publicznych, ale w dużo większym stopniu jest to odpowiedź rynku ochrony zdrowia na rosnący konsumeryzm usług zdrowotnych. Trzecią rolą, jaką odgrywa współpłata w ochronie zdrowia, jest ograniczanie nadkonsumpcji świadczeń, z których można korzystać bez skierowań. Wszystkie systemy ochrony zdrowia, które znam, w różnym stopniu stosują współpłata na ogół jako kombinację wszystkich trzech ról.

W Europie

Doskonałym przykładem jest Francja, gdzie od dziesięcioleci, o ile nie dłużej, na wszystkich szczeblach opieki zdrowotnej istnieje udział własny pacjentów w kosztach terapii. Jest on procentowo większy w kosztach leczenia ambulatoryjnego, a mniejszy – szpitalnego. Pozwala na różnicowanie standardów leczenia szpitalnego czy bezpośredniego kontaktu z lekarzem specjalistą (bez skierowania), a poprzez wymaganie pokrywania przez komplementarne ubezpieczenia dodatkowe 100 proc. dopłat pacjentów do najczęściej nadużywanych świadczeń wykorzystuje regulacyjny i edukacyjny wpływ współpłaty. Czesi z kolei zastosowali system opłat ryczałtowych za konsultacje ambulatoryjne specjalistów oraz dzień pobytu w szpitalach po to, żeby poprawić dostępność tych usług. Początkowo ruch ten

**WSPÓŁPŁATNOŚĆ PACJENTÓW
MOŻE KORZYSTNIE WPŁYNAĆ
NA EFEKTYWNOŚĆ NIE TYLKO OPIEKI
MEDYCZNEJ (MEDYCZYNY NAPRAWCZEJ),
ALE SZERZEJ, OCHRONY ZDROWIA
I JEGO PODTRZYMYWANIA.**



foto: iStockphoto

w dyskusji, której celem jest wskazanie, jak współpłata może wpłynąć na efektywność nie tylko opieki medycznej (medycyny naprawczej), ale szerzej, ochrony zdrowia i jego podtrzymywania.

Trzeba sobie uzmysłowić, do czego może służyć współpłata za świadczenia zdrowotne. Jej zasadniczą rolą jest podział kosztów leczenia pomiędzy płatnika publicznego a osobę indywidualną. Uświadamianie wysokości kosztów leczenia jest jednym z zasadniczych celów pozo-

napotkał na opór pacjentów, ale z czasem niemal wszyscy się do niego przekonali. Dostępność lekarzy specjalistów zwiększyła się, a czas pobytu w szpitalach skrócił, gdyż przestały one pełnić funkcję placówek opieki społecznej. W Słowenii system zbliżony do francuskiego wprowadzono w sytuacji zagrożenia bytu ochrony zdrowia w okresie, kiedy rozpadła się Jugosławia. Belgrad zakręcił kurek z pieniędzmi dla zbuntowanych republik. Nowy system działa nieprzerwanie w formie ukształtowanej w tamtym kryzysowym momencie, z usprawniającymi modyfikacjami prawnymi i organizacyjnymi wprowadzonymi w celu zwiększania jego transparentności i efektywności. Zmieszanie w miejscu świadczenia usług zdrowotnych pieniędzy publicznych i prywatnych dało efekt w postaci ustabilizowania sytuacji, a także wprowadziło do niegdyś bardzo socjalnej opieki zdrowotnej elementy gry rynkowej, indywidualnej odpowiedzialności ludzi oraz prawa wyboru – kiedy jestem chory, dopłacam do leczenia z własnej kieszeni czy ubezpieczam się od tego i płaci za mnie wybrany przeze mnie ubezpieczyciel.

Oplaty czy mikroopłaty

Trzeba sobie zdawać sprawę, i chcę to podkreślić, gdyż potwierdzają to liczne badania, że duży udział własny w kosztach leczenia, którego osoba chora nie jest w stanie udźwignąć, może mieć istotne znaczenie, jeśli chodzi o możliwość skorzystania ze świadczeń medycznych przez osoby o niższych dochodach i np. przewlekłe chore. Dlatego europejskie systemy ochrony zdrowia, w których stosuje się różne formy współpłaty, działają w łączności z systemem pomocy społecznej, a zasady odpłatności pacjentów przed ich wprowadzeniem, a także jakimikolwiek modyfikacjami, są wnikliwie analizowane pod kątem zagrożenia dla uboższych grup społecznych. W efekcie takiego podejścia do osób, które tego potrzebują, kierowana jest pomoc np. na zakup polis komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych lub przekazuje się im vouchery służące do pokrywania współpłaty. W wielu krajach z dopłat zwolnione są dzieci, kobiety w ciąży i położu oraz osoby w wieku emerytalnym. Taki system pomocy społecznej ma np. Francja, finansująca od 2000 r. polisy dla najuboższych klas społecznych z akcyzy pochodzącej ze sprzedaży alkoholu i wyrobów tytoniowych.

