



Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych
w systemie ochrony zdrowia.
Jak wpływają na dostęp do świadczeń,
innowacji i leków – kluczowe tezy
i rekomendacje

Opracowanie to jest zwiastunem raportu Polskiej Izby Ubezpieczeń i Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA pt. „Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków”, który został przygotowany przez firmę doradczo-badawczą Sequence HC Partners.

Spis treści

1. Wstęp	4
2. Wydatki na ochronę zdrowia na świecie	5
3. Ile wydajemy na zdrowie w Polsce – jak robić to lepiej?	6
3.1. Problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej – jak lepiej wydawać pieniądze?	7
3.2. Jak radzą sobie z problemami inne kraje?	8
4. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	8
4.1. Klasyfikacja i rola w systemach	8
4.2. Przykładowe systemy zdrowotne w wybranych krajach	9
5. Koszyki świadczeń a rola prywatnych ubezpieczeń	10
6. Stan rozwoju polskiego rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych	11
6.1. Potencjał rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w świetle ustawy refundacyjnej	13
6.2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a dyrektywa UE „Pacjenci bez granic”	13
7. Rynek leków w Polsce i wyzwania w świetle ustawy refundacyjnej	13
8. Korzyści dla systemu publicznego wynikające z funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń	14
9. Mity o ubezpieczeniach zdrowotnych	15
10. Konkluzje i rekomendacje dla Polski	16

1 WSTĘP

Od wielu lat toczy się w Polsce, z bardzo różną intensywnością, dyskusja o miejscu i roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. W tej dyskusji często używa się pojęcia „dodatkové ubezpieczenia zdrowotne”, co przy braku precyzyjnego określenia znaczenia tej nazwy, nadaje im albo nadmiernie pozytywny, albo nadmiernie negatywny wydźwięk.

Niestety, nie wiedzieć czemu, wciąż jesteśmy na etapie dyskusji. Mimo deklaracji wielu rządów od końca lat 90., że w naszym kraju zostaną wprowadzone przepisy definiujące rolę prywatnych ubezpieczeń, wciąż brak jest takich regulacji.

Polska, w przeciwieństwie do większości krajów Unii Europejskiej czy szerzej krajów OECD, wciąż nie tylko nie wbudowała prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w system finansowania opieki zdrowotnej, ale nawet nie zdefiniowała prawnie pojęcia „prywatne ubezpieczenie zdrowotne”.

Wciąż otwarte jest pytanie:

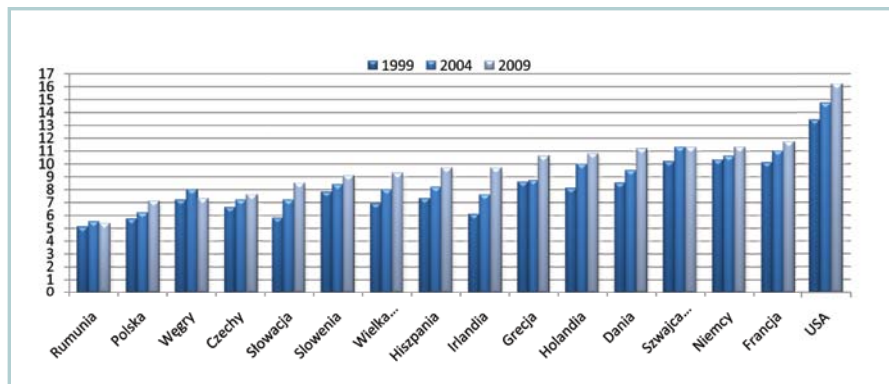
- Czy podążymy śladem Francji, gdzie z prywatnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych korzysta ponad 90 proc. społeczeństwa?
- Czy pójdziemy śladem Wielkiej Brytanii lub Irlandii, gdzie rozwijają się ubezpieczenia równoległe, czyli suplementarne i korzysta z nich niespełna 12 proc. Brytyjczyków i 51 proc. Irlandczyków?
- A może pójdź śladem Holandii, gdzie po 20 latach stopniowych reform prywatni, konkurujący ze sobą ubezpieczyciele zarządzają środkami publicznymi i prywatnymi, przeznaczanymi na leczenie całego społeczeństwa?

Jako samorząd ubezpieczeniowy uważamy, że aby powstały w Polsce powszechnie dostępne dodatkové ubezpieczenia zdrowotne, konieczne są śmiałe regulacje prawne, zmieniające system. Otworzą nam one drogę do ubezpieczenia zdrowia zgodnego z rzeczywistymi potrzebami Polaków.

