

Rola dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nowego typu (ubezpieczeń komplementarnych) w bilansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce

Lek. med. Krzysztof Łanda

Streszczenie

Deficyt, czyli dysproporcja między wielkością środków a zawartością koszyka świadczeń, jest podstawową chorobą systemu. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych niż możliwe jest do sfinansowania ze środków zebranych ze składki.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z dysproporcją pomiędzy zawartością koszyka gwarantowanego a wielkością środków publicznych na ochronę zdrowia jest wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nowego typu – ubezpieczeń komplementarnych.

Patrząc na trendy zmian w systemach opieki zdrowotnej, wydaje się, że wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych konkurujących świadczeniami z koszyka negatywnego ma największe znaczenie oraz, że rynek dodatkowych ubezpieczeń innego typu będzie ograniczony a być może nawet marginalny.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia dodatkowe, koszyk świadczeń gwarantowanych, ubezpieczenia komplementarne

Abstract

The deficit understood as the disproportion between the amount of funds in health care and the content of the package is the fundamental disease of the system. The health care system cannot be either effective or fair if the benefits package includes more health technologies than it is possible to finance from the funds collected from the basic contribution.

A way of dealing with the disproportion between the content and size of guaranteed benefits package and amounts of public funding for health care is to introduce a new type of health insurance i.e. complementary insurance.

Analysing trends in health care systems, it appears that the introduction of additional health insurance competing by benefits outside of the guaranteed benefits package will prevail and the market of other types of additional health insurance may become limited and perhaps even marginal.

Key words: additional health insurance, basic benefit package, complementary health insurance

¹Sprawiedliwy dostęp do świadczeń finansowanych ze składki podstawowej, a więc w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, zależy w zasadniczym stopniu od władz państwowych; sprawiedliwy dostęp jest tu więc rozumiany, jako wywiązywanie się państwa ze złożonych społeczeństwu obietnic; skoro pojawia się obowiązek prawny nakładany przez Konstytucję RP i ustawy, to pojawia się równocześnie odpowiedzialność za wypełnienie tych zobowiązań.

²Zgodnie z pracami prof. Janosa Kornaia.

Nawet najlepiej rozwinięte i najbogatsze kraje przykładają wielką wagę do racjonalnego wydatkowania środków na ochronę zdrowia, gdyż na opiekę zdrowotną - szczególnie mając na względzie obecne tempo rozwoju medycyny - można wydać każdą ilość pieniędzy. Sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla regulacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych. Skoro ochrona zdrowia jest obszarem wrażliwym społecznie, o ogromnym i rosnącym znaczeniu dla gospodarki, to prawidłowe określenie w systemie, a następnie sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń, należy traktować bardzo poważnie, jako jedno z najważniejszych zadań państwa.

Prawidłowe określenie i sprawne zarządzanie koszykiem pozwalają na zapewnienie:

1. bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa oraz poczucia bezpieczeństwa obywateli,
2. sprawiedliwego¹ dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach składki określonego rodzaju,
3. bezpieczeństwa budżetu oraz racjonalności i przejrzystości wydatków publicznych na ochronę zdrowia,
4. bezpieczeństwa budżetów rodzinnych oraz racjonalności wydatków prywatnych na ochronę zdrowia,
5. oraz spełnienie postulatów² suwerenności, solidarności i konkurencji, przy zapewnieniu efektywności systemu ochrony zdrowia.

Zgodnie z ustawą koszykową w Polsce, co do zasady³, zawartość poszczególnych części koszyka świadczeń gwarantowanych określana jest przez Ministra Zdrowia za pomocą stosownych rozporządzeń. Rozporządzenia te dotyczą m.in.: programów terapeutycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, szczepień obowiązkowych itp.

Mimo tego, że Ministerstwo Zdrowia ustala teoretyczną zawartość koszyka, to właściwie płatnik ma zasadniczy wpływ na jego finalny kształt i zapewnienie „gwarancji” dostępu do tego, co w rozporządzeniach około koszykowych zostało zapisane. Chcąc uniknąć przekroczeń budżetowych Prezes NFZ „urealnia” koszyk gwarantowany, bezpośrednio wpływając na jego ostateczną realizację. W Polsce pozycja monopsonisty – NFZ jest bardzo silna. W związku z tym przetrzuca się obciążenia na świadczeniodawców oraz pośrednio, ogranicza dostęp chorych do świadczeń zdrowotnych, poprzez takie mechanizmy jak: konkurs ofert (konkurs to oczywiście bardzo przewrotna nazwa w warunkach monopsonu), limity, warunki kontraktowania świadczeń i faktyczne ograniczenie wielkości kontraktów w oparciu o budżety historyczne świadczeniodawców.

