

Pieniądze są
benzyną systemu



SZESNAŚCIE ZŁOTYCH ZA DOBĘ

W debacie publicznej co rusz wraca temat współpłacenia. Najczęściej jest ono przedstawiane jako jeden ze sposobów na zwiększenie funduszy w systemie. Inni mówią o jego zaletach jako mechanizmie ograniczającym nadmierną konsumpcję świadczeń zdrowotnych i jednym ze sposobów na ograniczenie kolejek, głównie do lekarzy specjalistów. Minął zaledwie rok od czasu, kiedy „Menedżer Zdrowia” opublikował artykuł, w którym twierdziłem, że wbrew pozorom współpłacenie już istnieje i to na niemałą skalę. Nie wprowadzono jedynie niektórych jego form. Nie będę więc powtarzał poprzednich argumentów i zwrócę uwagę na inne oblicza problemu.

Jaki zysk z wprowadzenia dodatkowej opłaty przez pacjenta za udzieloną usługę zdrowotną może mieć wykonawca tej usługi? Czy skala tego zysku uzasadnia wprowadzenie takich opłat? Czy nie odbędzie się to wbrew interesom samych wykonawców?

Za czynności niemedyczne

W tej chwili brakuje nam tylko opłat pacjentów za dobę hotelową w szpitalu, za wizytę u lekarza oraz za świadczenia wykraczające ponad standard (tę możliwość dopuszczono jedynie w stomatologii). Słyszę już oburzenie np. rehabilitantów, diagnostów i wszystkich innych wykonujących świadczenia opłacane przez publicznego płatnika, którzy oczywiście oczekują, że także w ich gabinetach pacjenci będą obowiązkowo rzucać na tacę. Zostaliśmy jednak przy trzech grupach wskazanych wyżej.

Opłata za dobę hotelową ma chyba największe uzasadnienie. W zasadzie w wypadku wszystkich tzw. świadczeń zdrowotnych płatnik publiczny płaci za czynności medyczne. W zakładach opieki długoterminowej i sanatoriach już dziś pacjent pokrywa koszty utrzymania. Dlaczego więc w szpitalach ogólnych, rehabilitacyjnych i psychiatrycznych utrzymywanie pacjenta jest finansowane ze składki zdrowotnej? – tego poza politykami, okładającymi się nawzajem, nie wie nikt. Zwłaszcza że taka opłata była zaplanowana już w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r., napisanej przez lewicowo-ludową koalicję SDRP (dawny SLD-PSL). Zapis ten zgodnie wykreślili tworzący nową koalicję rządową związkowcy i prawicowcy z AWS wraz z liberałami z UW. Spójność zapisów tworzonego prawa z głoszonymi publicznie hasłami pozostawiam przemyśleniom czytelników.

Spójność systemu

Trzeba powiedzieć, że wprowadzenie opłaty hotelowej jest uzasadnione, choćby w celu utrzymania spójności systemu. W Czechach wynosi ona 100 koron dziennie, czyli ok. 16,10 zł przy obecnym kursie, co pokrywa mniej więcej koszt dziennego wyżywienia; w tych szpitalach, gdzie żywienie jest gorsze, może wystarczyć jeszcze na wydatki związane z praniem pościeli. Sprzątania sal chorych, zakupu środków czystości już raczej się z tej kwoty nie opłaci. Ale musi być jakiś kompromis. Dla średniej wielkości szpitala, z codziennym obłożeniem 300 łóżek, stanowiłoby to dodatkowy przychód w wysokości ok. 145 tys. zł miesięcznie. Kwota nie do pogardzenia. Szkoda, że w dużej mierze na papierze. Po pierwsze, w prawodawstwie musi być jakiś bufor chroniący najbiedniejszych i np. w Czechach pacjent jest zwolniony z wszelkich opłat, jeżeli ich wysokość przekroczy rocznie równowartość ok. 800 zł, a w wypadku dzieci, emerytów i rencistów – ok. 400 zł. W jaki sposób, przy bałaganie informatycznym w systemie, będzie można wykazać u nas przekroczenie przez pacjenta kwoty granicznej? Drugim problemem jest możliwość windyka-

cji należności. Będziemy pobierać zaliczkę przed przyjęciem czy nie wydamy wypisu, jeżeli hospitalizowany nie zapłaci? Ludzie młodzi, bogaci i z wielkich miast stanowią znikomą mniejszość w polskich szpitalach. Dominują ludzie starzy, często zaniedbani zdrowotnie z powodu braku pieniędzy na realizację recept.

