

Opłaty za usługi pozamedyczne w szpitalach w opinii Polaków Za, a nawet przeciw

Wiktor Górecki

Trwa publiczna debata na temat opłat dodatkowych w ochronie zdrowia. Co na ten temat myślą Polacy? Za co są bardziej skłonni płacić z własnej kieszeni, za co mniej? Kto jest za, kto przeciw? Przedstawiamy raport oparty na prowadzonych przez lata badaniach statystycznych.

Zagadnienie opłat za usługi pozamedyczne, np. za wyżywienie w szpitalach, jest aktualne z kilku powodów. Brak możliwości ich pobierania blokuje próby doprecyzowania oferty publicznego systemu ochrony zdrowia w sprawie tego, co jest świadczeniem ściśle medycznym. Doprecyzowanie takie pozwoliłoby z kolei uniknąć finansowania

z publicznych pieniędzy usług o innym charakterze, a towarzyszących leczeniu. Nikt nie oczekuje bezpłatnego biletu autobusowego na dojazd do szpitala, ale przyjęło się, że hospitalizowani nie płacą za posiłki. Wiadomo jednak, że u źródeł praktyki bezpłatnego, włącznie z posiłkami, pobytu w szpitalu jest chęć zapobieżenia wykluczeniom.

Nie ulega wątpliwości, że są i będą osoby, które nie byłyby w stanie wnieść nawet symbolicznych opłat związanych z dotarciem do szpitala i pobytem w nim – tym trzeba pomóc. Równocześnie nie ma powodu, żeby inne osoby na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego korzystały z bezpłatnych usług pozamedycznych.

bruno



Usługi medyczne i hotelarskie

Ewentualne dodatkowe opłaty za usługi pozamedyczne odciążąłyby finanse szpitalne, pośrednio NFZ, aktualnie obciążone omawianymi kosztami. Rozszerzyłyby możliwości partnerstwa publiczno-prywatnego w dziedzinie usług hotelarskich i gastronomicznych, ze wszystkimi tego korzyściami. Odciążyłyby szpitale i NFZ z funkcji, jaką pełnić powinna pomoc społeczna, którą szpitale faktycznie realizują z pieniędzy na świadczenia zdrowotne. Celem zatem nie byłoby pozbawienie osób niezamożnych posiłków czy świadczeń hotelowych, ale racjonalizacja mechanizmów finansowania. Choczy o ustabilizowanych dochodach płaciliby za wyżywienie, jak wówczas, kiedy przebywają na rehabilitacji w sanatorium. Za osoby objęte pomocą społeczną lub znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej – bezrobotne i niezamożne – płaciłyby natomiast instytucje pomocy społecznej. Ważne jest przy tym to, co być może warunkuje wszelkie inicjatywy w tej dziedzinie, mianowicie sposób, w jaki pomoc społeczna miałaby być realizowana – by nie godziła w dobra osobiste, przede wszystkim godność osób, do których jest kierowana.

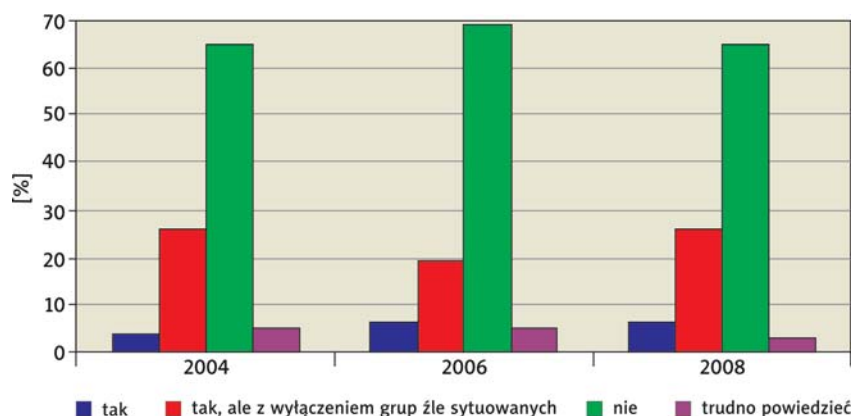
Przytoczone okoliczności usprawiedliwiają włączenie do rutynowych badań prowadzonych na Wydziale Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ zagadnienia opłat dodatkowych, co w relacjonowanym niżej badaniu uczyniono, choć w zakresie bardzo ograniczonym. Zadano bowiem tylko jedno pytanie i pytano nie o opłaty za usługi medyczne *stricte*, a o rzecz łatwiejszą – opłaty za usługi pozamedyczne nierozdzielnie jednak powiązane z hospitalizacją. Jest to próba zbliżenia nie tylko do zagadnienia opłat dodatkowych generalnie, ale próba przyczynienia się do uporządkowania dyskusji na ten temat i oddzie-

lenia warstwy technicznej zagadnienia od jego warstwy aksjologicznej.

