

Obłuda – czyli rzecz o dopłacaniu i współpłaceniu

Równi i równiejsi



Fot. Matthias Kulka/Corbis

Jedna decyzja sądu, jedno uzasadnienie i dwie skrajnie różne interpretacje. Czy umorzenie sprawy przeciwko Sensor Cliniq oznacza, że dopłaty do lepszej jakości np. implantów są zgodne z prawem? Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia są przekonane, że nie. Część prawników i organizacje pracodawców są innego zdania. Jakie są argumenty stron?

Kwestia dopłat do lepszego standardu ma wręcz fundamentalne znaczenie dla wielu osób. Ma też wpływ na finanse NFZ oraz długość kolejek. Zakaz dopłacania, choć dyskusyjny, powoduje, że część pacjentów, choć opłaca regularnie składki, za operacje płaci z własnych pieniędzy, nawet gdy oznacza to likwidację oszczędności lub zapożyczenie się. Wszak w przypadku implantów czy soczewek chodzi o wybór na resztę życia. Ale nawet przy mniej skomplikowanych procedurach czasem pacjent chce wybrać lepszą opcję – np. lekki gips. Czy to oznacza, że za wizytę, RTG i inne procedury automatycznie też musi zapłacić, choć jest ubezpieczony? To absurd. Trudno go tłumaczyć zasadą równości. Czy generowanie oszczędności w ten sposób

faktycznie jest misją i rolą publicznego systemu opieki zdrowotnej?

Reguły zwrotu

Zdaniem wielu ekspertów powinno się pójść nawet o krok dalej – poza usankcjonowaniem dopłat u świadczeniodawców związanych umową z NFZ zwracać też część kosztów zabiegów z koszyka, ale wykonywanych prywatnie, do wysokości wyceny oferowanej przez Fundusz. Na przykład przy porodzie, opiece nad ciężarną czy profilaktycznych badaniach cytologicznych. Teraz w wypadku części procedur jest taka możliwość, ale – o zgrozo – tylko gdy leczymy się za granicą. Wtedy można wybrać adekwatny do potrzeb i oczekiwań stan-

dard dzięki dyrektywie transgranicznej. Ale pacjent nie ma ciągłości leczenia i jest narażony na inne dodatkowe koszty.

W edukacji, do której dzieci i młodzież również mają prawo na podstawie Konstytucji, już dawno się z dopłatami oswoiliśmy. To, że rodzic posyła dziecko do prywatnej lub społecznej szkoły, nie oznacza, że państwo przestaje łożyć na wykształcenie jego pociechy. Czesne to różnica między kosztami a tym, co szkoła niepubliczna dostaje od gminy.

Jak to było z wyrokiem

Pod koniec zeszłego roku wiele osób sądziło, że nastąpił przełom. Sąd Okręgowy w Warszawie 20 listopada utrzymał w mocy postanowienie prokuratury o umorzeniu śledztwa przeciwko Sensor Cliniq właśnie w sprawie świadczenia usług ponadstandardowych, a dokładniej oferowania chętnym soczewek wykraczających poza standard wynikający z umowy z NFZ.

– Sąd absolutnie odrzucił interpretację NFZ. Potwierdził za to interpretację Sensora, że to, iż ktoś wybiera ponadstandardowe leczenie, ponad ofertę z NFZ, nie pozbawia go prawa do skorzystania ze składek z NFZ i opłacenia z nich części kosztów usługi medycznej. Sąd uznał, że teza Funduszu, że pacjent ma wybór: wszystko albo nic, jest pozbawiona podstawy prawnej – uważa mecenas Paulina Kieszkowska-Knapik z Kancelarii KRK. – Każdy z nas zgodnie z konstytucją ma prawo do ochrony zdrowia i jeśli jest ubezpieczony, ma prawo korzystać z równego wsparcia NFZ. Nie ma przepisu o zakazie dopłat, jest to niekonstytucyjna interpretacja prawa ograniczająca własne prawo pacjenta do wyboru metody leczenia – dodaje.