Windykator

Niech każdy dyrektor spojrzy w dotychczasowe należności za niezapłacone świadczenia na rzecz osób nieubezpieczonych i oceni możliwość ich windykacji. Teraz problem może być wielokrotnie większy. Czy wynajmiemy firmę Kruk albo inną „gazetę biznesu” zajmującą się windykacją do ściągnięcia niecałych 100 zł za 6-dniowy pobyt staruszki w szpitalu? Wielu zainteresowanym wydaje się oczywiste, że opłata hotelowa ograniczy liczbę tzw. rezydentów umieszczanych w szpitalu przez rodziny na święta lub w czasie wyjazdu na urlop. Ale przecież kwota nieco ponad 200 zł za 14–15-dniowy pobyt w szpitalu

WPROWADZENIE OPŁATY HOTELOWEJ

JEST UZASADNIONE,

CHOĆBY W CELU UTRZYMANIA

SPÓJNOŚCI SYSTEMU. W CZECHACH

TA OPŁATA WYNOŚI 100 KORON DZIENNIE,

CZYLI OK. 16,10 ZŁ

PRZY OBECNYM KURSIE

dziadka to nic w porównaniu z kosztem urlopu bądź koniecznością opłacenia na ten czas opiekuna. I tutaj więc wielkiej różnicy nie powinniśmy się spodziewać.

Opłata za wizytę jest także dużym wyzwaniem logistycznym i niekoniecznie musi się okazać korzystna dla lekarzy. Po pierwsze, nie ma możliwości pominięcia rejestracji obrotu przez kasę fiskalną. Każda opłata dokonywana przez pacjenta musi być rejestrowana jako przychód i odpowiednio opodatkowana. Duże przychodnie i szpitale poradzą sobie z tym, ale małe gabinety muszą się przygotować do zakupu kas, które przy realizacji wyłącznie świadczeń finansowanych przez NFZ nie były potrzebne. Niezbędne okaże się także odpowiednie skomplikowanie księgowości, gdyż każda transakcja będzie musiała być rejestrowana poprzez raporty kasowe.

Współpłacenie, ale nie tak

W Czechach opłata za wizytę wynosi 30 koron, czyli mniej niż 5 zł. Przyjmijmy optymistycznie, że wirtual-

ny polski lekarz specjalista przyjmuje codziennie 20 osób. Uzyskując dodatkową opłatę od wszystkich, otrzymałby miesięcznie przy 20 dniach roboczych ok. 2000 zł (przed opodatkowaniem). Jaką część tej kwoty zapłaciłby swojemu biuru rachunkowemu za zwiększenie zakresu czynności? Jak dowiadywałby się o przekroczeniu limitu zwalniającego pacjenta od opłat? Zysk prawdopodobnie mógłby się okazać niezbyt wielki, a problemów fura. I znowu byłby lament, że narzuca się lekarzom obowiązki administracyjne kosztem czasu przeznaczanego na leczenie.

Czy pacjenci zrezygnująliby z wizyt u specjalistów i zaczęli się leczyć w POZ? Tylko wtedy, gdyby wizyty w POZ były zwolnione z opłat, a tego się nie przewiduje. W przeciwnym wypadku ograniczyliby leczenie ambulatoryjne w ogóle, podobnie jak w następstwie ustawy refundacyjnej obniżyła się konsumpcja leków

CZY WYNAJMIEMY FIRMĘ KRUK

ALBO INNĄ „GAZELĘ BIZNESU”

ZAJMUJĄCĄ SIĘ WINDYKACJĄ

DO ŚCIĄgniĘCIA NIECAŁYCH 100 ZŁ

ZA 6-DNIOWY POBYT

STARUSZKI W SZPITALU?

