

Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych

Pod takim tytułem przebiegała konferencja, zorganizowana przez Rzecznika Ubezpieczonych oraz Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej, dotycząca tak ważnych dla każdego obywatela spraw, które dotychczas nie doczekały się w naszym kraju rozwiązania. Zamysłem organizatorów było stworzenie szerokiej płaszczyzny dialogu na temat kształtu reformy ochrony zdrowia m.in. z wykorzystaniem ubezpieczeń zdrowotnych.

Konferencję otworzyła **Halina Olendzka**, Rzecznik Ubezpieczonych. Jak powiedziała w swoim wystąpieniu, system ochrony zdrowia w Polsce jest chory i wymaga gruntownej naprawy. Jednak, jak się wydaje nie da się tego zrobić bez dodatkowych środków finansowych. Co prawda w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zapisano, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej, ale tych środków ciągle brakuje. W tej sytuacji nasuwają się pytania: do czego tak naprawdę pacjent ma prawo, na zaspokojenie jakich potrzeb medycznych i w jakim czasie może liczyć? Czy istnieje potrzeba wykorzystania dodatkowych instrumentów finansowych, które mogłyby wpłynąć na poprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce? W jaki sposób dokonać reformy systemu zdrowia z wykorzystaniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ?

Próby udzielenia odpowiedzi na te kluczowe pytania podjęli się zaproszeni na konferencję goście: przedstawiciele władzy ustawodawczej i wykonawczej, świata nauki, związków zawodowych, organizacji chroniących prawa pacjenta, towarzystw ubezpieczeniowych, powszechnie uznani eksperci z obszaru organizacji systemów ochrony zdrowia. Pani Rzecznik powitała wszystkich gości wśród których znaleźli się

m.in.: prof. Zbigniew Religa, minister zdrowia w poprzednim rządzie, Bolesław Piecha, przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, poseł Marek Balick, poseł: Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, poseł Ludwik Dorn i poseł Andrzej Orzechowski, eurodeputowana Ewa Tomaszewska, poseł Stanisław Szwed, reprezentujący zarówno ustawodawcę, jak i NSZZ Solidarność, Jacek Sasin, doradca prezydenta RP, Katarzyna Przewalska, z-ca dyrektora Departamentu Rozwoju Rynku Finansowego w Ministerstwie Finansów, dr Dorota Karkowska z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Urszula Michalska z OPZZ, Małgorzata Kowalska z Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Paweł Kalbarczyk z Polskiej Izby Ubezpieczeń, niezależni eksperci: prof. Jadwiga Suchocka, prof. Ewelina Nojszewska, dr Iwona Laskowska, prof. Romuald Holly, dr Andrzej Koronkiewicz, dr Konstanty Radziwiłł, Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, powiatowi i miejscy rzecznicy konsumentów, przedstawiciele federacji i stowarzyszeń konsumenckich oraz zakładów ubezpieczeń.

W imieniu Janusza Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich, który z racji ważnych obowiązków nie mógł uczestniczyć w konferencji, głos zabrała prof. **Ewelina Nojszewska**. Odczytała też list, skierowany przez RPO do uczestników konferencji, w którym wyraził wszystkim osobom i instytucjom, a przede wszystkim Pani Rzecznik, uznanie i podziękowanie za zorganizowanie konferencji poświęconej prawom pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Ze względu na głęboki i narastający kryzys w ochronie zdrowia sytuacja pacjenta – zdaniem rzecznika – jest obecnie szczególnie trudna. System ochrony zdrowia jest niewydolny, zbiurokratyzowany i coraz mniej przychylny pacjentowi. Wiele placówek ochrony zdrowia znajduje się w krytycznej sytuacji finansowej. Zadłużone są one nieraz w stopniu zagrażającym ich prawidłowemu funkcjonowaniu. Odbija się to na niekorzystnie na dostępności

pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz jakości usług medycznych. Sygnały o zamykaniu oddziałów szpitalnych, np. onkologicznych, czy ewakuacja chorych do innych placówek, a także brak wśród decydentów koncepcji, których realizacja miałyby doprowadzić do poprawy stanu rzeczy powodują, że poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli osiąga dramatycznie niski poziom. Oczywista wydaje się zgoda elit politycznych i medycznych co do potrzeby reform – pisał dalej w liście J. Kochanowski. Trudniej jednak o porozumienie gdy chodzi o podstawowe kierunki reform i postulowany model systemu ochrony zdrowia. Próbą kompromisu był „Biały Szczyt”, a zapowiedź premiera Donalda Tuska w sejmowym exposé, że naprawa systemu ochrony zdrowia staje się jednym z pierwszoplanowych zadań rządu przyjęta została z nadzieją. Trudno jednak ocenić w jakim stopniu ta wola przekłada się na konkretne działania. Wiadomo, że powinny wzrosnąć nakłady na ochronę zdrowia. Nadal jednak brak kompleksowych propozycji dotyczących np. dodatkowych ubezpieczeń i ewentualnego współpłacenia za niektóre świadczenia. Jednym z pierwszych kroków reformy powinno być określenie zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz warunków ich udzielania. A tego dotychczas nie ma. Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził równocześnie nadzieję, że rezultaty konferencji służyć będą przywracaniu prawom pacjenta należnego miejsca w hierarchii społecznych wartości.

Prof. E. Nojszewska poinformowała też, zespół fachowców przy Rzeczniku Praw Obywatelskich będzie starać się podpowiadać rozwiązania dotyczące ochrony zdrowia, korzystne dla pacjenta oraz efektywne z punktu widzenia medycznego i ekonomicznego.

Prof. **Zbigniew Religa** w swoim wystąpieniu skupił się głównie na obecnym systemie ochrony zdrowia w Polsce. Są dziedziny, z których Polska może być dumna, ale są też

miejsca zaniedbane. Profesor zwrócił m. in. uwagę na bezpieczeństwo zdrowotne w zakresie chorób serca, w którym nastąpił ogromny postęp w ciągu ostatnich 12 lat. Obecnie opieka kardiologiczna w Polsce znajduje się na wysokim poziomie, a 80 proc. pacjentów jest w pełni zabezpieczonych. Wynika to stąd, że znalazły się pieniądze na narodowy program ochrony serca, niezależnie od zmian rządów i reform, jakie miały miejsce od 1996 r. Gdy chodzi o choroby płuc bezpieczeństwo chorego również jest w Polsce w pełni zapewnione. Podstawowa opieka medyczna w wielu regionach jest na przyzwoitym poziomie, chociaż znacznie gorzej jest z dostępem do lekarzy - specjalistów. Ale obok tego są dramatyczne dziedziny opieki medycznej, które ze względu na kłopoty finansowe pozostawiają wiele do życzenia. Wiele problemów onkologicznych związanych jest z niedostatecznym finansowaniem. Fatalny jest stan jeśli chodzi o diabetologię w Polsce, co dotyczy około 2 mln chorych. Groźny zaczyna być brak wielu specjalistów medycznych. Takie, a nie inne finansowanie opieki zdrowotnej doprowadziło do znanych patologii: zadłużenia szpitali, braku środków na ich remonty i wyposażenie. Chociaż nastąpił duży wzrost płac w systemie opieki zdrowotnej, nie dla wszystkich jest on wystarczający. I wreszcie panuje korupcja, a jednym z elementów, który do niej doprowadził jest wadliwy system finansowania opieki zdrowotnej.

Zdaniem prof. Religi zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli przy obecnej składce jest niemożliwe. Jeżeli pracujący nad reformą systemu nie określą, co bezpośrednio pacjentowi się należy za składkę obowiązkową, mowa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych będzie fikcją. Profesor zwrócił również uwagę, jak ważny jest koszyk świadczeń gwarantowanych, który można określić jako zakres ubezpieczenia.

Z kolei prof. **Romuald Holly** skoncentrował się w swoim wystąpieniu na ubezpieczeniach zdrowotnych oraz wynikających stąd szansach i zagrożeniach dla obywateli. Nadmienił, że zmiana w systemie ochrony zdrowia w Polsce dokonuje się co najmniej od 10 lat, chociaż nie było kompleksowych działań, które by reformę jednoznacznie ukierunkowały. Pomimo powszechnego przyzwolenia na zmianę w tym zakresie zgody odnośnie gruntownej reformy całego systemu ochrony zdrowia i instytucjonalnej formy realizacji polityki zdrowotnej wciąż nie ma. Nadal nie wiadomo, jaki ma być zakres zobowiązań państwa wobec obywateli, jakie są realne potrzeby zdrowotne społeczeństwa, w jakim stopniu państwo powinno je zaspokajać w zależności od ponoszonych nakładów. Tu nie ma zgody od lat, niezależnie od ekip rządzących.

