

W KRĘGU POZORÓW

Mogłoby się wydawać, że przepisy prawa, poczynając od konstytucji, opisują nasz system publicznej opieki zdrowotnej precyzyjnie, przynajmniej jeśli chodzi o zasady, jakimi się on kieruje. Jeśli jednak przyjrzeć się im bliżej, to okaże się, że te nienaruszalne, zdawałoby się, pryncypia wcale nie są takie jednoznaczne ani faktycznie stosowane.



Krzysztof Bukiel

Wlicznych dyskusjach wiele osób powołuje się na te zasady, argumentując, że nie można wprowadzać żadnych zmian w systemie ochrony zdrowia, nawet jeżeli byłyby one z różnych powodów słuszne, jeżeli są sprzeczne z tymi podstawowymi założeniami systemu.

Weźmy przykład z samej góry, czyli z konstytucji, która gwarantuje równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wiele osób uważa, że wyrazem tej równości jest bezpłatność świadczeń. Skoro leczenie nic chorego nie kosztuje, to znaczy, że nie ma przeszkód w dostępie do leczenia, czyli dostęp ten jest równy. Jest to równość liczona w pieniądzach. Każde naruszenie tej bezpłatności uznawane jest za łamanie zasady równego dostępu.

W praktyce okazuje się jednak, że nie tylko cena za świadczenie może być przeszkodą w jego uzyskaniu. Jest nią też czas, czyli kolejka oczekujących. Fakt, że nasz system publicznej ochrony zdrowia jest stale niewydolny i „kolejkowy” sprawia, że jedni czekają na świadczenie długo, inni krótko; jedni otrzymują leczenie wtedy, gdy jest im ono potrzebne, inni muszą długo cierpieć, czekając na pomoc i narażając się w ten sposób na pogorszenie stanu zdrowia, a nawet na śmierć (w niektórych chorobach, np. nowotworowych, których leczenie też jest limitowane, dostęp do nich jest „kolejkowy”). Kto powiedział, że równość dostępu do leczenia liczona w pieniądzach (cena za świadczenie) jest ważniejsza niż równość liczona w czasie (długość kolejek)? W pewnym sensie są one równoważne i wymienne. Skądinąd wiadomo, że jak ktoś ma dużo pieniędzy to i czas oczekiwania na leczenie może skrócić. Może zatem większa równość będzie wtedy, gdy system będzie „bezkolejkowy”, chociaż z dopłatami – równymi dla wszystkich – do niektórych świadczeń zdrowotnych?

Fundamentalną cechą naszego systemu ma być też solidaryzm społeczny. Ma się on wyrażać tym, że każdy płaci na system tyle, ile może (proporcjonalnie do dochodów), a otrzymuje tyle, ile potrzebuje. W praktyce jednak zasada ta obowiązuje jedynie w stosunku do pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz emerytów i rencistów. Za rolników gospodarujących na mniej niż 6 ha składkę opłaca budżet państwa i wynosi ona ok. 100 zł rocznie. Rolnicy płacący za siebie też wnoszą raczej symboliczną składkę: płacą przeciętnie ok. 200 zł rocznie. Dla porównania można

podać, że składka od przeciętnej emerytury wynosi ok. 1700 zł rocznie, a od przeciętnej pensji – blisko 3300 zł na rok. Mniej więcej tyle samo (ok. 3000 zł) płacą rocznie przedsiębiorcy, których składka ma jednak charakter ryczałtowy, niezależny od dochodu. Składki na NFZ nie płacą wcale sędziowie, prokuratorzy, żołnierze. Nie są to grupy należące do najbiedniejszych obywateli. Czy wobec takich faktów można jeszcze mówić o solidaryzmie naszego systemu? Może lepiej zrezygnować z tego pozoru i ustanowić równą dla wszystkich wysokość składki płaconą za każdego z budżetu państwa?

Kolejną „kardynalną” zasadą publicznego systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju ma być równość podmiotów w dostępie do środków publicznych. Ma się ona wyrażać w tym, że NFZ kontraktuje świadczenia na podstawie tzw. konkursu ofert, do którego mogą przystąpić (i uzyskać kontrakt) zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne. Jak jednak można mówić o równości, gdy świadczeniodawca publiczny, obok pieniędzy uzyskiwanych od NFZ jako zapłaty za wykonane świadczenia, dostaje również „boczny strumień” środków na inwestycje, zakup sprzętu, remonty – od władz publicznych, będących „organem założycielskim” danego podmiotu, a świadczeniodawca prywatny musi to wszystko sfinansować za pieniądze od Funduszu. Także rozdział limitów według dowolnego uznania Funduszu czyni tę równość świadczeniodawców iluzoryczną. Lepiej tę deklarowaną równość zapewniłoby zlikwidowanie konkursu ofert i zastosowanie prostej zasady: pacjent wybiera miejsce, gdzie chce się leczyć, a Fundusz płaci za dane świadczenie tę kwotę, którą ustali, niezależnie od tego, gdzie pacjent się leczy. Jeżeli cena leczenia jest większa niż kwota ustalona przez NFZ, brakującą resztę dopłaca pacjent. Na takiej zasadzie oparta jest tzw. dyrektywa transgraniczna, dla której równość podmiotów udzielających pomocy medycznej jest jednym z priorytetów.

Jak się okazuje, wiele z zasad, na których formalnie opiera się polski system publicznej ochrony zdrowia, to nie nienaruszalne pryncypia, ale pozory. Czy rzeczywiście warto ich bronić, czy może lepiej poddać krytycznej ocenie i wprowadzić rozwiązania, które – choć na pierwszy rzut oka wydają się sprzeczne ze wspomnianymi zasadami – w rzeczywistości lepiej realizują ich idee? □