refundowanych. Lech Wałęsa kiedyś zwrócił się do Jerzego Turowicza słowami: „masz pan gorączkę, stłucz pan termometr”. W ten sposób jednak tylko odsuwa się problemy, ale ich nie rozwiązuje. Społeczeństwo na skutek takiego manewru nie będzie zdrowsze. Część rezygnujących z leczenia ambulatoryjnego wylądować w końcu w szpitalu albo... przestanie korzystać z usług podmiotów leczniczych. Na szczęście doświadczenia czeskie uczą, że po wprowadzeniu współpłacenia liczba wizyt w pierwszym okresie spada gwałtownie, potem zaś powoli wzrasta, choć nie wraca do stanu wyjściowego.

Na koniec – panie i panowie lekarze specjaliści, jaki w tym dla was interes? Wasze usługi są opłacane przez NFZ według zasady *fee for service* – za każdą usługę do określonego limitu. Wy także albo jesteście sami świadczeniodawcami, albo niezmiernie często pracujecie na kontraktach i jesteście opłacani prowizyjnie. Jeżeli nawet tylko przejściowo spadnie wam liczba pacjentów, czy jesteście pewni, że wykonacie swoje kontrakty? Aby otrzymać wynagrodzenie za porady wyższej kategorii, trzeba ponieść koszty na diagnostykę. Co zrobicie, jeżeli

odejdą wam pacjenci systematycznie kontrolowani, ale tylko ze stabilnym schorzeniem, takim jak niewielka nadczynność tarczycy czy umiarkowane nadciśnienie tętnicze, niewymagający praktycznie żadnych nakładów na leczenie? System może by i na tym skorzystać, ale wy niekoniecznie.

Ponad standard

Trzecią możliwością jest wprowadzenie opłat za leczenie powyżej obowiązującego standardu. Ale do tego potrzeba zaangażowania aparatu państwa. Czy ma to zrobić Ministerstwo Zdrowia, czy planowany Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych, to nie jest specjalnie ważne, ale ktoś powinien w końcu standardy opisać. W jakich schorzeniach np. należy się pacjentowi badanie TK. Obecnie lekarz specjalista może skierować na nie praktycznie każdego, np. z lędźwiobólem, bo to dla niego tańsze niż skierowanie na RTG. To jest także jedna z przyczyn generowania kolejek na to badanie. Żeby było śmieszniej – jeszcze parę lat temu TK należała do grupy badań, dla których istniało współpłacenie jako mechanizm ograniczający popyt, tyle że współpłacącym był nie pacjent, ale kierujący na badanie. Lobby specjalistów udało się jednak ukreślić leb pomysłem NFZ i na dodatek doprowadzić do odebrania lekarzom rodzinnym kompetencji do kierowania na badanie finansowane przez fundusz.

Wracając jednak do meritum. Wprowadzenie współpłacenia powyżej standardu jest najbardziej uzasadnioną metodą, bo chroni także osoby najsłabsze. Mówiąc obrazowo – jeżeli pacjent musi być operowany, a standard nie obejmuje najnowocześniejszych, lecz nieefektywnych kosztowo technologii, to człowiek biedny uzyska to świadczenie metodą tradycyjną bez konieczności ponoszenia opłaty. Człowiek zamożny, jeżeli będzie chciał, będzie sobie mógł sfinansować leczenie nowocześniejsze. Równocześnie takie standardy pozwoliłyby na wprowadzenie tzw. ubezpieczeń suplementarnych, co otworzyłyby rynek dla dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, który obecnie, przy koszyku obejmującym praktycznie 100 proc. świadczeń i braku ograniczeń technologicznych, po prostu nie istnieje. Czyli, panie ministrze Arłukowiczu, do roboty, ale tak pozytywnie, a nie dla poklasku.