W Polsce stosujemy współpłatność niemal wyłącznie w zakresie leków i środków pomocniczych, przy których zakupie nie ponosimy całego kosztu, a jedynie jego część. Polski system refundacji leków nie należy niestety do najbardziej przyjaznych, gdyż *de facto* obciąża pacjentów dużym udziałem w kosztach leków, znacznie większym niż w dużo bogatszych od nas krajach, gdzie leki są droższe, ale równocześnie w dużo większym stopniu niż w Polsce finansowane z budżetu państwa. Wysokość opłat ponoszonych przez pacjentów w aptekach zarówno w Polsce, jak i w wielu innych krajach (pokazują to liczne bada-

STAN ZDROWIA OCHRONY ZDROWIA

Publiczne informacje, choćby pochodzące ze sprawozdania rocznego NFZ za rok 2011, pozwalają na stwierdzenie, że stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, choć bez wątpienia lepszy niż w przeszłości, jest zbyt daleki od poziomu dającego poczucie satysfakcji społecznej i poczucie bezpieczeństwa. Postępuję kilka przykładami ze sprawozdań świadczeniodawców, które podaje NFZ.

W kolejkach do konsultacji specjalistycznych w skali kraju dla tzw. przypadków stabilnych wg stanu na koniec grudnia 2011 r. największa liczba pacjentów oczekiwała na wizyty w poradniach: okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej i ginekologiczno-położniczych. Najdłuższy średni czas oczekiwania dla pacjentów w stanie stabilnym raportowany przez poradnie kardiologiczne to 52 dni. Czas oczekiwania na poradę specjalistyczną dla przypadków stabilnych rzędu 5–8 tygodni jest normą w większości poradni specjalistycznych. W przypadku leczenia szpitalnego NFZ podaje, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii „przypadek stabilny” na koniec grudnia 2011 r. znajdowała się na listach oczekujących oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otolaryngologicznych, chirurgicznych ogólnych, okulistycznych i neurochirurgicznych. Największa wartość mediany średniego czasu oczekiwania wynosiła 75 dni – dla oddziałów neurochirurgii, a średnim czas oczekiwania na przyjęcie do leczenia na tych oddziałach to od 1 do 2 miesięcy. Według NFZ w 2011 r. najwięcej pacjentów czekało na zabiegi operacyjnego leczenia zaćmy – 318 044 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 18 367 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Najdłuższe czasy oczekiwania notowane są w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Średni czas oczekiwania w skali kraju w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego wynosi 450 dni, a w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego – 388 dni.

nia) ma duży wpływ na to, czy zapisane leki są przez nich wykupywane i stosowane zgodnie z zaleceniami. Podobnie będzie, jeśli ewentualna współpłatność za specjalistyczne świadczenia zdrowotne lub dzienna opłata za pobyt w szpitalu stanie się zbyt dużym ciężarem dla najuboższych. Usprawnienie dostępu do świadczeń i udroźnienie szpitali może być zyskiem dla wszystkich, ale jeśli

udroźni kolejki do specjalistów. Oznacza to w mojej ocenie konieczność dokonania niewielkiej tylko korekty koszyka świadczeń gwarantowanych oraz pójscia śladem Czechów lub Francuzów, jeśli chcemy pójść dalej i dążyć z czasem „do systemu bezkolejkowego”. Jeśli jesteśmy gotowi zachować solidaryzm w zakresie podstawowym, dającym gwarancję skutecznego leczenia, i pozwolić na wolny wybór wyższego standardu leczenia w placówkach mających kontrakty niezapewniające wyższego standardu, to siłą rzeczy pojawi się duża przestrzeń do świadczeń, za które wielu pacjentów będzie gotowych płacić. Dzieje się tak choćby w Niemczech, gdzie ponad 20 mln osób płaci dodatkowo za możliwość leczenia szpitalnego o lepszym standardzie, niż gwarantują kasy chorych. Podobnie jest w Irlandii. A zatem wzorce są, można po nie sięgać i uczyć się na cudzych, a nie własnych błędach.

Czy podwyższać składkę?

