

PROJEKT SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

OPRACOWANY PRZEZ ZESPÓŁ EKSPERCKI PRZY
RZECZNIKU PRAW OBYWATELSKICH

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA

1. Zespół dąży do zaproponowania docelowego systemu ochrony zdrowia w Polsce zawierającego najważniejsze cechy, które mają zagwarantować jego sprawne funkcjonowanie.
2. Punktem wyjścia do podejmowania decyzji o konstrukcji systemu jest uporanie się z relacją **między suwerennością pacjenta a zasadą solidaryzmu społecznego**. Państwo jest zobowiązane do zagwarantowania dostępu do publicznej ochrony zdrowia, ale nie w nieograniczonym zakresie. Ubezpieczeni ponoszą odpowiedzialność za stan swojego zdrowia i część działań oraz kosztów musi spocząć na nich.
3. Podstawą przyjmowanych rozwiązań przyjętych dla systemu ochrony zdrowia jest **koszyk świadczeń gwarantowanych**, a w szczególności **wycena** w nim zawarta. Zasób pieniądza uzyskany do systemu ochrony zdrowia dzięki obowiązkowym składkom ubezpieczeniowym nie wystarczy dla wszystkich pacjentów i na wszystkie procedury. Dlatego Zespół proponuje **rozwiązanie trójfilarowe**, podobne do rozwiązania wykorzystanego w systemie emerytalnym. W pierwszym filarze znalazłyby się procedury efektywne klinicznie i ekonomicznie stosowane przy ratowaniu życia i w leczeniu najważniejszych chorób (np. onkologia). Ponieważ systemu nie stać na sfinansowanie wszystkich procedur efektywnych klinicznie i ekonomicznie, to w drugim filarze znajdują się, te które pacjenci będą musieli współfinansować bezpośrednio lub poprzez ubezpieczenia dodatkowe. W tym filarze znajdują się również procedury efektywne kliniczne, ale droższe. Trzeci filar swym zakresem objąłby wszystkie pełnopłatne i dodatkowe procedury medyczne.

Ponadto, pierwszy filar finansowany byłby z obowiązkowej składki płaconej w wysokości 7,75% dochodu odpisywanego od podatku – jak obecnie. Do drugiego filaru płynęłyby również obowiązkowa składka płacona ubezpieczycielom prywatnym w wysokości 1,25% dochodu – opłacana obecnie i dodatkowa składka, której kalkulacja zależy od kosztów procedur z koszyka świadczeń gwarantowanych. Trzeci filar opłacany byłby dobrowolnie.

4. Jednym z najważniejszych elementów proponowanego systemu jest **złamanie monopolu płatnika**, jakim jest NFZ. Konkurencja między płatnikami publicznymi i prywatnymi jest jedynym gwarantem minimalizowania wzrostu kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Liczbę płatników można będzie określić dzięki dodatkowym obliczeniom.

5. W swej propozycji Zespół określa **nową rolę samorządów terytorialnych**. Ich rola polegałaby na dofinansowaniu świadczeniodawców, ale tylko dzięki wykupywaniu świadczeń dla ludzi biednych, którzy wykażą się niemożnością opłacania składek, a także w ramach realizowanej polityki zdrowotnej, np. badania profilaktyczne dla kobiet w ciąży i dzieci.
6. **Wszyscy świadczeniodawcy powinni funkcjonować według tych samych praw i zasad**, np. jako spółki prawa handlowego.
7. Zespół uważa, że nowego systemu nie można wprowadzić od razu dla całego społeczeństwa. Podobnie, jak w przypadku reformy emerytalnej, **nowy system powinien być wprowadzony dla ludzi do pewnego wieku**, np. do 45. roku życia, a następnie obejmować coraz starszych wraz ze starzeniem się początkowej kohorty.

Podsumowując, zakres i siła zmian jest ogromna. Według członków Zespołu konieczne jest wprowadzenie dodatkowych opłat, oprócz obowiązkowej składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Sama składka powinna być pobierana przez urzędy skarbowe i powinna być nią objęta jak największa część społeczeństwa, czyli także rolnicy i ta część bezrobotnych, którzy uchylają się od pracy. Niemożliwa jest zmiana systemu ochrony zdrowia bez poruszenia także innych elementów tworzących system finansów publicznych. Konieczną zmianą jest likwidacja monopolu NFZ i otwarcie przestrzeni dla ubezpieczycieli i płatników zarówno publicznych, jak i prywatnych. Państwa nie stać, aby wszyscy dostawali wszystkie świadczenia przy finansowaniu wyłącznie ze składek i to płaconych przez część społeczeństwa. Państwo, deklarując dostęp wszystkim obywatelom do wszystkich usług medycznych „za darmo”, tworzy warunki do istnienia szarej strefy i drogich usług medycznych dla wybranych. Nie wspominając o tym, że w praktyce łamie zasadę równego dostępu obywateli do usług medycznych.

Ważne jest, aby system był mechanizmem samoregulującym się dzięki decyzjom podmiotów go tworzących. Największym zagrożeniem jest ręczne sterowanie, co nie oznacza, że regulatorem jest rynek. System ochrony zdrowia jest szczególną sferą gospodarowania, dotyczącą zdrowia i życia ludzkiego, i dlatego konieczny jest udział państwa. Polegać on powinien na sformułowaniu odpowiednich przepisów prawnych gwarantujących ograniczenie/wyeliminowanie niesprawności mechanizmu rynkowego i egzekwowanie praw pacjenta.

Warszawa, 2007-07-12