



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecznictwa

DLU.055.13.2023.AŻ
Warszawa, 04 maja 2023

W odpowiedzi na petycję z dnia 19 stycznia 2023 r. (data przekazania do Ministerstwa Zdrowia: 31 stycznia 2023 r.) w sprawie zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Przyjęty przez ustawodawcę w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwana dalej: „ustawą”, system organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym ma charakter kontraktowy.

System ten opiera się na zakupie świadczeń opieki zdrowotnej przez publicznego płatnika (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) na konkurencyjnym rynku świadczeniodawców (szpitali/przychodni/lekarzy), zarówno publicznych jak i niepublicznych. Zgodnie z przepisami wskazanej ustawy (art. 15 ust. 2 i 2a ustawy) pacjent – świadczeniobiorca, ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zakwalifikowane jako gwarantowane i znalazły się w wykazach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia (tzw. rozporządzeniach koszykowych) wydanych na podstawie art. 31d oraz art. 31 da ustawy. Wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej zakwalifikowane jako gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcom (pacjentom) w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Istota ubezpieczenia zdrowotnego sprowadza się bowiem do tego, że ubezpieczyciel (NFZ) przejmuje na siebie finansową odpowiedzialność za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej i finansuje świadczenia wszystkim osobom ubezpieczonym, niezależnie od wysokości płaconej składki.

Przyjęty system opiera się na zapewnieniu świadczeniobiorcom (pacjentom) dostępu do świadczeń rzeczowych (pacjenci otrzymują dostęp do konkretnych świadczeń, a nie zwrot kosztów poniesionych na zakup świadczeń). Wprowadzenie obok ww. systemu, systemu refundacyjnego - polegającego na zwrocie kosztów poniesionych na zakup świadczeń wymagałoby w pierwszej kolejności zmian ustawowych i wiązałoby się z szeregiem utrudnień związanych z zapewnieniem ich harmonijnego, równoległego funkcjonowania. Szacuje się, że koszty rozwiązań organizacyjnych zapewniających prawidłową obsługę tych dwóch przenikających się systemów przewyższyłyby korzyści.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje w najbliższym czasie zmian powyższych zasad systemowych finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Odnosząc się do kwestii obligatoryjnego uczestnictwa w systemie ubezpieczenia zdrowotnego oraz obowiązku opłacania składki uprzejmie informuję, że konstrukcja przepisów określających zasady opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oparta jest na tzw. metodzie ubezpieczeniowej. Poprzez składkę zdrowotną bowiem ubezpieczony „wykupuje” prawo do sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku zajścia ryzyka ubezpieczeniowego. Mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oparty na metodzie ubezpieczeniowej funkcjonuje również w odniesieniu do ubezpieczenia

społecznego, z którego finansowane są, np. świadczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe. Mechanizm finansowania świadczeń w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie opiera się, ani na kalkulacji ryzyka, ani też na adekwatności wielkości składki do wysokości kosztów poniesionych w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Taki mechanizm, oparty na zasadzie solidarności społecznej i równym dostępie do świadczeń, właściwy jest dla ubezpieczeń zdrowotnych, opartych na zasadzie oraz na zarządzaniu składką przez publicznego płatnika. Brak odniesienia wielkości obciążenia składkowego wyraża się zarówno w jednakowej stawce składki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych (zgodnie z art. 79 ust. 1 ustawy wynosi ona co do zasady 9 % podstawy wymiaru składki), jak również w zasadzie, że każdorazowe powstanie tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego niesie za sobą obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na zasadzie repartycji, tj. bieżącej dystrybucji środków finansowych zarządzanych przez publicznego płatnika. Bieżące środki wydatkowane są na bieżące potrzeby, niezależnie od tego jaka jest faktyczna wysokość środków odprowadzanych przez ubezpieczonego tytułem składki, i kiedy zaistniała konieczność udzielenia świadczenia. W tym zakresie kryterium decydującym o dystrybucji środków są aktualne potrzeby zdrowotne. W ubezpieczeniu zdrowotnym również brak jest właściwego, np. dla ubezpieczeń komercyjnych, lecz również dla ubezpieczenia społecznego, okresu karencji (wyczekiwania) na świadczenie, który uzależnia prawo do świadczeń od okresu pozostawania w ubezpieczeniu. Każda osoba zatem nabywająca tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, z chwilą powstania tytułu uprawniona jest do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Niezależnie od powyższego, podkreślić należy, iż wszelkie zwolnienia w zakresie opłacania składki zdrowotnej implikowałyby zmniejszenie środków zarządzanych przez publicznego płatnika (NFZ), a przez to również zmniejszenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga, iż koszty leczenia pacjenta na intensywnej terapii mogą wynieść nawet kilkadziesiąt tysięcy zł za dobę. Tak samo kosztowne jest leczenie pacjentów onkologicznych, gdzie koszty wynoszą również nierzadko ponad 10 tys. zł za podanie specjalistycznego leku. Kwoty te pokazują, iż w przypadku większości bardziej skomplikowanych jednostek chorobowych, niż wymagających porady podstawowej opieki zdrowotnej, koszt leczenia pacjenta znacznie przekracza sumę nawet wieloletniego odprowadzania składek zdrowotnych.

Z wyrazami szacunku
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/