

Obowiązkowe dopłaty do świadczeń zdrowotnych

# Dobre złoto konieczne



rys. Olga Reszelka

Zgodnie z artykułem 68. konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Oznacza to, że w Polsce nie ma bezpłatnej służby zdrowia i tylko osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia mają prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Nie znaczy to jednak, że placówka publiczna nie może pobierać opłat. Z ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (DzU nr 210, poz. 2135, z późniejszymi zmianami) wynika, że każda osoba ubezpieczona w NFZ lub na podstawie innego tytułu ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Kwestie dotyczące możliwości pobierania opłat za świadczenia wykonane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej regulują nato-

miast przepisy ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2007 r. nr 14, poz. 89, z późniejszymi zmianami). Zgodnie z art. 33 ust. 1 tej ustawy, publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych ubezpieczonym oraz innym uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Jednocześnie art. 34 ust. 1 tej ustawy stanowi, że przy ustalaniu wysokości opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane tym osobom stosuje się ceny urzędowe, jeżeli przepisy odrębne przewidują odpłatność za ich udzielanie. Wyjątek stanowią

kobiety w ciąży, w okresie połogu oraz dzieci do ukończenia 18. roku życia. Mają one prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego, czy są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. W takiej sytuacji koszt ich leczenia pokrywa budżet państwa.

### Od lekarza do lekarza

Jednym z wielokrotnie pojawiających się tematów jest wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w ramach NFZ. Temat ten – jak bumerang – co jakiś czas, chyba od 4–5 lat, systematycznie powraca. Współpłacenie przez pacjenta jest na pewno drogą do częściowego odciążenia płatnika publicznego. Jednocześnie nauczy ludzi korzystających z usług zdrowotnych kontrolowania ich jakości. Płacąc nawet niewielką kwotę, człowiek zastanawia się, czy to, co dostaje w zamian, jest odpowiedniej jakości. Współpłacenie spowoduje również, że nie będzie chodzenia *od lekarza do lekarza* i szukania takiej porady, *która będzie wg mnie, czyli pacjenta, odpowiednia*. Jest to szczególnie widoczne wśród osób starszych, mających dużo wolnego czasu, podatnych bardziej na wszelkiego rodzaju plotki i sugestie, np. *a wie pani, ten doktor to jest najlepszy, bo mi przepisał te tabletki, które chciałam, bo tylko one mi pomagają, a tamten to nie chciał dać mi recepty. Niech pani idzie do tego pierwszego...* itd.

Ile jest tzw. podwójnych wizyt u specjalistów tego samego pacjenta, tego nie wie chyba nawet NFZ. Dublowanie świadczeń, szczególnie w ambulatoryjnym lecznictwie specjalistycznym, zostałyby uniemożliwione przez wprowadzenie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego, do czego już wielokrotnie się przymierzano i która z powodzeniem funkcjonuje od wielu lat na Śląsku. Dlaczego nie ma jej do tej pory na terenie całego kraju? Czy przeszkodą jest – jak zwykle – tylko brak pieniędzy na tę operację?

Wydaje się więc, że symboliczna dodatkowa opłata za każdą wizytę u lekarza w dużym stopniu spowodowałaby ukrócenie tego procederu i zaoszczędziła wiele czasu lekarzom i środków finansowych płatnikowi publicznemu. Na pewno nie miałyby to na celu uratowania systemu finansowego opieki zdrowotnej w kraju, ale przede wszystkim zdyscyplinowanie pacjentów. Według *Gazety Wyborczej* (wyd. opolskie z 9 czerwca 2009 r.): *Rekordzistka z naszego województwa była w zeszłym roku u lekarza... 176 razy. – Gdyby musiała choć symbolicznie płacić za te wizyty, na pewno ograniczyłaby ich liczbę* – mówi Kazimierz Łukawiecki, dyrektor opolskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

### Skrócone kolejki

Podczas wielu spotkań w kraju z menedżerami ochrony zdrowia oraz w trakcie nieformalnych dysku-

sji z różnymi środowiskami związanymi z ochroną zdrowia wielokrotnie poruszano tę sprawę. Zdania – jak zwykle – są podzielone, nie ma jednomyślności, ale wydaje się, że większość jest za rozpoczęciem szerokiej, konkretnej dyskusji na ten temat. Dyrektorzy szpitali uważają, że nie będzie to znaczący dochód dla ich jednostek. Przecież już obecnie pacjent jest zobowiązany do współpłacenia, np. za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, gdzie koszt świadczenia medycznego pokrywa NFZ, a koszty tzw. hotelowe choroby lub jego rodzina. W moim szpitalu jest 50-lóżkowy

