

Współpłacenie pacjenta za leczenie a koronawirus



Fot. 3x istockphoto.com

Trwająca od kilku miesięcy pandemia koronawirusa ponownie wywołała dyskusję o stanie polskiej ochrony zdrowia i zmianach w systemie. Konieczność reform umieścili na swoich wyborczych sztandarach wszyscy liczący się politycy startujący w wyborach prezydenckich w 2020 r. Poza oczywistymi deklaracjami odnoszącymi się do poprawy finansowania sektora usług medycznych, o innych pomysłach wiadomo znacznie mniej. To dziwi, bo problem deficytu pieniędzy w systemie jest tylko jednym z wielu do rozwiązania. Politykom wydaje się to najprostsze. Tymczasem trudności, jak zwykle, pojawiają się przy dyskusji o konkretnych rozwiązaniach. Tak jest właśnie z rozważanym od lat zagadnieniem możliwości współpłacenia przez pacjentów za niektóre usługi medyczne. Rządzący boją się dyskusji na ten temat, podobnie jak rozmowy o konieczności podniesienia składki zdrowotnej. Być może jednak właśnie teraz warto po raz kolejny zważyć argumenty za i przeciw, a ponadto wskazać funkcjonujące w Europie od lat, sprawdzone rozwiązania w tym zakresie, których nie brakuje.

Na temat docelowej stawki 6 proc. PKB na ochronę zdrowia w 2024 r. napisano już prawie wszystko. Warto jednak przypomnieć, że w „Pakcie dla zdrowia 2030” podpisanym w ubiegłym roku, przed wyborami parlamentarnymi, politycy obecnej koalicji rządzącej i opozycji zgodzili się, że w perspektywie 2030 r. nakłady na zdrowie powinny osiągnąć poziom nawet 7 proc. PKB. Z polskiej perspektywy miałby to być sukces. W porównaniu z powszechnie znanymi wskaźnikami w innych krajach Unii Europejskiej byłby on jednak bardzo umiarkowany, nawet gdyby udało się zrealizować to zamierzenie. Pieniądzy na ochronę zdrowia i tak będzie mniej niż rosnących potrzeb. Ten problem mają zresztą także kraje znacznie od nas bogatsze, przeznaczające na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej więcej środków. Mimo to, a może właśnie dlatego właściwie wszystkie na różne sposoby korzystają z pieniędzy pacjentów.

Jak to robią inni

W Polsce, jak wspomniano wyżej, problem podejmowany jest niechętnie, prawie zawsze w negatywnej konotacji do nieudanych prób naszych sąsiadów – Czech czy Słowacji. Są też jednak pozytywne przykłady, którym warto przyrzeć się bliżej, gdyż funkcjonują od lat, kształtując zasady działania systemów opieki zdrowotnej w wielu różnych krajach.

Modeli postępowania może być wiele. Zależą one m.in. od ilości środków w systemie, zasad jego funkcjonowania i organizacji, zasobności obywateli czy sprawności systemu ubezpieczeń dobrowolnych. Najczęściej stosowane są następujące sposoby działania:

1. Swoisty rodzaj franczyzy jako forma współpłacenia – polega na tym, że pacjent pokrywa wszystkie koszty leczenia do określonej kwoty (w USA przed koronawirusem było to np. 1200 USD), a powyżej tej sumy koszty ponosi ubezpieczyciel. Podobnie działa system w Szwajcarii, a w Szwecji w odniesieniu do leczenia stomatologicznego – koszty do wysokości 700 SEK pokrywał pacjent, powyżej ubezpieczyciel.
2. Inne rozwiązanie stosuje np. Francja, gdzie nie są określone maksymalne płatności pacjenta z tytułu leczenia. Każdy chory opłaca całość kosztów, a po zakończeniu leczenia zwraca się do ubezpieczyciela o zwrot ich części. Kwoty refundacji są sztywno określone, przykładowo: za opiekę ambulatoryjną 60–70 proc., za pobyt w szpitalu 70 proc., za badania diagnostyczne w zależności od rodzaju 60–70 proc.
3. W systemie ochrony zdrowia w Niemczech funkcjonuje współpłacenie – każdy ubezpieczony płaci niewielkie, z góry znane kwoty i nie przysługuje mu ich zwrot. Przykładowo wizyta u lekarza lub stomatologa to był wydatek rzędu 10 EUR, płatne jednorazowo przy pierwszej bytności. To jest zresztą wariant dyskutowany u nas od lat.

