

JAKUB OWOC

Czy współpłacenie lub suplementarne ubezpieczenia zdrowotne mogą poprawić działanie polskiego systemu ochrony zdrowia – polemika z raportem Ernst & Young

Nieczęsto zdarza się, aby globalna firma konsultingowa podejmowała próbę szeroko zakrojonej analizy polskiego systemu ochrony zdrowia, następnie dokonywała opakowania tej analizy w raport, a na końcu nawet pokusiła się o oficjalną rekomendację. Chwalebny wyjątkiem jest Ernst & Young, które w ramach programu „Sprawne Państwo” zajęło się (nie po raz pierwszy) tematem ubezpieczeń. Najnowszym objawem aktywności tej firmy w powyższym zakresie jest raport pt. „Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne”.¹

Inicjatywom takim można tylko przyklasnąć, ponieważ, jak zauważają sami autorzy raportu, brakuje pogłębionej analizy różnych propozycji, ich zalet i wad (autorzy pominęli niestety dość bogaty dorobek w tym temacie Polskiej Izby Ubezpieczeń). Jednym z celów raportu jest wywołanie dyskusji, więc warto spojrzeć na niego krytycznym okiem, ponieważ po lekturze nasuwa się wnioszek, że z tytułowych kierunków potencjalnych zmian jeden (współpłacenie) jest ślepą uliczką, a drugi (prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wariantcie suplementarnym), co najwyżej krętym i długim dojazdem do zdrowotnej autostrady (w ujęciu systemowym).

Na początek warto sprostować pewne nieścisłości, które znalazły się w treści raportu w części dotyczącej źródeł finansowania. Przede wszystkim autorzy pomijają ważny fakt, iż 7,75 punktów procentowych z 9 proc. składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne jest odliczane od podatku PIT, co sprawia, że budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w przeważającej części jest de facto finansowany, choć w sposób pośredni, z budżetu państwa. Po drugie, jako źródło finansowania pominięto samorządy terytorialne, a te (według Głównego Urzędu Statystycznego) w 2009 r. wydały na opiekę zdrowotną ponad 1 mld zł.²

1. Raport został opublikowany we wrześniu 2011 r. i dostępny jest pod adresem: <http://www.ey.com/PL/pl/Industries/Government---Public-Sector/Raport-Ocena-mozliwosci-poprawy>.
2. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2011 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2009 r.

Dodatkowo warto uściślić, że obowiązkowa składka zdrowotna nie jest odprowadzana do NFZ (choć finalnie oczywiście tam trafia), ale do ZUS, który potrąca sobie za pośrednictwo 0,25 proc. pobranych składek.

Współpłatnienie

Pierwszym rekomendowanym przez Ernst & Young scenariuszem zmian w systemie ochrony zdrowia jest współpłatnienie. Autorzy kompleksowo analizują taką możliwość, przytaczając wyniki wielu badań przemawiających zarówno za, jak i przeciw takiemu rozwiązaniu. Przyznają, że i teoria, i badania empiryczne sugerują, iż efekt wprowadzenia współpłatności może być ograniczony i/lub krótkotrwały. Nie zapominają o szeregu ryzyk związanych ze współpłatnością, m.in. substytucji usług zdrowotnych (korzystanie z usług, przy których współpłatność jest mniej dolegliwa lub nie ma jej w ogóle, jak w przypadku np. ostrych dyżurów), czy unikaniu wizyt lekarskich z powodu niechęci do ponoszenia kosztów (co może się skończyć poważnymi, a z punktu widzenia systemowego przede wszystkim kosztownymi powikłaniami).

Opisany jest również mechanizm ubezpieczenia od współpłatności, który może w dużym stopniu niwelować zamierzone efekty, ponieważ osoba ubezpieczona traci motywację do racjonalnych zachowań i pojawia się zjawisko hazardu moralnego, czyli chęci wykorzystywania w jak największym stopniu dodatkowego ubezpieczenia, skoro już ktoś zapłacił składkę.

Krótko mówiąc, raport bardzo merytorycznie, rzetelnie i kompleksowo opisuje mechanizm współpłatności, nie unikając żadnych argumentów i oddając w pełni, jak to pozornie nieskomplikowane narzędzie, może prowadzić do wieloaspektowych i nie zawsze zamierzonych konsekwencji. Dlatego dziwić może ostateczna rekomendacja wprowadzenia w Polsce opłat za porady specjalistyczne, opiekę szpitalną i inne zabiegi, z niewielkim zakresem wyłączeń.

