



# Razem dla Zdrowia

nr 2/2018

## W tym numerze:

1. Słowo od realizatorów projektu
2. Młodzi lekarze obalają mity
3. Nowe prawo o ochronie danych osobowych
4. System ochrony zdrowia, jakiego potrzebują pacjenci - wyniki badań
5. Kontakt



## Słowo od realizatorów projektu

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do zapoznania się z najnowszymi informacjami dot. przebiegu projektu Razem dla Zdrowia.

W tym numerze przeczytają Państwo o wpływie protestu młodych lekarzy na zmiany w systemie ochrony zdrowia, zapoznają się z wynikami badań opinii nt. oczekiwań od systemu ochrony zdrowia a także poznają kilka argumentów za wprowadzeniem współpłacenia pacjentów za świadczenia medyczne w Polsce.

Zapraszamy do lektury, a także do zabierania głosu w naszych badaniach opinii oraz do udziału w warsztatach.

Miłej lektury!

Zespół projektu  
Razem dla Zdrowia

## WARSZTATY

Zapraszamy do **rejestracji na warsztaty dla organizacji pacjenckich**. Spotkanie odbędzie się 5 marca 2018 r. w Centrum Partnerstwa Społecznego Dialog przy ul. Limanowskiego 23 w Warszawie.

Tematem przewodnim spotkania będzie współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne.

Formularz rejestracji dostępny jest pod adresem:

<http://razemdlazdrowia.pl/spotkania>

| Aktualne:                                                   |          |            |             |                             |
|-------------------------------------------------------------|----------|------------|-------------|-----------------------------|
| Nazwa                                                       | Miejsce  | Data       | Godzina     | Rejestracja                 |
| Warsztat 7 - Współpłacenie w ochronie zdrowia               | Warszawa | 2018-03-05 | 09:00-16:00 | <a href="#">REJESTRACJA</a> |
| Warsztat regionalny 6 - Temat: Mój wpływ na ochronę zdrowia | Rzeszów  | 2018-04-09 | 09:00-16:00 | <a href="#">REJESTRACJA</a> |

## BADANIE OPINII

Już niedługo rozpoczniemy badanie nt. współpłacenia za świadczenia medyczne. Zapraszamy do śledzenia naszej strony i zabierania głosu w badaniu.

Ankiety dostępne są zawsze pod adresem <http://razemdlazdrowia.pl/konsultacje>

## Młodzi lekarze obalają mity

Młodym lekarzom należą się podziękowania. Doprowadzili swoim protestem do faktu, który dotychczas nie miał w ochronie zdrowia precedensu - nakłady na zdrowie zostały zwiększone. Możemy narzekać, że za mało i że za późno ale jednak wydatki publiczne na zdrowie będą rosły. Głosowali za tym prawie wszyscy posłowie, zwykle podzieleni i istotnie różniący się w swoich poglądach.

Protest młodych lekarzy to zmiana pokoleniowa i zderzenie oczekiwań młodego pokolenia z systemem, którego podwaliny zostały zorganizowane w latach 50tych ubiegłego wieku. W podobny sposób zderzają się z systemem młodzi pacjenci, którzy nie rozumieją dlaczego trzeba stać rano w kolejce po numerki do POZ czy dlaczego nie można sprawdzić, jak długi jest czas oczekiwania i zapisać się na wizytę online. Młodzi lekarze zderzyli się z archaicznym systemem na rynku pracy i doprowadzili do najpoważniejszego kryzysu w ochronie zdrowia, jaki kiedykolwiek miał miejsce. Kryzysu, którego nie uda się rozwiązać w sposób prosty, ponieważ oczekiwania wychodzą daleko poza proste zwiększenie płac i uderzają w podwaliny systemu. Protest młodych lekarzy obala kilka mitów, które zostały zbudowane po to, żeby system mógł trwać w niezmienionej postaci i mógł chronić interesy grup zmierzających do utrzymania status quo. I dlatego ma on większą szansę niż dotychczasowe strajki przyczynić się do oczekiwanej przez pacjentów transformacji systemu.