Mimo wielu prób reformy systemu zdrowia, nie udało się jej dokonać. Dlaczego, mimo że wszyscy tego chcą i wiedzą jak? Bo wciąż brakuje tzw. woli politycznej do przeprowadzenia zmian, chociaż konsensus ze społeczeństwem, z uwzględnieniem poziomu materialnego przeciętnego pacjenta, jest możliwy. Zdaniem profesora zachodzi konieczność kompleksowego przeobrażenia całego systemu ochrony zdrowia z wszelkimi tego konsekwencjami. Co prawda nie ma reformy bezbolesnej, ale nie może być ona na tyle rewolucyjna, by wykluczała możliwość realizacji celów. Jak zatem naprawiać system? Zdaniem prof. R. Holly musi on być oparty o ekonomiczne reguły zarządzana ryzykiem utraty zdrowia i choroby, a nie na koniunkturalnych interesach. Musi też mieć charakter solidarnościowy przynajmniej w zakresie neutralizacji ryzyk o charakterze społecznym. Zasada powszechności zaopatrzenia zdrowotnego winna dotyczyć przede wszystkim tych społecznych ryzyk utraty zdrowia i chorób, które nie leczone mogą zagrażać zdrowiu czy życiu innych. Na pewno nie powinna obejmować komfortu leczenia, np. stosowania najdroższych technologii. Toteż trzeba ustalić

koszyk usług gwarantowanych, bo bez niego nie da się określić ani zakresu przedmiotowego ani charakteru ubezpieczeń, ani też uporządkować całego systemu ochrony zdrowia. Jaki koszyk taki zakres i charakter zaopatrzenia, takie rodzaje ubezpieczenia. Koszyk jest gwarantem dla pacjenta, ale również ograniczeniem usług medycznych do niezbędnych, istotnych z punktu widzenia zdrowia obywateli w takim standardzie, na jaki pozwolą środki finansowe. Natomiast usługi uzupełniające i ponadstandardowe powinny być świadczone w ramach ubezpieczeń dodatkowych, które mogą funkcjonować jako prywatne bądź wzajemnościowe. Należałoby też jak najszybciej wprowadzić system ubezpieczeń alternatywnych w stosunku do publicznych i komercyjnych.

O ubezpieczeniach zdrowotnych w świetle ustaleń „Białego szczytu” mówił w swoim wystąpieniu dr **Andrzej Koronkiewicz**, przewodniczący zespołu redagującego rekomendacje „Białego szczytu”. Ten szczyt miał za zadanie przeprowadzić społeczne konsultacje 7 projektów ustaw rządowych, dotyczących reformy służby zdrowia. Takie konsultacje się odbywają, np. w zespole do spraw finansowania. Zajmował się on m.in. problematyką współpłacenia za usługi, co było odczytywane przez niektórych jako bariera w dostępie do świadczeń. Większość głosów dotyczących współpłacenia przemawiała za tym, że praktycznie jest ono dopuszczalne, ale pod warunkiem, że opracowany zostanie taki model, w którym osobom będącym w trudnej sytuacji materialnej będzie zapewniona kompensacja kosztów leczenia. Odnośnie konieczności precyzyjnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych, sprawa jest nadal dyskusyjna i wciąż nie ma zgody, co powinien on zawierać. Większość członków zespołu jest zdania, że docelowo system powinien zawierać zarówno element powszechnych ubezpieczeń, jak i prywatnych o charakterze alternatywnym, co jest przyjęte w większości krajów europejskich

Finansowanie świadczeń medycznych ze środków prywatnych w okresie transformacji systemu zdrowia omówiły prof. **Jadwiga Suchecka** i dr **Iwona Laskowska**. Wystąpienie prelegentek, oparte o wyniki badań prowadzonych w Polsce przez GUS w gospodarstwach domowych oraz przez inne instytucje, świadczą one o tym, jak proces reformowania ochrony zdrowia postrzegają obywatele. Zwrócono uwagę, jakie grupy społeczne i ekonomiczne gospodarstw obciążone są największymi płatnościami na świadczenia medyczne oraz jaka byłaby gotowość obywateli do wnoszenia dodatkowych opłat w ramach proponowanych rozwiązań oraz jakie kwoty byłoby w stanie uiścić.

