

## UZDROWIĆ SYSTEM

– z Konstantym Radziwiłłem, Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej rozmawia

Anna Arwaniti

**Anna Arwaniti:** Od wielu już lat toczyły się w Polsce dyskusje o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, których powstanie ma nie tylko zasilić finansowo system, ale także poprawić dostępność do świadczeń.

**Konstanty Radziwiłł:** System ochrony zdrowia oczywiście wymaga naprawy, o czym, jak pani zauważyła, mówimy od lat. Muszę jednak powiedzieć, że Polska ma nowoczesny system ochrony zdrowia, co może być zaskakujące w moich ustach. Proszę zwrócić uwagę, że szanse Polaków na leczenie zgodne z najnowocześniejszymi osiągnięciami medycyny na tle świata niektórzy są jeszcze lepsi od nas, ale mają o wiele więcej pieniędzy. Poziom nakładów na ochronę zdrowia w Niemczech, Francji czy Holandii jest nieporównywalny z naszym i z całą pewnością ta sprawa rzutuje w sposób dramatyczny zarówno na satysfakcję pracowników ochrony zdrowia, jak i przede wszystkim na to, co jest najważniejsze, na bezpieczeństwo obywateli. Krok, który zrobiliśmy w 1999 r. po bardzo długich konsultacjach i uzyskaniu akceptacji dla nowego rozwiązania, przypomnieć, że chodziło o wprowadzenie kas chorych, ten rok zapoczątkował wejście do nowoczesnych rozwiązań systemowych. Uważam, że utrzymywanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jako systemu obowiązującego jest prawidłowe.

**A.A.:** W jednym z wywiadów powiedział Pan, że reforma bez dodatkowych środków jest niemożliwa, ale o tym właśnie mówimy, ale tylko mówimy, od wielu lat.

**K.R.:** To prawda. Systemu ochrony zdrowia nie da się zreformować, jeśli nie dołoży się do niego pieniędzy. System, żeby funkcjonował sprawnie, musi być finansowany na wyższym poziomie i od tego jest uzależnione powodzenie reformy.

**A.A.:** USA ma najdroższy system (14% PKB), gdzie prawie jedna czwarta społeczeństwa nie jest objęta żadną formą ubezpieczenia. Nie ma państwa, w którym byłby idealny system ochrony zdrowia, nie można tego oczekiwać także w Polsce.

**K.R.:** Bardzo wyraźne są różnice pomiędzy systemami europejskimi a systemem w USA, gdzie dominują prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Przenieśmy się do Europy, gdzie uważa się, że znaczna część obowiązku ochrony zdrowia obywateli spoczywa na państwie bądź na publicznych instytucjach powołanych do życia przez państwo. Znaczna część środków ma więc charakter publiczny. W tym sensie w

Polsce nie możemy wymyślić jakiejś nowej drogi. Wiadomo, że bez dodatkowych pieniędzy nie zapewnimy lepszej opieki medycznej. Wiemy też, że w obecnej sytuacji pacjent nie może spodziewać się równego dostępu do wszystkich świadczeń wykonanych w każdym standardzie.

**A.A.:** Klasyfikacja zachodnich modeli, prywatnych ubezpieczeń, do których dążymy, opiera się na określeniu miejsca i roli wobec systemu publicznego.

**K.R.:** Tak, do najpopularniejszych należą ubezpieczenia suplementarne (dodatkowe) pokrywające ryzyko obowiązkowych stosunkowo wysokich dopłat pacjentów do pobieranych świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające) gwarantują prawo do świadczeń, których nie zapewnia lub zapewnia w niższym standardzie system powszechnej opieki zdrowotnej. Celem prywatnych ubezpieczeń jest zwrot opłat wnoszonych przez ubezpieczonych w ramach współpłacenia za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej oraz zwrot wydatków poniesionych na te kategorie świadczeń, których nie gwarantuje się w ramach publicznej opieki zdrowotnej. W Polsce, aby mówić o dodatkowych ubezpieczeniach, należy najpierw określić precyzyjnie co, w jakim standardzie i w jakim czasie gwarantuje publiczny system ochrony zdrowia.

**A.A.:** I tu znowu powracamy do koszyka świadczeń, jedni mówią że jest potrzebny, inni, że nie. Ciągłe myślimy, co do niego włożyć.