„Polska ma trzeci od końca wskaźnik niepotrzebnych operacji w Europie. Najwięcej wykonuje się ich w dużych ośrodkach – Warszawie, Krakowie i Łodzi. Statystycznie ponad 5 tys. łóżek zajmują pacjenci, których można leczyć ambulatoryjnie”

4. Holendrzy rozwiązali ten problem jeszcze inaczej. Zgodnie z przepisami każdy obywatel musi posiadać obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne w jednym z prywatnych funduszy ubezpieczeniowych (w 2015 r. było ich 24). Realizację tego obowiązku nadzoruje państwo. Żaden ubezpieczony nie może być wykluczony przez ubezpieczyciela np. ze względu na wiek czy stan zdrowia. Może to oczywiście prowadzić do strat firm ubezpieczeniowych, jednak w celu ich pokrycia państwo tworzy specjalny fundusz regulacyjny. Ubezpieczenie obowiązkowe to podstawa systemu. Za najuboższych i niepełnoletnich (do 18. roku życia) płaci państwo. Dodatkowo system zasilają pracodawcy w kwocie odpowiadającej rocznym wpłatom pracownika. Państwo, wymagając ubezpieczenia podstawowego, określa jednocześnie jego zakres i standard. Firmy ubezpieczeniowe muszą ich przestrzegać. Każdy ubezpieczony może go jednak poszerzyć za dodatkową opłatą, wybierając np. inny standard usługi lub placówkę medyczną, niż proponuje mu ubezpieczyciel. Wtedy z własnych środków lub dodatkowej polisy dopłaca różnicę w cenie świadczenia.

Jak widać tylko na podstawie powyższych przykładów, potencjalnych rozwiązań do przeanalizowania jest wiele. Tym bardziej że przedstawiono tu tylko najbardziej typowe. Symptomatyczna wydaje się okoliczność, że próby wprowadzenia nawet minimalnej partycypacji pacjentów w kosztach leczenia w krajach, które przeszły podobną zmianę ustrojową jak my, poniosły fiasko. Najwyraźniej ich społeczeństwa nie były i nadal nie są gotowe do zaakceptowania nawet bardzo niedużych elementów quasi-ryнку w teoretycznie darmowym systemie ochrony zdrowia.

Argumenty na „nie”

Jakie argumenty podnoszą najczęściej przeciwnicy takich rozwiązań? Można wymienić kilka, w istocie wszystkie sprowadzają się do kwestii politycznych – obaw o społeczną reakcję na ewentualne propozycje



„Wszystkie dotychczasowe zmiany funkcjonowania systemu oceniane są przez społeczeństwo w dużej mierze negatywnie, jako źródło chaosu i wzrostu kosztów leczenia”

w tym zakresie. Politycy znają sceptycyzm obywateli wobec funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dotychczasowych prób jego naprawy, nie chcą podejmować merytorycznej dyskusji nad tym zagadnieniem. W zamian podnoszone są inne kwestie mające uzasadnić te obawy.

Pierwsza to oczywiście okoliczność, że ewentualna partycypacja pacjentów w kosztach zwiększy ich obciążenia finansowe. Jest to argument o tyle chybiony, że w krajach sąsiednich, gdzie eksperyment się nie powiódł, opłaty były symboliczne, rzędu kilkunastu czeskich bądź słowackich (wtedy) koron za wizytę. W rozwiniętych krajach Unii Europejskiej, w których współpłacenie w różnych formach jest normą, główny ciężar finansowy spada na firmy ubezpieczeniowe. I to właśnie ich brak, a właściwie brak rzeczywistego rynku ubezpieczeń zdrowotnych jest jedną z przyczyn obecnego stanu rzeczy.