Jak wynika z danych statystycznych obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na zdrowie nie maleje, a w przypadku emerytów i rencistów jest zdecydowanie wyższe niż pozostałych grup społeczno-ekonomicznych. W strukturze wydatków związanych z ambulatoryjną opieką zdrowotną największą część stanowią wydatki na leki i to niezależnie od grupy gospodarstw. Badania pokazały również, że dla około 30 proc. badanych osób wykup leków nie był związany z odczuwalnym ograniczeniem finansowym, ale dla blisko 45 proc. był znacznym obciążeniem, co dotyczyło głównie emerytów i rencistów, osób niepełnosprawnych oraz rodzin wieloosobowych. Z porad, które nie są finansowane przez NFZ najczęściej korzystają osoby pracujące na własny rachunek, o wysokich dochodach, mieszkańcy dużych miast oraz cierpiący na choroby przewlekłe. Około 50 proc. badanych w ogóle nie jest zainteresowanych dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, 30 proc. ocenia, że nie stać ich na dodatkową składkę związaną z ubezpieczeniami dobrowolnymi. Natomiast większość osób, które są skłonne skorzystać z tego typu usług, deklarowały składkę do 100 zł miesięcznie. Najwięcej chętnych jest wśród osób pracujących na własny rachunek oraz małżeństw posiadających jedno lub dwoje dzieci. Zainteresowanie dodatkowymi ubezpieczeniami

częściej wyrażali mieszkańcy dużych miast niż wsi. Sytuacja zróżnicowana jest też w poszczególnych województwach.

W panelu dyskusyjnym przedstawiciele świadczeniobiorców i świadczeniodawców usług medycznych, jako pierwsza głos zabrała dr **Dorota Karkowska** z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Zwróciła uwagę na niuanse prawne dotyczące dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jej zdaniem należałoby określić czy obecny system prawny pozwala na ich wprowadzenie. Drugi problem to składka, która wywołuje wiele kontrowersji, a pacjent pyta, co za nią otrzymuje. Tak naprawdę pacjent nie ma z tego tytułu gwarancji ubezpieczeniowej. Kolejny dylemat dotyczy m.in. koszyka procedur medycznych i standardów usług. Często podnoszonym problemem są kolejki i listy oczekujących, na które przedstawiciele środowisk pacjentów nie mają żadnego wpływu. Mówiąc o prawach pacjenta należy – zdaniem dr Karkowskiej - stworzyć w Polsce system pozasądowego dochodzenia roszczeń, który byłby alternatywny do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Zabierając głos **Urszula Michalska** z OPZZ powiedziała, że reprezentowana przez nią organizacja nie sprzeciwia się dodatkowym ubezpieczeniom, ale najpierw musi być opracowany koszyk gwarantowany. Nadmieniła, że OPZZ przy reformowaniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych zwraca uwagę na trzy obszary, które są ze sobą powiązane: funkcjonowanie płatnika, organizację świadczeń oraz organizację świadczeniodawców. Kolejny mówca, poseł **Stanisław Szwed**, reprezentujący równocześnie NSZZ „Solidarność” odniósł się przede wszystkim do stanowiska związku zawodowego. A ten zdecydowanie opowiada się za publiczną służbą zdrowia, zaś następnie za dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Poseł Szwed również uważa, że podstawową rzeczą jest określenie koszyka świadczeń gwarantowanych, a następnie rejestru usług medycznych. Ponadto związek zawodowy „Solidarność” opowiada się za

ustawowymi zapisami dotyczącymi podwyżek realnych płac w służbie zdrowia. Ale żeby postulaty związku zrealizować muszą być wyższe nakłady finansowe na służbę zdrowia. Tym samym związek popiera projekt podniesienia składki zdrowotnej. Opowiada się za reformą w służbie zdrowia, ale nie za rewolucją, ani też za przekształceniem publicznej służby w prywatną.

