

na dwa głosy

Służba Zdrowia:

Rząd, zapowiadając wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zakłada, że polisy wykupi 30 proc. opłacających składkę zdrowotną. Dzięki temu system ochrony zdrowia zasilony byłby nawet 4,6 mld zł. Według firm ubezpieczeniowych, polisa może być atrakcyjna, jeśli zagwarantuje omińnięcie kolejki do świadczeń; bez tej opcji natomiast nowy produkt się nie sprzeda. *Czy dobrowolne ubezpieczenia to rzeczywiście skuteczny lek na deficyt w systemie?*

Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Stoimy przed koniecznością podjęcia decyzji o wyborze formuły zwiększenia zasobów finansowych systemu i podniesienia efektywności zarządzania nimi. Osiągnięcie tego celu możliwe jest na dwa sposoby.

Po pierwsze, odpowiedzialność może wziąć na siebie państwo i z budżetu wyasygnować dodatkowe pieniądze na "bezpośrednie" potrzeby systemu, czyli finansowanie świadczeń, w czym zawarte są wynagrodzenia dla pracowników. Jednakże konieczne jest również stworzenie systemu informatycznego i informacyjnego, bez których nie można oczekiwać jawności i przejrzystości, odpowiedniej sprawozdawczości, kontroli i możliwości prawdziwego planowania. Niezbędne jest zadbanie o jakość, standardy i wyceny. Nie można zwlekać z przygotowaniem RUM-u, czy wycenami świadczeń zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Podnoszenie składki o kolejne punkty procentowe, przy nieefektywności zarządzania środkami, nie wydaje się właściwym rozwiązaniem, chociaż nie musi skutkować wzrostem obciążeń ubezpieczonych (można zwiększyć odpis od PIT-u, co jednak zmniejszy dochody podatkowe przeznaczone na inne wydatki budżetu państwa). Czy państwo jest w stanie podołać tym zadaniom? Dotychczasowa bezradność wydaje się prowadzić do jednoznacznego wniosku. Należy więc rozważyć drugi sposób osiągnięcia wskazanego celu: przez wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń, także w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych - i demonopolizację płatnika (wprowadzenie systemu mieszanego). Można liczyć, że prywatni ubezpieczyciele (i świadczeniodawcy) przyniosą ze sobą know-how, a konkurencja między nimi wymusi odpowiednią ilość i jakość świadczeń oraz usług towarzyszących. Z uwagi na niedoskonałości mechanizmu rynkowego niezbędne jest jednak utworzenie organu nadzoru, który czuwać będzie w szczególności nad interesami najsłabszego uczestnika systemu, tj. pacjenta. Niebezpieczeństwem byłoby pozostawienie monopolisty w obszarze koszyka świadczeń podstawowych. Spowodowałyby to ogromne rozwarstwienie społeczne. Obywatele o wyższych dochodach prawdopodobnie korzystałoby z ubezpieczeń dodatkowych, nie tyle podnoszących jakość usług, co ich komfort. Znaczna część pieniędzy zamiast na świadczenia medyczne przeznaczona byłaby na zmniejszenie kolejek czy operacje plastyczne. Z pewnością nie na takich efektach powinno nam zależeć.

Środki publiczne przeznaczone na ochronę zdrowia są niewystarczające, dlatego należy określić mechanizm włączenia do systemu dodatkowych źródeł finansowania. Funkcjonowanie systemu z pewnością się poprawi, gdyż prywatni ubezpieczyciele będą zabiegać o efektywność finansową oraz wymagać właściwych standardów świadczeń. Konieczne jest zdefiniowanie elementów tworzących cały system; przyjmowanie jedynie wybranych nie doprowadzi do pożądanых rezultatów. -