

REFORMOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA – WYMIARY SPORU

• DYLEMATY WOKÓŁ REFORMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Grażyna Sordyl
Joanna Niżnik

Akademia Ekonomiczna w Krakowie

WPROWADZENIE

W dyskusjach dotyczących reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce podkreśla się często wiele istotnych aspektów związanych z celami, konstrukcją i efektami proponowanych zmian. Niejednokrotnie zapomina się o podstawowej kwestii, jaką jest pilna potrzeba zapewnienia stabilizacji systemu. Stąd też niezwykle cenna jest inicjatywa Rzecznika Praw Obywatelskich, który proponuje podjęcie dyskusji wokół zaprezentowanych założeń projektu reformy ochrony zdrowia, opracowanych przez zespół ekspertów pod kierunkiem prof. Ewy Nojszewskiej¹. Nieco wcześniej, w listopadzie 2006 r., Ministerstwo Zdrowia (MZ) zaprezentowało autorski projekt Piotra Kulpy, dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Niemal we wszystkich krajach na świecie systemy ochrony zdrowia podlegają ciągłym modyfikacjom, których celem jest znalezienie optymalnych rozwiązań wobec problemów związanych z wzrastającymi nakładami na zdrowie. Zauważalną tendencją jest przenoszenie części odpowiedzialności za zdrowie i finansowanie świadczeń zdrowotnych z instytucji publicznych na prywatne podmioty. W większym bądź mniejszym stopniu systemy te są współfinansowane poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Celem artykułu jest omówienie przedstawionych przez RPO i MZ projektów². Ukazanie organizacji i mechanizmów finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie pozwala na ocenę omawianych projektów z punktu widzenia możliwości wprowadzenia proponowanych rozwiązań i uzyskania oczekiwanych efektów. Rozwiązania przyjęte w innych krajach mogą stanowić wzorzec dla konstrukcji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Badania oparto na analizie źródłowej i metodzie porównawczej.

SYSTEMY OCHRONY ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH OECD

W tradycyjnych modelach przyjęto finansowanie z budżetu państwa (model Beveridge'a) lub ze składki ubezpieczeniowej (model Bismarcka), nie mniej jednak w większości krajów występują systemy mieszane. Obok powyższego podziału, stosując kryterium miejsca i funkcji prywatnych ubezpieczeń w stosunku do systemu publicznego, można wyróżnić system ubezpieczeń substytucyjnych, komplementarnych lub suplementarnych (Mossialos, Thomson 2004, s. 51).

Istotą prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest przejmowanie przez zakłady ubezpieczeń od klientów (ubezpieczonych) ryzyka utraty zarobków, wynikających z niezdolności do pracy oraz ryzyka konieczno-

ści poniesienia niespodziewanych wydatków związanych z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych w zamian za wniesienie odpowiedniej składki. Ubezpieczenia substytucyjne zapewniają ochronę ubezpieczeniową dla osób wyłączonych z publicznego systemu ochrony zdrowia.

Ubezpieczenia komplementarne dotyczą osób objętych publicznym systemem, ale zobowiązanych do pokrycia świadczeń wyłączonych w części lub całości z systemu publicznego. Ubezpieczenia suplementarne umożliwiają korzystanie z świadczeń, do których dostęp w systemie publicznym jest utrudniony.

System ubezpieczeń substytucyjnych charakterystyczny jest dla rynku niemieckiego, ubezpieczeń komplementarnych funkcjonuje we Francji, natomiast ubezpieczeń suplementarnych występuje w Wielkiej Brytanii.

System ubezpieczeń substytucyjnych (zastępczych) oparty jest na zasadzie wyboru publicznego lub prywatnego ubezpieczyciela. Ubezpieczenia substytucyjne umożliwiają rezygnację z uczestnictwa w bazowym – publicznym systemie i stanowią zabezpieczenie ryzyka potrzeb zdrowotnych w związku z pozostawieniem poza systemem publicznym.

