

Opinia społeczna: Refundacja świadczeń zdrowotnych – preferencje Polaków.  
Badania wykonane przez PBS Sopot na zlecenie  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy



graf. Natalia Gościński

## Społeczny koszyk

Na temat tego, co powinno się znaleźć w koszyku świadczeń refundowanych istnieją różne poglądy. Obywatele i specjaliści dyskutują też, jaki powinien być stopień refundacji oraz dostępność do świadczeń.

Można tutaj wyodrębnić zwłaszcza dwa przeciwstawne poglądy:

1. Koszyk świadczeń refundowanych powinien być wykazem świadczeń bezpłatnych dla pacjenta, a wszystko co znajdzie się poza koszykiem, powinno być odpłatne w 100 proc. Ze względu na to, że ilość środków publicznych jest ograniczona, w koszyku muszą się znaleźć najtańsze i najprostsze (spośród opcjonalnych) świadczenia, a w przypadku, gdy ilość pieniędzy publicznych okaże się zbyt mała w stosunku do zapotrzebowania na świadczenia refundowane, świadczenia te muszą być limitowane, a pacjenci muszą czekać na nie w kolejkach lub – jeśli chcą się leczyć *bez kolejki* – muszą zapłacić 100 proc. ceny z własnej kieszeni.
2. Koszyk świadczeń refundowanych powinien być wykazem świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ale niekoniecznie

w 100 proc. Zasadniczą cechą koszyka ma być pełna dostępność do świadczeń w nim umieszczonych. Ze względu na to, że ilość środków publicznych jest ograniczona, tylko niektóre świadczenia powinny być refundowane w 100 proc. (bezpłatne dla pacjenta), zwłaszcza te, które są drogie, ratują życie, których pacjent nie może nadużywać. Pozostałe świadczenia powinny być refundowane ze środków publicznych na tyle, na ile starczy tych środków, a brakujące pieniądze powinny pochodzić z dopłat pacjentów (lub dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych – jeśli pacjenci zechcą się ubezpieczyć).

### Wybór modelu

Celem sondażu zleconego przez OZZL i wykonanego przez Sopotką Pracownię Badań Społecznych była odpowiedź na pytanie: który z przedsta-

wionych wyżej modeli *koszyka świadczeń refundowanych* jest bliższy Polakom. Ze względu na prawa, jakimi rządzi się tego rodzaju badanie (prostota i jednoznaczność pytań, jednoznaczność odpowiedzi, sytuacje znane i zrozumiałe powszechnie), przedstawiono przykłady z życia wzięte, które jednak dokładnie oddają istotę problemu.

### Treść pytań zawartych w sondażu:

Służba zdrowia w Polsce jest finansowana głównie ze środków publicznych. Pieniądzy jest za mało, aby każdemu zapewnić leczenie bez żadnych ograniczeń.

#### Pytanie 1.

Proszę sobie wyobrazić taką sytuację: przyjmijmy, że w tym roku 10 tys. osób zachorowało na raka. Pieniądzy na leczenie (ze środków publicznych) wystarczy tylko na 9 tys. Nie można tej kwoty zwiększyć.

Sytuacja przedstawiona w pytaniu ilustruje samo sedno problemu, jaki pojawia się, gdy brakuje pieniędzy publicznych na świadczenia zdrowotne objęte refundacją. Jest to problem moralny i merytoryczny. Co zrobić w takiej sytuacji: czy limitować świadczenia i ustawić chorych w kolejce, ze świadomością, że mogą oni w tej kolejce umrzeć, nie doczekawszy się pomocy, czy wprowadzić dopłaty do świadczeń ze strony pacjentów (i za co?)