Z drugiej strony lustro

Niestety, system opieki zdrowotnej to nie jest świat z „Alicji w krainie czarów” – to dla jego konsumentów najczęściej ponura rzeczywistość. W jego obecnym stanie w miarę sprawnie działa podstawowa opieka zdrowotna (choć nie nocna opieka zdrowotna) oraz ratownictwo medyczne (choć już nie SOR). Inne jego fragmenty są powszechnie krytykowane. Wypada jednak zauważyć, że np. dostęp do lekarzy specjalistów krytykują głównie przyzwyczajeni do takiego leczenia mieszkańcy dużych miast, a dostęp do nowoczesnych terapii

to problem zgłaszany przez pacjentów, którym taki sposób leczenia zaproponowali lekarze, choć wiedzieli, że niektóre z tych terapii są kontestowane przez NFZ, a problem nagłośniły media. Tak czy owak – zadowolona z opieki zdrowotnej jest wyraźna mniejszość Polaków. Trzeba pochylić głowę i przyznać, że nie wszystko wynika z medialnej hysterii, lecz po prostu nie zapewniamy takiej opieki, jakiej oczekują nasi rodacy. I nie wynika to wyłącznie z braku pieniędzy.

Pieniądze są jednak benzyną systemu. Z próżnego nie należy jednak nawet Salomon. Czy jednak musimy poszukiwać dodatkowych pieniędzy za pośrednictwem współpłacenia przez bezpośrednich konsumentów usług zdrowotnych?

Ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej oparty jest na tzw. bismarckowskich zasadach – płacimy proporcjonalnie do dochodu, otrzymujemy na tych samych zasadach w zależności od potrzeb. Krótko mówiąc: więcej zarabiamy – więcej płacimy, choćbyśmy z tego nie korzy-

stali. Ale jeśli się zestarzejemy i przestaniemy zarabiać, ze składek innych będzie opłacane nasze leczenie. Popularnie to się nazywa solidarnością pokoleń. Podobnie jest z systemem ubezpieczeń społecznych, czyli pieniędzmi na emerytury. Ale w obecnym pokreślonym społeczeństwie nie ma świadomości tego faktu. Także nasi

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

OPIERA SIĘ NA ZASADZIE

SOLIDARNOŚCI SPOŁECZNEJ.