W Niemczech wyłączenia z systemu publicznego dotyczą osób, które prowadzą działalność gospodarczą, natomiast możliwość rezygnacji z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest uzależniona od przekroczenia określonego progu dochodowego. Przejście do systemu prywatnego eliminuje możliwość powrotu do systemu publicznego. Pojawia się zatem problem osób, które, w związku na przykład ze zmianą sytuacji życiowej lub brakiem przezorności, nie ubezpieczają się, a tym samym nie są w stanie zabezpieczyć swoich potrzeb zdrowotnych w systemie prywatnym i w przypadku choroby lub zagrożenia życia przerzucają tę odpowiedzialność na państwo. Niemieckie statystyki podają, że około 200 tys. osób w tym kraju nie posiada żadnego ubezpieczenia (Busse 2002).

Podobne rozwiązania funkcjonowały w Holandii do 2006 r. Z racji unikania przez część społeczeństwa płacenia składki, a tym samym zmniejszeniem środków w systemie publicznym, przeprowadzono reformę, odchodząc od ubezpieczeń substytucyjnych. W ramach trójfilarowego systemu wprowadzono obowiązek ubezpieczenia w I i II filarze dla wszystkich obywateli, niezależnie od wysokości osiąganych dochodów, podczas gdy III filar jest dobrowolny.

Składka w pierwszym filarze uzależniona jest od dochodów ubezpieczających i stanowi element systemu publicznego. Gromadzone środki przeznaczone są na finansowanie świadczeń realizowanych

w ramach opieki długoterminowej i procedur wysoko specjalistycznych.

Nowe rozwiązania pozwalają na wybór ubezpieczyciela w II filarze, a prywatne towarzystwo ubezpieczeniowe ma obowiązek przyjęcia każdej aplikującej osoby niezależnie od jej wieku, stanu zdrowia czy płci. Prywatni ubezpieczyciele konkurują wysokością składki, która jest określana kwotowo przez każde towarzystwo. Jednocześnie prawo nie pozwala na różnicowanie składki w zależności od wieku i stanu zdrowia. Środki z II filara pokrywają świadczenia udzielane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej i stacjonarnej. III filar stanowi jedynie uzupełnienie systemu.

Występowanie ubezpieczeń komplementarnych (uzupełniających), charakterystycznych dla Francji, związane jest ze stosowaniem zasady współpłacenia i limitów kwotowych w odniesieniu do świadczeń medycznych, finansowanych w ramach systemu publicznego. Ubezpieczenia komplementarne pozwalają zatem na zwrot dopłat za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej lub zwrot opłat za określone kategorie świadczeń.

Ubezpieczenia publiczne gwarantują pokrycie ściśle określonych świadczeń rzeczowych, do których należą:

- koszty opieki medycznej i leczenia, w tym hospitalizacja,
- świadczenia medyczne oraz paramedyczne,
- świadczenia laboratoryjne,
- świadczenia stomatologiczne,
- transportu sanitarnego,
- zaopatrzenia w leki i środki pomocnicze,
- świadczenia pieniężne (zasitek chorobowy, macierzyński oraz pogrzebowy).

Osoba ubezpieczona posiada prawo wolnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, któremu przekazuje honorarium za uzyskane świadczenia, po czym otrzymuje częściowy zwrot kosztów z systemu publicznego.

Ponad 92% obywateli posiada ubezpieczenie prywatne (Buchmuller, Couffinal 2004, s. 4). Obok ubezpieczeń komplementarnych, funkcjonują ubezpieczenia suplementarne, o niewielkim znaczeniu, obejmujące usługi o wyższym standardzie oraz łatwiejszy dostęp do konsultacji specjalistycznych. W związku z chronicznym deficytem systemu publicznego zauważalne jest stopniowe przesuwanie finansowania na system komplementarnych ubezpieczeń prywatnych.

Ubezpieczenia suplementarne (dodatkowe) występują w Wielkiej Brytanii. Brytyjski system ochrony zdrowia oparty jest na zasadzie pełnej odpowiedzialności państwa za udostępnienie wszystkim obywatelom możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie uzasadnionym potrzebą zdrowotną.

