



fot. Archiwum

Recepta na kryzys

Nie wiem, czy ratunkiem dla polskiej ochrony zdrowia mógłby być system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jestem natomiast pewien, że ilość bzdur, które padły z ust ludzi zapowiadających jego wprowadzenie, przekracza już granice przyzwoitości.

Od jednego takiego mędrca usłyszałem, że w celu wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń należy ograniczyć koszyk świadczeń gwarantowanych! Jeśli tak, to rzeczywiście trzeba zadać pytanie, kto ma na tym zyskać. Bo jeśli dodatkowe ubezpieczenia są celem, to może lepiej w ogóle zrezygnować z tego pomysłu.

A tak w ogóle, to niczego nie potrzeba wprowadzać, bo prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferuje już kilka towarzystw (pomijając paraubezpieczenia

placówki liczące na zapłatę za nadwykonania się zadłużają, a te, które nie mają złużeń, wydłużają kolejki pacjentów do deficytowych świadczeń. A minister zdrowia z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia wymyślają różne PR-owskie sposoby na przerzucenie odpowiedzialności za tę fikcję np. na nieuczciwych świadczeniodawców lub nieetycznych lekarzy.

Istnieją tylko trzy prawdziwe możliwości opanowania tej katastrofy. Dodać pieniędzy, ograniczyć koszyk i wprowadzić częściową odpłatność za świadczenia. Prawdopodobnie, jak to zwykle bywa w takich sytuacjach, najlepszym rozwiązaniem jest częściowa realizacja każdej z tych trzech opcji.

Trzeba zwiększyć dochody Narodowego Funduszu Zdrowia. Wchodzi tu w grę możliwość podnie-

„ Gdy pojawią się konkretne, zdefiniowane ryzyka finansowe związane z chorowaniem, obywatele sami pójdą się doubezpieczyć i żadna ustawa nie będzie im do tego potrzebna „

w postaci tzw. abonamentów). Ich ciągle stosunkowo mała popularność wynika z wielu czynników.

Prawdziwym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia (w dodatku narastającym z każdym kolejnym rokiem) jest powiększająca się nierównowaga między funduszami publicznymi przeznaczonymi na gwarantowane świadczenia zdrowotne i rzeczywistą wartością tych świadczeń. Od lat minister zdrowia dopisuje (zgodnie z postępowaniem medycyny oraz oczekiwaniami pacjentów i lekarzy) do koszyka świadczeń gwarantowanych kolejne, zwykle drogie procedury, technologie i leki. Od lat także wymiar składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne się nie zmienia, a różne propozycje jej zwiększenia (choćby urealnienia składki płaconej przez rolników) ze względów fiskalnych (obrona budżetu) i populistycznych (niechęć do podwyższenia danin od obywateli) spełniają na niczym. W prosty sposób prowadzi to do niewydolności systemu:

sienia składki (co na dłuższą metę wydaje się nieuniknione), objęcia rolników obowiązkiem płacenia składki na zwykłych zasadach oraz urealnienia składek płaconych za niektórych obywateli przez państwo. Koszyk świadczeń gwarantowanych trzeba ograniczyć co do zakresu (zwłaszcza świadczenia niemające charakteru podstawowego dla zdrowia oraz mniej kosztowne) i warunków (trzeba określić maksymalny gwarantowany czas oczekiwania oraz niektóre warunki wykonywania świadczeń). I wreszcie, wzorując się np. na systemie odpłatności za leki, wprowadzić częściową odpłatność za niektóre świadczenia.

Gdy pojawią się konkretne, zdefiniowane ryzyka finansowe związane z chorowaniem, obywatele, tak jak w wielu innych krajach, sami pójdą się doubezpieczyć i żadna ustawa nie będzie im do tego potrzebna. Tylko czy rząd jest gotowy, aby otwarcie stanąć wobec tej prawdy? ■