Nawet jeśli jednak przyjąć, że rekomendacja ta jest słuszna, przemyślana, a skutki pozytywne przeważą nad negatywnymi, to w dużej mierze pomija się jeden istotny i wielce nieprzewidywalny aspekt, któremu na imię polityka. I nie trzeba w tym wypadku zdawać się tylko na wyobraźnię (choć biorąc pod uwagę temperaturę polskich sporów politycznych trudną ją pominąć), ponieważ wystarczy spojrzeć na przykłady trzech krajów UE, najbliższych Polsce z punktu widzenia geografii, najnowszej historii i poziomu zamożności. Mowa o Słowacji, Węgrzech i Republice Czeskiej. Autorzy ograniczają się tylko do jednego zdania o tym, iż wprowadzając współpłatność, warto mieć na uwadze przypadki nieudanych reform tego typu na Węgrzech i na Słowacji.

Warto dodać, że wprowadzone na Słowacji drobne opłaty za wizyty (wówczas ok. 3 zł za poradę u specjalisty) i pobyt w szpitalu (ok. 6 zł za dzień) zostały po gorących sporach obniżone do zera (nie zniesiono ich) we wrześniu 2006 r. Stało się tak pomimo faktu, że odniesiono zamierzony skutek, tj. spadła liczba świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (brak wpływu na poważniejsze procedury), nastąpiło skrócenie pobytu w szpitalach (pomimo podobnej ilości pacjentów) i spadły koszty refundacji leków.³

3. P. Pažitný, *User fees constitute an inherent of the healthcare system in various countries in transformation*, „Into Balance 03/2007”, Health Policy Institute, s. 6; P. Pažitný, *Slovak Health Reform. Courage to Reforms*, materiał powielony, Warszawa 2008.

Jeszcze bardziej wymowny jest przykład Czech, które w raporcie są całkowicie pominięte. Tamtejsze opłaty, funkcjonujące na podobnych zasadach jak na Słowacji, wprowadzono 1 stycznia 2008 r. i równie szybko przyniosły one oczekiwane efekty. Jednak jeszcze jesienią tego samego roku, pod hasłem ich zniesienia, wybory samorządowe wygrała opozycyjna w parlamencie partia socjaldemokratyczna. Ponieważ władze samorządowe nie miały żadnych kompetencji ustawowych, zdecydowano, że dopłaty będą refundowane przez samorządy wojewódzkie, co doprowadziło do ogromnego chaosu, ponieważ dokonywano tego w formie darowizn, które wymagały każdorazowego głosowania w sejmikach wojewódzkich.⁴ Z kolei na Węgrzech opłaty odrzucili w powszechnym referendum sami obywatele po zaledwie dwóch latach ich obowiązywania.⁵

Trudno oczekiwać, że wprowadzenie dopłat miałyby inaczej wyglądać w Polsce. Dodatkowo, nie popiera ich obecnie żadna partia, łącznie z najbardziej liberalną i rządzącą Platformą Obywatelską, co było jasno artykułowane przez obecnego premiera. Twierdzenie autorów raportu za „Dziennikiem Gazetą Prawną”, że wprowadzenie współpłaty dopuszcza Prawo i Sprawiedliwość, wydaje się być zbyt daleko idące. Raczej nie sposób podejrzewać o takie plany ugrupowania, które w 2007 r. przestrzegało Polaków przed koniecznością ujawniania numeru karty kredytowej przed wezwaniem karetki, które opowiada się za finansowaniem ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu i które największe poparcie notuje wśród wyborców mniej zamożnych.

Ubezpieczenia suplementarne

Drugim rekomendowanym w raporcie scenariuszem, traktowanym jako główny kierunek zmian, są ubezpieczenia suplementarne. W tym przypadku niezrozumiały jest fakt rekomendowania tego wariantu jako wiodącego, ponieważ powinien on być jedynie elementem ewolucji w kierunku bardziej wydajnych rozwiązań. Oto dlaczego:

Przed wszystkim ubezpieczenia suplementarne już obecnie funkcjonują, ale w ujęciu systemowym nie można ich rozpatrywać w oderwaniu od abonamentów medycznych, które są niczym innym jak suplementarnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ma to pewne ważne implikacje, ponieważ jeśli zsumować nieoficjalne szacunki dotyczące abonamentów medycznych (ok. 2 mln osób⁶) oraz ubezpieczeń zdrowotnych (ok. 500 tys. osób⁷), to okaże się, że przedpłaconą opieką medyczną objętych jest ok. 2,5 mln osób, czyli ok. 6,5 proc. społeczeństwa. Te szacunki mają również potwierdzenie w tegorocznym badaniu *Diagnoza Społeczna*, według którego 6,3 proc. gospodarstw domowych korzysta z opieki zdrowotnej w formie

4. J. Watōła, *Czeski horror z dopłatami*, „Gazeta Wyborcza” z 12 lutego 2010 r.

5. *Hungarian Healthcare System in Brief*, Ministry of Health of the Republic of Hungary, 2009, www.eum.hu.

6. A. Nowakowska, *Dobrowolne Ubezpieczenia Zdrowotne. Każdy zbiera na swoje leczenie*, wywiad z Anną Rulkiewicz-Kaczyńską, prezesem Grupy Lux-Med. S.A. oraz prezesem Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, zrzeszającego największe firmy medyczne, „Gazeta Wyborcza” z 24 kwietnia 2010 r.

7. Szacunki Polskiej Izby Ubezpieczeń.

abonamentu⁸. To nie jest wcale mały odsetek na tle innych krajów europejskich, w których dominują ubezpieczenia suplementarne, i sami autorzy raportu przyznają, że obecna wielkość rynku abonamentów i polis może już pokrywać potencjalny popyt.

Szansę dalszego rozwoju tego rodzaju ochrony zdrowotnej należy więc oceniać bardzo ostrożnie, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że autorzy raportu nie rekomendują wprowadzenia ulgi podatkowej, która z pewnością zwiększyłaby zainteresowanie ubezpieczeniami wśród osób fizycznych. Wydaje się, że wprowadzenie choćby niewielkiej ulgi byłoby sprawiedliwe ze społecznego punktu widzenia, skoro część obywateli gotowa byłaby płacić dwa razy za to samo i tym samym zmniejszać obciążenie systemu publicznego. Sprawa ulgi wymaga jednak dokładnego przemyślenia, ponieważ objęcie nią podstawowych produktów uwzględniających opiekę ambulatoryjną prawdopodobnie nie przyniosłoby większych zmian – z tej racji, że w największych miastach i tak jest ona w dużym stopniu zagospodarowana przez rynek prywatny. Dopiero kompleksowe polisy obejmujące zabiegi szpitalne mogłyby – po osiągnięciu pewnego efektu skali – przynieść realne korzyści systemowi publicznemu.

Potencjalne uchwalenie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (projekt Ministerstwa Zdrowia z marca 2011 r.) w kształcie satysfakcjonującym ubezpieczycieli nie musi w tym względzie wiele zmienić. Prawdopodobne jest wówczas rozpoczęcie procesu przekształcania abonamentów zdrowotnych w polisy, co pośrednio potwierdza fakt zakładania towarzystw ubezpieczeniowych przez największe firmy abonamentowe⁹, oraz pojawienie się nowych możliwości w kontraktowaniu świadczeniodawców (zwłaszcza publicznych) przez ubezpieczycieli. Projekt nie przewiduje jednak żadnych zachęt dla rynku ubezpieczeń indywidualnych (wycofano się z ulgi podatkowej), więc ustawa raczej nie wpłynie znacząco na obecną dynamikę rozwoju tej części rynku, ani też na strukturę finansowania prywatnej opieki zdrowotnej (czyli obecnej dominacji opłat bezpośrednich za usługi medyczne).

W cały czas aktualnych założeniach Ministerstwa Zdrowia¹⁰, mających pełne poparcie rynku ubezpieczeniowego, ustawa o dodatkowym ubezpieczeniu ma być jedynie elementem ewolucyjnych zmian, zmierzających do wprowadzenia konkurencji w systemie bazowym. Wydaje się to być naturalnym kierunkiem przekształceń, bowiem ubezpieczenia suplementarne (w zderzeniu z polskim koszykiem świadczeń gwarantowanych, którego ograniczanie ze względów społecznych jest mało prawdopodobne) są skazane na rolę relatywnie niewielką. System ubezpieczeń suplementarnych (oferujący te same świadczenia co system bazowy, ale w wyższej jakości) jest w dużym stopniu uzależniony od ułomności systemu publicznego,