2 WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA NA ŚWIECIE

Wykres 1

Całkowite wydatki na zdrowie jako udział w PKB w latach 1999–2009 (proc.)

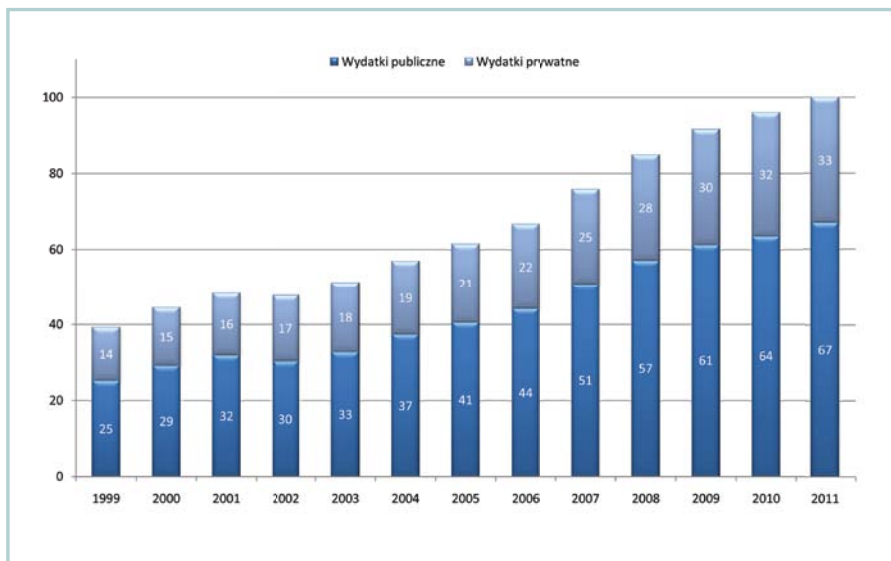


Źródło: Opracowanie własne Sequence HC Partners na podstawie bazy danych WHO

- Globalne wydatki na ochronę zdrowia na świecie osiągnęły poziom 5 bilionów USD, co stanowi 10 proc. światowego dochodu brutto.
- Zjawiska demograficzne, rozwój technologii medycznych, oczekiwania społeczne, konsumpcyjne oraz globalizacja to główne czynniki sprzyjające dalszej presji na wzrost wydatków na zdrowie.
- Celem reform systemów w wielu krajach jest lepsza efektywność wydawanych środków.
- **Efektywniejsze wydawanie pieniędzy publicznych w krajach OECD może dać oszczędności warte nawet 2 proc. PKB.**

3 ILE WYDAJEMY NA ZDROWIE W POLSCE – JAK ROBIĆ TO LEPIEJ?

Wykres 2
Ile w Polsce wydajemy na zdrowie? (mld PLN)

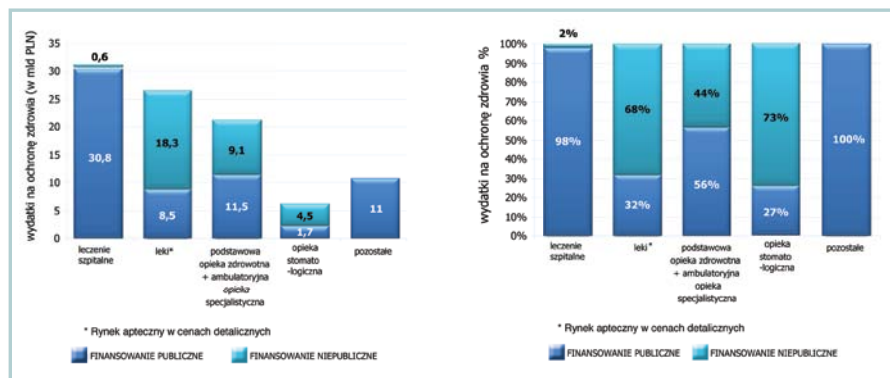


Źródło: Opracowanie własne Sequence HC Partners na podstawie informacji z różnych źródeł (PIU, NFZ, GUS, Diagnoza społeczna 2007)

- Polska wydaje obecnie na ochronę zdrowia ok. 100 mld PLN.
- W ciągu ostatnich 10 lat poziom nakładów podwoił się. Mimo to Polacy nie są zadowoleni ze swojego systemu ochrony zdrowia.
- Wydatki prywatne przekraczają 30 proc. wszystkich wydatków na zdrowie. To dowód, że system publiczny w Polsce nie jest ani efektywny, ani solidarny.
- Ponad 90 proc. wydatków prywatnych to opłaty fee for service ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjentów, co bardzo pogarsza efektywność całego systemu.
- Brak regulacji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.
- Szara i czarna strefa są zakorzenionym elementem rzeczywistości związanej z dostępem do leczenia ze środków publicznych.