Dr hab. **Romuald Krajewski** z Naczelnej Rady Lekarskiej w swoim wystąpieniu skupił się przede wszystkim na tym, czego lekarze mogliby oczekiwać od reformy systemu ubezpieczeń. Po pierwsze poprawy możliwości wyboru dla pacjenta, głównego podmiotu systemu ochrony zdrowia, który powinien mieć możliwość podejmowania decyzji o miejscu i sposobie leczenia. Ważna rzecz to jasna informacja, co się pacjentowi należy, za którą odpowiada ubezpieczyciel, a nie lekarz. Chodzi też o określenie standardu i dostępności świadczenia, przysługującego pacjentowi w ramach ubezpieczenia. Z punktu widzenia lekarskiego istotne jest unikanie sytuacji, w których „lepsze” ubezpieczenie wypycha „gorsze”. Inna rzecz, która mogłaby znaleźć się w zreformowanym systemie to dostosowanie rekompensaty do potrzeb pacjenta. Mówca stwierdził, że różnorodność rozwiązań ubezpieczeniowych jest bardzo pożądana. Ale ich miejsce musi być precyzyjnie określone.

Natomiast **Paweł Kalbarczyk** z Polskiej Izby Ubezpieczeń zaprezentował projekt PIU dotyczący reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Jego istotą nie jest tworzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych lecz pozwolenie na zarządzanie środkami pochodzącymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez prywatne fundusze zdrowia, które będą tworzone przez komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe w ramach regulacji prawnych, które muszą powstać. Przy opracowywaniu projektu kierowano się tym, że instytucje prywatne lepiej zarządzają pieniędzmi niż państwowe. Zdaniem PIU wykorzystanie tego typu rozwiązań w Polsce może przynieść pozytywne

skutki. W systemie PIU istniałaby taka sama podstawowa składka ubezpieczenia zdrowotnego w wysokości określonej przez parlament. Z tych środków pochodziłyby pieniądze na tzw. stawkę kapitacyjną, która jest elementem solidaryzmu społecznego wszystkich obywateli w Polsce. Projekt PIU nie wyklucza konieczności wprowadzenia koszyka, ale też nie mówi, że jest on niezbędny. Ubezpieczenia zdrowotne w tym kształcie gwarantowałyby dostęp do świadczeń polegający głównie na koordynacji opieki medycznej, dodatkowych usługach typu assistance, które obecnie nie są oferowane w Polsce a na które jest popyt.

Zdaniem P. Kalbarczyka ubezpieczenia w Polsce powstaną pod warunkiem, że będzie konsensus pomiędzy politykami różnych opcji. Reforma musi być kompleksowa ponieważ zmiana jednego elementu powoduje brak równowagi w całym systemie. Trzeba więc wypracować modelowe rozwiązanie i zgodzić się odnośnie kierunku w jakim reforma ma być kontynuowana.

O tym, że jest pole również dla rozwiązań alternatywnych mówiła **Małgorzata Kowalska** z Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, reprezentująca firmy abonamentowe. Nadmieniała, że bardzo często prywatna forma własności jest odczytywana jako równoważnik płatności. Tymczasem forma własności zakładu opieki zdrowotnej nie determinuje sposobu płatności. Jeżeli prywatny zakład ma podpisany kontrakt z NFZ, świadczy usługi w ramach ubezpieczenia powszechnego. Pacjent ma niekwestionowane prawo wyboru, którego nie należy ograniczać. Może dokonać wyboru w ramach ubezpieczenia powszechnego lub zapłacić za usługę z własnej kieszeni w prywatnych placówkach. Może też skorzystać z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, które przecież obecnie istnieją już na rynku. I wreszcie jest opieka w ramach abonamentów, dotycząca głównie usług ambulatoryjnych, którą zapewnia pracodawca. Obecnie opieką abonamentową objętych jest około 1,5 mln