„ Już obecnie pacjent jest zobowiązany do współpłacenia, np. za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ”

ZOL i współpłacenie nie pokrywa w pełni pozamedycznych kosztów hospitalizacji, a że szpital ten leży w najbiedniejszym regionie Polski, otrzymuję wiele podań od pacjentów tego oddziału proszących o zwolnienie z opłat ze względu na trudną sytuację finansową lub rodzinną. Wydaje się więc, że nie będzie to znaczący dochód dla szpitala czy przychodni, jednak w pewnej mierze uszczelni system, co spowoduje konkretne efekty dla płatnika i świadczeniodawcy. Sprawa niedoboru pieniędzy na lecznictwo i ustalenia faktycznego zapotrzebowania na te świadczenia może być rozwiązana poprzez uchwaloną w tym roku ustawę o koszyku świadczeń gwarantowanych oraz poprzez zaangażowanie, oprócz publicznych, także pieniędzy prywatnych, tj. dopłat pacjentów. Wydaje się, że korzyści z takiego rozwiązania odniosą wszystkie strony tego procesu:

- płatnik – uszczelnienie systemu, zaoszczędzenie pieniędzy;
- świadczeniodawca – korzyść finansowa raczej niewielka, ale głównie skrócenie kolejek, zwiększenie dostępności do świadczeń;
- pacjent – szybsze dostanie się do lekarza, zaoszczędzenie niepotrzebnych wydatków na dublowane leki, oszczędność czasu.

### Opór

Czy współpłacenie może spowodować ograniczenie dostępu do leczenia? Otóż, w rzeczywistości dostęp się

zwiększy. Pokutuje mit, że każdemu wszystko należy się za darmo. Wiadomo, że tak faktycznie nie jest. Wszystkie świadczenia zdrowotne są sfinansowane z określonej puli pieniędzy. Zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia powoduje zatem, że pieniędzy brakuje, płatnik ogranicza ich liczbę, co z kolei powoduje powstawanie kolejek, korupcję i zadłużanie się szpitali – tak naprawdę realny dostęp do świadczeń zmniejsza się. Stwarza to ogniska zapalne w poszczególnych regionach, szczególnie w tych, gdzie w wyniku bardzo niekorzystnej zmiany tzw. algorytmu podziałów pieniędzy dla oddziałów wojewódzkich NFZ z 2007 r. nastąpiło drastyczne zmniejszenie funduszy

„ Współpłacenie uszczelni system, poprawi wykorzystanie publicznych funduszy na ochronę zdrowia ”

dla świadczeniodawców, np. na Lubelszczyźnie, Podkarpaciu, Warmii i Mazurach. Na szczęście algorytm został poprawiony. Z uwagi na fakt, że obowiązywał w latach poprzednich, w regionach tych znacząco wydłużyły się kolejki, szpitale mają coraz większe problemy finansowe, a płatnik nie ma dodatkowych pieniędzy. Współpłacenie uszczelni system, poprawi wykorzystanie publicznych funduszy na ochronę zdrowia. Chociaż leczenie jest *bezpłatne*, liczba osób mogących skorzystać ze świadczeń zdrowotnych jest mniejsza, niż gdyby istniały dopłaty do leczenia. Trzeba do tego odpowiednio przygotować społeczeństwo. Inną sprawą jest to, jak przygotować polityków. Nie każdy pacjent będzie zadowolony, że musi np. dopłacić złotówkę do wizyty u specjalisty, albo od 3 do 5 zł za pobyt w szpitalu do tzw. doby hotelowej. Już słysząc głosy części z nich, *przecież płacę składkę zdrowotną, jeszcze jedna danina!* Zgadza się, ale Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za wykonane świadczenie zdrowotne, opłacając jego koszt, nie zawsze jest to koszt rzeczywiście poniesiony przez szpital. Nie każdy zaś wie, że nie płaci za tzw. pobyt pacjenta w szpitalu. Wprowadzeniu współpłacenia powinno być powiązane z odpowiednią akcją uświadamiająco-marketingową, jak też powinny towarzyszyć temu kroki mające na celu zwiększenie ilości pieniędzy w kieszeni obywateli przez obniżenie obciążeń podatkowych. W jaki

sposób to zrobić – czy poprzez odpis od dochodu obywatela, czy od podatku, to odrębna sprawa. Należy też mieć na uwadze tych obywateli, których nie będzie stać nawet na symboliczną złotówkę. Będzie to wymagało wprowadzenia działań osłonowych w ramach solidaryzmu społecznego. Jest to zadanie dla polityków i ekonomistów, jednak można by, np. rozważyć zwolnienie ze współpłacenia:

- dzieci do 18. roku życia i osób starszych, powyżej 75. roku życia,
- kobiet w ciąży,
- osób bez minimum socjalnego (opłata wnoszona przez opiekę społeczną lub gminę),
- osób z chorobami zakaźnymi lub społecznymi,
- świadczeń medycyny ratunkowej.

### Doświadczenia sąsiadów

Każdy system ma dobre i złe strony, tak też jest i w Czechach, i w Niemczech. Michael Dalhoff, doradca ministra zdrowia Republiki Federalnej Niemiec, przypomniał na konferencji tematycznej 9 czerwca w Opolu, że gdy wprowadzano współpłacenie w 2005 r., o 8 proc. zmalały wizyty u lekarzy. W Niemczech pacjent płaci 10 euro za kwartał tzw. opłat gabinetowych, 10 euro za dzień pobytu w szpitalu, ale maksymalnie tylko za 28 dni w roku. Za poradę lekarską w Czechach płaci się 30 koron. Wezwanie pogotowia ratunkowego kosztuje 90 koron. System ten działa tam od ponad roku i spotkał się z krytyką, był też nowelizowany, ale nikt się z niego nie wycofuje. Myślę, że doświadczenia tych dwóch państw, jak i innych, w których obowiązują dopłaty do świadczeń zdrowotnych, mogłyby naszych decydentów ostrzec przed podobnymi błędami i wprowadzić go w sposób bezpieczny. Trzeba mieć na uwadze naszą sytuację geopolityczną i społeczną oraz specyfikę kraju, jakim jest Polska. Mamy znakomitych ekonomistów, socjologów, menedżerów ochrony zdrowia, czy nie warto spróbować na ten temat poważnie porozmawiać?

### Ale mamy kryzys!

Mamy ciężkie czasy, nie wiadomo, jaka będzie sytuacja finansowa w szpitalach do końca tego roku, a rok 2010 to na razie wróżenie z fusów... Dlatego uważam za konieczne określenie jasnych zasad funkcjonowania szpitali w Polsce w oparciu o te środki publiczne, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie same pieniądze trafiają do szpitali zarządzanych dobrze, przynoszących wymierne efekty ekonomiczne, do jednostek niezadłużonych, inwestujących w sprzęt, podnoszących jakość świadczonych usług oraz do takich, które *wchłoną* każdy publiczny grosz, ciągle narzekając na brak środków i możliwości normalnego funkcjonowania. W dobie pogłębiającej się recesji trzeba szybko my-