**K.R.:** Powtarzanie, że koszyk świadczeń trzeba wymyślić od początku jest pewnym nieporozumieniem. Koszyk świadczeń gwarantowanych zasadniczo już mamy. Pacjenci powinni mieć zagwarantowane w ramach systemu to, co jest potrzebne do ratowania życia i zdrowia. Art. 68 ust. 2 Konstytucji mówi o tym, że ustawodawca powinien określić zakres i warunki udzielania świadczeń finansowych ze środków publicznych. Jeżeli chodzi o zakres, to mam tu na myśli właśnie koszyk, a druga część to warunki udzielania świadczeń, które też powinny być ustawowo zagwarantowane i w tej części można dokonywać pewnego różnicowania. Wszyscy powinni mieć zagwarantowany minimalny standard, bezpieczeństwo, ale jeżeli są osoby, które dysponują dodatkowymi środkami finansowymi, to mogą sobie np. dopłacić do pokoju jednoosobowego z telewizorem, wybrać menu, po prostu polepszyć komfort pobytu w szpitalu. Nie wyobrażam sobie, że państwo może wyjąć z koszyka procedury, które są istotne dla ratowania zdrowia i życia. Myślę, że będzie uczciwie, jak pacjent będzie wiedział oficjalnie, za co ma zapłacić, a pieniądze zasila kasy szpitali czy przychodni.

**A.A.:** Wielu pacjentów nie chce ponosić dodatkowych kosztów i dlatego tak trudno wprowadzać zmiany.

**K.R.:** Z punktu widzenia polityków na pewno najtrudniej będzie wprowadzać dopłaty ze środków prywatnych do części świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie współpłacenia może być odbierane jako zmniejszenie dostępu do leczenia. Dlatego równocześnie z wprowadzaniem współpłacenia należy zadbać o odpowiednie osłony dla najuboższych. Biedni oczywiście nie powinni być leczeni gorzej. To nie byłoby etyczne.

**A.A.:** Jaki jest więc warunek wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych?

**K.R.:** Jeżeli chcemy mówić o ubezpieczeniach dodatkowych, to musimy mieć świadomość, że najpierw należałoby podjąć decyzję o ewentualnym współpłaceniu i o zakresie gwarancji; jeżeli tych decyzji nie będzie, to mówienie o dodatkowych ubezpieczeniach jest po prostu mydleniem oczu.

**A.A.:** Prawa pacjenta w systemie ochrony zdrowia to temat naszej czerwcowej konferencji, której Pan Prezes jest gościem. Czy pacjenci mogą czuć się bezpiecznie w obecnym systemie.

**K.R.:** Myślę, że podczas konferencji, ale także w swoich działaniach, Rzecznik Ubezpieczonych mógłby rozważyć problem, jaki istnieje w systemie ochrony zdrowia. Mam na myśli odpowiedzialność za szkody zdrowotne ponoszone w związku z procesem diagnozowania i leczenia. Dzisiaj w Polsce w ramach ogólnego rozwoju społecznego ludzie mają coraz większą świadomość konsumencką. Dotyczy to oczywiście także ochrony zdrowia. Lekarze i inni pracownicy medyczni mogą być pociągani do odpowiedzialności do dyrektora placówki medycznej, który po rozpatrzeniu sprawy może ukarać lekarza karą dyscyplinarną. Każdy pacjent może zgłosić się do izby lekarskiej, która także może ukarać lekarza, nawet pozbawiając go prawa wykonywania zawodu. Może też udać się do sądu powszechnego i żądać odszkodowania. Jak wiemy, takie sprawy zdarzają się już u nas. Niebezpieczne jest jednak to, że oscylujemy w stronę praktyk amerykańskich. W USA funkcjonują wyspecjalizowani prawnicy, często z wykształceniem medycznym, którzy zajmują się wyszukiwaniem ewentualnych uchybień w procesie leczenia, a skutkuje to ogromną liczbą spraw przeciwko szpitalom i lekarzom. Wszyscy ci świadczeniodawcy muszą ubezpieczyć się od odpowiedzialności cywilnej, a że spraw jest bardzo dużo, składki na OC rosną. Prowadzi to do tego, że składki zjadają coraz większą część honorariów lekarzy. W efekcie poszkodowani uzyskują rekompensaty, ale koszty

ochrony zdrowia ponoszone przez obywateli także rosną. To jeszcze nas na razie nie dotyczy, ale niestety idziemy w złym kierunku.

**A.A.:** W takim razie jaka jest alternatywa?

**K.R.:** Jeżeli mówimy o nieprzestrzeganiu praw pacjenta, to są one głównie na linii pacjent - system i sprowadzają się do niewydolności systemu. W tym tkwi przyczyna, a nie w złej pracy pracowników medycznych. Od dawna jestem za tzw. rozwiązaniem skandynawskim. Chodzi o metodę odpowiedzialności cywilnej placówek opieki zdrowotnej, która oparta jest na procedurze pozasądowej, bez konieczności udowodnienia winy w przypadku uszczerbku na zdrowiu pacjenta związanym z diagnozowaniem czy leczeniem. Unika się kosztów prawnych, nie czeka się latami na sprawy sądowe. Jest to podobne do działania pionu orzecznictwa inwalidzkiego w ZUS. Procedura polega na ustaleniu przez komisje lekarskie uszczerbku na zdrowiu i jego związku z procesem leczenia. Taki system obciążony jest niewielkimi kosztami, w Szwecji koszty te wynoszą kilka euro rocznie na jednego obywatela. Uważam, że takie rozwiązania powinniśmy promować i u nas.

Dziękuję za rozmowę.