### Mit I – łóżka szpitalne nas wyleczą

Młodzi lekarze wskazują, że droga i kadrochłonna medycyna interwencyjna, koncentrująca się na rozwiązywaniu zaniedbanych problemów zdrowotnych w szpitalach nie jest w warunkach deficytu kadr i środków finansowych modelem do utrzymania na dłuższą metę.

### Mit II – nie ma potrzeby włączania w opiekę innych zawodów medycznych, lekarz zrobi wszystko sam

Młodzi lekarze prosząc o odciążenie od biurokracji proszą w zasadzie o inny nowoczesny podział zadań między zawodami medycznymi i włączenie zawodów niewykorzystanych w publicznym systemie lub pomijanych. Proszą o zmianę zastanego status quo, w którym lekarz robi wszystko sam bo tylko dla niego starcza środków w niedofinansowanym systemie. We współpracującym zespole złożonym z lekarza, pielęgniarki, psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty, opiekuna medycznego, farmaceuty, edukatora zdrowotnego obciążenie pracą lekarza maleje, pojawiają się nowe możliwości elastycznego reagowania na zmieniające się wyzwania i kontakt lekarza z pacjentem ma szansę trwać krótko i być owocny.

### Mit III – pacjent z katarem potrzebuje pomocy lekarza

Potencjał lekarzy należy skierować do leczenia osób chorych. Pozostałymi problemami mogą się zająć współpracujące w zespołach zawody medyczne. Część odpowiedzialności za swoje zdrowie i leczenie powinni przejąć pacjenci, przez te zawody wspierani. Należy postawić na edukację zdrowotną, rozwój kompetencji zdrowotnych pacjentów i wspieranie odpowiedzialnego samoleczenia.

### Mit IV – lekarz na kilku etatach w systemie publicznym i prywatnym

Młodzi medycy mówią wyraźnie – jeden lekarz – jeden etat, najlepiej dobrze płatny i w publicznej placówce. W krajach w których lekarze nie mogą pracować w publicznych i prywatnych placówkach udało się zmniejszyć kolejki do publicznego systemu opieki zdrowotnej.

### Mit V – lekarzowi płacimy za leczenie a nie za jego efekt

Płacenie za efekt leczenia lekarzom czy placówkom, które realizują cele systemu opieki zdrowotnej jest możliwe do zrealizowania w ochronie zdrowia podobnie jak płacenie za efekt w każdej innej dziedzinie gospodarki. Zarządzanie przez cele nie musi omijać ochrony zdrowia i co więcej może stać się istotnym czynnikiem motywacji finansowej dla lekarzy i świadczeniodawców. Nie powinniśmy oszczędzać na lekarzach, którzy realizują cele, które wyznacza zmieniający się system. Przyczyniają się oni do oszczędności i mniejszego obciążenia pracą swoich kolegów, a to obecnie dwa najtrudniejsze problemy ochrony zdrowia.

## Współpłacenie za świadczenia medyczne w Polsce

Pacjenci w Polsce dopłacają z własnej kieszeni do dwu rodzajów świadczeń – do leków wydawanych w aptece i zaopatrzenia w materiały medyczne oraz do leczenia uzdrowiskowego. Poza dopłatami do leków istnieje wiele sytuacji, w których pacjenci porywają z własnej kieszeni koszty świadczeń zdrowotnych. Regułą jest płacenie za prywatne wizyty u stomatologa, prywatne wizyty u innych specjalistów, płacenie za badania diagnostyczne i rehabilitację w lecznictwie otwartym. W przypadku opieki szpitalnej pacjenci dopłacają do podniesienia standardu świadczeń np. w przypadku znieczulenia porodów, zakupu implantów do operacji ortopedycznych, szczepień ochronnych czy lepszych soczewek w przypadku operacji okulistycznych. Tak więc współpłacenie za świadczenia medyczne zarówno w sektorze lecznictwa otwartego jak zamkniętego jest w Polsce faktem. Co więcej, pacjenci są większościowym płatnikiem za usługi ambulatoryjne i ponoszą ich koszty w ponad 70%. Współpłacenie może więc przyjmować formę dopłat do ponadstandardowych świadczeń jak również dopłat do leków wydawanych w aptece czy leczenia sanatoryjnego.



