

Cienie i blaski abonamentów medycznych



Złudne poczucie bezpieczeństwa

Zwykle mówi się, że zdrowia nie można kupić. Problemy zdrowotne mogą przecież spotkać każdego, niezależnie od zasobności portfela. Jesteśmy jednak w stanie wiele zapłacić, by zapewnić poczucie bezpieczeństwa sobie i swoim bliskim. Wszelako pojawia się pytanie, czy wydatki na abonamenty medyczne to rzeczywiście dobra inwestycja.

Analizując oferty pracy, można zauważyć, że najczęściej spotykanym dodatkiem pozapłacowym oferowanym przyszłym pracownikom jest „prywatna opieka medyczna”. Zdrowy pracownik to oczywista korzyść dla pracodawcy, zaś pracodawca, który dba o swoich pracowników, budzi zaufanie kandydatów do pracy. Co ciekawe, nawet młode i zdrowe osoby, które najczęściej

nie korzystają na co dzień z usług medycznych, są przekonane o wyższości świadczeń udzielanych prywatnie od tych opłacanych ze środków publicznych. Filozofia „płacę i wymagam” jest pokoleniu Y zdecydowanie bliższa niż widmo stania w kolejkach, w rzeczywistości których znacznie lepiej odnajdują się pacjenci ze starszych pokoleń.

„ Podmioty realizujące świadczenia w ramach abonamentów medycznych mają problem, by dotrzymać zobowiązań w przypadku bardziej skomplikowanych schorzeń ”

Wydatki prywatne vs publiczne

Najwięcej problemów z dostępem do świadczeń finansowanych ze środków publicznych mają ci, którzy rzadko korzystają z usług medycznych lub nie robią tego wcale. Frustrację u takich pacjentów budzi fakt, że regularnie płacą składki, natomiast kiedy chcą raz na kilka czy nawet kilkadziesiąt lat skorzystać z pomocy medycznej, nie mogą jej uzyskać. Dodatkowo zmagają się wówczas z deficytem informacji na temat regul rządzących systemem. Równość w dostępie do świadczeń i zasada solidarności okazują się zatem mieczem obusiecznym.

Tymczasem dane GUS nie pozostawiają złudzeń. Już blisko 30% wydatków na ochronę zdrowia stanowią wydatki prywatne. W 2014 r. na ochronę zdrowia wydano z prywatnej kieszeni ponad 31 mld zł. Co ciekawe, wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest równomierny dla wydatków publicznych i prywatnych. Interesująca jest także struktura finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń. W przypadku leczenia szpitalnego wydatki prywatne stanowią niespełna 5%, jednak już w przypadku świadczeń ambulatoryjnych ich udział przekracza 40%. Widać zatem, że pacjenci masowo korzystają z możliwości leczenia poza strukturami finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo że prywatna opieka medyczna to zawsze dodatkowy koszt, nie ma bowiem możliwości rezygnacji z korzystania i partycypowania w kosztach funkcjonowania systemu świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Zakres usług

W ramach abonamentów medycznych oferowane są przede wszystkim świadczenia ambulatoryjne, w tym – w zależności od pakietu – badania laboratoryjne lub obrazowe czy usługi chirurgii jednego dnia. Abonament medyczny najczęściej obejmuje dostęp do lekarzy o kwalifikacjach odpowiadających lekarzowi POZ oraz kilku czy kilkunastu wybranych lekarzy specjalistów. Jeżeli sieć placówek medycznych dysponuje własnym szpitalem lub posiada odpowiednie umowy z innymi podmiotami, może włączyć do pakietu świadczenia w trybie hospitalizacji, jednak ich koszt jest zwykle stosunkowo wysoki.

Biorąc pod uwagę zasady prowadzenia kolejek osób oczekujących w publicznej opiece zdrowotnej, pacjentów zapisuje się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia określonego rodzaju, nie zaś do konkretnego lekarza. To często budzi niezadowolenie pacjentów, którzy nie mogą wybrać, kto udzieli im świadczenia, np. kierując się renomą lekarza czy jego specyficznymi kwalifikacjami. Ten problem nie występuje w przypadku świadczeń finansowanych ze środków prywatnych, tu bowiem pacjent ma znacznie większy wpływ na kształtowanie swojej sytuacji. Bardziej przyjazne, zwłaszcza dla pacjentów pracujących na etacie, są tu także dni i godziny przyjęć oraz rejestracji.