-
8. Ostrożnie można przyjąć – na podstawie licznych publikacji prasowych – że statystyczny Polak, a nawet dziennikarz, nie odróżnia produktu abonamentowego od ubezpieczeniowego. W braku rozróżnienia może utwierdzać ludzi dodatkowo fakt, że większość ubezpieczycieli posiada umowy o świadczenie usług medycznych z największymi sieciami abonamentowymi, więc często korzystając z ubezpieczenia, korzysta się de facto z usług firmy abonamentowej. J. Czapiński, T. Panek, „Diagnoza Społeczna 2011”, Warszawa, wrzesień 2011, s. 120.
 9. Spółka Medicover prowadzi działalność pod nazwą „Medicover Ubezpieczenia” poprzez oddział szwedzkiej firmy ubezpieczeniowej Medicover Försäkrings AB, natomiast Grupa Luxmed wkrótce rozpocznie działalność pod szyldem „Lux Med Ubezpieczenia” poprzez oddział również szwedzkiego towarzystwa LMG Försäkrings AB.
 10. Prezentacja minister zdrowia Ewy Kopacz pt. „System Ochrony Zdrowia w Polsce. Plany zmian 2010–2014” pokazana podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy we wrześniu 2010 r.

a w Polsce oznacza to przede wszystkim czas dostępu do świadczeń, który jest głównym bodźcem zakupu ubezpieczenia prywatnego. Takie uwarunkowania nie pozwalają budować prawdziwych i długofalowych synergii między systemem publicznym i prywatnym i sprawiają, że ubezpieczenia dodatkowe służą głównie lepiej wykształconym i dobrze zarabiającym mieszkańcom dużych miast, co z pewnością nie prowadzi do ich powszechności.

Nie można również zapominać, że podwójny charakter (płacenie drugi raz za to samo) ubezpieczeń suplementarnych prowadzi do różnego rodzaju komplikacji oraz ryzyka, o czym autorzy raportu nie zapominają, subsydiowania sektora prywatnego.¹¹ Widoczne to jest już na etapie obecnego projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, gdzie zapisano, iż pacjent z ubezpieczeniem prywatnym, co do zasady, w pierwszej kolejności korzysta z ubezpieczenia prywatnego, a nie publicznego. Wzbudziło to od razu wątpliwości prawników co do konstytucyjności takiego rozwiązania. Tego rodzaju komplikacji może się pojawić znacznie więcej, jeśli w publicznych szpitalach zaczną być leczonych więcej pacjentów prywatnych.

Suplementarne ubezpieczenia zdrowotne podlegają przepisom trzeciej dyrektywy unijnej *non-life*, która bardzo rygorystycznie traktuje kwestię swobody zawierania umów. Oznacza to, że ubezpieczyciel powinien mieć pełną swobodę w kształtowaniu warunków ubezpieczenia i nie można go w tym ograniczać, a rozmaite rozwiązania wspierające rozwój ubezpieczeń zdrowotnych (np. brak możliwości odmowy ubezpieczenia, automatyczne odnawianie się umów, czy bardziej wyszukane, jak np. system wyrównywania ryzyka) są w tym przypadku niedopuszczalne. Na mocy artykułu 54 dyrektywy wprowadzono wyjątek dla ubezpieczeń zdrowotnych, które w całości lub częściowo zastępują system publicznej ochrony zdrowia w danym kraju. Z całą pewnością wyjątek ten nie dotyczy jednak ubezpieczeń suplementarnych, co znacząco utrudnia tworzenie mechanizmów sprzyjających ich rozwojowi.

Konkurencja w systemie bazowym

Jak więc zreformować system ochrony zdrowia, tak aby stał się on bardziej wydajny i przyjazny pacjentom? Wydaje się, że jedyną drogą – także w kontekście politycznym, biorąc pod uwagę plany i zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia – jest model holenderski. Nie wdając się w szczegóły, które zostały już wielokrotnie opisane¹², można go bardzo pokrótce podsumować jako model zarządzanej konkurencji, która występuje w obszarach, gdzie jest pożądana (konkurencja między świadczeniodawcami na poziomie usług i między ubezpieczycielami rywalizującymi o ubezpieczonych), a neutralizowana tam, gdzie może prowadzić do niepożądanych skutków (m.in. system wyrównywania ryzyka zachęcający do ubezpieczenia osób starszych, zakaz odmowy ubezpieczenia, silny nadzór państwa i jasno zdefiniowany oraz jednolity dla wszystkich koszyk świadczeń gwarantowanych).