Szeroki zakres świadczeń oferowanych przez system publiczny w istotny sposób wpływa na zakres ubezpieczeń prywatnych, które nie zastępują, w większości przypadków, ochrony gwarantowanej przez państwo. Ubezpieczenia suplementarne wypełniają niewielką lukę, wynikającą z wyłączenia niektórych świadczeń z publicznego finansowania oraz świadczeń objętych stosunkowo niskimi dopłatami, np. usługi stomatologiczne lub okulistyczne. Stąd też jedynie 11,5% społeczeństwa posiada prywatne ubezpieczenia medyczne, z czego 40% to ludzie z najwyższego przedziału dochodów, wywodzący się z kadry kierowniczej (Laing&Buisson 2001, s. 32).

System irlandzki, podobnie jak brytyjski, jest systemem budżetowym (Beveridge'a) jednak o nieco odmiennej konstrukcji. W Irlandii dokonano podziału ubezpieczonych na dwie kategorie.

Do pierwszej należą osoby najbiedniejsze, których dochód nie przekracza 800 euro miesięcznie lub 1200 euro na gospodarstwo domowe. Osoby te mają prawo do bezpłatnej opieki medycznej, w ramach systemu publicznego, do którego wnoszą obowiązkową składkę w wysokości 1,25% dochodów.

W drugiej grupie w tej samej kategorii mieszczą się osoby, których dochód wynosi 1000–1400 euro miesięcznie i ponoszą koszty leków oraz pobytu w szpitalu.

Pozostałe osoby należące do kategorii drugiej ponoszą koszty związane z korzystaniem z podstawowej opieki zdrowotnej tzw. *enter fee* w wysokości od 40 do 60 euro. Mają one prawo do bezpłatnej opieki szpitalnej jedynie w szpitalach publicznych w ramach świadczenia finansowanego z środków publicznych i opieki specjalistycznej. Korzystanie z pozostałych świadczeń wymaga współfinansowania świadczenia.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne pozwala na pokrycie dopłat, opłaty za wejście do systemu zdrowia (*enter fee*), świadczeń udzielanych przez szpitale prywatne, ale przede wszystkim skraca czas oczekiwania na realizację świadczenia (Kolombo 2004, s. 112–121).

Ciekawe rozwiązania przyjęto w systemie australijskim. Rozbudowany system ubezpieczeń prywatnych w Australii jest związany z współfinansowaniem świadczeń oraz polityką państwa wspierającą ich rozwój. Przynależność do systemu publicznego jest obowiązkowa i gwarantuje prawo do bezpłatnego korzystania z szerokiego zakresu świadczeń gwarantowanych. Ubezpieczenia prywatne mają charakter dobrowolny, nie mniej jednak istnieje wiele instrumentów skłaniających do ich nabycia. Szczególnie dotyczą one osób, których dochody przekraczają 50 tys. dol. australijskich lub 100 tys. dol. australijskich na gospodarstwo domowe. W przypadku braku ubezpieczenia prywatnego osoby te płacą zwiększoną o 1% składkę obowiązkową (2,5%). Zakup ubezpieczenia uprawnia wszystkie osoby do 30-procentowej ulgi w podatku dochodowym. Dla osób powyżej 70. roku życia ulga wynosi 40%.

Przystąpienie do ubezpieczenia prywatnego przez osoby, które nie osiągnęły 31. roku życia związane jest z obniżeniem składki do poziomu minimalnego przez cały okres kontynuacji ubezpieczenia. Wyjście z systemu prywatnego i ponowny powrót skutkuje zwiększeniem składki o 2% za każdy rok powyżej 30. roku życia.

W ramach prywatnego ubezpieczenia świadczeniobiorca nabywa prawo wyboru lekarza oraz uzyskuje pokrycie różnicy ceny rzeczywistej świadczenia do ceny wynikającej z taryfikatora. Poszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o pokrycie świadczeń pozakoszykowych możliwe jest za dodatkową składką (Healy i in. 2006, s. 35–40, 57–60).