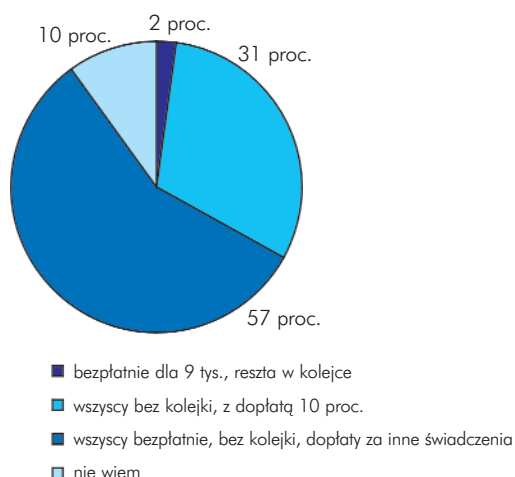
– aby zapewnić, że wszyscy potrzebujący otrzymają o czasie odpowiednią pomoc medyczną. W opisaną sytuację świadomie wybrano chorych na raka, aby w sposób jednoznaczny pokazać konsekwencje odpowiednich wyborów. Jest to oczywiście pewne uproszczenie problemu, chociaż wcale nie teoretyzowanie. Z opisaną sytuacją stykamy się codziennie w polskiej służbie zdrowia. Być może wyników tego badania nie można odnosić wprost do schorzeń czy sytuacji, w których pozostawanie w kolejce do świadczenia nie powoduje tak jednoznacznie negatywnych skutków, jak w chorobie nowotworowej. Tym niemniej z pewnością wyniki są reprezentatywne dla innych schorzeń niż choroby nowotworowe, w których również pozostawanie w kolejce do leczenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. A takich sytuacji jest w medycynie najwięcej.

#### Wyniki

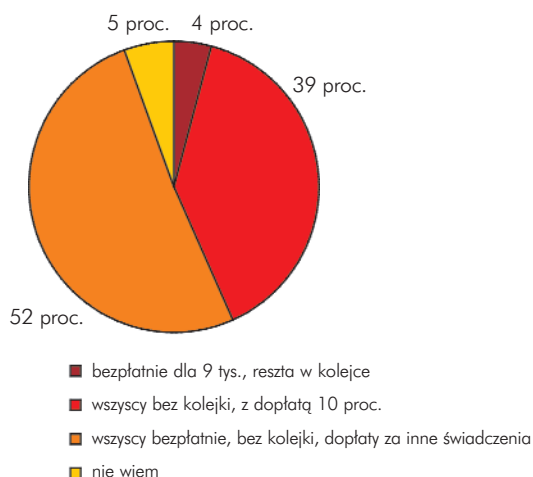
2 proc. respondentów uważa, że należy limitować leczenie chorych na raka, zapewniając bezpłatne leczenie tym, dla których starczy pieniędzy, a wszystkich pozostałych umieścić w kolejce lub zmusić do leczenia odpłatnego w całości.

31 proc. respondentów uważa, że wszyscy chorzy na raka powinni być leczeni ze środków publicznych bez kolejki, ale ponieważ brakuje tych pieniędzy, aby wszyscy byli leczeni bezpłatnie, powinni oni dopłacić 10 proc. ceny (tyle, ile brakuje).

” Polacy opowiadają się za modelem koszyka świadczeń refundowanych, który zawiera nie tylko najtańsze metody leczenia ”



Ryc. 1.



Ryc. 2.

57 proc. respondentów uważa, że wszyscy chorzy na raka powinni być leczeni bez kolejki i bezpłatnie, a brakujące pieniądze należy uzyskać z dopłat pacjentów do innych bardziej podstawowych świadczeń.

10 proc. respondentów nie wyraziło opinii na ten temat.

#### Pytanie 2.

Pamiętając, że pieniędzy na służbę zdrowia jest za mało, aby każdemu zapewnić leczenie bez żadnych ograniczeń, proszę sobie wyobrazić następującą sytuację: pacjent złamał nogę i potrzebuje jej unieruchomienia. Można unieruchomić jego nogę na dwa sposoby: a) jeden jest tańszy, ale bardziej uciążliwy dla pacjenta, b) drugi jest droższy, ale bardziej wygodny dla pacjenta. Które z poniższych rozwiązań wyda się panu bardziej sprawiedliwe?