Badanie

Respondentom postawiono pytanie: *Czy, Pana(i) zdaniem, powinno się wprowadzić w szpitalach niewielkie opłaty za usługi pozamedyczne, np. za wyżywienie?* Poprzedzono je odwołaniem się do znanych okoliczności, że np. w sanatorium

udzielających odpowiedzi pozytywnych przyłączyła się do zastrzeżeń chroniących osoby zagrożone wykluczeniem – jako źle sytuowane. Można więc mówić o stosunkowo dużej, jak na tak drażliwą materię, akceptacji opłat dodatkowych. Równocześnie otrzymujemy wyraźny sygnał o wyczuleniu akceptujących opłaty dodatkowe na zagrożenie wykluczeniem gorzej sytuowanej części społeczeństwa.



Ryc. 1. Czy powinno się wprowadzić w szpitalach niewielkie opłaty za usługi pozamedyczne, np. za wyżywienie?

powszechne ubezpieczenie zapewnia bezpłatne zabiegi lecznicze przepisane przez lekarza, ale za inne świadczenia lub usługi, takie jak wyżywienie, pacjent częściowo płaci. Do dyspozycji respondentów pozostawiono cztery możliwości odpowiedzi: dwie pozytywne: *tak* oraz *tak, ale z wyłączeniem grup źle sytuowanych*, odpowiedź negatywną: *nie* oraz *trudno powiedzieć*.

Kto za, kto przeciw

Okazuje się, że choć zdecydowana większość ankietowanych w ostatnich pięciu latach nie zgadzała się na wprowadzenie wspomnianych opłat, to jednak w kolejnych latach znaczna część z nich, tj. 30 proc. w 2004 r., 25,8 proc. w 2006 r. i 32 proc. w 2008 r., udzielała jednej z dwóch odpowiedzi pozytywnych: *tak* lub *tak, ale z wyłączeniem grup źle sytuowanych*.

Należy podkreślić, że zdecydowana większość respondentów

Chętniej zapłacą mężczyźni

Wśród mężczyzn udział wybierających w 2008 r. jedną z dwóch odpowiedzi pozytywnych (34 proc.) był nieco wyższy niż kobiet (30 proc.).

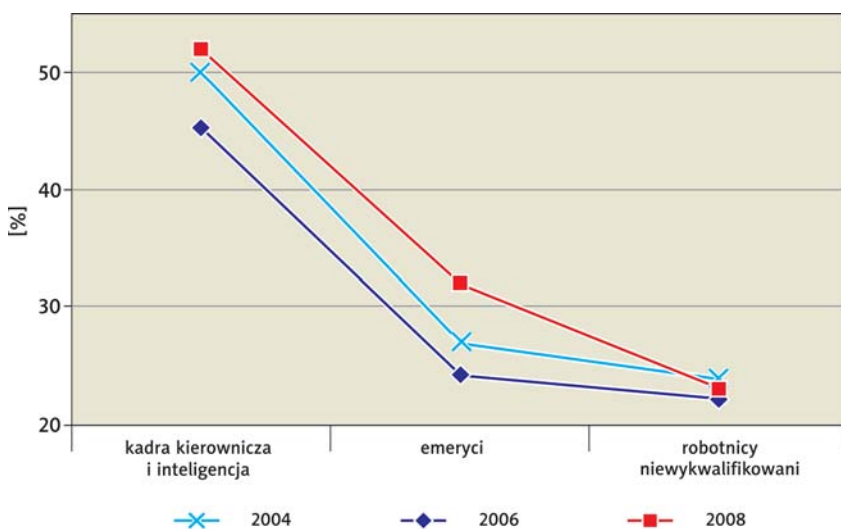
Wiek respondentów, w świetle uzyskanych danych, różnicuje ich wybory w interesującej nas kwestii i częściej za wprowadzeniem dodatkowych opłat optowały w 2008 r. osoby w wieku 35.–64. roku życia – ok. 33 proc. spośród nich dopuszcza warunkowo lub bezwarunkowo wprowadzenie niewielkich opłat. Rzadziej godzą się na to osoby młodsze – u progu i w pierwszej fazie dorosłego życia – oraz respondenci w wieku emerytalnym – ok. 30 proc. spośród nich wyraża taką zgodę.