Wykres 3

Przeznaczenie wydatków publicznych i prywatnych na zdrowie w Polsce w 2010 roku



Źródło: NFZ, PIU, Sequence HC Partners

3.1 PROBLEMY POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ – JAK LEPIEJ WYDAWAĆ PIENIĄDZE?

Problemy

- Trudny dostęp do świadczeń.
- W porównaniu z innymi krajami, zbyt dużo środków przeznaczają się na opiekę szpitalną, a zbyt mało na leczenie ambulatoryjne i długoterminowe.

Przykłady nieefektywności

- Gorsza niż w innych krajach opieka nad pacjentami przewlekle chorymi:
 - w Polsce w 2006 roku z powodu nadciśnienia tętniczego hospitalizowano 261 na 100 tys. osób, przy średniej 84 na 100 tys. w krajach OECD (dane za 2007 rok);
 - choroby, które inni w większym stopniu leczą ambulatoryjnie, w Polsce częściej wymagają leczenia szpitalnego.
- Słaba koordynacja opieki nad pacjentem pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, specjalistami i szpitalami.
- Niższy niż w innych krajach odsetek operacji wykonywanych w trybie dziennym:
 - zaćma: w roku 2009, w trybie dziennym, wykonano w Polsce 13,7 proc. tych operacji, podczas gdy na Węgrzech ich udział wyniósł 23,9 proc., a w Czechach 78,9 proc.

Możliwa skala poprawy efektywności w Polsce według niezależnych ekspertów OECD:

- można podnieść średnią długość życia Polaków o około 2 lata bez dopływu dodatkowych środków, zwiększając jedynie efektywność systemu ochrony zdrowia. Bez wprowadzenia zmian, a tylko przy podniesieniu nakładów o 10 proc. długość życia podniosłaby się zaledwie o 3-4 miesiące;
- można zaoszczędzić na wydatkach publicznych na ochronę zdrowia około 1,5 proc. PKB.

Efektywność systemu można podnieść przede wszystkim poprzez:

- poprawę funkcjonowania ambulatoryjnej opieki medycznej – przyniesie oszczędności w kosztach leczenia szpitalnego;
- dostarczenie pacjentom informacji o jakości i cenach świadczeń medycznych, co wzmocni konkurencję w sektorze ochrony zdrowia.

3.2 JAK RADZĄ SOBIE Z PROBLEMAMI INNE KRAJE?

Większość krajów boryka się z podobnymi problemami jak Polska. Różnice dotyczą tylko skali. Raport analizuje sposób wkomponowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w system finansowania świadczeń. Wśród wybranych krajów znalazły się Francja, Słowenia, Wielka Brytania, Dania, Szwajcaria i Holandia. Wybór krajów i przedstawienie danych obrazujących znaczenie, jakie pełnią w nich prywatne ubezpieczenia zdrowotne, służą jako przykłady do udzielenia odpowiedzi na pytanie z tytułu raportu.

4 PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

4.1 KLASYFIKACJA I ROLA W SYSTEMACH

Tabela nr 1: Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w relacji do systemu publicznego

Rodzaj ubezpieczenia	Relacja w stosunku do systemu bazowego	Przeznaczenie	Kraj
Ubezpieczenia komplementarne/uzupełniające	„ponad”	<ul style="list-style-type: none">• świadczenia zdrowotne wyłączone co do rodzaju z ubezpieczenia powszechnego• świadczenia objęte współpłaceniem	Dania Francja Słowenia Holandia
Ubezpieczenia suplementarne/równoległe	„obok”	<ul style="list-style-type: none">• szybszy dostęp do świadczeń i szerszy wybór świadczeniodawców w odniesieniu do świadczeń należnych w ramach ubezpieczenia powszechnego	W. Brytania Polska
Ubezpieczenia substytucyjne	„zamiast”	<ul style="list-style-type: none">• osoby wyłączone z zabezpieczenia publicznego• możliwość wyjścia z systemu publicznego	Niemcy
Ubezpieczenia bazowe	„wyłącznieść”	<ul style="list-style-type: none">• podstawowa droga „dostępu” do świadczeń zdrowotnych• obowiązkowe bazowe ub. prywatne	Holandia

Źródła: PIU na podstawie B. Więckowska, M. Ōsak, *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, w: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.

