



Fot. Lukasz Cynalewski / Agencja Gazeta

Zmieńmy prawo do świadczeń zdrowotnych

Agnieszka Pachciarz

W kampanii wyborczej i już po jej zakończeniu słyszeliśmy o upowszechnieniu prawa do świadczeń zdrowotnych, czasami o przyznaniu prawa wszystkim obywatelom Polski. O cóż może chodzić i w którym kierunku będziemy zmierzać?

Uprawnienie do świadczeń wynika z faktu bycia ubezpieczonym lub uprawnionym. Ubezpieczeni mogą być osoby wskazane w ustawie, począwszy od pracowników, przedsiębiorców i emerytów, na studentach, duchownych, dzieciach osób ubezpieczonych i członkach ich rodzin skończywszy, pod warunkiem że będąc w grupie wskazanej w ustawie, właściwa osoba, a najczęściej instytucja, dokona zgłoszenia ubezpieczenia do ZUS lub KRUS. Katalog objętych ubezpieczeniem określony w ustawie (ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) jest bardzo szeroki i w zasadzie trudno znaleźć się w grupie nieubezpieczonych. Oprócz osób ubezpieczonych obecnie prawo do świadczeń mają

też pacjenci nieposiadający tytułu ubezpieczenia, ale wskazani w ustawie jako uprawnieni. Są to konkretne grupy: dzieci (niezależnie od sytuacji ich rodziców), kobiety w okresie ciąży, porodu i porożu, a także osoby chore na wymienione w ustawie choroby, w szczególności zakaźne. Objęcie tych szczególnych pacjentów opieką z uwagi na ich dobro lub ochronę reszty społeczeństwa nie wymaga wymyślnych uzasadnień. Obowiązujące zasady zakładają również możliwość ubezpieczenia dodatkowego.

Obecny system z pewnością jest dość skomplikowany, co przejawia się obowiązkiem zgłaszania do ubezpieczenia i wieloma podstawami do obliczania składki, wynikającymi z kilku źródeł przychodów. Poza tym

„Obecny system z pewnością jest dość skomplikowany, co przejawia się obowiązkiem zgłaszania do ubezpieczenia i wieloma podstawami do obliczania składki, wynikającymi z kilku źródeł przychodów”

mimo usuwania luk dotyczących objęcia ubezpieczeniem kolejnych grup, np. studentów (niezależnie od tego, czy podejmują jakąś dorywczą pracę) lub uczniów (niezależnie od sytuacji ich rodziców), ciągle nie wszystkie zostały usunięte (taką grupą są nadal osoby świadczące usługi na podstawie umów o dzieło).

Każdy system wymaga weryfikacji uprawnień

Od 1997 r. w kolejnych ustawach przyjęto zasadę uprawnienia opartego na ubezpieczeniu, któremu przeciwstawia się system obywatelski. Mówiąc o systemie obywatelskim, często przyjmuje się związek uprawnienia do świadczeń z obywatelstwem właśnie. Jest to jednak nadmierne uproszczenie i niespotykane rozwiązanie. Częściej i bardziej odpowiedzialnie można mówić o systemie rezydenckim, czyli prawie związanym z miejscem zamieszkania.

Określenie na nowo grupy uprawnionych do świadczeń nie jest teoretyzowaniem, ale kluczową decyzją dotyczącą kształtu powszechnego systemu zdrowotnego.

Bardzo dużo będzie zatem zależało od dobrego zdefiniowania pojęcia „uprawnienia do świadczeń”. Prawo do świadczeń może być związane ze stałym miejscem zamieszkania, co będzie stanowić ogromne wyzwanie dla legislatorów, bo już obecnie mamy duże problemy z weryfikacją miejsca zameldowania czy stałego pobytu (te pojęcia są używane w wielu przepisach). Warto przyrzeć się takim państwom, jak np. Wielka Brytania, gdzie kryterium stałego pobytu (*ordinary residence*) jest warunkiem posiadania prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Rozumienie stałego pobytu w systemie brytyjskim związane jest z miejscem zamieszkania, co nie wyklucza, aby osoba uprawniona nie miała miejsca pobytu w kilku krajach. Mimo że system brytyjski opiera się na prawie precedensu (*common law*), warto tę regulację wykorzystać przynajmniej do analizy.