A to fragment wyroku, na który się powołuje: „Wybór soczewek ponadstandardowych w żaden sposób nie pozbawia ubezpieczonego prawa do wykorzystania należnego mu wsparcia NFZ. Wybór dopłaty do leczenia ponadstandardowego jest realizacją podmiotowego prawa tych pacjentów do ochrony ich zdrowia (...) (art. 68 ust. 1 konstytucji – każdy ma prawo do ochrony zdrowia). Żadna norma prawna nie niweluje prawa wynikającego dla pacjenta z faktu bycia świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 35 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...)”.

Biurokratyczna inercja

Urzędy nie zmieniły jednak swych wcześniejszych interpretacji ani na jotę. Pytaliśmy też Ministerstwo Zdrowia, czy planuje zmianę przepisów, by zlikwidować ten prawny dysonans – resort zaprzeczył. Z tego samego postanowienia sądu wyciąga też zupełnie inne wnioski niż świadczeniodawcy i prawnicy. – Postanowienie dotyczyło zażalenia na umorzenie przez prokuraturę śledztwa w sprawie popełnienia przestępstw z art. 270 § 1 kodeksu karnego (podrobienie i przerobienie dokumentu) oraz z art. 286 § 1 kodeksu karnego (oszustwo). Sąd uznał za prawidłową dokonaną przez prokuraturę ocenę, iż w świe-

„Zakaz dopłacania powoduje, że część pacjentów, mimo że regularnie opłaca składki, za operacje płaci z własnych pieniędzy, nawet gdy oznacza to likwidację oszczędności lub zapożyczenie się”

tle materiału dowodowego brak jest podstaw do przypisania świadczeniodawcy ww. czynów (brak działania z góry poświadczonym zamiarem doprowadzenia NFZ do niekorzystnego rozporządzenia mieniem) – informuje nas rzecznik MZ. – Postanowienie to dotyczy jedynie postępowania karnego i jak wyraźnie sąd zaznaczył w uzasadnieniu: „Spory dotyczące zapisów umowy lub interpretacji obowiązujących przepisów, jak również spory dotyczące realizacji zawartych umów winny być rozwiązywane na innej drodze aniżeli postępowanie karne” – dodaje.

Jakie jest prawo

– Wybór leczenia to fundamentalne prawo człowieka. Pacjent ma prawo do świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Mówi o tym m.in. ustawa o prawach pacjenta – uważa dr Dobrawa Bładun, ekspertka Konfederacji Lewiatan. Jej zdaniem nie ma przepisów, na które NFZ mógłby się powołać, zakazując pacjentom dopłat do wybranego przez siebie leczenia. W zeszłym roku na zlecenie konfederacji dr Ryszard Piotrowski, prof. dr hab. Paweł Sarnecki oraz prof. dr hab. Tadeusz Skoczny wskazali, że nie ma podstaw prawnych do interpretacji stosowanej przez NFZ i resort zdrowia.

Ale i MZ, i NFZ zgodnie twierdzą, że podstawą prawną jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r. oraz tzw. rozporządzenia koszykowe. Nie przewidują one możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innym standardzie za odpowiednią dopłatą – wyjaśniają nam niemal tymi samymi słowami obydwie instytucje.

– Minister zdrowia upoważniony został jedynie do możliwości określenia poziomu odpłatności pacjenta za enumeratywnie wyliczone świadczenia, o których mowa w ustawie, czyli transport sanitarny, wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach i zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej. Nie ma zatem uprawnień do określenia poziomu odpłatności pacjenta za inne świadczenia zamieszczone w wykazie – wyjaśnia Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy ministra zdrowia. – Decydując się na wszczęcie lepszej soczewki,

„Jeśli temat współpłacenia się pojawia, to zazwyczaj w politycznym kontekście pogorszenia sytuacji mniej zamożnej części społeczeństwa, postępującej dzięki prywatyzacji”

pacjent musi więc liczyć się z koniecznością wykonania wskazanego zabiegu w pełni w trybie prywatnym – odnosi się do wskazanej przez nas sprawy.