4.2 PRZYKŁADOWE SYSTEMY ZDROWOTNE W WYBRANYCH KRAJACH

Francja

- Obowiązkowe społeczne ubezpieczenie zdrowotne z jednym płatnikiem zapewniającym łatwy dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli.
- Dopłaty pacjentów do świadczeń zdrowotnych na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej.
- 93 proc. populacji korzysta z prywatnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.
- Kraj o jednym z najwyższych poziomów satysfakcji z opieki zdrowotnej obywateli.
- System uznawany za bezkolejkowy.
- Bardzo wysoki udział (11,7 proc. PKB) wydatków na zdrowie.

Słaby punkt: niedostateczna koordynacja opieki zdrowotnej, nadużywanie świadczeń, bardzo wysokie koszty płatnika publicznego.

Słowenia

- Nowy system, budowany od 1992 r., ze społecznym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym i jednym płatnikiem.
- Dopłaty pacjentów do świadczeń zdrowotnych na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej.
- 85 proc. populacji korzysta z prywatnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.
- Silna pozycja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – koordynator procesu leczenia pacjenta.
- Wysoki i wciąż rosnący poziom informatyzacji systemu.

Słaby punkt: kolejki do stomatologii dla dorosłych [brak specjalistów], niektóre rzadkie świadczenia wymagają leczenia za granicą – typowe dla małych krajów.

Wielka Brytania

- Sztandarowy przykład państwowego systemu finansowanego z podatków.
- Duży udział środków publicznych w nakładach na zdrowie (84 proc.).
- Silna pozycja lekarza rodzinnego jako koordynatora procesu leczenia pacjenta.
- Szeroki koszyk świadczeń gwarantowanych.
- Prywatne suplementarne ubezpieczenia zdrowotne jako odpowiedź na kolejki do zabiegów planowych.
- Blisko 12 proc. społeczeństwa posiada prywatne ubezpieczenie.

Słaby punkt: kolejki do niektórych planowych świadczeń.

Holandia

- Obowiązkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne pełni rolę ubezpieczenia społecznego [reforma z roku 2006, pierwsza tego typu na świecie].
- Wolny wybór płatnika prywatnego [innych nie ma].
- Model oparty na konkurencji stawiającej pacjenta w centrum systemu.
- Zakaz dyskryminacji, system otwarty dla wszystkich, bez względu na wiek i stan zdrowia.
- System wyrównawczy i regulacji, chroniący przewlekle chorych przed wykluczeniem.
- Od kilku lat lider rankingu Euro Health Consumer Index, oceniającego jakość systemów ochrony zdrowia w Europie.

- Ponad 90 proc. Holendrów korzysta z dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (świadczenia poza koszykiem).

Słaby punkt: trudny do jednoznacznego wskazania.

Irlandia

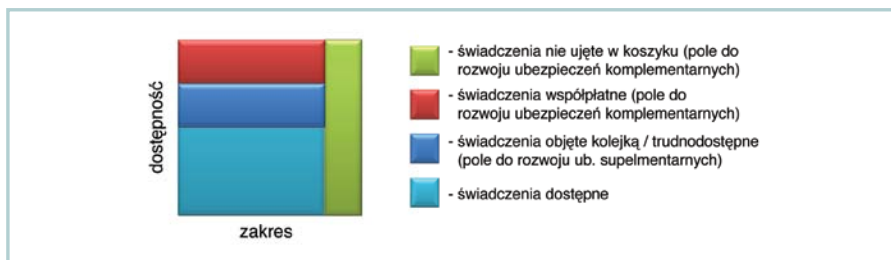
- Państwowy system finansowany z podatków.
- Płatna opieka ambulatoryjna (od pewnego progu dochodów), ale 31 proc. społeczeństwa ma prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej.
- 51 proc. Irlandczyków posiada prywatne suplementarne ubezpieczenia, głównie obejmujące świadczenia szpitalne.
- W prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych nie różnicuje się stawek ze względu na płeć, wiek i stan zdrowia.
- Zapowiadane reformy podążają w kierunku systemu holenderskiego.

Słaby punkt: słaba koordynacja opieki nad pacjentem i współpraca pomiędzy szczeblami systemu ochrony zdrowia.