Nośnym społecznie argumentem przeciw współpłaceniu jest często podnoszona teza, że dodatkowe opłaty nie wpływają na podniesienie jakości świadczeń medycznych. Jeśli nie ma tu bezpośredniej korelacji, to fakt ograniczenia liczby porad, na co wskazywały doświadczenia państw sąsiednich, a więc skrócenie czasu oczekiwania na konsultację medyczną, byłby w naszych warunkach niewątpliwie okolicznością zwiększającą dostępność, a więc również jakość świadczeń. Na Słowacji oficjalne statystyki przed zniesieniem opłat podawały, że mimo spadku popytu na usługi medyczne w granicach 20 proc. sytuacja epidemiologiczna kraju nie uległa żadnemu pogorszeniu. Warto przypomnieć, że jed-

nym z poważniejszych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej jest właśnie relatywnie wysoki popyt na świadczenia medyczne, często nieuzasadniony sytuacją zdrowotną. Częściowym potwierdzeniem tej tezy może być sytuacja w trakcie epidemii koronawirusa. Zapotrzebowanie na szereg usług medycznych znacznie spadło. Zdając sobie sprawę z dyskusyjności tej tezy (u podstaw tego zjawiska leży wiele przesłanek, choćby decyzje administracyjne placówek, zalecenia NFZ, obawy samych pacjentów), nie sposób nie zauważyć racjonalizowania wielu zgłaszanych dotąd potrzeb zdrowotnych Polaków. I o taką racjonalizację postaw m.in. chodzi. Miałyby ona bardzo duże znaczenie choćby w związku z brakiem zasobów kadrowych w naszej ochronie zdrowia, szczególnie lekarzy specjalistów.

Na marginesie warto przypomnieć, że ilość i struktura udzielanych w Polsce świadczeń zdrowotnych jest wadliwa. Od dawna podejmowane są próby jej zmiany, niestety jak dotąd nieskuteczne. Zbyt wiele świadczeń udzielanych jest w drodze hospitalizacji, a zbyt mało w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). To konsekwencja wad ich finansowania i słabości AOS, a przy tym źródło dodatkowych niepotrzebnych kosztów. Polska, po Litwie i Węgrach, ma trzeci od końca w Europie wskaźnik niepotrzebnych operacji. Najwięcej wykonuje się ich w dużych ośrodkach – Warszawie, Krakowie i Łodzi. Statystycznie ponad 5 tys. łóżek zajmują pacjenci, których można leczyć ambulatoryjnie. Średnia populacja przypadająca w naszym kraju na szpital to ok. 50 tys. osób, w Europie Zachodniej od 150 tys. do 200 tys. Gdyby przyjąć te standardy, w Polsce potrzebnych byłoby nie więcej niż ok. 200 placówek szpitalnych, tymczasem w samej „sieci” jest ich 600. System opieki zdrowotnej w Polsce zdaniem wielu specjalistów idzie pod prąd zdrowemu rozsądkowi i tendencji panującej w krajach lepiej rozwiniętych. Ponad połowa publicznych pieniędzy zgromadzonych w NFZ wydawana jest na najdroższą formę leczenia – hospitalizację. Tymczasem Europa już od wielu lat odchodzi od leczenia szpitalnego, m.in. z powodu kosztów.

W tym miejscu należy jednak zrobić bardzo istotne zastrzeżenie. Z uwagi na fakt, że przeciętnie nasze wydatki na ochronę zdrowia są prawie dwukrotnie mniejsze niż w wielu lepiej rozwiniętych krajach Unii Europejskiej, postulowana zmiana struktury udzielanych świadczeń powinna dokonywać się głównie poprzez zwiększanie publicznych nakładów na podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną. Nie należy automatycznie zmniejszać finansowania leczenia szpitalnego. Tego problemu nie da się załatwić w drodze współpłacenia. To zadanie dla publicznego płatnika.