W przypadku gdy koszyk tworzony jest „ponad stan”, czyli zawiera więcej świadczeń zdrowotnych niż płatnik jest w stanie sfinansować w ramach posiadanych środków, powstaje deficyt. Deficyt ten może prowadzić do:

1. zadłużania się płatnika,
2. zadłużania się świadczeniodawców,
3. **ograniczania dostępu do świadczeń teoretycznie „gwarantowanych”**,
4. wszystkich powyższych w różnych konstelacjach i w różnych proporcjach.

Wraz z napływem nowych technologii medycznych, konkurujących o środki ze składki podstawowej oraz w przypadku, gdy środki na ochronę zdrowia i finansowanie świadczeń zdrowotnych nie rosną, dysproporcja pomiędzy wielkością tych środków, a zawartością koszyka stale się powiększa. Prowadzi to do pogłębienia deficytów, ograniczenia dostępności do podstawowych świadczeń zdrowotnych, również przez istotny wzrost współpłacenia, niezależnie od jego formy.

Deficyt, czyli dysproporcja między wielkością środków a zawartością koszyka świadczeń, jest podstawową chorobą systemu. Ograniczenia dostępu do świadczeń „gwarantowanych”, niezależnie od charakteru tych ograniczeń, uderzają zwykle w najsłabszych. Prowadzą do przetrucenia kosztów diagnostyki i leczenia na budżety rodzinne, pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa, choćby z uwagi na to, że wiele osób nie skorzysta z opieki zdrowotnej w ogóle oraz wzrostu takich zjawisk patologicznych w relacji lekarz-pacjent, jak łapówkarstwo i korzystanie ze „znajomości”. Zadłużanie się monopsonisty-płatnika w Polsce nie występuje, stąd deficyt prowadzi do przetrucania ciężaru zobowiązań na państwo. Zadłużanie się publicznych świadczeniodawców, niezależnie od tego, kto jest ich właścicielem i organem założycielskim, powoduje konieczność okresowych oddłużeń i wzrost długu publicznego.

Tak czy inaczej, im większy deficyt tym system jest bardziej niesprawiedliwy oraz tym bardziej nasilają się patologie. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych niż możliwe jest do sfinansowania ze środków zebranych ze składki.

Funkcjonujący dziś system ochrony zdrowia w Polsce jest od dawna niewypłacalny, a dysproporcja między stale rosnącą zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a wielkością środków z podstawowej składki zdrowotnej jest coraz większa. Kolejki jest coraz więcej i są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych, nawet tych podstawowych, skutecznych i tanich (o bardzo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) jest powszechna. Wprowadzane limity w ramach kontraktowania świadczeń z monopsonistą NFZ, prowadzą do ustawicznego zadłużania się świadczeniodawców. Prywatne środki w ochronie zdrowia poza dyspozycją NFZ sięgają już 30 40 mld zł rocznie, a korupcja i korzystanie z przywileju, czy znajomości są na porządku dziennym.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, można wyróżnić 4 podstawowe sposoby radzenia sobie z dysproporcją pomiędzy zawartością koszyka gwarantowanego a wielkością środków publicznych na ochronę zdrowia:

³Wyjątki mogą przewidywać odrębne ustawy, tak np. ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696), tzw. „ustawa refundacyjna”.

1. Istotne zwiększenie wielkości podstawowej składki zdrowotnej, czyli podatku na ochronę zdrowia
2. Wprowadzenie wysokiego współpłacenia
3. Usunięcie z koszyka świadczeń gwarantowanych wielu technologii medycznych o niskiej opłacalności (relatywnie wysokim stosunku kosztu do uzyskiwanych korzyści zdrowotnych)
4. Wprowadzenie komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych

Dzięki wprowadzeniu komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych można osiągnąć kilka celów jednocześnie – można m.in.:

- poprawić efektywność wykorzystania środków prywatnych wydawanych na ochronę zdrowia⁴;
- wprowadzić możliwość wyboru dodatkowego ubezpieczenia dla obywateli (postulat suwerenności Kornai'a);
- wprowadzić mechanizmy konkurencji, zarówno w obszarze płatników, jak też pobudzić konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami (postulat konkurencji Kornai'a);
- zlikwidować lub ograniczyć szarą strefę w ochronie zdrowia;
- zwiększyć wielkość środków w systemie bez podnoszenia podatków;
- zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych w koszyku gwarantowanym, dla tych których stać jedynie na płacenie składki podstawowej oraz tych, którzy korzystają z bezpłatnej opieki zdrowotnej (utrzymanie postulatu solidarności Kornai'a i zwiększenie efektywności systemu jako całości);
- zasadniczo ograniczyć reglamentację świadczeń gwarantowanych, korupcję i korzystanie z niepisanych „przywilejów” w ochronie zdrowia, przez likwidację dysproporcji pomiędzy wielkością środków ze składki podstawowej a zawartością koszyka gwarantowanego;
- Inne.