PROJEKTY REFORMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Na tle przedstawionych konstrukcji systemów ochrony zdrowia interesująco prezentują się propozycje Rzecznika Praw Obywatelskich. Założenia reformy systemu ochrony zdrowia oparte zostały na trójfilarowej

konstrukcji. Podstawą funkcjonowania systemu jest wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych.

Filar I cechuje obowiązkowość oraz dostęp do bezpłatnych świadczeń w ramach koszyka. Składka byłaby opłacana na dotychczasowych zasadach – wraz z ulgą w podatku dochodowym od osób fizycznych w wysokości 7,75%.

Przynależność do II filara będzie również obowiązkowa, jednakże w odróżnieniu od I filara korzystanie ze świadczeń wymagać będzie współpłacenia. Propozycja dodatkowa składka wyniesie 1,25% dochodu. W II filarze działalność będą mogły prowadzić zakłady ubezpieczeń o jednolitej formie prawnej (np. spółki prawa handlowego). Oferowane przez nie ubezpieczenie pokrywać będą świadczenia ujęte również w koszyku, ale wymagające dopłat. Dodatkowe ubezpieczenie nie powinno pozwolić, w myśl projektu, na omińnięcie kolejki, wyższy standard czy wybór lekarza.

Przynależność do III filara będzie dobrowolna i umożliwi przede wszystkim pokrycie z ubezpieczenia prywatnego kosztów świadczeń nieobjętych koszykiem.

W projekcie założono wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, celem zapewnienia pacjentom należnych standardów utrzymania. Nowy system obejmie osoby poniżej 45. roku życia, dla pozostałych zostaną utrzymane dotychczasowe zasady wygasającego systemu.

Autorski projekt dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia Piotra Kulpa (Kulpa 2006; Sikora 2006) zakłada współfinansowanie z prywatnych ubezpieczeń równoległych świadczeń, mieszczących się w obrębie systemu publicznego w zakresie szpitalnictwa i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, oraz utworzenie nowych podmiotów uprawnionych do prowadzenia wspomnianych ubezpieczeń.

Koncepcja oparta jest na trójfilarowej konstrukcji. Pierwszy filar obejmuje ubezpieczenia obowiązkowe realizowane na dotychczasowych zasadach, finansowane ze składek przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

W ramach drugiego filara wyodrębnione podmioty oferować będą ubezpieczenia dobrowolne – równoległe, których zakres będzie odpowiadał zakresowi świadczeń udzielanych w systemie publicznym z jednoczesnym podniesieniem standardu usług.

Ubezpieczenia dobrowolne suplementarne oferowane przez ubezpieczycieli prywatnych (spółki akcyjne i towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych operujących na rynku ubezpieczeniowym) realizowane będą w trzecim filarze.

Fundamentalne znaczenie w realizacji powyższych założeń ma wprowadzenie II filara, w ramach którego działalność mogłyby prowadzić Fundusze Ubezpieczeń Dodatkowych (FUD) tworzone przez zakłady ubezpieczeniowe, świadczeniodawców, związki zawodowe, organizacje pracodawców, instytucje publiczne, samorządy terytorialne. W założeniu mogą więc powstać FUD podobne w swojej konstrukcji do Otwartych Funduszy Emerytalnych – publiczne, sektorowe, terytorialne lub mieszane. Przynależność do FUD miałyby być dobrowolna i nieograniczona wiekowo.

Z uwagi na konieczność zapewnienia ubezpieczenia dla osób starszych z niższymi dochodami lub wyższym ryzykiem przyjęto zasadę solidaryzmu – *com-*

munity rating, w myśl której składka jest uzależniona jedynie od zakresu świadczeń pokrywanych w ramach ochrony ubezpieczeniowej, bez uwzględnienia ryzyka indywidualnego, jednak ustalana przez każdy fundusz samodzielnie. Wprowadzenie *community rating* oraz obowiązku przyjęcia do ubezpieczenia osób aplikujących może prowadzić do zróżnicowania ryzyka w portfelach FUD. Stąd też założono funkcjonowanie systemu wyrównawczego w zakresie zróżnicowanego poziomu ryzyka, w którym utworzony Fundusz Wyrównawczy Ubezpieczeń Zdrowotnych pełniłby rolę instytucji rozliczeniowej.