Po trzecie wreszcie, podnoszony jest argument potencjalnej niezgodności współpłacenia z Konstytucją RP – art. 68 ust. 2 gwarantuje wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Taki punkt widzenia musi jednak prowadzić do kwestiono-

wania istniejącego stanu rzeczy – prywatnej w istocie opieki stomatologicznej, możliwości dopłat do lepszych materiałów okulistycznych (soczewek), usług sanatoryjnych itp. Równy dostęp nie oznacza równej jakości świadczenia medycznego. Państwo samo sformatowało te standardy, choćby poprzez określenie zakresu i sposobów finansowania właśnie świadczeń stomatologicznych, okulistycznych i wielu innych. Określiło, za co płaci (jest to usługa na poziomie „standardowym”), a za co nie. To oznacza, że wszystko to, co wykracza poza określony poziom usługi, musi sfinansować pacjent z własnych środków.

Dlaczego „tak”

Argumentów na tak jest również sporo. Pierwszym i chyba najbardziej oczywistym jest ten, że przecież i tak płacimy. Relatywnie, w porównaniu z obywatelami innych państw, bardzo dużo. To argument racjonalny, ale w tej kwestii duże znaczenie mają także emocje społeczne. Tymczasem Polska ma jeden z najbardziej kosztownych systemów opieki zdrowotnej, ustawowo bezpłatny. Polska Izba Ubezpieczeń podaje, że prywatnie na opiekę i świadczenia zdrowotne wydajemy prawie najwięcej w Europie. Większe obciążenia są udziałem jedynie obywateli Rumunii i Litwy. W 2017 r. łącznie z wydatkami na prywatną opiekę stomatologiczną było to średnio 1539 zł na rok. Według GUS w 2016 r. kwota ta wynosiła jedynie 750 zł rocznie. Różnica wynika prawdopodobnie z metodologii liczenia, w przypadku danych GUS nieuwzględniającej kosztów prywatnego leczenia stomatologicznego. Wartość niepublicznego rynku usług medycznych w 2017 r. to kwota rządu blisko 40 mld zł, 33 proc. łącznych (publicznych i prywatnych) środków funkcjonujących w systemie. Biorąc pod uwagę, że w 2005 r. było to 19 mld zł, widać wyraźną tendencję rosnącą, rządu 1,2–2 mld zł rocznie. Warto przypomnieć, że ponad 2,3 mln Polaków ma już prywatne polisy zdrowotne. Najczęściej jeszcze fundowane przez pracodawców, ale jeśli rynek będzie się rozwijał, ta sytuacja też się zmieni. Można zaryzykować tezę, że ciągle relatywnie nieduża popularność prywatnych ubezpieczeń, oprócz stanu rynku, bierze się z przekonania obywateli, że w ramach wykupionych polis płacą drugi raz za to samo, za co zapłacili już w ramach składki na NFZ. I na razie jest to konstatacja w dużej mierze słuszna. Prywatne ubezpieczenia nie są źródłem dodatkowej, adekwatnej poprawy jakości leczenia. Mimo to korzystamy z różnych form prywatnego leczenia dość powszechnie. Takie jest nasze codzienne doświadczenie. Przykładowo Fundacja „My Pacjenci” podaje, że w 2018 r. tylko 14 proc. ankietowanych przez nią osób deklaruowało, że korzysta wyłącznie z publicznej ochrony zdrowia. Warto wiedzieć, że już blisko 13 proc. różnego rodzaju zabiegów chirurgicznych, np. z zakresu okulistyki, ortopedii, chirurgii laparoskopowej, wyko-

„ Akceptowalną kwotą dodatkowej opłaty było 10 zł za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu i do 50 zł za wizytę u specjalisty ”

nywanych jest w prywatnych placówkach i finansowanych z prywatnych środków pacjentów.