– Świadczenia udzielane w ramach umowy z Funduszem przy użyciu materiałów o wyższym standardzie niż zakontraktowane to świadczenia inne niż finansowane przez NFZ jako kontrabenta umowy. Uzasadniony zatem wydaje się pogląd, że przepisy nie przewidują możliwości udzielania za dopłatą pacjenta świadczeń w standardzie innym niż przewidziany w umowie z NFZ – wtóruje ministrowi zdrowia rzecznik praw pacjenta w odpowiedzi na nasze pytania.

Dlaczego Polacy się nie burzą?

Ludzie mają poczucie, że z systemem nie wygrają. Choć brzmi to drastycznie, wydaje się, że przeszliśmy nad tym do porządku dziennego. Przecież pacjenci znają to na co dzień, przykładem jest refundacja leków czy stomatologia.

Jeśli temat współpłacenia się pojawia, to zazwyczaj w politycznym kontekście pogorszenia sytuacji mniej zamożnej części społeczeństwa, postępującej dzięki prywatyzacji. Można się wręcz spodziewać stwierdzenia: „a co by było, gdyby taki Kulczyk leczył się

w luksusach, na które innych nie stać, i jeszcze by mu trzeba część za to zwrócić”. Co by się stało? Byłoby sprawiedliwie. Choć nie sądzę, by połaścił się na tysiąc złotych refundacji.

Ponadto lekarze nie zawsze mówią o możliwościach lepszej terapii. Przy różnych okazjach przyznają to specjaliści: onkolodzy, diabetolodzy, okuliści. Nie wspominają, bo żal im pacjentów, których na zabieg lub lek nie stać, a na dodatek nie chcą narażać się na długie i jałowe dyskusje o systemie opieki zdrowotnej.

Efekt Sensora – czyli krótkowzroczność

Co daje lepsza soczewka? Części osób np. pozwala zrezygnować z okularów. A to zwiększa ich bezpieczeństwo, może też sprawić, że nie będą korzystać z refundacji okularów. Więc długofalowo opłaca się wszystkim. No, może poza optykami.

– Wcześniej MZ i NFZ przymykały oko, podejmowaliśmy ryzyko i umożliwialiśmy wybór lepszej soczewki. Ale po sprawie z Sensor Cliniq już tego nie robimy. Dlatego w moich szpitalach w Warszawie i Katowicach kilkakrotnie wzrosła liczba pacjentów operujących się prywatnie – mówi Andrzej Mądrala, prezes Mavitu i wiceprezydent Pracodawców RP. Takie same informacje przekazały nam inne placówki.

Jak stwierdziła Agnieszka Pachciarz, będąc prezesem NFZ, nikt nie zabrania zakładać lepszych soczewek. – Usłyszeliśmy, że powinniśmy dawać po prostu najlepszą soczewkę w ramach wyceny, ale takie kosztują kilka tysięcy złotych, tyle co cała procedura – mówi Mądrala.

– Afera z dopłatami uświadomiła nam, pacjentom, że powiewa się naszym dobrem w nieklarownych intencjach – mówi z zalem Małgorzata Pacholec, dyrektor Polskiego Związku Niewidomych. Wcześniej pacjenci za lepszą soczewkę dopłacali niewiele. Teraz zaś muszą zapłacić 2,3 tys. zł za operację plus cenę soczewki. Podejście MZ i NFZ ją dziwi. – Na co dzień wszyscy wiemy, że są dopłaty. Choć raz w życiu dopłaciliśmy, by mieć lepszą plombę lub szybciej wizytę u lekarza – stwierdza Pacholec.



foto: iStockphoto.com

O Sensor Cliniq stało się głośno w drugiej połowie 2013 r., gdy NFZ odebrał jej kontrakt. Powodem decyzji Funduszu było pobieranie dodatkowych opłat w wypadku wyboru przez pacjenta lepszych soczewek, choć było wiadomo, że robią tak niemal wszystkie placówki. Na odebraniu kontraktu miał skorzystać szpital w Grójcu, który otworzył oddział okulistyczny. W placówce pracują byli wiceprezesi NFZ.

Na interwencję podobno zdecydował się tylko wiceminister zdrowia Sławomir Neumann, nadzorujący Fundusz. Szpital w końcu odzyskał kontrakt, ale NFZ nałożył na niego karę 47 tys. zł.