W latach 2004 i 2006 miejsce zamieszkania w małym stopniu różnicowało opcje. Niejaka zmiana nastąpiła w roku 2008, gdy wobec pewnego zmniejszenia w stosunku do roku 2004 odsetka deklarują-

„ Nie ulega wątpliwości, że są i będą osoby, które nie byłyby w stanie wnieść nawet symbolicznych opłat związanych z dotarciem do szpitala i pobytem w nim – tym trzeba pomóc ”

cych warunkową akceptacją opłat pozamedycznych w ochronie zdrowia w przypadku respondentów mieszkających na wsi i w małych miastach, nastąpił wzrost wartości tego odsetka w przypadku ankietowanych zamieszkujących wielkie miasta: o 5 punktów procentowych w stosunku do roku 2004 i aż o 11 punktów procentowych, czyli o połowę w stosunku do roku 2006. Ponadto, w grupie zamieszkujących wielkie miasta obserwuje się zastanawiająco silny przejściowy

powinni być raczej przeciwni dodatkowym opłatom. Tak jednak nie jest. Podobnie jak odnotowano to w dwóch poprzednich badaniach, rozkład ich odpowiedzi nie odbiega znacząco od rozkładu odpowiedzi w całej próbie. Nie powinna natomiast dziwić szczególna akceptacja dodatkowych opłat, którą obserwuje się również w 2008 r. wśród kadry kierowniczej i inteligencji. W tej grupie respondentów 52 proc. jest zdania, że powinno się wprowadzić wspo-



Ryc. 2. Odsetek osób, których zdaniem powinno się wprowadzić w szpitalach opłaty za usługi pozamedyczne, wg wybranych kategorii respondentów

wzrost udziału bezwarunkowej zgody na wspomniane opłaty w roku 2006 w stosunku do wyników z badań prowadzonych 2 lata wcześniej i 2 lata później.

Dobrze zarabiający chcą płacić

Ludzie starsi, renciści czy bezrobotni, osoby znajdujące się często w gorszej sytuacji materialnej,

mniane opłaty. Najbardziej niechętni temu rozwiązaniu są rolnicy i robotnicy niewykwalifikowani. Akceptuje je odpowiednio 18 i 23 proc. badanych.

Silna mniejszość

Ocena własnej sytuacji materialnej różnicuje odpowiedzi respondentów, choć w mniejszym stopniu niż pozycja społeczno-zawodowa.

W 2008 r. warunkowymi i bezwarunkowymi zwolennikami opłat dodatkowych było 39 proc. dobrze oceniających własną sytuację materialną oraz 23 proc. oceniających ją źle. Bardziej różnicuje dochód na osobę w gospodarstwie domowym: wspomnianą opcję wybrało w 2008 r. 50 proc. respondentów o dochodach ponad 1200 zł na osobę i 26 proc. o dochodach do 300 zł. Podobnie zróżnicowane są odpowiedzi ze względu na wykształcenie, które jak wiadomo coraz częściej łączy się z pozycją materialną. W 2008 r. 50 proc. badanych z wyższym wykształceniem było zwolennikami opłat dodatkowych w porównaniu z 23 proc. mającymi wykształcenie podstawowe.

Deklaracje zgody na dodatkowe opłaty za usługi pozamedyczne, ale pod warunkiem zapewnienia ochrony grupom najsłabszym, w ogólnej liczbie deklaracji akceptujących takie opłaty traktować można zapewne jako wskaźnik solidarności społecznej, poczucia zagrożenia lub braku zaufania do służb pomocy społecznej, przy czym poczucie zagrożenia jako motyw nie musi wykluczać solidarności. Oznaczać by to mogło, że większej potrzebie solidarności lub większemu poczuciu zagrożenia, ale też, być może, mniejszemu zaufaniu do służb pomocy społecznej mieszkańców wsi, osób bez wykształcenia, najgorzej sytuowanych i starszych, częściej warunkujących swą zgodę spełnieniem wymogów społecznych, przeciwstawić można mniejsze poczucie zagrożenia, być może, większe zaufanie do służb pomocy społecznej, ale też, być może, mniej solidarności osób z wyższym wykształceniem, na kierowniczych stanowiskach, dobrze sytuowanych.

Zwraca uwagę charakterystyczny dla roku 2006 i wyraźnie widoczny na wykresach spadek akceptacji opłat dodatkowych za świadczenie pozamedyczne towarzyszące leczeniu w publicznym systemie ochrony zdrowia. Jest to

swego rodzaju wahnięcie, po którym w roku 2008 rozkład opinii powrócił do stanu sprzed czterech lat. Zapewne charakter debaty publicznej wokół ochrony zdrowia, który przybrał wówczas formułę mniej pragmatyczną i mniej merytoryczną, otworzył pole lub może ujawnił skrywane emocje negatywne: poczucie zagrożenia, brak oparcia w solidarności, brak zaufania do służb pomocy społecznej – jak pisało wyżej: mieszkańców wsi, osób bez wykształcenia, najgorzej sytuowanych i starszych.

Analiza zróżnicowania społecznego opinii w przypadku wrażliwych społecznie i ważnych w polityce zdrowotnej kwestii służyć może nie tylko ciekawości, ale też ma znaczenie jako jedna z przesłanek dla zróżnicowanych i dobrze adresowanych społecznie rekomendacji praktycznych dla polityki w ochronie zdrowia.