Współpłacenie nie jest złym rozwiązaniem systemowym. Jest alternatywą do wzrostu obowiązkowej składki zdrowotnej oraz dodatkowych komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych. Współpłacenie przyczynić się może do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów opieki zdrowotnej.

Niezwykle ważny argument na korzyść współpłacenia polega na promowaniu odpowiedzialności za swoje zdrowie. Państwo opiekuńcze przyzwyczało nas do traktowania jako obowiązku państwa dbania o zdrowie swoich obywateli. Taka interpretacja promuje bierność jednostki i zachowania roszczeniowe. Współpłacenie zwiększa indywidualną odpowiedzialność za zdrowie.

Nie można też zapominać o pozytywnym wpływie na postawy pacjentów wobec świadczeniodawców. Bezpłatność opieki zdrowotnej powoduje brak zainteresowania pacjentów kosztami leczenia. Współpłacący pacjent zainteresowany jest natomiast poprawnością rozliczeń i zasadnością świadczeń. Zawyżanie rachunku przez lekarza uderza bowiem bezpośrednio w jego kieszeń. Ponadto dopłacający oficjalnie do świadczeń pacjenci z pewnością mniej chętnie zgadzą się będą na opłaty nieformalne.

Fakt współpłacenia ma także istotne znaczenie z perspektywy promowania partnerskiej relacji między lekarzem i pacjentem. To pacjent dokonuje wyboru placówki czy lekarza i za nim idą jego oraz NFZ pieniądze na świadczenie. Pacjent przestaje być czekającym w kolejce niechcianym petentem i staje się pożądanym klientem, o którego świadczeniodawca i lekarz zabiegają. Ten charakter finansowania świadczeń poprawia pozycję pacjenta jako partnera terapii, nadaje mu prawa do oczekiwania jakości, skuteczności i bezpieczeństwa świadczeń. Zmienia także postawę lekarza z paternalistycznej na partnerską. Pacjent staje się podmiotem leczenia i partnerem lekarza.

Partycypacji pacjenta w kosztach leczenia, oprócz pozytywnych efektów, towarzyszą także istotne zagrożenia. Po pierwsze, współpłacenie może skłaniać pacjentów do rezygnacji lub zwlekania z pójściem do lekarza i rozpoczęciem leczenia w sytuacjach uzasadnionych medycznie. Niski poziom edukacji zdrowotnej i niski poziom dochodów sprzyjają takim zjawiskom, skutki mogą być natomiast fatalne dla pacjentów i społeczeństwa. Po drugie - przesunięcie części kosztów na pacjenta pociąga za sobą większe relatywnie obciążenie wydatkami na zdrowie osób korzystających częściej ze świadczeń obciążonych dopłatami, co postrzegane jest jako niesprawiedliwe". Po trzecie, konieczność poniesienia części kosztów może w praktyce okazać się niemożliwą do pokonania barierą dostępu do potrzebnych świadczeń medycznych.

Opisane zagrożenia nie oznaczają, że musimy zrezygnować ze współpłacenia. Partycypacja pacjenta w kosztach nie może stać się przeszkodą w dostępie do świadczeń ratujących życie, ale powinna motywować do wykorzystania tańszych, skutecznych sposobów leczenia. Współpłacenie nie powinno zachęcać do zwlekania z pójściem do lekarza w poważnych przypadkach, ale powinno motywować do oszczędnego korzystania ze świadczeń. Współpłacenie nie powinno drenować kieszeni pacjenta, ale powinno uwzględniać indywidualne oszczędności pojawiające się przy korzystaniu ze świadczeń. Współpłacenie nie powinno odciąć biedniejszych obywateli od podstawowych świadczeń, ale powinno zniechęcić do wręczania łapówek. Powinno, jako forma finansowania systemu, dawać pacjentowi prawo do wyboru lepszej opcji leczenia i dopłacenia do podwyższenia jego standardu.