Temat w atmosferze skandalu opisał tygodnik „Wprost”, a sprawę badała prokuratura. Jeden wątek dotyczył rzekomej łapówki dla Neumanna – miał dostać 50 tys. zł za wstrzymanie kontroli NFZ. Donos miał podpisać nazwiskiem „emerytowany pułkownik i wieloletni urzędnik MZ” – ale okazało się, że taka osoba nie istnieje. Dowodów nie było, po przestępczaniu sprawę umorzono. W sprawie pobierania dopłat prokuratura, a potem sąd nie dopatrzyły się znamion

czynu zabronionego.



Fot. Paul Gilligan/Corbis

Przedstawiciele pacjentów postanowili sprawdzić, czy faktycznie w ramach wyceny można mieć wysoki standard. – Zaczęliśmy liczyć, dopytywaliśmy MZ, firmy zaopatrujące w materiały szpitalne, ile co kosztuje: strzykawka, gazik, inne materiały, sprzęt medyczny, niezbędne czynności, umiejętności, miejsce o wymaganym standardzie, soczewka. Limit 2,3 tys. zł nie gwarantuje dostępu do najnowszych technologii. A każdy, gdy operuje zaćmę, robi to raz na całe życie, więc chce wybrać najlepszą opcję spośród dostępnych. Każdy w walce o zdrowie jest egoistą – mówi Pacholec. Jej zdaniem, postawa NFZ i MZ jest wstecznictwem. Hamuje rozwój. I to właśnie państwowe urzędy, a nie placówki medyczne dzielą Polaków na biednych i bogatych, których stać lub nie na pełnopłatne leczenie. – Nie ma co udawać, że wszyscy jesteśmy jednakowi, nie żyjemy w PRL. Podejmujemy decyzje dotyczące naszego zdrowia i bierzemy za nie odpowiedzialność. Zabranianie nam skorzystania z prawa wyboru i z limitu jest niczym nieuzasadnione, chyba że wyborami politycznymi – uważa Pacholec.

Znieczulenie i znieczulica

W ginekologii mamy do czynienia chyba z jeszcze większym absurdem. Każda pacjentka ma w razie wskazań prawo do znieczulenia w czasie porodu – wszyscy się zgodzimy, że tak być powinno. Ale skorzystanie z niego jest często niemożliwe. Szpitalom trudno jest zbilansować się w ramach kontraktu tak, by opłacić anestezjologa. Część z nich pobiera więc opłaty – bezpośrednio albo np. w formie cegiełek kupowanych w fundacji.

– Nasz spór z NFZ w tej sprawie trwa od 2011 r., gdy nałożono na nas karę pół miliona złotych, ponieważ 10 pacjentkom wykonaliśmy znieczulenie „na życzenie”, za które zapłaciły 500 czy 600 zł. Karę uzasadniano tym, że znieczulenie jest w koszyku – mówi Wojciech Puzyna, prezes samorządowego Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie. I zaraz wyjaśnia, że znieczulenie włączono do świadczenia porodu półtora roku po tym, jak porody zostały wycenione. Oczywiście ceny nie podnie-



Foto: iStockphoto.com

„Każda pacjentka w razie wskazań ma prawo do znieczulenia w czasie porodu – wszyscy zgodzimy się chyba, że tak być powinno. Ale skorzystanie z niego jest często niemożliwe”

siono. Przypomina też, że przy wycenie szacowano np., że 15 proc. ciąż będzie się kończyć cięciem cesarskim, a na Mazowszu jest ich 40 proc. Wycena ta sama – ok. 1,8 tys. zł – ma starczyć na wszystko.

O możliwości skorzystania z „daru” od rządu może też świadczyć fakt, że jak informuje Puzyna, nadal większość szpitali w Polsce, które mają I poziom referencyjności, nie musi mieć anestezjologa.