Finansową alternatywą dla współpłatności pacjentów jest oczywiście zwiększenie składki na społeczne ubezpieczenie zdrowotne. Zapewne nawet niewielkie jej podwyższenie dałoby więcej pieniędzy niż wprowadzenie takiej czy innej formy współpłatności. Nie unikniemy zapewne dyskusji, co ma większy sens i większe szanse na realizację, a że każda z tych decyzji będzie trudna politycznie, na pewno warto, aby nasi decydenci wiedzieli, że ani zwiększenie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, ani korekta koszyka i współpłatność pacjentów nie są jedynymi lekarstwami na całe zło. Przy dzisiejszym stanie organizacji systemu, jego nieefektywności, bez zmiany podstawowych paradygmatów ochrony zdrowia w Polsce presja na dosypanie do systemu bardzo dużych pieniędzy publicznych będzie tylko rosła, a zaspokojenie tych żądań i tak jest niemożliwe. Uważam, że docelowo (w najbliższych trzech, pięciu latach) system musi być tak przebudowany, by efektywniej wykorzystywał posiadane zasoby, niezależnie od tego, czy są one własnością publiczną czy prywatną. Świadczenia powinny być kupowane za miks pieniędzy publicznych i prywatnych. Stawiam tezę i jestem gotów nie tylko założyć się o to, lecz także udowodnić, jeśli mój głos zostanie usłyszany w Alejach Ujazdowskich, przy Wiejskiej i Miodowej, że taki system będzie przynosił Polakom więcej satysfakcji i poczucia bezpieczeństwa niż obecny – z gwarancjami na papierze, a nie w życiu. Mądrze wprowadzona współpłatność nie tylko nie jest sprzeczna z konstytucją, ale wręcz wpisuje się w jej ducha, pomagając praktycznie realizować prawo do ochrony zdrowia. Z pewnością mniejszym kosztem ponoszonym indywidualnie przy sprawiedliwszym oraz efektywniejszym wykorzystaniu publicznych i prywatnych zasobów dostępnych w Polsce. Warto więc przestać dyskutować o tym tylko teoretycznie, ale raczej, o co apeluję i zgłaszam swoją gotowość udziału, najwyższa pora wziąć się do pracy.



foto: Forum/REUTERS/Petr Jozek

**CZESI ZASTOSOWALI
SYSTEM OPŁAT RYCZAŁTOWYCH
ZA KONSULTACJE SPECJALISTÓW
ORAZ DZIEŃ POBYTU W SZPITALACH.
POCZĄTKOWO RUCH TEN
NAPOTKAŁ NA OPÓR PACJENTÓW,
ALE Z CZASEM NIEMAL WSZYSCY
GO SOBIE CHWAŁĄ.**

stanie się to nieusprawiedliwionym kosztem dla najsłabszych, to według mnie nie możemy się na to zgodzić. Można temu zapobiec, ale warunkiem jest, by system opieki zdrowotnej działał w połączeniu z systemem opieki społecznej. Wszystko zależy od regulacji, ale w dużo większym stopniu od praktyki jej stosowania.

Korekta koszyka

O jakiej zatem współpłatności mówią jej zwolennicy w Polsce? Sądzę, że głównie o takiej, która przyniesie dodatkowy strumień pieniędzy do szpitali, a także

Współpłatność to nie wszystko

Polski system opieki medycznej jest niewydolny. Widać to i słycać niemal na każdym kroku. Wskazują na to nie tylko liczne dane porównawcze dotyczące różnych wskaźników, do których, bijąc na alarm, sięgają eksperci, ale co najgorsze, odczuwają to codziennie tysiące pacjentów oraz ich rodziny.

Przyczyn jest wiele: zła organizacja, brak koordynacji opieki, kompleksowości, nieadekwatność pieniędzy publicznych do potrzeb i gwarancji zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych z budżetu, brak standardów maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia oraz zróżnicowania standardów realizacji świadczeń, a ostatnio coraz częściej traktowanie podsystemów publicznego i prywatnego jako odrębnych, nierzadko wrogich sobie silosów. Lista przyczyn jest długa, co sprawia, że rozwiązanie problemu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wymaga wielu wzajemnie sprzężonych i dobrze skoordynowanych, wcześniej zaplanowanych działań. A o te niestety, szczególnie w ostatnich latach, bardzo trudno. Słyszymy raczej zapowiedzi planów podjęcia prac nad nimi niż sprawozdania z efektów konkretnych działań. Co gorsza, znaczna część tych planów dotyczy w mojej ocenie spraw drugorzędnych, a nie tych, które mają kluczowe znaczenie dla poprawy efektywności funkcjonowania systemu.