NIE MOŻNA ZATEM WIERZGAĆ

PRZECIW ZASADZIE, ŻE DZIŚ PŁACĘ

WIĘCEJ, CHOĆ NIE KORZYSTAM,

ALE ZA DWADZIEŚCIA, TRZYDZIEŚCI LAT

BĘDĘ PŁACIŁ NIEWIELE WIĘCEJ

I BĘDĘ KORZYSTAŁ NA SKALĘ

NIEADEKWATNĄ DO SKŁADKI

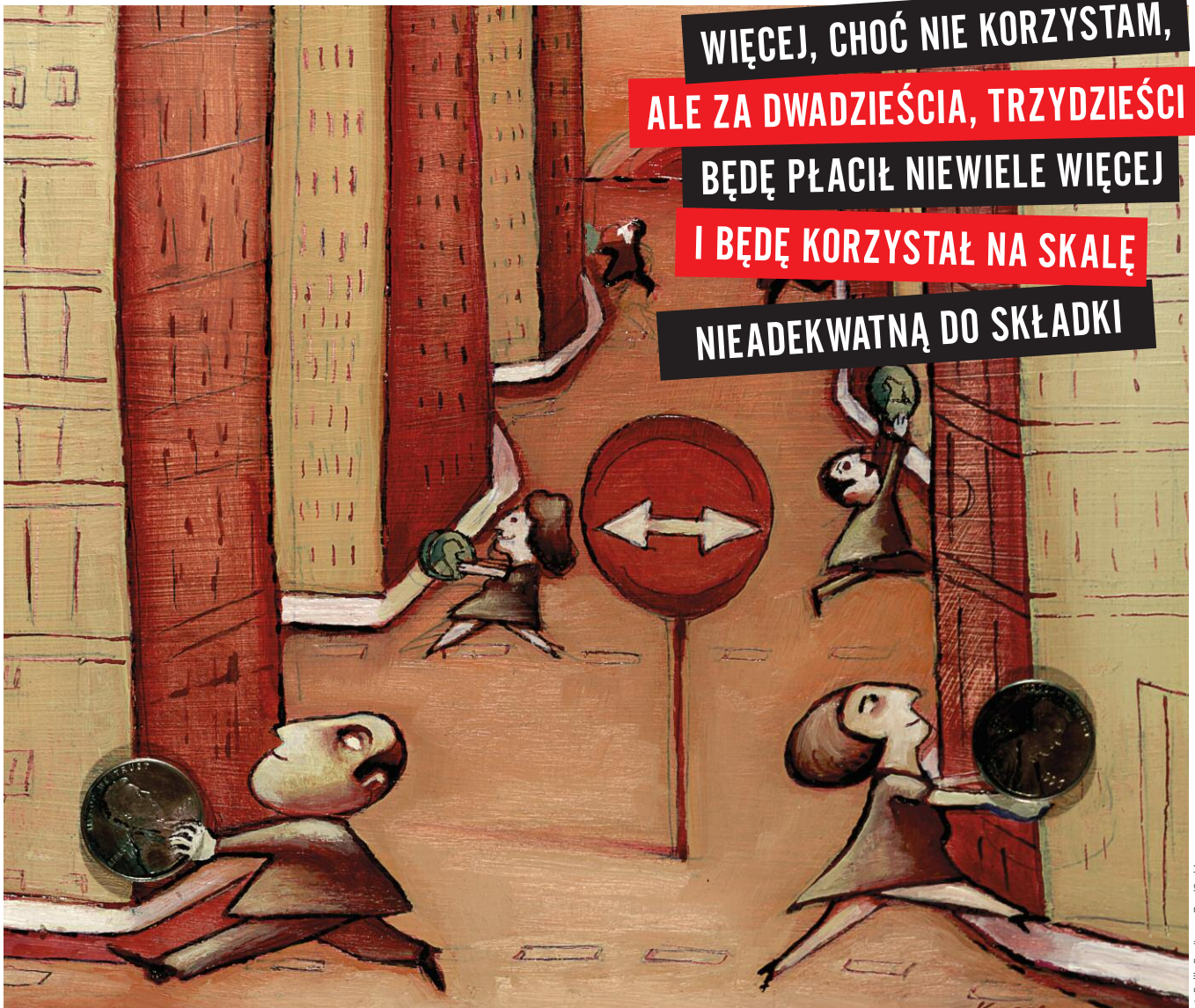


foto: Bull's Eye/ImageZoo/Corbis

przywódcy zachowują się, jakby tego prostego mechanizmu nie rozumieli. Wprowadzając kult przedsiębiorcy, sprawiają, że coraz mniej osób jest zatrudnionych na typowej umowie o pracę, płacąc składkę zdrowotną od przychodu, zaś mając naliczaną składkę repartycyjną wynagrodzenia, czyli tzw. ZUS pracodawcy, finansującą obecne emerytury. Krótkowzroczność rządzących przekracza 10 dioptrii. Unikając opodatkowania na system emerytalny, prowadzimy do konieczności dofinansowywania go z podatków poprzez zwiększenie bieżących obciążeń podatkowych bądź poprzez zadłużenie państwa i przerzucenie tego długu na własne dzieci, jeżeli je mamy.