5 KOSZYKI ŚWIADCZEŃ A ROLA PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ

Rysunek 1

Koszyk dostępności do świadczeń:

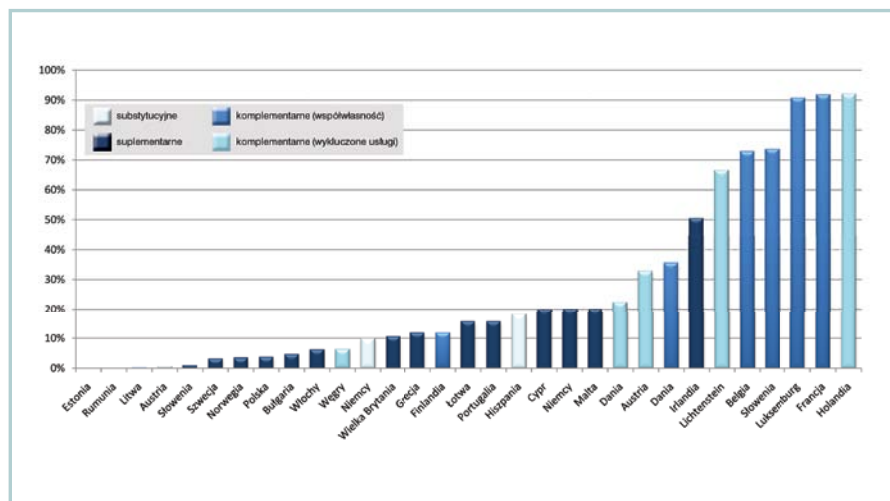


Źródła: Opracowanie własne Sequence HC Partners

- W krajach UE prywatne ubezpieczenia zdrowotne rozwijają się przede wszystkim jako uzupełnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
- Ich forma, kształt i zakres zależą od obowiązkowego publicznego systemu finansowania i organizowania dostępu do świadczeń zdrowotnych.
- Regulacje mają kluczowe znaczenie dla rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz spełniania przez nie celów wyznaczonych przez regulatora.

Wykres 4

Odsetek populacji objętej różnymi rodzajami PHI* w 2008 roku (proc.)



Źródło: S.Thomson, E.Mossialos "Private health insurance in the European Union" Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, str. 28

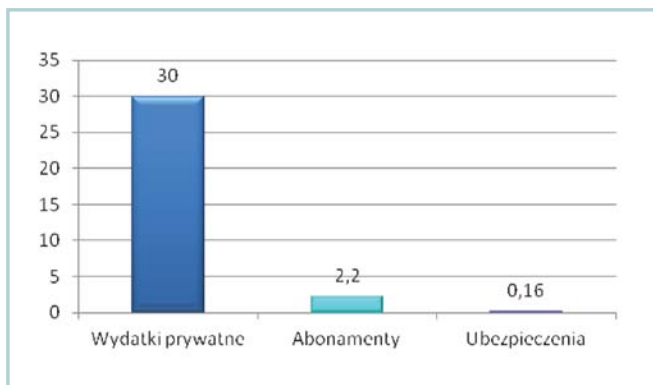
*PHI – Private Health Insurance (prywatne ubezpieczenia zdrowotne).

- Niezależnie od przyjętych rozwiązań, ubezpieczenia zdrowotne znajdują swoje miejsce i rosnącą akceptacją w wielu krajach w Europie. Wybierany przez obywateli typ ubezpieczenia prywatnego zależy od zakresu koszyka i kształtu systemu.
- W Polsce, mimo słabej dostępności do świadczeń i powszechnego niezadowolenia z systemu publicznego, ubezpieczenia zdrowotne wciąż pełnią marginalną rolę. Powód – brak regulacji.

6 STAN ROZWOJU POLSKIEGO RYNKU PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

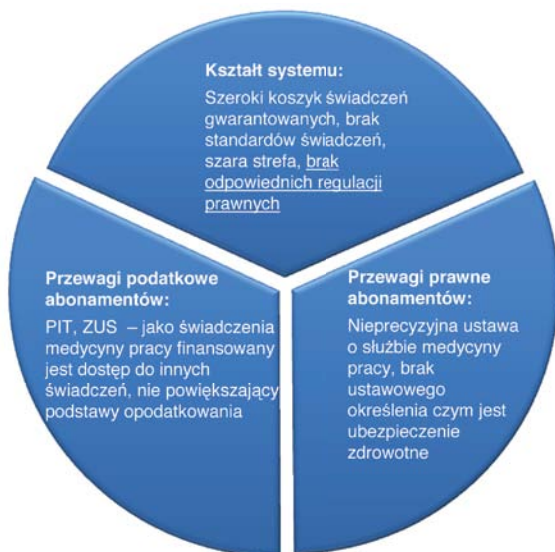
- Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w 2010 r. wart był ok. 160 mln PLN. Korzystało z nich ok. 450 tys. ubezpieczonych. Z polis grupowych korzysta szacunkowo ok. 400 tys. osób, a z indywidualnych nie więcej niż 50 tys. osób.