Wyzwaniem będzie z pewnością traktowanie osób, które na stałe lub czasowo przebywają za granicą i tam płacą podatki oraz posiadają uprawnienie do świadczeń

medycznych. W naszym wypadku można spróbować określić, że uprawnione będą osoby, które deklarują miejsce zamieszkania na terenie RP i nie są ubezpieczone w innym kraju. Jak jednak zweryfikować fakt posiadania prawa do świadczeń w innym państwie? To już zupełnie nieoczywiste.

Dążąc do możliwie szerokiego zapewnienia opieki zdrowotnej, nie trzeba przekonywać – zwłaszcza czytelników „Menedżera Zdrowia”, że żaden system nie opiera się na całkowicie otwartym katalogu potencjalnych pacjentów oraz że prawo musi umożliwić łatwe ustalenie, komu świadczenie przysługuje, jeśli będzie chciał z niego skorzystać. Oczywiście te dylematy nie dotyczą sytuacji świadczeń udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe, które pomagają każdemu, kto znajduje się w stanie zagrożenia życia.

Warto rzetelnie przedstawiać kwestię tzw. weryfikacji prawa do świadczeń. W Polsce do końca 2012 r. pacjenci wykazywali swoje uprawnienie, przedstawiając dokument ubezpieczenia. Nie było to dla pacjentów specjalnie wygodne, a udzielenie świadczenia osobie nieuprawnionej oznaczało, że podmiotowi leczniczemu miał zapłacić pacjent. Był to ogromny problem zwłaszcza dla szpitali z uwagi na koszt jednostkowy udzielanych w nich świadczeń. Część systemów oparta jest na weryfikacji na podstawie wydanych w tym celu kart. W Polsce do wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego nie doszło, ale od 2013 r. funkcjonuje system informatyczny umożliwiający sprawdzenie *on-line* uprawnień pacjenta (eWUŚ). System ten pozwala pacjentom zapomnieć o jakichkolwiek dokumentach ubezpieczenia, bowiem weryfikacja następuje na podstawie dowodu osobistego. Ale co równie istotne – z podmiotów leczniczych zdjęto ryzyko dochodzenia wynagrodzenia za leczenie pacjentów, którzy okazażą się nieuprawnieni. Jedynie podmioty udzielające podstawowej opieki zdrowotnej miały trudność z akceptacją nowej weryfikacji, jednak przyczyna była finansowa. Podsumowując tę kwestię, należy stwierdzić, że każdy system wymaga weryfikacji uprawnień i nawet bardzo głęboka zmiana systemowa tego nie wyeliminuje.

Cele i ryzyka

Nowe rozwiązanie lub jakiegokolwiek poprawianie obecnego stanu może prowadzić do zmniejszenia obowiązków administracyjnych związanych ze zgłaszaniem do ZUS i KRUS osób obecnie posiadających tytuł do ubezpieczenia. Obowiązek ten dotyczy wszystkich pracodawców. Kolejnym celem może być zmniejszenie liczby osób bezrobotnych, bowiem część osób zgłasza się do urzędów pracy wyłącznie po to, aby być objętym ubezpieczeniem zdrowotnym. Warto przypomnieć, że od kilku lat próbowano ten problem rozwiązać i to nie tylko dlatego, żeby poprawić statystyki i zmniejszyć liczbę osób poszukujących pracy, ale aby zlikwidować

wać swoistą fikcję. Można przypuszczać, że u podłoża zmian będzie leżało przede wszystkim przekonanie, że zwiększą one poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