Tym, co negatywnie wyróżnia nas na tle innych państw Unii, są również bardzo duże prywatne dopłaty do leków. Według danych OECD w Polsce sięgają one średnio 40 proc. ich ceny. Nasz rynek ma jeszcze pewną cechę szczególną – relatywnie duży udział zakupów leków bez recepty. W sumie na farmaceutyki przeznaczane jest prawie 10 proc. ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Trzeba również pamiętać, że koszty te zwiększa szybko rosnący rynek suplementów, na które wydajemy już prawie 4 mld zł rocznie. Dynamika tego rynku w Polsce jest zdecydowanie większa niż w innych krajach europejskich, a suplementy często są stosowane poza wszelką medyczną kontrolą, jako substytuty leków. Nie bierze się to jednak znikąd. Jednym z istotnych powodów jest systematyczny spadek nakładów na leki (farmakologię). Od dawna już nie osiągnęły one dopuszczalnego 17-procentowego udziału w budżecie NFZ. W 2017 r. było to 16,9 proc., w 2020 r. ma być tylko 15,25 proc. To oczywiście reglamentuje dostęp do nowoczesnych terapii. Według raportu Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA tylko 0,3 proc. stosowanych w Polsce leków to najnowocześniejsze specyfiki. W sposób szczególnie dotkliwy problem ten dotyka pacjentów kardiologicznych i onkologicznych, coraz częściej również osoby leczące dość powszechne choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca czy nadciśnienie.

Polacy korzystają z prywatnego leczenia, bo często nie mają innej możliwości, by szybko zaspokoić swoje potrzeby zdrowotne. Publiczny system jest niewydolny i oferuje świadczenia na przeciętnie niskim poziomie. Płacimy za usługi prywatne, bo potrzebujemy większej dostępności świadczeń medycznych, która dla wielu z nas jest także atrybutem ich jakości. Z drugiej strony często ci sami obywatele – pacjenci odrzucają *a priori* jakiegokolwiek ustawowe formy współpłacenia za leczenie, argumentując, że nie widzą powodu, aby dodatkowo płacić za coś, co z mocy prawa należy im się za darmo. Taka postawa to m.in. wyraz ogromnej nieufności obywateli do zarządzających systemem. Wszystkie dotychczasowe zmiany jego funkcjonowania oceniane są przez społeczeństwo w dużej mierze negatywnie, jako źródło chaosu i wzrostu kosztów leczenia. Takie nastawienie to ogromne wyzwanie dla każdego, kto podej-



„Pieniądzy na ochronę zdrowia faktycznie jest zbyt mało, ale zadbanie o poprawę sytuacji to zadanie państwa”

nie się przeprowadzenia koniecznych reform. Mimo to, bez ryzyka popełnienia dużego błędu, stawiam tezę, że gdyby wymiana była ekwiwalentna: za dodatkową opłatę uzyskujemy wyższą jakość, nastawienie obywateli mogłoby się zmienić. Świadczą o tym zarówno doświadczenia zagraniczne, jak i badania przeprowadzane w naszym kraju. Cytowana już Fundacja „My Pacjenci” podaje, że ponad 50 proc. ankietowanych przez nią osób deklarowało zgodę na dodatkowe opłaty pod warunkiem uzyskania dostępu do lepszych wyrobów medycznych (np. soczewek, implantów), krótszego czasu oczekiwania na zabieg lub świadczenie, ewentualnie innych udogodnień. Warunkiem koniecznym, choć z pewnością nie jedynym, powodzenia pomysłu partycypacji pacjentów w kosztach leczenia jest zatem dostęp do usługi medycznej o szeroko rozumianym wyższym standardzie. Taką w istocie próbujemy uzyskać, płacąc dziś za prywatną wizytę u stomatologa, okulisty, endokrynologa bądź też decydując się np. na zabieg usuwania żylaków w prywatnej klinice chirurgicznej. Akceptowalną deklarowaną przez ankietowanych kwotą dodatkowej opłaty było np. 10 zł za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu oraz do 50 zł za wizytę u specjalisty i w tym przypadku okres oczekiwania nie dłuższy niż 2 tygodnie.