pracowników z kilkudziesięciu tysięcy zakładów pracy, na terenie całej Polski, nie tylko w dużych miastach. Wartość tego rynku szacuje się na 1,5 – 2 mld złotych, a tempo wzrostu usług wynosi ponad 40 proc. rocznie. Dane te pokazują, że abonament to produkt trafiony, który oferuje pracownikom za określoną wartość ustalony z góry zakres opieki zdrowotnej. Dlatego abonamenty nazwano pracowniczymi programami zdrowotnymi. Zdaniem OZPPSZ programy te należy pozostawić w reformowanym systemie zdrowotnym gdyż mogą być one komplementarne w stosunku do innych form, a przy tym efektywne finansowo ponieważ pieniądze które świadczeniodawca otrzymuje nie przepływają przez dodatkowych pośredników.

W panelu przygotowanym dla przedstawicieli władzy ustawodawczej i wykonawczej jako pierwszy głos zabrał poseł **Bolesław Piecha**, przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia. Odniósł się do tytułu spotkania „Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych” stwierdzając, że od dawna to prawo realizowało państwo przynajmniej w zasadniczej części. Prawo pacjenta, przynajmniej legislacyjnie, jest zabezpieczone w różnych dokumentach, najmniej w relacjach z NFZ. Reformowanie systemu rodzi wiele pytań, o czym świadczyła dyskusja podczas konferencji. Najważniejsze dotyczy tego, co dalej robić, gdy środki finansowe na opiekę zdrowotną są ograniczone. Poseł B. Piecha podzielił pogląd, że wprowadzenie równoległych, dodatkowych ubezpieczeń jest możliwe. Ale nie da się reformować tylko części systemu, musi być to rozwiązanie kompleksowe.

Poseł **Marek Balicki**, członek Sejmowej Komisji Zdrowia, rozważał w swoim wystąpieniu, jaki ma być kształt systemu ubezpieczeń zdrowotnych i jak może on sprzyjać realizacji praw pacjenta. Zauważył, że panuje konflikt pomiędzy zasadą solidaryzmu w dostępie do opieki zdrowotnej, a zasadą wolności wyboru ubezpieczenia. Jest też zapis konstytucyjny, który gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do opieki

medycznej. Lecz Trybunał Konstytucyjny orzekł, że obok systemu , który musi być oparty o zasady solidaryzmu, możliwe są kompilacje różnych rozwiązań, które uwzględniają zasady solidaryzmu i umożliwiają wolność wyboru. Trzeba dokonać wyboru, jaki ma być zasięg świadczeń objęty przez instytucję publiczną, a ubezpieczeniami prywatnymi, opartymi o zasadę solidaryzmu. Zdaniem M. Balickiego należy wprowadzić nowe rozwiązania, ponieważ wzrost zamożności części społeczeństwa powoduje nacisk na systemowe rozwiązania, umożliwiające pacjentowi większą możliwość wyboru, niż obecnie, np. przez ubezpieczenie prywatne. Ale jednocześnie powstaje dylemat, jak reformować system. Czy uwzględnić projekt PIU i w jakim zakresie, czy może skorzystać z doświadczeń innych krajów Unii Europejskiej? Na pewno konieczne jest zwiększenie możliwości wyboru pomiędzy instytucją publiczną a instytucjami prywatnymi, ale w takim zakresie, by nie naruszona została zasada solidaryzmu. Takie propozycje już są.

W dalszej części nastąpiła dyskusja, w której pierwszy głos zabrał dr **Konstanty Radziwiłł**, gratulując organizatorom zorganizowania merytorycznego spotkania na tak ważne tematy. W jego opinii za pieniądze, którymi obecnie dysponuje system zdrowia nie da się zrealizować zobowiązań wobec obywateli na poziomie europejskim. I bez względu na to jak będzie skonstruowany koszyk świadczeń, musi on mieć charakter europejski. Jednak nie da się tego dokonać za 9 proc. składkę obowiązkową. Jeśli chodzi o nakłady na publiczną ochronę zdrowia, decyzję musi podjąć rząd, a gdy idzie o nakłady prywatne zachodzi konieczność wprowadzenia odpowiedzialnego stosunku między pacjentem, a systemem ochrony zdrowia. Zdaniem K. Radziwiłła współpłacenie, bez względu na to jak będzie wysokie, jest niezbędne do samoregulacji systemu. Inna kwestia to ustalenie granicy między tym, co państwo gwarantuje wszystkim obywatelom w ramach koszyka i jego standardu oraz dopłaty za to, co jest