Grzech zaniechania

Problem z niepodejmowaniem działań kluczowych w dużej mierze polega na tym, że skoro złe oceny systemu opieki medycznej ze strony opinii publicznej nie pogorszyły się w ostatnim czasie i są na mniej więcej takim samym poziomie właściwie od samego początku transformacji systemowej w Polsce, a przed nią były jeszcze gorsze, to po trosze przywykliśmy już do tego, że system kuleje i będzie kulał dalej. W odbiorze społecznym publiczny system opieki medycznej, choć wydajemy na niego wielokrotnie więcej niż w przeszłości i daje nam dostęp do wielu nowoczesnych świadczeń, wcześniej niedostępnych, jest mniej efektywny niż prywatny. Często się słyszy: „tam, gdzie płacę, wymagam i dlatego dostaję to, czego potrzebuję, wtedy, kiedy potrzebuję i w standardzie, jakiego wymagam”. Jest to prawda, ale niestety, po części zafalszowana.

Nie ulega jednocześnie wątpliwości, że poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków w ciągu 20 lat transformacji systemowej z pewnością poprawił się w sposób zasadniczy. Jeśli przyjąć za miernik zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ogólny poziom nakładów na ochronę zdrowia, liczbę porad czy hospitalizacji, a także poziom nakładów na leczenie pacjentów w ramach opieki wysokospecjalistycznej czy programów lekowych stosowanych w chorobach rzadkich i bardzo ciężkich, z pewnością w tej dziedzinie nastąpił ogromny postęp. Biorąc pod uwagę wyłącznie poziom nakładów publicz-

nych na zdrowie w latach 1999–2011 – widać ogromny, prawie 170-procentowy wzrost. Nakłady publiczne wzrosły z 25 do 67 mld zł. W tym samym okresie prywatne wydatki na zdrowie wzrosły z 14 do 33 mld zł. Jako społeczeństwo wydajemy na ten cel ponad 100 mld zł. Jeśli jednak przyjąć za miernik dostępności świadczeń w sektorze publicznym procentowy udział wydatków publicznych na zdrowie, to Polska z obecnym poziomem zamożności swoich obywateli i zaledwie 67-procentowym udziałem wydatków publicznych na zdrowie, w ramach ocen WHO byłaby sklasyfikowana jako kraj, w którym istnieje problem z dostępnością i równością w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W fakcie istnienia prywatnych wydatków na zdrowie nie ma oczywiście nic złego, co więcej, z wielu względów uzasadnione jest, aby finansowanie prywatne uzupełniało finansowanie publiczne w ochronie zdrowia, ale w opinii ekspertów winno ono być racjonalne i w jak najmniejszym stopniu wynikać z nieefektywności czy wręcz patologii w systemie publicznym. Gros wydatków prywatnych na świadczenia jest efektem niedostępności lub nieadekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń finansowanych z funduszy publicznych.

Ubezpieczenia

Jasne jest, że żaden system opieki zdrowotnej nie jest w stanie zapewnić natychmiastowego dostępu do każdego rodzaju świadczenia zdrowotnego. Oczywiście jest także, czego dowodzą obiektywne dane dotyczące liczby i rodzaju realizowanych świadczeń, że dostępność świadczeń zdrowotnych i leków w Polsce jest lepsza niż przed 20 czy nawet 5 laty. Dane porównawcze z innymi krajami pokazują jednak, że dostępność wielu świadczeń byłaby dużo większa, a kolejki krótsze, gdyby polski system ochrony zdrowia dzięki istnieniu w nim bodźców finansowych i organizacyjnych, związanych z lepszym planowaniem i koordynacją opieki nad pacjentem, podążał śladem najbardziej efektywnych systemów opieki zdrowotnej. Przy lepszej koordynacji opieki, innym modelu działania płatników oraz finansowania przez nich świadczeń, a także przy ich realizacji w innym trybie i na innym niż w Polsce szczeblu opieki zdrowotnej problem kolejek stałby się marginalny i nie stanowił przedmiotu krytyki i niezadowolenia opinii publicznej.

Duży, ok. 33-procentowy, udział prywatnych środków w ogólnych wydatkach na zdrowie oraz fakt, że w wydatkach na świadczenia zdrowotne niemal 95 proc. stanowią płatności za każdą usługę dokonywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów, są dowodem na to, że skala nieefektywności w prywatnym sektorze jest także ogromna. Przyczyną jest w dużej mierze brak regulacji dotyczących prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz niska świadomość społeczna nieefektywności finansowej płacenia za świadczenia zdrowotne przez samych pacjentów, indywidualnie za każde świadczenie.

Witold Kalbarczyk