Podobnie jest ze strumieniem pieniędzy na system opieki zdrowotnej. Obecny sposób finansowania jest jednolity tylko w wypadku dwóch grup: zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz emerytów i rencistów, którzy płacą solidarnie 9 proc. przychodu, z tego 7,75 proc. odliczanego od podatku. Inni są w ten lub inny sposób uprzywilejowani przy płaceniu składek. Ale nie do końca. Strona umowy o dzieło nie płaci w ogóle składki zdrowotnej i w większości ma 50 proc. zwolnienia przychodów od podatku, ale za resztę płaci państwu. Państwo na system opieki zdrowotnej za taką osobę nie przeznaczają ani grosza. Osoba tzw. samozatrudniona, popularnie mówiąc – na kontrakcie, płaci podatek od dochodu, ale jej stawka składki zdrowotnej wynosi 9 proc. od trzech czwartych średniego wynagrodzenia. W wypadku osoby samozatrudnionej na zmywaku to może jest haracz, bo przekracza podatek. Ale w wypadku większości kontraktowych lekarzy, prawników czy wpływowych dziennikarzy kwota przekazywana na system opieki zdrowotnej jest całkowicie nieadekwatna do uzyskiwanych przychodów. Zdają sobie sprawę, że wiele spośród tych osób (poza lekarzami) w ogóle nie korzysta z publicznego systemu opieki zdrowotnej. Może jednak w takim razie wprowadzmy dla nich ubezpieczenia substytucyjne, jak to jest na przykład w Niemczech, i skończmy z fikcją. Będzie mi miło zwłaszcza z tego powodu, że te osoby przestaną tokować, ile to pieniędzy płacą na system publiczny, w ogóle z niego nie korzystając, chociaż i to do czasu, aż zachorują naprawdę poważnie. Nie wiem tylko, czy zdają sobie one sprawę, że płacą kwotę zbliżoną do tej, którą płaciłyby, gdyby podlegały zasadom ogólnym. Wtedy składka zdrowotna byłaby wyższa, a podatek niższy – na obecnym systemie zarabia wyłącznie państwo.

O tym, jak zniekształcone jest finansowanie systemu przez poszczególne grupy społeczne w zależności od

zatrudnienia, świadczą dane statystyczne. W 2007 r. (!) 55,2 proc. składek zebranych przez ZUS pochodziło od zatrudnionych na umowę o pracę, 26,5 proc. od emerytów i rencistów, a od prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i mających podobne umowy 12,1 proc. Państwo za całkiem sporą armię bezrobotnych i ich rodzin płaciło zaledwie 2,2 proc. ogółu składki. Od 2007 r. upowszechniły się tzw. umowy śmieciowe, wzrosło znacznie bezrobocie, spadła liczba zatrudnionych na umowę o pracę, wzrosła liczba emerytów i rencistów. Czy można się zatem dziwić, że pomimo wzrostu płac nie rośnie składka na ubezpieczenie zdrowotne? Ciekawe, jaki jest obecnie udział emerytów i rencistów w finansowaniu systemu. Pewnie już ponad 30 proc. Czyli – dziadku, lecz się sam. A na dodatek obłożymy cię haraczem współpłacenia, bo w największym stopniu korzystasz z usług zdrowotnych.

Czy naprawdę jesteśmy na tyle krótkowzroczni, aby nie zauważać, że też kiedyś będziemy „dziadkami” wymagającymi opieki systemu?

Krótko o solidarności

System opieki zdrowotnej opiera się na zasadzie solidarności społecznej. Nie można zatem wierzyć przeciw zasadzie, że dziś płacę więcej, choć nie korzystam, ale za dwadzieścia, trzydzieści lat będę płacił niewiele więcej i będę korzystał na skalę nieadekwatną do składki. Każdy, kto dziś chce uniknąć płacenia należnej daniny, jest po prostu moralnym złodziejem. Z niewiadomych dla mnie przyczyn państwo staje się mecenasem takiego postępowania, zezwalając, a wręcz promując nierówność w zasadach płacenia składki zdrowotnej. Niezrozumiałe jest dla mnie także odstąpienie od płacenia chociażby części składki zdrowotnej przez pracodawców – pod tym względem jesteśmy jednym z nielicznych wyjątków w krajach nie tylko UE, lecz także OECD. Ale to temat na inny artykuł.

Dzięki sposobowi poboru składki zrobiliśmy z NFZ kasę dla biedaków, a potem się dziwimy, że nie może on pokryć leczenia wszystkim wszystkim i w nieograniczonym zakresie. A jako sposób zaradzenia problemom proponujemy biedakom utrzymującym system dodatkową opłatę za każde świadczenie. Z moralnością to ma niewiele wspólnego.

Ale czy słowo „moralność” jest zrozumiałe dla polityków walczących o władzę i lobbystów walczących o pieniądze?

Maciej Biardzki