Wykres 5:
Udział ubezpieczeń w prywatnych wydatkach na zdrowie (mld PLN)



Źródło: PIU

Rysunek 3
Przyczyny słabego rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych



Źródło: PIU

- W Polsce, co nie jest korzystne dla systemu opieki zdrowotnej, miejsce ubezpieczycieli zajęły firmy medyczne, oferujące dostęp do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zamian za przedpłatę (abonament). Blokują to rozwój prywatnych ubezpieczeń na szeroką skalę, w tym ubezpieczeń szpitalnych.
- Raport opisuje rynek abonamentów medycznych, ponieważ z punktu widzenia definicji, a nawet porównawczych raportów dotyczących rynku ubezpieczeń zdrowotnych, należy je zakwalifikować do suplementarnych (równoległych) ubezpieczeń zdrowotnych.

6.1 POTENCJAŁ DO ROZWOJU UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH W ŚWIETLE USTAWY REFUNDACYJNEJ

- Od 1 stycznia 2012 r. ubezpieczenia od dopłat mogą być naturalną alternatywą dla dotychczasowych rabatów na leki. Dzięki temu pacjenci będą mogli kupić leki taniej.
- Raport wskazuje, że długoterminowo jest to właściwa droga zmniejszania dopłat pacjentów w drogich terapiach na rynku aptecznym.
- Ubezpieczenia od dopłat mogą być dostępne cenowo nawet dla mało zamożnych rodzin. Potwierdzają to przykłady Francji i Danii, gdzie są one sposobem do zmniejszenia poziomu dolegliwych dopłat do leków.

6.2 PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE A DYREKTYWA UE „PACJENCI BEZ GRANIC”

- Od 2013 r. dyrektywa „Pacjenci bez granic” otworzy drogę do pojawienia się w Polsce nowego typu ubezpieczeń zdrowotnych, oferujących świadczenia ambulatoryjne, w których część kosztów świadczenia zrefunduje NFZ.
- Mogą się także rozwinąć ubezpieczenia, pozwalające na finansowanie świadczeń zdrowotnych w innych niż Polska krajach UE.

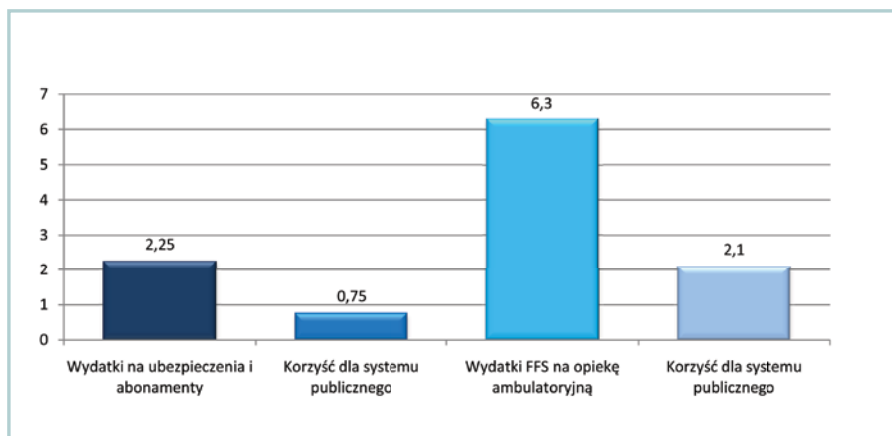
7 RYNEK LEKÓW W POLSCE I WYZWANIA W ŚWIETLE USTAWY REFUNDACYJNEJ

Raport zawiera również część poświęconą rynkowi leków w Polsce i pokazuje go na tle innych krajów UE. Przedstawia potencjalne zmiany, jakie przyniesie od 2012 r. ustawa refundacyjna.

