



Dr Krzysztof Bukiel, 2019-11-14 08:13

Krzysztof Bukiel

Lekarz jako komercyjna firma ubezpieczenia zdrowotnego



Od pewnego czasu, za sprawą naszego kolegi z ZK OZZL dr Bartosza Fiałka głośna stała się sprawa kontraktów, podpisywanych przez podmioty lecznicze z lekarzami, w których zawarta jest klauzula, że koszty badań zleconych przez lekarzy pomniejszają ich wynagrodzenie.

Piszą o tym już nie tylko media branżowe jak medycyna praktyczna: <https://www.mp.pl/kurier/220030,kontrakt-z-potraceriem> ale również ogólne jak gazeta prawna:

<https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1439305,klauzule-umowne-lekarzy-oplacanie-badan-nfz.html>

Wbrew pozorom sprawa nie jest nowa, wręcz przeciwnie stara jak ... powszechne ubezpieczenie zdrowotne, które zostało w Polsce wprowadzone w roku 1999.

Już w roku 2001 zwracałem na tę sprawę uwagę w felietonie pt: lekarz jako komercyjna firma ubezpieczenia zdrowotnego. Przypominam treść tego felietonu poniżej.

Problemem tym ZK OZZL zajmował się również później, np. w roku 2011 przy okazji wprowadzenia tzw JGP do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pismo w tej sprawie wysłaliśmy do Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjentów zwracając uwagę na niebezpieczeństwo opisanych wyżej rozwiązań dla chorych. link do pisma:

<http://ozzl.org.pl/aktualnosci/12610-lekarz-jako-komercyjna-firma-ubezpieczenia-zdrowotnego-list-zk-ozzl-d-o-rpo-w-sprawie-nowych-zasad-rozliczania-aos>

Problem jak widać pozostał, chociaż „wszyscy wszystko wiedzieli” .

Treść felietonu z roku 2001:

Lekarz jako komercyjna firma ubezpieczeniowa

Poglądów na temat finansowania ochrony zdrowia jest całe mnóstwo. Różnią się one w szczegółach, jednak generalnie można je podzielić na dwie grupy. Pierwsza to ta, która zakłada, że finansowanie leczenia powinno być prywatne, obciążające indywidualnego człowieka. Drugą grupę stanowią zwolennicy bezpłatnej służby zdrowia, finansowanej ze środków publicznych.

Jeśli chodzi o szczegółowe rozwiązania - w pierwszym przypadku są one proste: pacjent sam płaci za swoje leczenie lub korzysta z pośrednictwa firm ubezpieczeniowych, w tej liczbie również firm komercyjnych. Świadczenia zdrowotne zorganizowane są w sposób rynkowy. Rynkowa też jest cena za leczenie, dzięki czemu - z jednej strony - stanowi ona barierę przed nadużywaniem usług zdrowotnych, z drugiej - zapewniając właściwy zysk dla świadczeniodawcy - stanowi gwarancję odpowiedniej do potrzeb podaży usług. Zadaniem państwa jest stworzenie takich warunków - przede wszystkim podatkowych - aby każdego obywatela stać było na leczenie.

Zwolennicy publicznego finansowania opieki zdrowotnej zarzucają powyższemu rozwiązaniu, że jest niehumanitarne. Warunkuje bowiem dostęp do leczenia w zależności od posiadanych pieniędzy, co naraża niektórych (a nawet - ich zdaniem - większość) obywateli na brak odpowiedniej pomocy medycznej. W opinii tej grupy ekspertów niedopuszczalne jest, ze względów etycznych, aby prawo do zysku na przykład komercyjnej firmy ubezpieczeniowej czy lekarza postawić na równi z prawem do zdrowia i życia. Ich zdaniem lepszy, wyższy etycznie, jest system bezpłatnej służby zdrowia. Nie dopuszcza on bowiem aby czyjś zysk stawał choremu na przeszkodzie do uzyskania odpowiedniej pomocy medycznej.

Sprawa okazuje się jednak nie zupełnie tak jednoznaczna jak chcieliby to przedstawić zwolennicy bezpłatnego leczenia. Również oni muszą bowiem zderzyć się z realiami ekonomicznymi, z tym podstawowym faktem, że leczenie jednak coś kosztuje, a ilość środków przeznaczonych na służbę zdrowia nie może być nieograniczona. Co więcej, w przypadku bezpłatnej służby zdrowia problem jest znacznie trudniejszy. Odpada bowiem naturalny regulator popytu i podaży, jakim - w systemie rynkowym - jest cena

za świadczenie. Trzeba zatem wymyślić coś, co zastąpi ten regulator, na tyle skutecznie, żeby pacjenci nie nadużywali usług zdrowotnych, a jednocześnie na tyle „humanitarnie” aby potrzebujących nie pozbawić dostępu do odpowiedniego leczenia. Można śmiało powiedzieć, że stworzenie takiego regulatora jest podstawowym przedmiotem rozmaitych „badań”, teorii i „odkryć” zwolenników bezpłatnej służby zdrowia.