Prowizorki

Placówki medyczne – przynajmniej niektóre – próbują omijać zakaz. Niezależnie od formy prawnej i właściciela korzystają z fundacji, by pobierać dopłaty do zakontraktowanych procedur. W zeszłym roku Polska Unia Szpitali Specjalistycznych szacowała, że w Polsce już przy co trzecim szpitalu działa fundacja. Pacjent za pierwszą wizytę płaci np. 700 zł, ale potem ma operację w ramach NFZ i nic już do niej nie dopłaca. W innej wersji kupuje cegielkę za usługi nieobjęte koszykiem świadczeń gwarantowanych lub objęte „teoretycznie”, jak znieczulenie.

– W każdym szpitalu publicznym jest kasa i pobierane są różne opłaty. W rejestrach ministerstwa jest ponad 2 tys. fundacji. Rząd obiecywał uporządkować kwestie finansowania m.in. poprzez dodatkowe ubezpieczenia, ale nic się w tej sprawie nie zmieniło – mówi Andrzej Mądrala.

Na początku marca Sławomir Neumann przyznał to, co wszyscy przeczuwali – sprawa dodatkowych

ubezpieczeń zdrowotnych w tej kadencji parlamentu i rządu nie będzie już poruszana.

Oczywiście fundacje mają też inne cele i zalety, niektóre wcale nie służą kamuflowaniu opłat. Prowadzą zbiórki na operacje dzieci, których NFZ nie finansuje. Gdy zyskają statut organizacji pożytku publicznego, mają prawo np. do zbierania 1 proc. odpisu podatku dochodowego.

Gdzie się dopłaca

Trudno powiedzieć, ile osób dopłaca do gwarantowanych świadczeń, realizując je w placówkach mających kontrakt z NFZ. Pacjenci prawdopodobnie nie chcą się skarżyć, bo wiedzą, że gdy stracą szansę na dopłatę, ich sytuacja z dużym prawdopodobieństwem się pogorszy.

W 2013 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta trafiło 28 zgłoszeń dopłat, a w zeszłym roku 24. Najwięcej dotyczyło stomatologii, okulistyki oraz ginekologii i położnictwa realizowanych w szpitalach. O dopłatach wspominają też raporty NIK. Na przykład w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie w I półroczu 2014 r. pobrano od siedmiu ubezpieczonych 6,6 tys. zł za badania scyntygraficzne (z wykorzystaniem gamma-kamery SPECT-CT) finansowane na podstawie kontraktu. W Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach od 1 kwietnia do 11 sierpnia 2009 r. wykonano 70 znieczuleń, z czego w 34 przypadkach pobrano opłaty – łącznie prawie 17,7 tys. zł. W 2010 r. w co piątym z kontrolowanych szpitali pobierano opłaty przy porodach za znieczulenie lub wyższy standard pokoju.

– Z analiz prowadzonych przez NIK wynika, że pobieranie dodatkowych opłat za świadczenia gwarantowane realizowane w ramach umowy z NFZ, z tytułu np. wyższego standardu, poza brakiem podstaw prawnych, może prowadzić do innych nieprawidłowości, w skrajnym wypadku pobierania opłaty od NFZ i drugi raz za to samo od pacjenta – wyjaśnia Paweł Biedziak, rzecznik NIK. Jego zdaniem w sytuacji nierównowagi informacyjnej pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą niezbędne jest chronienie praw pacjenta. – Jak wynika z tych analiz, nie zawsze otrzymuje on rzetelną informację, za co faktycznie dopłaca, czym różni się usługa płatna od tej, która jest oferowana w ramach świadczenia gwarantowanego – wyjaśnia Biedziak. Równocześnie do NFZ trafiają skargi na brak możliwości dopłaty do wyższego standardu.

Będą kolejne wyroki?

Szpital św. Zofii chce, by sprawę zasadności kary ocenił sąd. – Jesteśmy w ostatniej fazie pierwszej instancji sporu z NFZ. W maju czeka nas kolejne, prawdopodobnie przedostatnie posiedzenie sądu i pewnie przed grudniem wyrok I instancji – mówi Puzyna. Jeśli wyroki nie pomogą, docelowo kwestię powinien wyjaśnić Trybunał Konstytucyjny.

Aleksandra Kurowska