



PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Jakby mało było zamieszania z wprowadzeniem kas fiskalnych dla lekarzy, to nasi „genialni” prawodawcy z rządu i sejmu zafundowali środowisku medycznemu jeszcze jedną zabawę pod tytułem: „VAT a usługi medyczne, czyli czeski film, w którym nikt nic nie wie”. Ktoś, kto pamięta, że od lat domagamy się VAT-u na usługi medyczne zamiast „zwolnienia z VAT”, powie: No wreszcie macie, co chcecie. Skoro rząd powiedział „A” i wprowadził kasy fiskalne, logicznym jest, że „ovatował” usługi medyczne, by stosowanie kas miało sens. Niestety, jak to zwykle bywa z „władzą”, ta zawsze coś wymyśli, by uprzykrzyć lekarzom życie, pod pozorem, że walczy z ich „za dużymi” zarobkami. Tak na marginesie, to ciekawe, że nikogo nie kłują w oczy zarobki bankowców, pośredników finansowych, wszelkich odmian prawników, przy których nawet zarobki „tuzów finansowych” polskiej medycyny, o „szarych” lekarzach nie wspominając, to „pikuś”. Ale do tego już powinniśmy się przyzwyczaić, że tłuszcza lubi doktorom zaglądać do portfela i garażu, nie zastanawiając się, jakim kosztem są one zapełniane. Ale wróćmy do tematu VAT-u. Jak zwykle, wszelkie zamieszanie z podatkami nasze „orły” tłumaczą wytycznymi unijnymi. Dlatego, podobno, nie jest możliwe „ovatowanie” wszystkich usług medycznych, szczególnie postulowaną przez środowisko stawką „zero”. Te same regulacje nie przeszkadzają jednak wprowadzić VAT-u na niektóre usługi określane jako „niesłużące poprawie zdrowia”. Szczerze powiem, że nie bardzo rozumiem, o co tu chodzi, oczywiście poza zamiarem łupienia medyków i ich pacjentów, którzy pragną skorzystać z oferty szerszej, niż to oferuje NFZ, bowiem sztandarowym przykładem takich procedur są różnego rodzaju operacje plastyczne „na życzenie”, a nie w wyniku urazów czy wad wrodzonych (choć tu należałoby podyskutować, czy

np. za mały biust w stosunku do oczekiwań właścicielki nie jest „wadą wrodzoną”?). Otóż takie „fanaberie” są karane pełną, 23-procentową stawką VAT. Ergo, stają się droższe, bo przecież trudno oczekiwać, że lekarze zechcą zarabiać o prawie ¼ mniej. Różnej maści komentatorzy, czy to prawni, czy finansowi, zastanawiają się, jak klasyfikować różne usługi, szczególnie te, które w jednej sytuacji są bezspornie leczeniem, a w innej zaliczane są przez fiskusa do „ovatowanych fanaberii”. Według mnie, problemu nie powinno być, gdy za podstawę weźmie się definicję zdrowia WHO. Dla przypomnienia, obecna definicja zdrowia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia jest następująca:

Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia). Bazując na niej, wszystkie usługi medyczne służą „poprawie zdrowia” i stąd powinny być zwolnione z podatku VAT. Oczywiście, taka definicja zapewne nie spodoba się fiskusowi i ten będzie próbował udowodnić, że jednak tak nie jest. Tu w sukurs powinna nam przyjść „tajemnica lekarska”. Z braku miejsca, albo by Państwa do końca nie zanudzić, tylko „musnę” temat, gdyż wbrew pozorom nie jest to wcale błaha i prosta sprawa. Na potrzeby tych rozważań przyjmijmy jednak, że tajemnica lekarska jest nadrzędna nad żądaniami fiskusa i w przypadku jego wątpliwości, czy dana usługa powinna być „ovatowana” czy nie, zawsze odpowiadajmy, że nie oraz że dalszych wyjaśnień nie możemy udzielić, gdyż obliuguje nas do tego tajemnica lekarska, a rozliczenia z fiskusem nie są powodem do jej łamania. Przy takim założeniu nie powinno być problemów z rachunkami, tak by lekarz zarobił, a pacjent nie został złupiony tylko dlatego, że fiskus miał takie widzimisię.