Rozwiązaniem, które zyskuje wśród nich ostatnio szczególną popularność jest kapitałowe wynagradzanie podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Dotyczy ono zarówno świadczeniodawców „instytucjonalnych” na przykład szpitali, jak i pojedynczych, prywatnie praktykujących lekarzy. Polega ono na tym, że dysponent środków publicznych oddaje świadczeniodawcy określoną kwotę pieniędzy za objęcie „opieką” danej populacji. Kwota ta wynika z pomnożenia ilości „podopiecznych” przez ilość pieniędzy przypadających na jednego potencjalnego pacjenta. Przy czym pojęcie „opieka” może być zdefiniowane bardzo różnie. Mogą to być na przykład porady lekarza rodzinnego wraz z badaniami dodatkowymi, transportem chorych i opieką pielęgniarki środowiskowej. Można też dodać do powyższego „pakietu” porady specjalistyczne i na przykład podstawowe leczenie szpitalne. Najbardziej „zaawansowane” formy wynagradzania kapitałowego stanowią instytucje tzw. lekarza z budżetem oraz zakładu opieki kierowanej. W pierwszym przypadku lekarz podstawowej opieki zdrowotnej otrzymuje od płatnika pełną kwotę pieniędzy przeznaczonych na opiekę zdrowotną danej populacji (łącznie z leczeniem szpitalnym, uzdrowiskowym a nawet z lekami) i sam - w imieniu chorych - wydaje te pieniądze, świadcząc własne usługi i kupując u innych odpowiednie świadczenia - jego zdaniem potrzebne dla jego „podopiecznych”. W drugim przypadku kwotę taką uzyskuje zakład opieki zdrowotnej, który w ogromnej większości sam zapewnia kompleksową pomoc medyczną (łącznie z zaopatrzeniem w leki), a tylko w wybranych przypadkach kupuje świadczenia na zewnątrz. Zwolennicy bezpłatnej służby zdrowia twierdzą, że ten sposób wynagradzania świadczeniodawców to ów poszukiwany „idealny regulator” popytu i podaży usług zdrowotnych. Zachowany jest bowiem bezpłatny dostęp do leczenia, a jednocześnie dostęp ten jest uwarunkowany czynnikami merytorycznymi, bo „odźwiernym” otwierającym drzwi do poszczególnych badań czy zabiegów jest lekarz.

Moim zdaniem istnieją jednak zasadnicze wątpliwości, co do wyższości etycznej powyższego rozwiązania nad normalnym systemem rynkowym. Zauważmy bowiem, że teoretycy ekonomiki bezpłatnej służby zdrowia w poszukiwaniu idealnego rozwiązania zapędzili się sami w kozi róg. Obdarzyli oni lekarza (lub zakład opieki zdrowotnej) wszystkimi cechami ... komercyjnego ubezpieczyciela. Lekarz taki bowiem lub zakład opieki zdrowotnej, który przejmuje określoną kwotę na kompleksową opiekę zdrowotną staje się odpowiedzialny za to aby pieniądze te wystarczyły na wszystkie potrzebne świadczenia. Musi zatem ograniczać niektóre świadczenia, z innych rezygnować i - generalnie - oszczędzać aby zmieścić się w określonych granicach. Co jednak najważniejsze - z przyznaných środków musi „wykroić” również zysk lub wynagrodzenie dla siebie. Przy czym mechanizm jest prosty : im więcej zaoszczędzisz na leczeniu, tym więcej zostanie dla ciebie. Zatem taniość świadczeń zdrowotnych staje się dla takiego świadczeniodawcy głównym imperatywem działania. Na zupełnie podobnej zasadzie funkcjonują komercyjne firmy ubezpieczeniowe. W ich przypadku jest to jednak zrozumiałe, bo na tym właśnie, a nie na leczeniu, polega ich „biznes”. Komercyjne firmy ubezpieczeniowe mają zresztą odpowiednią przeciwwagę w postaci lekarzy, którzy - kierując się wyłącznie względami medycznymi i zachowując wolność w tym względzie - stają po stronie pacjenta i jego zdrowia w tej swoistej „walce” z ubezpieczycielem. Kto jednak stanie w obronie pacjenta - jeżeli lekarz zacznie spełniać funkcję komercyjnej ubezpieczalni i zechce oszczędzać na jego leczeniu? Jak bardzo wolny w wykonywaniu swojego zawodu pozostanie taki lekarz ?

Tak więc rozwiązanie na pozór etyczne podważa najbardziej fundamentalne (dotychczas) zasady lecnictwa: zaufanie pacjenta do lekarza i wolność lekarza w wyborze sposobu leczenia.