System wymaga gwarancji państwa, co związane jest z uwzględnieniem możliwości przejęcia portfela likwidowanego FUD przez funkcjonujące na rynku fundusze. Brak decyzji ubezpieczonego o wyborze nowego funduszu uruchamia mechanizm losowania i przyjmowania ubezpieczonego do nowego funduszu. W losowaniu zachowana będzie zasada proporcji udziału w rynku.

Zakres II filara obejmuje szpitalnictwo i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Świadczeniodawca może zawrzeć umowę z FUD jedynie w sytuacji kontraktowania u niego usług przez NFZ. Wysokość kontraktu nie może przekroczyć 50% realizowanych przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń, bez względu na liczbę FUD, z którymi zostanie zawarta umowa.

Kontrakt z funduszem zobowiązuje świadczeniodawcę do realizacji usługi o podwyższonym standardzie, którego zakres określa umowa ubezpieczającego z ubezpieczycielem. Jednocześnie udzielone świadczenie jest finansowane z dwóch źródeł: w 75% z Narodowego Funduszu Zdrowia i w 25% z Funduszu Ubezpieczeń Dodatkowych.

Krzyżacją dla świadczeniodawcy jest obligatoryjne zwiększenie przez NFZ kwoty kontraktu na rok następny o co najmniej połowę kwoty, która została wydatkowana przez FUD w roku poprzednim, na pokrycie zrealizowanych przez jednostkę usług. Przy szacowanym poziomie składki wynoszącym 377 zł rocznie świadczeniodawca uczestniczący w nowym systemie powinien uzyskać o 30% więcej środków na realizację świadczeń po zawarciu umowy z FUD w stosunku do sytuacji finansowania świadczeń jedynie z NFZ (75% NFZ + 55% FUD = 130%)³.

Świadczeniobiorca w drugim filarze może uzyskać ubezpieczenie, w ramach którego zakres świadczenia będzie taki sam jak w Narodowym Funduszu Zdrowia, jednak o wyższym standardzie. Ubezpieczenie może obejmować:

- możliwość wyboru lekarza,
- ponadstandardową opiekę pielęgniarską i położniczą,
- lepsze warunki hotelowe,
- lepsze wyżywienie,
- usługi hotelowe dla osób towarzyszących (np. matki z dzieckiem powyżej 3. roku życia).

Zakres ochrony uzależniony będzie od zawartej umowy, przy czym w ustawie zostaną określone minimalne wymogi produktowe. Objęcie ochroną ubezpieczeniową pozostałych członków rodziny wymagać będzie wniesienia dodatkowej składki. Rzeczywisty koszt ubezpieczenia może być jednak znacznie niższy poprzez wprowadzenie dopłat, ulg i refundacji.

Szczególne znaczenie może mieć dopłata z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFSS), który tworzony jest obowiązkowo w zakładach pracy zatrudniających powyżej 20 pracowników i groma-

dzących około 7 mld zł rocznie. Z uwagi na fakt, iż nie zostaną zastosowane żadne limity, możliwe jest sfinansowanie składki w pełnej lub znaczącej wysokości. Zakładając, że na jednego pracownika przypada średnio 750 zł z ZFŚS i przeznaczone zostanie na pokrycie składki jedynie 10% tej kwoty, koszt ubezpieczenia zmniejszy się o 20%. Dodatkowo ubezpieczony może odliczyć od podatku dochodowego od osób fizycznych 127 zł na jednego członka rodziny (Kulpa 2007, s. 2–5), co stanowi około 33% składki. Zatem rzeczywista składka może wynieść, przy przyjętych założeniach, 175 zł rocznie, a zatem 14,60 zł miesięcznie. Jednocześnie ubezpieczenie w II filarze będzie uprawniało do uzyskania ulgi podatkowej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia dobrowolnego w filarze III.