Od „vacików” przejdźmy do tegorocznego kontraktowania usług przez NFZ. Jakżeby inaczej i w tym roku nie obyło się bez skandali i po raz kolejny fundusz udowodnił, że dobro pacjenta ma za nic. Że pomimo upływu lat nadal nie wyciągnął wniosków, by poprawić „rzeczywiście” proces kontraktowania, a nie tylko w taki sposób, by mieć alibi dla swoich idiotycznych i bezdusznych decyzji. W tym roku hitem jest „komputerowy system oceny ofert”. Jak Państwo wiedzą (bo w Wielkopolsce przerabiamy to już nie pierwszy raz), jest to narzędzie „idealne”. Dlaczego idealne? Ano dlatego, że wszelkie pretensje są zbywane jednym zdaniem: To nie my, to system. A w domyśle, system jest idealny. A że tak nie jest, to jak mawiał klasyk: „Tym gorzej dla faktów”. Ponieważ fundusz uważa go za narzędzie idealne i to wystarczy. Ktoś przytomnie spyta: Idealne, ale do czego? Odpowiedź jest jasna dla wszystkich, którzy mają jakikolwiek kontakt z funduszem. Jego mottem (zapewne) jest bowiem: Nie bądźcie niczego pewni, gdyż wszystko może się zmienić. Dla normalnych ludzi oczywistym jest, że „świadczoniodawca” powinien mieć zapewniony trwały i stabilny kontrakt, tak by móc spokojnie planować swój rozwój, by poprawiać ofertę dla pacjentów, czy to poprzez jej rozszerzenie, czy też podniesienie na wyższy poziom, choćby przez zakup nowego, nowocześniejszego sprzętu lub inwestycję w szkolenie personelu. Niestety, to co dla przeciętnego, normalnego człowieka jest jasne, nie jest takie dla funduszu. Można wręcz odnieść wrażenie, że dręczenie konkursami ofert, aktualizacjami ofert stanowi dla władz funduszu jakąś szczególną przyjemność, że znajdują ujście dla swoich sadystycznych upodobań, a być może i frustracji, że nie spełnili się w zawodzie, szczególnie dotyczy to tych pracowników, którzy kiedyś byli lekarzami (tak, wiem, z punktu widzenia ostatnio zmienionego prawa, nadal nimi są, ale dobrze wiemy, że tak nie jest). Oczywiście, taka pewność powinna być zastrzeżona dla tych świadczeniodawców, do których fundusz nie ma poważnych i uzasadnionych zastrzeżeń. Do zastrzeżeń nie powinno zaliczać się różnego rodzaju wydumanych żądań, z reguły będących efektem bałaganu w funduszu i nierzetelnego wykonywania we właściwym czasie zadań, które ma zleczone. Ktoś

spyta: A co z nowymi podmiotami? Odpowiedź powinna być prosta. Fundusz zamiast mieszać w zamkniętej puli „świadczeniodawców”, powinien ją poszerzać, oczywiście poprzez zwiększanie ilości środków, a nie obcinanie kontraktów innym. No, ale to by było za proste i przypadkowo mogłaby się poprawić dostępność tych czy innych usług dla pacjentów. A przecież nie o to funduszowi chodzi. To jak fundusz traktuje świadczeniodawców, najlepiej charakteryzuje zdanie wypowiedziane przez rzecznika oddziału wojewódzkiego, w którym jest najwięcej odwołań od wyników tzw. konkursu ofert. Otóż ta pani wyraziła się w ten sposób: *Zawarliśmy kontrakty z podmiotami, które przyjęły nasze warunki*. Tak dobrze Państwo zauważyli: „Przyjęły nasze warunki”, a nie np. „Uzgodniliśmy z... warunki”. To właśnie jest oburzające, że fundusz narzuca to, co chce, nie licząc się z nikim i niczym. Przecież pacjent może pojechać tam, gdzie dane placówki mają kontrakt, a w najgorszym razie pozostaje komunikat, że rozpisze nowy konkurs. A to, że przez miesiące pacjenci nie będą mieli opieki, najlepiej lekarza, który już ich zna, to w funduszu nikogo nie obchodzi.

Pozostaliśmy jeszcze przy tegorocznym kontraktowaniu. Najwyraźniej tradycyjnymi stają się już problemy z kontraktowaniem usług podstawowej opieki zdrowotnej. Co prawda w różnych województwach różnie to wygląda, ale pomimo iż jest już druga połowa stycznia, gdy to piszę, to jeszcze nie zawarto wszystkich umów, co rodzi różne problemy, czy to dla lekarzy, czy to dla pacjentów. Co prawda fundusz, także tradycyjnie, zaprzecza, by te trudności były, jednakże życie weryfikuje te deklaracje. I znów, po raz kolejny fundusz dowodzi, że słowa o jego trosce o pacjenta, są tylko słowami, bo tak naprawdę nikogo pacjent w funduszu nie obchodzi (no może poza sytuacjami, gdy za pomocą pacjenta można uprzykrzyć życie lekarzowi). Oczywiście w podtekście pojawia się sugestia, że fakt, iż nie wszystkie umowy są już podpisane, to wina samych lekarzy, którym zachciało się protestować i nie składać ofert w wyznaczonym czasie, tylko zrobili to po podpisaniu porozumienia, a to przecież było już tak późno, że fundusz nie miał szansy na wywiązanie się ze swoich powinności.

Na koniec coś z niwy internetowej. Jak zapewne Państwo zauważyli, w internecie mnożą się różne strony, na których pacjenci wypowiadają się na temat lekarzy. Ponieważ stron tych jest coraz więcej, to nawet ci z nas, którzy są ciekawi opinii na swój temat, nie są w stanie dotrzeć do wszystkich. Zresztą nie ma sensu, by to czynić, bo poza przykładami zorganizowanych nagonek na tego czy innego lekarza oddziaływanie takich internetowych opinii na wybory pacjentów jest znikome. Jednakże, także w internecie, pojawiła się grupa cwaniaczków, którzy postanowili wykorzystać istnienie takich stron. Ci ludzie, a właściwie firmy, bombardują lekarzy ofertami „dbania o wizerunek lekarza/firmy w internecie”. Oczywiście, takie „dbanie” nie jest oferowane bezinteresownie. Oferty zaczynają się od kilkuset złotych miesięcznie za „raport”. W kwestii, w jaki sposób zamierzają poprawiać wizerunek lekarza na tych forach, wypowiedzi przedstawicieli tych firm są więcej niż enigmatyczne. Dlatego wydaje się, że powinniśmy nagłośnić te działania, by przestrzec kolegów, którzy mogą ulec „złotoustym” i stracić całkiem spore pieniądze.