8 KORZYŚCI DLA SYSTEMU PUBLICZNEGO WYNIKAJĄCE Z FUNKCJONOWANIA PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ

Wykres 6

Korzyści dla systemu publicznego wynikające z funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń (mld PLN)



Źródło: opracowanie własne Sequence HC Partners

- Autorzy raportu oszacowali, że dziś, gdy z abonamentów i ubezpieczeń korzysta 2,5 mln osób, to zyski dla systemu publicznego wynoszą około 750 mln PLN rocznie. Dzieje się tak przy założeniu, że osoby ubezpieczające się prywatnie nie korzystają w ogóle z przysługujących im publicznie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia ambulatoryjnego. Szacuje się, że prywatna wizyta u lekarza specjalisty kosztuje średnio 3 razy więcej, niż ta sama wizyta w systemie publicznym.
- Wydatki na zdrowie z kieszeni pacjenta (ambulatoryjna opieka podstawowa i specjalistyczna bez stomatologii) wynoszą w Polsce ok. 6,3 mld PLN. Skoro za wizyty prywatne płaci się średnio trzykrotnie więcej niż za te same wizyty w systemie publicznym, to korzyści dla systemu publicznego wynoszą 2,1 mld PLN.
- Beneficjentem tych oszczędności częściowo jest NFZ, częściowo świadczeniodawcy, a przede wszystkim inni pacjenci, którzy mogą skorzystać z niewykorzystanych pieniędzy pozostających w systemie publicznym.

9 MITY O UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH

MIT: Ubezpieczenia prywatne klóć się z ideą solidaryzmu i równości dostępu do świadczeń.

Raport przytacza przykłady regulacji i funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych, które pokazują, że idea ta jest tym mniej zakłócona, im bardziej powszechne są prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

- We Francji, za pomocą spersonalizowanej polityki społecznej (dopłata do składek ubezpieczeniowych) w ciągu kilku lat procent populacji korzystającej z ubezpieczeń komplementarnych wzrósł z 88 proc. do ok. 93 proc.
- Im **powszechniejsze są te ubezpieczenia** i im lepiej **zarządzany jest hazard moralny** w systemie, tym bardziej efekty wykorzystania ubezpieczeń przekładają się na **zwiększenie dostępności do koniecznych świadczeń**.
- Potwierdzają to przykłady Francji (93 proc. populacji) czy Słowenii (ok. 85 proc. populacji), gdzie dobrowolne ubezpieczenia komplementarne są niemal tak powszechne jak społeczne ubezpieczenie zdrowotne.

MIT: Brak możliwości posiadania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przez osoby ubogie.

Ta argumentacja trafia na podatny grunt, gdyż powszechny jest pogląd, że dostęp do ochrony zdrowia powinien być równy i niezależny od statusu społecznego czy ekonomicznego.

- Ubezpieczenia dodatkowe o charakterze suplementarnym (równoległym) nie muszą być dostępne dla najuboższych, by przynieść im korzyść. Wystarczy, że dzięki nim odciążymy system ochrony zdrowia finansowany ze środków publicznych. W ten sposób poprawi się dostępność do świadczeń dla najuboższych.

MIT: Rozwój prywatnych ubezpieczeń sprawi, że najlepsi lekarze pracować będą wyłącznie w sektorze prywatnym.

Kolejnym zarzutem stawianym prywatnym ubezpieczeniom jest konkurowanie o ograniczone zasoby służby zdrowia i zabieranie z niej najlepszych specjalistów, którzy wykształcili się i zdobyli doświadczenie w systemie finansowanym ze środków publicznych.

- Możliwość realizacji zabiegów, finansowanych poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne w szpitalach publicznych lub skomercjalizowanych, znacznie ograniczy to zjawisko. Powstaną bowiem bodźce finansowe, zachęcające lekarzy do trwałego związania się z jednym, oferującym atrakcyjne wynagrodzenie pracodawcą.
- Wymaga to zmiany podejścia regulacyjnego i praktyki funkcjonowania szpitali oraz kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

MIT: Ubezpieczenia są produktem wyłącznie dla osób zamożnych.

Ubezpieczenie zdrowotne jest produktem skierowanym do klienta masowego. Skoro we Francji 93 proc. osób korzysta z prywatnych ubezpieczeń, w Słowenii 85 proc., w Holandii ponad 90 proc., a w Irlandii ponad 50 proc., to znaczy że nie są to produkty tylko dla osób bogatych. **Dostępność do ubezpieczeń zależy wyłącznie od dobrych regulacji.**

10 KONKLUZJE I REKOMENDACJE DLA POLSKI

Polski system ochrony zdrowia wymaga głębokiej zmiany. Jej istotą powinno być wprowadzenie do zarządzania nim elementów ubezpieczeniowych. Wskazane jest, by były one oparte na doświadczeniach innych krajów. Wówczas w perspektywie 4-8 lat uzyskamy znaczną poprawę efektywności. Stanie się tak dzięki zwiększeniu podmiotowości pacjenta i wprowadzeniu regulowanej konkurencji. Będą to zmiany ewolucyjne.