Dla osób uczestniczących w II filarze przez 40 lat, po uzyskaniu wieku emerytalnego, przewidziana jest refundacja części składki z budżetu państwa w wysokości 1% kosztów ubezpieczenia rocznie za każdy rok kontynuacji ubezpieczenia. Zatem po ukończeniu 65. roku życia osoba ubezpieczona uzyska refundację w wysokości 40% składki.

Przeprowadzenie reformy ma zapewnić usprawnienie systemu ochrony zdrowia poprzez dostarczenie dodatkowych środków pozabudżetowych stabilizujących system, zwiększenie poziomu efektywności wydatkowania środków na ochronę zdrowia, podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz ograniczenie korupcji (Kulpa 2007, s. 1).

Proponowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich i Ministerstwo Zdrowia rozwiązania powinny być analizowane w kontekście korzyści i możliwości wdrożenia projektów z jednoczesnym uwzględnieniem zagrożeń. Problem należy rozpatrywać w płaszczyźnie efektów dla systemu ochrony zdrowia, podmiotów świadczących usługi oraz pacjentów.

Niewątpliwie proponowane rozwiązania mogą zwiększyć wielkość środków finansowych przeznaczanych na zdrowie, co ma istotne znaczenie dla stabilności polskiego systemu ochrony zdrowia. O ile w państwach Unii Europejskiej średni poziom wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB wynosi 8,8%, o tyle w Polsce równy jest 6,2%. Wydatki liczone na głowę mieszkańca ukazują jeszcze większe rozbieżności pomiędzy krajami UE, w których średnia wynosi 2665 dol. amerykańskich liczonych w parzystości siły nabywczej, a Polską, dla której ta wielkość jest równa 867 dol.⁴

Wdrożenie koncepcji RPO może przynieść oczekiwane efekty finansowe w dłuższym horyzoncie czasowym. Związane to jest z faktem, iż uczestnikami nowego systemu będą jedynie osoby do 45. roku życia, a zatem w pierwszym okresie nastąpi gromadzenie środków, zaś ich wykorzystanie w okresie późniejszym⁵.

W projekcie P. Kulpy założono uzyskanie środków z II filara w chwili wdrożenia systemu, w szacowanej wysokości 3 mld zł przy kosztach około 1 mld zł, związanych z stworzeniem systemu zachęt i ulg podatkowych.

W projekcie RPO założono przeniesienie odpowiedzialności za realizację zadań związanych ze zdrowiem publicznym z państwa na samorządy w zakresie: profilaktyki, finansowania świadczeń za osoby, które wykażą się niemożnością zapłacenia składek, jak również opłacenia składki za wybrane grupy osób

(np. dzieci i młodzież do 18. roku życia, osoby bezdomne, niepełnosprawne, chorych psychicznie).

Podkreślić należy nowatorstwo koncepcji, związane z dążeniem do stymulowania rozwoju samorządności i decentralizacją działań państwa w ochronie zdrowia, wobec funkcjonujących na świecie rozwiązań, w których państwo ustala w ramach polityki zdrowotnej zadania związane z profilaktyką oraz zapewnieniem dostępu do świadczeń zdrowotnych. Projekt Ministerstwa Zdrowia pozostawia te kompetencje centralnym organom państwa.

Trzeba również podkreślić korzyści dla świadczeniobiorców (pacjentów). Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjentów za swoje zdrowie pozwoli na realny dostęp do świadczeń, ograniczając jednocześnie postawy roszczeniowe. Świadomość ponoszenia części kosztów związanych z udzielanym świadczeniem powinno prowadzić do polepszenia stanu zdrowotności i wyboru świadczeń koniecznych.

Dodatkowymi efektami wynikającymi z wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych mogą być: podniesienie standardu usług, wybór świadczeniodawcy i obniżenie składki poprzez zwiększenie liczby ubezpieczonych i konkurencji na rynku.

Istotne różnice w prezentowanych projektach odnoszą się do kwestii podjęcia decyzji o przystąpieniu do II filara. Koncepcja RPO wprowadza obowiązek ubezpieczenia dla osób powyżej 45. roku życia, projekt MZ zakłada dobrowolność z zastosowaniem zachęt warunkujących powodzenie reformy. Obok możliwości uzyskania dopłat, ulg i refundacji składki, w koncepcji P. Kulpy przyjęte zostało założenie, którego celem jest zapewnienie wysokiego poziomu partycypacji społecznej.