Poza dyskusją jest konieczność zapewnienia stabilności prawa, w przeciwnym razie rynek ubezpieczeń dodatkowych w Polsce nie będzie atrakcyjny dla poważnych inwestorów. Również dla funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych

w systemie ochrony zdrowia, zasadnicze znaczenie ma określenie ram regulacyjnej roli państwa, względem rynku ubezpieczenia powszechnego, w relacji do ubezpieczeń komplementarnych. Konieczność racjonalnej regulacji z uwagi na wyjątkowe cechy rynku świadczeń zdrowotnych jest w dzisiejszym świecie poza dyskusją, biorąc pod uwagę, zarówno pozytywne przykłady regulacji w takich państwach jak Holandia czy Australia, jak też negatywne przykłady wybiórczej regulacji np. w Stanach Zjednoczonych

Dla rozwoju **dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych konkurujących świadczeniami** spoza koszyka gwarantowanego, czyli dla rynku ubezpieczeń dodatkowych o największym potencjale, najważniejsze znaczenie ma określenie wielkości koszyka świadczeń gwarantowanych jako całości. Chcąc zachować proporcjonalną zawartość do wielkości środków ze składki podstawowej, koszyk świadczeń gwarantowanych w Polsce powinien być znacznie mniejszy niż dziś opisany rozporządzeniami koszykowymi lub wielkość środków na jego realizację musi zostać zwiększona.

Teoretycznie im większy koszyk gwarantowany, czyli im więcej pieniędzy publicznych na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, tym mniej miejsca na rynkową grę towarzystw ubezpieczeń komplementarnych oraz tworzenie przez te instytucje swoistych produktów ubezpieczeniowych obejmujących świadczenia zdrowotne nie finansowane ze składki podstawowej. Wielkość rynku ubezpieczeń komplementarnych koreluje bowiem bezpośrednio z wielkością i zawartością koszyka gwarantowanego. Innymi słowy im większa będzie liczba świadczeń i procedur, które pozostaną poza koszykiem gwarantowanym oraz im większa ich „atrakcyjność” dla klientów, tym większy będzie potencjalny rynek ubezpieczeń komplementarnych, i odwrotnie.

Dla rozwoju **dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych** od współpłacenia istotne jest:

- wprowadzenie obowiązkowych, istotnych wartościowo dopłat do świadczeń częściowo gwarantowanych, czyli określenie świadczeń zdrowotnych, do których istotne wartościowo współpłacenie jest wymagane;

⁴Parafrazując wypowiedź Wiceministra Zdrowia Jakuba Szulca z konferencji pt. „Rola i miejsce ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu systemów ochrony zdrowia”, która odbyła się w październiku 2010 r. w Warszawie: „Wydatki z kieszeni pacjentów (out of pocket) na finansowanie świadczeń zdrowotnych opłacanych na zasadach fee-for-service to najgorszy sposób wykorzystania prywatnych pieniędzy. Za te same środki, ale wykorzystane w systemie ubezpieczeniowym można by kupić znacznie więcej świadczeń zdrowotnych.”

Świadczenia częściowo gwarantowane to świadczenia zdrowotne tylko częściowo znajdujące się w koszyku gwarantowanym, a częściowo poza nim. Choć rozwiązanie takie jest teoretycznie uzasadnione i praktycznie możliwe do wprowadzenia, to nawet przy sprawnie funkcjonującej agencji taryf, zajmującej się wyceną świadczeń na rynku zdrowotnym, i tak nie należy oczekiwać, żeby liczba świadczeń częściowo gwarantowanych szybko stanowiła istotną systemowo pulę.

- wprowadzenie obowiązkowych, drobnych opłat do każdej wizyty u lekarza czy hospitalizacji

To rozwiązanie również wydaje się mało prawdopodobne. Po pierwsze nie rozwiązuje problemu dysproporcji środków i zawartości koszyka, gdyż środki zgromadzone z takiego współpłacenia są stosunkowo niewielkie. Po drugie takie współpłacenie, jak pokazał przykład Czech, jest bardzo wrażliwe społecznie i ryzykowne politycznie.