Za usługi medyczne

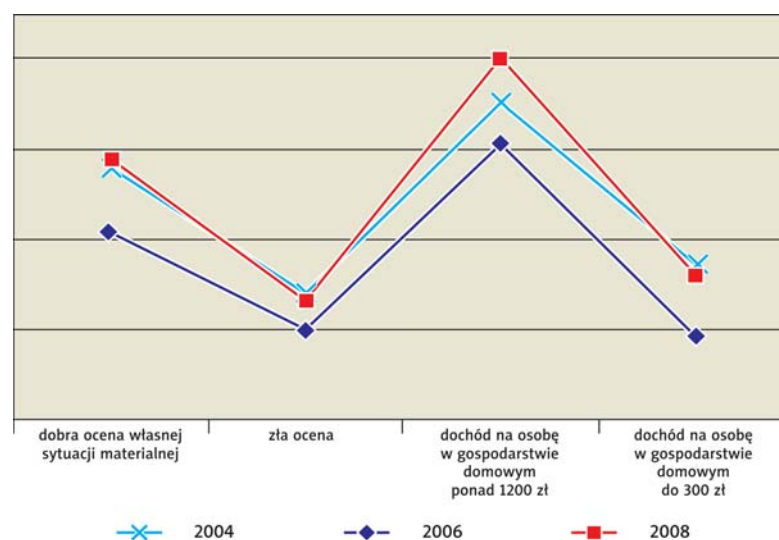
Odrębną – w stosunku do kwestii opłat za świadczenia pozamedyczne towarzyszące leczeniu w systemie publicznym – jest kwestia opłat dodatkowych za świadczenia medyczne w tym systemie – opłaty za porady lub badania oferowane w systemie publicznym osobom płacącym składkę na publiczne ubezpieczenie zdrowotne. Funkcją takich dodatkowych opłat (zwykle w propozycjach operuje się niewielkimi, mniejszymi nawet niż 10 zł kwotami) miałyby być, w opinii proponujących takie opłaty, przede wszystkim redukcja demoralizującego mechanizmu prowadzącego do przekonania, że świadczenia medyczne są *za darmo*, a przez to ignorowanie okoliczności, że nawet najtańsze z nich kosztują i nie powinny być nadużywane przez pacjentów ani namnażane przez świadczeniodawców. Innym celem opłat dodatkowych za świadczenia medyczne mogłaby być regulacja dostępu do świadczeń oferowanych na specjalnych warunkach, np. bez kolejki, o pod-

” Dostęp do świadczeń o podwyższonym standardzie regulowany jest obecnie w sposób nieformalny, nierzadko korupcyjny ”

wyższonym standardzie itp. Dostęp do tak oferowanych świadczeń regulowany jest obecnie w sposób nieformalny, nierzadko korupcyjny.

Jak się wydaje, zjawiska tego nie da się wyeliminować środkami administracyjnymi ani apelami lub

tego liczne nieporozumienia i niejasności w debacie publicznej na temat ochrony zdrowia, budząc niepokój i poczucie zagrożenia wśród części pacjentów. Mogą wreszcie z powodu nieumiejętności, braku kontroli lub złej woli stać się źródłem i zarazem usankcjonowa-



Ryc. 3. Odsetek osób, których zdaniem powinno się wprowadzić w szpitalach opłaty za usługi pozamedyczne, a sytuacja materialna

protestami. Oficjalna opłata dodatkowa mogłaby pełnić tu, zdaniem jej rzeczników, funkcję środka zaradczego. Oficjalna opłata dodatkowa za świadczenia mogłaby być wreszcie sposobem na pozyskanie dodatkowych pieniędzy dla systemu inną drogą niż podwyższenie składki, obciążając świadczeniobiorców w bardziej zróżnicowany sposób.

Zagrożenia

Z opłatami dodatkowymi za świadczenia medyczne wiązać się mogą wreszcie zagrożenia. Pomijając już fakt, że stan prawny nie dopuszcza tej formy płatności, opłaty dodatkowe wprowadzone nieumiejętnie pogłębiać mogą i bez

niem nieusprawiedliwionych medycznie ograniczeń lub wykluczeń w dostępie do świadczeń.

Wokół opłat dodatkowych za świadczenia medyczne koncentruje się, jak wiadomo, jeden z ważniejszych sporów dotyczących zmian w systemie ochrony zdrowia. Według opinii jednych, tylko opłaty dodatkowe mogą uratować system przed niepohamowanym i nieuzasadnionym wzrostem popytu na niektóre świadczenia, inni zaś twierdzą, że staną się początkiem załamania solidarności społecznej stojącej u podstaw systemu ochrony zdrowia.

Autor jest naczelnikiem Wydziału Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ.
Współpraca Konrad Potyra