Nabywanie prawa do korzystania z ulgi podatkowej, obniżającej koszt ubezpieczenia w II i III filarze przysługuje każdej osobie przystępującej do systemu, z wyłączeniem osób, które ukończyły 30. rok życia i po raz pierwszy w danym roku uzyskały roczny dochód powyżej 150% średniego wynagrodzenia w gospodarce, a nie przystąpiły do systemu przez kolejne dwa lata. Wyjście z systemu powoduje utratę nabytych praw do ulgi. Projekt równocześnie utrzymuje zasadę równego traktowania pacjentów, gdy idzie o dostęp do świadczeń, uwzględniając aktualny stan prawny.

Wdrożenie założeń proponowanych przez RPO uwarunkowane jest koniecznymi zmianami w otoczeniu prawnym, a więc podjęcia istotnych decyzji w społecznej i politycznej debacie odnoszącej się do konstytucyjnych zasad oraz zaakceptowania i wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Jakkolwiek te działania są niezbędne dla stabilności systemu ochrony zdrowia, to uzyskanie szybkiego konsensusu i tym samym oczekiwanych efektów w obecnej sytuacji jest problematyczne. Zagadnienia te są niezwykle ważne w kontekście szybkości przeprowadzenia zmian systemowych.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że art. 68 ust. 2 Konstytucji gwarantuje obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie określonym przez ustawę⁶. Zaangażowanie środków publicznych wyklucza zatem nierówny dostęp do świadczenia (ominięcie kolejki). Projekt RPO może rodzić wątpliwości dotyczące zróżnicowania uprawnień obywateli do świadczeń zdrowotnych ze względu na wiek, bowiem w momencie wdrożenia

reformy status prawny osób przed i po 45. roku życia może zostać istotnie zróżnicowany.

W Polsce po 1990 r. znacząco zwiększył się udział środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia z 8,3% w 1990 r. do 30,7% w 2005 r. Jest to najwyższy wzrost w krajach Unii Europejskiej, w której średni udział wydatków prywatnych wynosił w 1990 r. 14,8%, natomiast w 2005 r. wzrósł do 24,4%⁷.

Z uwagi na tak duży poziom finansowania prywatnego i niską zamożność społeczeństwa polskiego, konieczne działania powinny zmierzać do zmiany struktury tych wydatków, polegającej przede wszystkim na ograniczeniu opłat nieformalnych, które stanowią około 4% wydatków na zdrowie ogółem⁸.

Istotne znaczenie ma możliwość poprawy sytuacji świadczeniodawców w związku z uzyskaniem dodatkowych źródeł finansowania oraz zmniejszeniem stopnia zależności od płatnika publicznego (NFZ).

Dodatkowe korzyści z wprowadzenia zmian odczuwane mogą być poprzez poprawę efektywności zarządzania posiadanymi zasobami i ograniczeniem nieprawidłowości w sferze etycznej i organizacyjnej. Działania zakładów ubezpieczeń zmierzające do zredukowania ryzyka mogą pozytywnie wpłynąć na racjonalizację wydatków i wzrost strumienia środków na profilaktykę i diagnostykę. Powinno zatem nastąpić zrównoważenie nakładów na ochronę zdrowia poprzez ich zwiększenie w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a zmniejszenie w szpitalnictwie, i tym samym odejście od stanu funkcjonującego w krajach transformacji systemowej oraz przyjęcie wzorców krajów wysoko rozwiniętych.

Trudno jest oszacować koszty reformy. Wydaje się, iż poprzez wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia podmiotów prywatnych, które mogłyby przejąć część wydatków organizacyjnych i przeznaczonych na kampanię reklamową, wydatki te zostałyby znacząco zredukowane dla systemu publicznego.