11. Niżej podpisany osobiście doświadczył takiej sytuacji, zamawiając relatywnie kosztowną wizytę domową do półrocznego dziecka w ramach usług oferowanych przez jedną z medycznych firm sieciowych. Przybyły na miejsce pediatra po pięciominutowej konsultacji zalecił wizytę w warszawskim szpitalu dziecięcym – w jak się szczęśliwie później okazało błażej sprawie.

12. B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young, Warszawa.

Taki model ma także potencjał (jako jedyny), aby całkowicie przemodelować polski rynek prywatnych usług zdrowotnych, zdominowany obecnie przez najmniej efektywną formę płatności bezpośrednich. Ze względu na potrzebę daleko idącej transparentności, podyktowaną faktem zarządzania publicznymi pieniędzmi przez prywatne instytucje, konieczne będzie w takim modelu wyznaczenie konkretnej opłaty za zarządzanie/administrowanie. Najbardziej prawdopodobne jest wyznaczenie określonego procentu od sumy zarządzanych środków publicznych, a ponieważ decyzja określająca jej wysokość będzie miała charakter polityczny i zostanie podjęta w wyniku wielostronnych dyskusji (vide przykład powszechnych towarzystw emerytalnych), można założyć, iż jej wysokość będzie ograniczona i wyniesie maksymalnie kilka procent.

Taka sytuacja sprawi, że prywatne fundusze zdrowia (nazwijmy je tak dla ułatwienia) będą szukały przychodów i zysków w sprzedaży świadczeń i usług spoza ustawowego koszyka świadczeń gwarantowanych. W tym miejscu pojawia się ogromne pole do funkcjonowania ubezpieczeń komplementarnych. Pojedyncze fundusze zdrowia będą najprawdopodobniej obsługiwać miliony klientów, którym zapewnią dostęp do publicznej opieki zdrowotnej. Będą o nich rywalizować z innymi funduszami i poprzez wysoką jakość obsługi tworzyć relacje, które zapobiegą przechodzeniu do konkurencji. Ponieważ tworzenie relacji będzie się odbywało już na poziomie systemu bazowego, funduszom będzie się kalkulowała sprzedaż/ubezpieczanie nawet najbardziej błahych i niedrogich usług. Można sobie wyobrazić, że np. za 5 zł miesięcznej składki za każde dziecko fundusz zaoferuje domowe wizyty pediatry, a za kolejne kilka złotych opiekę nad chorym dzieckiem w sytuacji, gdy rodzic pracuje.

Ubezpieczane staną się świadczenia, których nie oferuje obecnie żadne towarzystwo lub oferowane są one w ramach innych, droższych produktów. Jednocześnie im większa powszechność dodatkowych ubezpieczeń, tym niższe będą ich ceny, a rynek ten być może zacznie się także rozszerzać np. na stomatologię. Wachlarz oferowanych usług będzie z pewnością bardzo bogaty, ponieważ będzie to narzędzie konkurencji i źródło zysków dla funduszy. Wówczas bezpośrednie płatności (także w przypadku powszechnych obecnie prywatnych wizyt u specjalistów, ponieważ fundusze będą mogły – być może za dodatkową składką – oferować gwarancję dostępu w określonym czasie) powinny zacząć tracić na znaczeniu, ponieważ zagospodarują je fundusze, oferując (dzięki powszechności swoich usług) niższe ceny.

Podsumowanie

W świetle powyższej dyskusji wydaje się, że konkurencja w systemie bazowym może być jedynym scenariuszem prawdziwych i długofalowych zmian w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza jeśli rozpatrywać ją przez pryzmat polityki i zapowiedzi partii, która będzie rządzić w Polsce przez najbliższe cztery lata. Rekomendowane przez raport Ernst & Young rozwiązania – współpłatności i ubezpieczenia suplementarne – mogą być co najwyżej elementami większej układanki, ale nie samodzielnymi czy docelowymi scenariuszami, ponieważ żadne z nich nie gwarantuje realnej poprawy w dłuższym okresie.

JAKUB OWOC – specjalista ds. ubezpieczeń zdrowotnych w Polskiej Izbie Ubezpieczeń, doktorant na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.