Wiele mówi się o kolejkach do lekarzy specjalistów, ale dostanie się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej też bywa bardzo utrudnione. A jeżeli już uda się zarejestrować, może pojawić się kłopot z uzyskaniem porady u stałego, określonego w deklaracji wyboru lekarza POZ. Tymczasem pacjent powinien trafiać do tego samego lekarza, wszak taka była idea tworzenia list aktywnych. Niepokojące jest więc to, że abonament obejmuje usługi, które powinny być realizowane bez przeszkód w ramach świadczeń gwarantowanych, np. wizyty domowe czy szczepienia ochronne. Powstaje przy tym pytanie, czy to kwestia realnych trudności w uzyskaniu świadczeń, czy braku zaufania do NFZ.

Przyjazne reguły

W ocenie pacjentów o wyższości prywatnych przychodni decyduje nie tylko jakość obsługi, ale nawet ich wystrój. W przypadku dzieci bardzo często okazuje się, że najbardziej newralgicznym punktem wizyty w placówce medycznej jest oczekiwanie na wejście do gabinetu. Oprócz problemu związanego z występowaniem różnych jednostek chorobowych u oczekujących dzieci i ryzyka zarażenia, często nie wyznacza się konkretnych godzin przyjęcia lub nie są one przestrzegane. Brakuje atrakcyjnych wizualnie dekoracji dla najmłodszych czy zabawek, które byłyby też, co istotne, czyste. Niestety, estetycznie urządzony gabinet czy poczekalnia, stworzenie warunków do komfortowego oczekiwania z dzieckiem – zarówno tym, któremu trudno usiedzieć w miejscu, jak i najmłodszym, wymagającym przewijania czy karmienia – nie są punktowane w postępowaniach konkursowych. Natomiast prywatna przychodnia nie może sobie pozwolić na lastryko na podłodze, ściany wymagające odświeżenia od ponad dekady czy wielogodzinne oczekiwanie pacjentów w przepelnionej poczekalni.

Do wykupienia abonamentu pacjentów przekonuje także możliwość zdalnego załatwienia spraw związanych z rejestracją, uzyskaniem informacji czy wglądem do dokumentacji medycznej. Przede wszystkim jednak pacjenci prywatnych placówek cenią sobie funkcjonowanie w przejrzystych i przewidywalnych warunkach. Obecny stopień skomplikowania systemu, szereg róż-

nicowanych wymogów formalnych dla uzyskania świadczeń różnego rodzaju oraz brak jednolitego sposobu postępowania w różnych placówkach, często wadliwie interpretujących przepisy, to czynniki sprawiające, że pacjent odczuwa ulgę po „uniezależnieniu się” od systemu finansowanego ze środków publicznych.

Ograniczenia dostępu

Zwykło się przyjmować, że korzystanie z usług prywatnych to lepsze warunki udzielania świadczeń i lepsza opieka. Pozostaje jednak kwestia dostępności placówek i ich koncentracji w dużych miastach. Pacjent mieszkający poza największymi aglomeracjami niewątpliwie będzie miał problem z dotarciem do jednej z placówek sieci lub też współpracujących z nią centrów medycznych. Sam dojazd także może generować dodatkowe koszty. Pozostaje też kwestia wizyt domowych, które często są elementem pakietu medycznego i nie będą mogły zostać wykorzystane przez pacjenta z uwagi na odległość.

Podmioty realizujące świadczenia w ramach abonamentów medycznych nadal mają też trudność, by dotrzymać zobowiązań w przypadku bardziej skomplikowanych problemów zdrowotnych. Ciągłe jeszcze to placówki publicznej ochrony zdrowia realizują najbardziej skomplikowane procedury medyczne i zajmują się pacjentami z najtrudniejszymi w leczeniu schorzeniami.