Współpłacenie jest rozwiązaniem, które należy rozważyć w polskim systemie ochrony zdrowia. O powyższych i innych za i przeciw będziemy dyskutować podczas najbliższych warsztatów dialogu społecznego. Zapraszamy do dyskusji.

## System ochrony zdrowia, jakiego potrzebują pacjenci - wyniki badań

Właściwie zorganizowany i finansowany system ochrony zdrowia powinien koncentrować się na potrzebach pacjentów, co w rzeczywistości nie jest łatwe. Świadczy o tym fakt, iż organizacja efektywnego systemu ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych problemów społeczno-ekonomicznych [Kluczyńska, 2015].

Wyniki przeprowadzonego w ramach projektu Razem dla Zdrowia badania opinii wskazują na rosnącą gotowość polskich pacjentów na poważne zmiany w ochronie zdrowia, niezadowoleniu z obecnego systemu towarzyszy bowiem świadomość jego niedofinansowania.

Obecny system opieki zdrowotnej nie jest w stanie w ramach przeznaczonych na zdrowie środków zapewnić dobrej jakości opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. Problem braku równowagi między środkami przeznaczanymi na zdrowie a oczekiwaniami dobrej jakości opieki zdrowotnej dla wszystkich zdaniem respondentów można rozwiązać poprzez...



Podstawowym wyzwaniem jest nie tylko zapewnienie dobrej opieki w warunkach niedoboru kadry i środków finansowych, ale także wyjście naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, które wynikają z uwarunkowań kulturowych i dotychczasowych doświadczeń w korzystaniu z systemu służby zdrowia.

- Podstawowym problemem obecnego systemu jest brak zorientowania na pacjenta. Efektem rozwiązań, które koncentrują się na płatniku i rozliczeniach, a nie – efektach zdrowotnych, jest słabnące zaufanie pacjentów do rozwiązań instytucjonalnych.
- Potrzeba wzrostu transparentności systemu w celu poprawy dostępu do informacji i lepszego zarządzania w oparciu o dane.
- Niski poziom zaufania do rozwiązań instytucjonalnych jest poważnym zagrożeniem dla przeprowadzenia reformy. Rozwiązaniem mogą być konkretne zobowiązania systemu publicznego w zamian za wzrost obciążeń dla obywateli.
- Długofalowa poprawa efektywności systemu nie będzie możliwa bez wzmocnienia medycyny prewencyjnej i polityki zorientowanej na zdrowie publiczne
- Należy wykorzystać potrzebę swobody wyboru, mocno akcentowaną przez polskich pacjentów, do zbudowania kompetencji zdrowotnych i zaangażowania pacjentów w proces własnego leczenia.
- Należy wykorzystać narzędzia e-zdrowia do wsparcia transformacji całego systemu, a nie –do przeniesienia obecnych praktyk w przestrzeń wirtualną.
- Konieczne są rozwiązania systemowe, które zapewnią lepsze wykorzystanie ograniczonych zasobów poprzez skuteczniejszą współpracę zawodów medycznych.

Pełen raport dostępny na stronie: <http://razemdlazdrowia.pl/konsultacje/11-finansowanie-ochrony-zdrowia-w-polsce>

## Kontakt

### BIURA PROJEKTU

Fundacja MY Pacjenci  
ul. Łabędzia 61  
04-806 Warszawa  
tel.: +48 22 559 13 10

Naczelna Izba Lekarska  
ul. Sobieskiego 110  
00-764 Warszawa  
tel.: +48 22 615 57 10

**Infolinia: 690-677-446**

e-mail: [kontakt@razemdlazdrowia.pl](mailto:kontakt@razemdlazdrowia.pl)

[www.razemdlazdrowia.pl](http://www.razemdlazdrowia.pl)

[www.facebook.com/razemdlazdrowia](https://www.facebook.com/razemdlazdrowia)