- wprowadzenie udziałów własnych, czyli istotnych wartościowo dopłat do pierwszej wizyty u lekarza lub pierwszej hospitalizacji w danym okresie czasu, ze współmierną redukcją wysokości składki ubezpieczeniowej (tak, jak to funkcjonuje w Australii)

Mechanizm ten zwiększa postulat suwerenności i konkurencyjność na rynku ubezpieczeń, jednak trudno a priori przewidzieć jego wpływ systemowy i powszechność stosowania. Zależą one od szczegółowych rozwiązań prawnych niezbędnych do wprowadzenia ubezpieczeń komplementarnych od współpłacenia i zachęt państwa do zbudowanie powszechności korzystania z udziału własnego.

Dodatkowe ubezpieczenia suplementarne dotyczą zakresu świadczeń zdrowotnych z koszyka gwarantowanego. Dotyczą albo wyższego standardu usług (np. hotelowego) albo ułatwień w dostępie do świadczeń deficytowych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym pierwszym przypadku obejmują wszystkie świadczenia lub część świadczeń z koszyka gwarantowanego. Ubezpieczenia suplementarne, które funkcjonują w Polsce, rozwijają się wolno i dotyczą głównie podwyższonego standardu usług oraz szybszego dostępu do ambulatoryjnych świadczeń deficytowych w systemie publicznym.

Im większa dysproporcja pomiędzy wielkością dostępnych środków finansowych ze składki podstawowej a zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli im więcej i im dłuższe

kolejki, im większa korupcja i im częstsze przypadki „świadczeń dla wybranych”, tym większy popyt na ubezpieczenia suplementarne oraz tym większy rynek tych ubezpieczeń.

Warto w tym miejscu podkreślić, że ograniczenie zawartości koszyka nie może być zwykle dokonane samodzielnie przez **ubezpieczenia substytucyjne**, gdyż stanowienie zawartości koszyka „gwarantowanego” jest poza nimi - najczęściej zarządza jego zawartością Minister Zdrowia. Prywatne ubezpieczenia substytucyjne muszą oferować ten sam zakres świadczeń co ubezpieczenia powszechne, a więc są „na łasce i niełasce” tych, którzy decydują o zawartości koszyka gwarantowanego. Innymi słowy, rozwój ubezpieczeń substytucyjnych, które muszą oferować ten sam koszyk gwarantowany co obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, uzależniony jest od możliwości prawnych, ale również od możliwości wpływu ubezpieczeń substytucyjnych na zawartość koszyka gwarantowanego. W przypadku braku wpływu lub złego zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych ryzyko finansowe ubezpieczeń substytucyjnych jest nieprzewidywalne, a więc ten obszar biznesowy nie jest atrakcyjny dla inwestorów prywatnych.

Wielkość środków ze składki podstawowej nie będzie się prawdopodobnie w najbliższych 10 latach istotnie zmieniać. W związku z tym, obszar/rynek świadczeń zdrowotnych do konkurencji ubezpieczeń komplementarnych pozostanie stały, z tendencją do zwiększania się wraz z rejestracją nowych technologii medycznych (lekowych i nielekowych / profilaktycznych, terapeutycznych i diagnostycznych). Z całą pewnością można oczekiwać istotnego wzrostu popytu na ubezpieczenia dodatkowe w najbliższych latach. Należy też zauważyć, że ew. działania ograniczające możliwość wprowadzenia ubezpieczeń komplementarnych konkurujących świadczeniami nie będą w stanie realnie tego trendu zahamować.

Możliwych rozwiązań organizacyjnych w zakresie ubezpieczeń dodatkowych oraz możliwych rodzajów ryzyka, które podlega ubezpieczeniu dodatkowemu jest bardzo wiele. Widząc podstawowe trendy zmian w systemach opieki zdrowotnej na świecie (starzenie się społeczeństw, rozwój medycyny i coraz liczniejsze, nowe technologie medyczne, ograniczone środki w ramach składki podstawowej i kryzys ekonomiczny na świecie, wzrost oczekiwań społecznych względem możliwości leczniczych itd.) można stwierdzić, że dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń

gwarantowanych oraz możliwościami finansowymi podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest już w wielu krajach dotkliwa i z pewnością będzie się dalej pogłębiać w najbliższych latach. Wydaje się więc, że wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych konkurujących świadczeniami z koszyka negatywnego ma największe znaczenie oraz że rynek dodatkowych ubezpieczeń innego typu będzie ograniczony a być może nawet marginalny.