Odejście od katalogu osób ubezpieczonych jako podstawowego źródła prawa do świadczeń zdrowotnych ma też swoje wady, albo lepiej powiedzieć – ryzyka. Po pierwsze sama idea posiadania prawa na podstawie ubezpieczenia oznacza, że każdy musi podjąć wysiłek, aby stać się osobą ubezpieczoną. Obecnie wiemy, z jakiego tytułu, tj. jako pracownik, przedsiębiorca lub niepracujący członek rodziny, mamy prawo do opieki zdrowotnej i że powinniśmy się interesować, czy np. nasz pracodawca przekazał nasze dane do ZUS i KRUS. Takie rozwiązanie jest oparte na odpowiedzialności za siebie i rodzinę. Istnieje także ryzyko, że grupa korzystających ze świadczeń zwiększy się o osoby „nowo uprawnione”, w rzeczywistości niemające np. stałego zamieszkania w Polsce. Takie ryzyko należy uznać za wysokie. Obecnie duża liczba Polaków mieszkających i ubezpieczonych za granicą, aby uzyskać świadczenie w Polsce, musi uzyskać tytuł do ubezpieczenia, co nie jest specjalnie trudne, ale oznacza dla tych osób koszt, a dla systemu zdrowotnego przychody (z wyjątkiem zarejestrowania się jako bezrobotni).

Kolejne ryzyko wynika z faktu, że jeśli zniknie związek między płaceniem składek a prawem do świadczeń, może się zmniejszyć liczba osób płacących składki, czyli utrzymujących cały system.

Dyskusja o większych wydatkach na ochronę zdrowia przed nami?

I tu dotykamy najważniejszego problemu. Nie można zajmować się prawem do świadczeń zdrowotnych w oderwaniu od ich finansowania, w dodatku rozszerzając katalog osób, którym mamy zapewnić leczenie. Poza zapowiedziami, że ochrona zdrowia będzie finansowana z budżetu, nie znamy szczegółów, zatem nie sposób się do tych ogólnych informacji odnieść. Skupiając się na zagadnieniu uprawnień do świadczeń – istnieje ryzyko, że pomysł na zmianę oprze się na rozdzieleniu posiadania uprawnienia od obowiązku płacenia składek. To oznaczałoby pozostawienie obowiązku płacenia składek na dotychczasowych zasadach i po prostu rozszerzenie osób uprawnionych o niepłacących, a zamieszkałych w Polsce. Z jednej strony byłoby to połowiczne odejście od systemu ubezpieczeniowego, a z drugiej Ministerstwo Zdrowia zapewniłoby nadal przychody dla służby zdrowia zależne od dochodów większości uprawnionych. Jednak nawet w takim rozwiązaniu, które nie jest rewolucyjne, należy dostrzec niebezpieczeństwo. Mianowicie nie można w żadnym razie przyjąć, że rozszerzenie świadczeń wynikające z większej liczby uprawnionych – a to jest oczywiste przy przyjęciu systemu rezydenckiego – będzie finansowane z dotychczasowych środków. Istnieje pokusa



Fot. iStockphoto.com

„ Nie można zajmować się prawem do świadczeń zdrowotnych w oderwaniu od ich finansowania, w dodatku rozszerzając katalog osób, którym mamy zapewnić leczenie ”

pozornie prostego rozwiązania polegającego na tym, że środki przeznaczone obecnie z budżetu państwa na uprawnionych, a nieubezpieczonych wystarczą na zwiększoną liczbę uprawnionych.

Na marginesie warto przypomnieć, że środki te zostały przekazane przez ministra zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2012–2015 w wysokości niższej niż wynikająca z danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Aż w końcu przyjęto nowelizację z jesieni ubiegłego roku – finansowanie ryczałtem w wysokości 320 mln zł (co stanowi kwotę niższą niż wynikająca z sumy świadczeń udzielonych tym pacjentom, a tak przed nowelizacją stanowiła ustawa).

Podsumowując – stworzenie sytuacji sprowadzającej się do tego, że pacjentów będzie więcej, a środków tyle samo, jest nie do przyjęcia. Zwłaszcza że oczywista jest potrzeba zwiększenia finansowania ochrony zdrowia w naszym kraju. Pozostaje mieć nadzieję, że dyskusja o większych wydatkach na ochronę zdrowia przed nami, a kwestia uprawnień do świadczeń będzie jej istotnym elementem.

Autorka jest ekspertem Najwyższej Izby Kontroli, była prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.