ZAKOŃCZENIE

Co do konieczności podjęcia szybkich działań w zakresie przeprowadzenia reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych panuje ogólna zgoda. Niezbędne jest podjęcie społecznej debaty wokół przygotowanych koncepcji, o którą zabiega Rzecznik Praw Obywatelskich. Fundamentalne znaczenie ma szeroka akceptacja społeczna. Bez uświadomienia korzyści dla ubezpieczonych i przekonania ich o walorach reformy jakiegokolwiek zmiany nie będą możliwe. Nie można również pominąć kwestii zapewnienia akceptacji partnerów społecznych i uwzględnienia ich udziału w przygotowaniu projektowanych zmian.

Wydaje się, iż w szerokim zakresie można wykorzystać zaprezentowane powyżej rozwiązania. Być może należałoby zastanowić się nad połączeniem obydwu

projektów i w pierwszym etapie reformy wdrożeniem rozwiązań zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia. W początkowym okresie funkcjonowania systemu ubezpieczenia równoległe powinny odgrywać znaczącą rolę, nie mniej jednak przyjęcie koszyka świadczeń gwarantowanych prawdopodobnie będzie prowadzić do zredukowania ich znaczenia, możliwości wprowadzenia ubezpieczeń komplementarnych i zwiększenia roli ubezpieczeń suplementarnych.

W chwili obecnej trzeba podjąć wszelkie możliwe działania, które doprowadzą do szybkiej poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Wyraźnie należy podkreślić, że systemy ochrony zdrowia na świecie podlegają permanentnym modyfikacjom, zatem nie należy zakładać, iż przyjęte rozwiązania będą ostatecznymi.

¹ Konferencja prasowa w sprawie debaty o systemie ochrony zdrowia, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 3 lipca 2007 r.

² Artykuł został złożony do druku w sierpniu 2007 r., stąd też prezentuje założenia koncepcji na dzień 30.08.2007 r.

³ Wyliczenia Ministerstwa Zdrowia.

⁴ OECD Health Data 2007.

⁵ Około 70% środków przeznaczanych na leczenie pacjenta wykorzystywanych jest w ostatnim roku jego życia.

⁶ Art. 68 ust. ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (DzU nr 78 poz. 483).

⁷ OECD Health Data 2007.

⁸ Tamże.

LITERATURA

- Buchmuller T.C., Couffinal A. (2004), *Private Health Insurance in France*, OECD Health Working Papers No. 12.
- Busse R. (2002), *The British and German health care systems. A framework paper outlining research concepts, a comparative assessment and remaining research gaps*, dostępny w Internecie: <www.agf.org.uk>.
- Healy J., Sharman E., Lokuje B. (2006), *Health Systems in Transition, Australia: Health system review*, The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kolombo F., Tapay N. (2004), *Private Health Insurance in Ireland*, OECD Health Working Papers No. 10, OECD Publishing.
- Kulpa P. (2007), *Możliwości rozwoju systemu dobrowolnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, w: *Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce. Instrumentarium systemu w perspektywie zmian legislacyjnych*, materiały konferencyjne, Warszawa.
- Kulpa P. (2006), *System dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczenia równoległe*, prezentacja, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Laing & Buisson (2001), *Private medical insurance; UK market sector report 2001*, London: Laing & Buisson.
- Mossialos E., Thomson S. (2004), *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Sikora D. (2006), *Rząd: dla każdego tanie polisy zdrowotne*, „Gazeta Prawna” nr 224, dostępny w Internecie: <www.gazetaprawna.pl>.

SUMMARY

The article presents an analysis of proposals of the reform of the health insurance system in Poland, created by teams of experts established by the Civil Rights Ombudsman (first) and by Piotr Kulpa, Director of the Health Insurance Department in the Ministry of Health (second). Both projects adopt a tri-partite model for the health insurance system, but introduce different principles regarding the functions of private insurance and the freedom of entering a contract. The aim of the proposed solutions is to increase the efficiency of the healthcare system by making available additional, extra-budgetary resources, which would stabilize the system, increasing the level of efficiency of allocating resources in the health service, raising health awareness of citizens and health security and limiting negative factors. The work characterises the health insurance systems in selected countries, which could provide a basis for the assessment of the proposed changes.