Głównym problemem w abonamentach medycznych nie jest więc spektrum oferowanych usług, ale zakres wyłączeń. W ramach opłacanej kwoty otrzymujemy pewną obietnicę dostępu, natomiast często konieczność poniesienia dodatkowej opłaty dotyczy nawet wizyty u lekarza rodzinnego czy pediatry. Niezależnie bowiem od źródła finansowania opieki medycznej nie jesteśmy w stanie uniknąć ryzyka nadużyć, jakie stwarza iluzja dostępu do nieograniczonych zasobów, a skutecznym narzędziem niwelowania zjawiska hazardu moralnego jest partycypowanie przez pacjentów w kosztach usług lub ich finansowanie we własnym zakresie. Stąd trudno o pakiet, który zapewniłby „wszystko i zawsze”.

Dopłaty do świadczeń, ale też konieczność posiadania wewnętrznego skierowania, ograniczone możliwości uzyskania niektórych świadczeń i wyłączenia pewnych grup pacjentów z możliwości podpisania umowy czy trudności z dotrzymaniem przez podmiot leczniczy warunków zobowiązania to główne zastrzeżenia osób korzystających z abonamentów medycznych.

Abonament nie dla wszystkich

Analiza ofert na rynku wskazuje, że nie wszyscy mogą liczyć na takie same zasady współpracy. Do grupy pacjentów, którzy są mniej chętnie witani jako nowi klienci sieci medycznej, zalicza się m.in. seniorów. Poszczególne centra ustalają kryteria wiekowe pacjentów, tak by z pakietu na zasadach ogólnych nie mogły korzystać osoby w wieku, w którym znacząco wzrasta

„ W ocenie pacjentów o wyższości prywatnych przychodni decyduje nie tylko jakość obsługi, ale nawet ich wystrój ”

ryzyko wystąpienia chorób i niepełnosprawności. Górny pułap wieku co do zasady mieści się w przedziale 65.–75. roku życia. Obostrzenie może polegać także na powiązaniu terminu zawarcia umowy z zakresem możliwych do zrealizowania usług. Okres karencji dotyczy przede wszystkim kobiet w ciąży, ale również świadczeń rehabilitacyjnych czy szpitalnych. Przyszła mama może co prawda wykupić dodatkowy pakiet usług dla ciężarnych, jednak opcja ta sporo kosztuje.

Dyskryminacja dotyczy także samotnych rodziców. Okazuje się, że – tak jak w przypadku innych pakietów, oferowanych np. przez instytucje kultury, hotele czy pływalnie – także w przypadku abonamentów medycznych łączne wykupienie usług dla wszystkich członków rodziny dotyczy rodzin odpowiadających modelowi dwoje dorosłych plus jedno lub (w niektórych sieciach) także kolejne dzieci. Samotnym rodzicom pozostaje zainwestowanie w osobne abonamenty dla siebie i swoich dzieci, co – podobnie jak w przypadku innych usług – nie jest korzystne finansowo.

Nadzieje i rzeczywistość

W dużym uproszczeniu można przyjąć, że dla przeciętnego pakietu koszt miesięcznego abonamentu odpowiada równowartości co najmniej jednej wizyty specjalistycznej. Czy jednak rzeczywiście każdy z wykupujących abonament medyczny musi co najmniej raz w miesiącu odwiedzić chociażby lekarza rodzinnego? Jeżeli skalkulujemy koszty usług, z których realnie korzystamy, ale też ograniczenia wprowadzone w każdym z pakietów, okaże się, że bardziej opłacalne jest jednorazowe korzystanie z płatnych świadczeń niż ponoszenie comiesięcznych kosztów, które przez długi czas mogą się nie zwrócić. Takie rozwiązanie to także brak przywiązania do jednej sieci centrów medycznych.

Biorąc pod uwagę, że popularność abonamentów spowodowała spadek jakości świadczonych usług (temat często podnoszony przez klientów sieci), wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę czy obowiązek uzyskania skierowania, może się okazać, że pomimo poniesionych nakładów także w prywatnej przychodni pacjentowi przyjdzie zmierzyć się z problemami podobnymi do tych, których chciał uniknąć, trzymając się z dala od publicznych placówek ochrony zdrowia.

Iwona Magdalena Aleksandrowicz