poza nim. I dopiero na bazie zobowiązań finansowych pacjenta można zbudować dodatkowe ubezpieczenia. Jeżeli ma być zbudowane przyjazne otoczenie dla powstawania ubezpieczeń komplementarnych musi być wsparcie państwa w zakresie wielu mechanizmów, które stworzyłyby większą atrakcyjność tych rozwiązań. W kwestii kto powinien realizować powszechne ubezpieczenie zdrowotne samorząd lekarski stoi na stanowisku, że jeden ubezpieczyciel w tak dużym kraju jak Polska jest złym rozwiązaniem. Krok w kierunku decentralizacji NFZ jest właściwy.

Do wielu poruszanych problemów odniósł się w dyskusji prof. **Zbigniew Religa**. Krytycznie ustosunkował się do projektu PIU, natomiast opowiedział się za komercyjnymi ubezpieczeniami dodając, że działania komercyjnego ubezpieczyciela zostaną zabezpieczone odpowiednią ustawą.

Z kolei poseł **Ludwik Dorn** zwrócił uwagę, że wolność wyboru pacjenta i ubezpieczonego to dwie różne rzeczy. Mówiąc o prawie do wolności wyboru należy też mieć na uwadze prawo do poczucia bezpieczeństwa. Źle się dzieje, że pieniądze w dalszym ciągu nie idzie za pacjentem, chociaż takie były założenia poprzedniej reformy. Zabierając głos **Krzysztof Bukiel** też rozważał, jak to się dzieje, że pieniądze nie idą za pacjentem. Zastanawiał się dlaczego reforma systemu ubezpieczeń i opracowanie gwarantowanego koszyka usług od lat się nie udaje. Ale może to się udać jeżeli będzie współpłacenie, o ile podjęta zostanie decyzja, że oprócz świadczeń za pieniądze publiczne będą również ubezpieczenia prywatne. Współpłacenie potrzebne jest m.in. po to, aby w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wytworzyła się konkurencja pomiędzy firmami oferującymi ubezpieczenia dodatkowe.

Według prof. **Tadeusza Szumlicza** system ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze publiczno- prywatnym powinien zapewniać zarówno solidaryzm dochodowy jak i solidaryzm ryzyk. Natomiast ciągle występują niejasności o charakterze

świadomościowym i instytucjonalnym. Profesor pytał, czy rzeczywiście należy się obawiać, że pójście w kierunku rozwiązań ubezpieczeniowych jest zagrożeniem dla podmiotowości i dyspozycji środkami publicznymi. Wyraził przekonanie, że takiego niebezpieczeństwa nie ma.

W odczuciu **Stanisława Koziuka**, pacjenta, wielu uczestników konferencji, podając różne uzasadnienia, zastanawiało się jak wyciągnąć pacjentowi pieniądze z kieszeni. Nie można porównywać Warszawy, która powoli osiąga poziom europejski, do innych miast i regionów Polski, gdzie tysiące rodzin boryka się z bardzo trudną sytuacją materialną.

Do wypowiedzi niektórych dyskutantów odniósł się poseł **Marek Balicki**. Według niego zamiast sięgać do kieszeni pacjenta należałoby zmienić strukturę wydatków na ubezpieczenie powszechne. Opowiedział się za takim współpłaceniem, które nie ogranicza dostępu do świadczeń, ale wprowadza pewien mechanizm ekonomicznego myślenia w korzystaniu ze świadczeń, np. z usług pogotowia ratunkowego.

Konferencję w krótkim wystąpieniu podsumował **Aleksander Daszewski**, prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej. W imieniu organizatorów **Halina Olendzka**, Rzecznik Ubezpieczonych, podziękowała gościom za udział w spotkaniu oraz bardzo ciekawą, merytoryczną, spokojną i wyważoną dyskusję. Wyraziła nadzieję, że żądza zysku nigdy nie przesłoni potrzeb pacjenta.

Janina Barańska