Ważny, chociaż nie najważniejszy jest także argument finansowy. Biorąc pod uwagę możliwą skalę dopłat (przynajmniej początkowo), jest on ewentualnie bardziej istotny dla poszczególnych lecznic niż systemu jako całości. W sytuacji większości placówek medycznych nie wolno go jednak bagatelizować. Każde pieniądze są potrzebne. W skali systemu natomiast ważny jest wspomniany wyżej argument racjonalizacji popytu na usługi medyczne. Ociążenie systemu to w naszym przypadku zdecydowana poprawa jego funkcjonowa-

nia. Polacy wprawdzie dostrzegają niedostatki finansowania ochrony zdrowia i ich negatywne skutki, nie są jednak chętni, o czym już wspomniano, do dopłacania do systemu jako takiego. Uważają, że pieniędzy na ochronę zdrowia faktycznie jest zbyt mało, ale zadbanie o poprawę sytuacji to zadanie państwa. Nawet jeśli wielu z nas zdaje sobie sprawę, że może się to dokonać w drodze podniesienia podatków, czyli i tak z naszych pieniędzy.

To może być zresztą realna perspektywa. Ostatnie prognozy NFZ ostrzegają, że aby sprostać wymogom ustawowym dochodzenia do nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6 proc. PKB w perspektywie lat 2012–2023, płatnikowi może zabraknąć nawet 85 mld zł ze składek. Tę różnicę będzie musiał dopłacić budżet, czyli i tak my, podatnicy.

Paradoksalnie obszarem, w którym Polacy mają największą możliwość samofinansowania swoich potrzeb zdrowotnych, jest szeroko rozumiana profilaktyka. Według danych *European Observatory on Health Systems and Policies* z 2019 r. wydajemy na nią *per capita* prawie 2,5 razy mniej środków niż kraje Unii Europejskiej (od 33,4 EUR do 81 EUR). Jednakże popyt na ten zakres usług prozdrowotnych, a tym samym rynek stale rośnie. Wraz ze wzrostem świadomości zdrowotnej obywateli można oczekiwać, że będzie to tendencja trwała. Siłownie, akcesoria i sprzęt sportowo-rekreacyjny, zdrowy sposób życia i odżywiania kosztują, ale znajdują też coraz większą rzeszę zwolenników gotowych płacić za utrzymanie dobrej kondycji i stanu zdrowia.

Na koniec jeszcze jedna uwaga. Jeśli wierzyć danym cytowanej już Polskiej Izby Ubezpieczeń, 60 proc. Polaków oczekuje od pracodawców jakiejś formy programów ubezpieczeń zdrowotnych skierowanych do pracowników. Część z nich zakłada również możliwość rozszerzenia zakresu oferowanych świadczeń w drodze indywidualnych dopłat samych zainteresowanych. Potwierdzają to dane statystyczne. Od 2013 r. systematycznie rośnie liczba osób korzystających z polis i abonentów medycznych wykupywanych dobrowolnie. W 2013 r. było ich 13 proc., w 2018 r. już 18 proc. Na razie z powodu braku uregulowań beneficjentami tych środków są niestety głównie placówki niepubliczne i prywatne. Publiczne nadal skazane są na permanentny deficyt.

Jesteśmy po raz kolejny w środku dyskusji, jak ma wyglądać system opieki zdrowotnej w Polsce po koronawirusie. Nie mogę się oprzeć wrażeniu, że nasz system jest już zdecydowanie „przedyskutowany”. Brakuje mu jednak decyzji wynikających z przemyślanej, całościowej wizji jego funkcjonowania. Sądzę, że dla dobra systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim jego użytkowników – pacjentów, kwestia współpłacenia powinna znaleźć w niej swoje miejsce. A najlepiej pozytywne rozstrzygnięcie.

dr Mariusz Jędrzejczak