Miarami sukcesu zmiany będą:

- wzrost dostępności do świadczeń w poszczególnych grupach społecznych,
- poprawa parametrów epidemiologicznych zdrowia społeczeństwa,
- wzrost satysfakcji obywateli z systemu opieki zdrowotnej,
- wzrost udziału niepublicznych ubezpieczeń zdrowotnych w ogólnych wydatkach na zdrowie.

Autorzy raportu podkreślają, że system ochrony zdrowia jest jeden. Napływają do niego zarówno środki publiczne, jak i prywatne. Jakiegokolwiek podziały przychodni i szpitali według kryterium własności (publiczny vs. prywatny) nie mają żadnego uzasadnienia.

Czynnikiem różnicującym sektory nie jest forma własności, ale źródło finansowania świadczeń. Połączenie pieniędzy publicznych i prywatnych w miejscu realizacji świadczeń aktualnie nie występuje na dużą skalę. Ze szkodą dla pacjenta i ochrony zdrowia w Polsce.

Przyczyny potrzebnej zmiany:

- nierówność dostępu do świadczeń,
- nieefektywność systemu ochrony zdrowia,
- błędne koło zależności pomiędzy sektorami finansowanymi publicznie i prywatnie,
- zbyt mało środków prywatnych, zarządzanych przez instytucjonalnych płatników,
- zbyt szeroki koszyk świadczeń w stosunku do dostępnego budżetu środków publicznych,
- brak zarządzania hazardem moralnym w systemie.

Cele proponowanej zmiany:

- zmniejszanie nierówności w dostępie do świadczeń,
- określenie wielkości koszyka świadczeń na poziomie adekwatnym do dostępnego budżetu,
- stopniowe i nadzorowane wprowadzenie konkurencji do systemu ochrony zdrowia,
- powszechny dostęp do dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych,
- koordynacja długoterminowej polityki inwestycyjnej obu sektorów w zakresie infrastruktury i sprzętu,
- znaczne ograniczenie płatności za świadczenia, ponoszonych przez pacjentów z własnej kieszeni, poprzez przesunięcie środków w kierunku prywatnych płatników instytucjonalnych,
- wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia narzędzi zarządzania hazardem moralnym,
- zwiększenie udziału w opłaceniu wynagrodzeń za świadczenia zdrowotne dwóch typów instytucjonalnych płatników – publicznego i prywatnych.

Niektóre propozycje działań:

- zmiana prawa, umożliwiająca rozwój na szeroką skalę dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli, bez względu na ich wiek czy stan zdrowia,
- stworzenie i/lub wzmocnienie instytucji nadzorujących rynek ubezpieczeń zdrowotnych,
- urealnianie zawartości koszyka adekwatnie do wieloletniego planu przychodów NFZ i prognoz socjo-demograficznych oraz epidemiologicznych,
- zwiększenie roli instytucji mierzących efektywność systemu ochrony zdrowia,
- zapewnienie pacjentom dostępu do obiektywnej i zrozumiałej informacji o skuteczności i jakości leczenia przez poszczególnych świadczeniodawców.

Tak projektowane zmiany wymagają rozległej, wieloletniej akcji edukacyjnej i dialogu społecznego. W działania te powinny być zaangażowane instytucje rządowe, samorządowe, świadczeniodawcy, media, organizacje pracodawców, związki zawodowe, stowarzyszenia pacjentów, organizacje konsumenckie, organizacje rynku farmaceutycznego i towarzystw ubezpieczeniowych. Bez stałej wymiany poglądów, konsultacji szczegółów planowanych regulacji, przejrzystości podejmowanych decyzji i szerokiej informacji publicznej, tego rodzaju zmiany są trudne do wprowadzenia. Szeroki konsensus polityczny i dialog społeczny to warunki konieczne dla wprowadzenia proponowanych zmian. Nieuchronne zmiany demograficzne i związane z tym rosnące potrzeby zdrowotne każą nam stwierdzić, że wdrożenie rekomendacji zawartych w raporcie jest konieczne dla zapewnienia w przyszłości bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

Zachęcamy do zapoznania się z pełną treścią raportu. Będzie można to zrobić jesienią 2011 r. Informacje zostaną udostępnione na stronie internetowej PIU www.piu.org.pl.



ul. Wspólna 47/49
00-684 Warszawa

office@piu.org.pl
www.piu.org.pl

tel. 22 42 05 105
22 42 05 106
fax 22 42 05 107