śleć o przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego. Oczywiście, że jest to komercjalizacja, ale właścicielem niepublicznego szpitala samorządowego pozostaje nadal podmiot publiczny – samorząd. Po restrukturyzacji nie jest to typowy szpital prywatny i ten fakt należy podkreślić! W tej formie nikt nie zawłaszcza publicznego grosza, wręcz przeciwnie – pokazuje, jak można go efektywnie wykorzystać. W 2009 r. NFZ wydał ok. 55 mld zł, w tym do szpitali wpłynęło 27 mld zł z 52 mld zł przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych – o ponad 10 mld zł więcej niż w 2007 r. W 2010 r., niestety, budżet będzie o ok. 2 mld zł mniejszy ze względu na przewidywane zmniejszenie dochodów ze składek ubezpieczenia zdrowotnego, ale czy na pewno? Budżet NFZ może wkrótce potrzebować dofinansowania lub pożyczki z budżetu państwa. Pieniądze dla sektora usług medycznych mogą okazać się bardziej potrzebne niż pomoc sektorowi bankowemu lub też branży przemysłowej. Ze zdrowiem nie należy igrzać, każdy był, jest lub będzie pacjentem i co się stanie, jak przyjdzie mu leczyć się w kryzysie? Dlatego już dziś minister finansów powinien rozważyć, co jest ważniejsze i bardziej pilne dla naszego społeczeństwa, jak też i ekonomii. Czyż nie lepiej jest wczasy inwestować w ochronę zdrowia niż później ponosić konsekwencje nie tylko finansowe jej zapaści? Sektor typowo prywatny, mimo coraz lepszych wyników finansowych (rynek ten jest wart ok. 25 mld zł), nie jest alternatywą, przede wszystkim ze względu na niskie dochody polskich obywateli, zwłaszcza obecnie, w sytuacji kryzysowej. Dotyczy to szczególnie tzw. *ściany wschodniej*. Dlatego też wydaje się, że właśnie w tak trudnych czasach jest odpowiedni moment na rozpoczęcie działań zmierzających do wprowadzenia współpłacenia pacjentów. Poparte musi to być bardzo rzetelną, merytoryczną i fachową akcją informacyjną dla społeczeństwa, a przede wszystkim, szeroką, ponad podziałami dyskusją polityków. Czy to możliwe? Jest to szybki sposób pozyskania dodatkowych pieniędzy na finansowanie systemu, a także na zracjonalizowanie wydatków w wyniku świadomego zachowania pacjentów. Moim zdaniem, trudno wyobrazić sobie, by jakaś partia polityczna chciała teraz zacząć dyskusję i wprowadzić taki system – za rok wybory prezydenta, a za dwa lata następne wybory parlamentarne, i tak dalej... – *Nie prowadzimy obecnie żadnych prac nad wprowadzeniem dopłat od pacjentów* – zastrzegł podczas opolskiego Polsko-Niemieckiego Forum Ochrony Zdrowia, które odbyło się 9 czerwca 2009 r., wiceminister zdrowia Marek Haber.

### Pierwsze przymiarki

*Przewodnik Lekarza* w nr 1 z 2004 r. w artykule *Jak finansować polską służbę zdrowia?* donosił: *PAP zapytała kluby SLD, UP, PO, LPR i PSL o ich odpowiedzi*

*na 10 pytań, zadanych przez marszałka Sejmu Marka Borowskiego, który kieruje parlamentarnym zespołem zajmującym się nową ustawą o systemie ochrony zdrowia. Pytania dotyczyły zasad, na podstawie których mogłaby być stworzona nowa ustawa o systemie ochrony zdrowia.*

*(...) SLD i PO opowiadają się za wprowadzeniem współpłacenia pacjentów. Według SLD, ma ono jednak nie tyle stanowić dodatkowe źródło przychodów dla jednostek medycznych, ile ograniczać popyt na niektóre świadczenia medyczne. Dlatego też wg klubu obowiązkowe dopłaty pacjentów powinny być nałożone jedynie na świadczenia nadużywane przez pacjentów i/lub mnożone przez lekarzy.*

*PO uważa, że w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych dopłaty pacjentów powinny dotyczyć jedynie kosztów żywienia i hotelowych w szpitalach. Dopuszcza jednak wprowadzenie także niewielkich opłat administracyjnych (...).*

To tyle historii, jak jest obecnie, wszyscy wiemy.

„ Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia może wkrótce potrzebować dofinansowania lub pożyczki z budżetu państwa ”

### Współpłacenie w koszyku

Każdy mechanizm pozwalający na najbardziej efektywne wydawanie funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia musi być wnikliwie rozpatrzony. Wydaje się, że obecne mechanizmy rynkowe – konkurencja, wolny wybór, komercjalizacja szpitali, prowadzenie wolnej przedsiębiorczości – są dobrym kierunkiem. Moim zdaniem nie są jednak wystarczające. Niestety, rządowy *plan B* napotyka trudności w realizacji. Zainteresowanie szpitali publicznych zmianami w spółki prawa handlowego jest znikome. Dlaczego tak jest – to już inna sprawa. Jednym z bodźców, które spowodują rzeczywistą reformę organizacyjną polskiego systemu ochrony zdrowia, mogłoby być współpłacenie. Warto się nad tym zastanowić, bo czas ucieka, dla nas, dyrektorów szpitali, pacjentów, płatnika, dla każdego, kto wie, jak działa polska służba zdrowia. Obecnie jest dobry okres, na początku 2010 r. wejdzie w życie ustawa koszykowa.

Krzysztof Tuczapski