Sytuacja przedstawiona w tym pytaniu ilustruje praktyczny problem: co umieścić w koszyku świadczeń refundowanych w sytuacji, gdy wiadomo, że ilość pieniędzy publicznych jest niewystarczająca. Czy powinny to być tylko świadczenia najtańsze z możliwych w danej sytuacji, czy także te *ponadstandardowe*. Problemem jest

też to, w jaki sposób refundować te świadczenia i kto powinien decydować o wyborze rodzaju świadczenia – pacjent, lekarz, urzędnik?

#### Wyniki

4 proc. respondentów uważa, że tylko najtańsza metoda leczenia (spośród możliwych w danej sytuacji) powinna znaleźć się w koszyku świadczeń refundowanych i być dostępna bezpłatnie, a pozostałe powinny być odpłatne w 100 proc. przez pacjenta.

39 proc. respondentów uważa, że ze środków publicznych powinny być finansowane obie (możliwe w danej sytuacji) metody leczenia, ale tylko tańsza (*standardowa*) powinna być refundowana w 100 proc. (bezpłatna), a droższa (*ponadstandardowa*) powinna być dostępna za dopłatą równą różnicy ceny między tańszą metodą a droższą.

52 proc. respondentów uważa, że ze środków publicznych powinny być finansowane obie (możliwe w danej sytuacji) metody leczenia i obie powinny być bezpłatne, a o tym, któremu pacjentowi przypadnie jaka metoda powinien decydować lekarz i możliwości finansowe NFZ.

5 proc. respondentów nie wyraziło opinii na ten temat. ■

## Rządzającym pod rozwagę

Przy podejmowaniu decyzji o kształcie koszyka świadczeń refundowanych ze środków publicznych, rządzący powinni wziąć pod uwagę następujące fakty: znikoma mniejszość Polaków (2 proc.) jest skłonna zaakceptować limitowanie świadczeń zdrowotnych (i kolejki do nich) – w przypadku schorzeń, których nieleczenie w odpowiednim czasie może spowodować zagrożenie dla życia lub znaczne pogorszenie stanu zdrowia. W sytuacji, gdy brakuje pieniędzy publicznych na sfinansowanie tych świadczeń wszystkim potrzebującym i nie można zwiększyć ilości tych pieniędzy, Polacy są skłonni zaakceptować raczej dopłaty do leczenia ze środków prywatnych niż limitowanie świadczeń, zwłaszcza tych najważniejszych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego. Znikoma mniejszość Polaków (4 proc.) opowiada się za umieszczeniem w koszyku świadczeń refundowanych tylko najtańszych (z możliwych w danej sytuacji) metod leczenia i za obciążeniem pacjentów koniecznością płacenia 100 proc. ceny za badania ponadstandardowe. Nieznaczna mniejszość Polaków (39 proc.) uważa, że ponadstandardowe leczenie powinno być dostępne za dopłatą równą różnicy ceny między nim a leczeniem najtańszym. Z kolei 52 proc. respondentów uważa, że zarówno podstawowe, jak i ponadstandardowe leczenie powinno być refundowane w całości (w miarę możliwości finansowych NFZ), a o wyborze metody leczenia powinien decydować lekarz.

## Cena leczenia

Polacy opowiadają się raczej za takim modelem koszyka świadczeń refundowanych, który zawiera możliwie wszystkie skuteczne metody leczenia, do których dostęp jest pełny (zwłaszcza do świadczeń najważniejszych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego), a nie tylko najtańsze – nawet za cenę istnienia ewentualnych dopłat do leczenia. Jak wynika z badań, rodacy raczej odrzucają taki model koszyka świadczeń refundowanych, który zawiera wyłącznie najtańsze metody leczenia, które są co prawda zupełnie bezpłatne, ale do których dostęp jest limitowany administracyjnie (kolejki). Sprzeciw wobec limitowania odnosi się zwłaszcza do świadczeń najważniejszych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Zarząd Krajowy OZZL

Przedstawiony przez OZZL projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ([http://www.ozzl.org.pl/akt/ustawa\\_o\\_PUZ\\_25102005.pdf](http://www.ozzl.org.pl/akt/ustawa_o_PUZ_25102005.pdf)) przewiduje rozwiązania, które odpowiadają na oczekiwania społeczne wyrażone w wynikach omawianego badania.