

• PEŁNYM ZDANIEM O PRYWATNYCH UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH

Christoph Sowada
Instytut Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Artykuł Grażyny Sordyl i Joanny Niżnik pt. *Dylematy wokół reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce* wpisuje się w toczoną od kilku lat mniej lub bardziej intensywną dyskusję nad zasadnością i celowością szerszego wykorzystania tzw. dodatkowych (w stosunku do ubezpieczeń z NFZ) i prywatnie zarządzanych ubezpieczeń zdrowotnych. Podtrzymywanie i kontynuowanie tej dyskusji, szczególnie w obliczu często niechętnych lub co najmniej sceptycznych postaw decydentów (w ostatnim czasie zasadniczą niechęć wobec prywatnych ubezpieczeń wyrażał chociażby Prezydent RP), jest bardzo zasadne.

Także sam fakt tworzenia nowych koncepcji konstrukcji systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – do takich nowych pomysłów zaliczam projekty przedstawione przez Piotra Kulpę (dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych MZ) oraz Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) – należy zasadniczo ocenić pozytywnie, nawet jeśli proponowane rozwiązania budzą często zastrzeżenia. Lepiej jest bowiem dyskutować nad możliwie wieloma pomysłami przed wprowadzeniem konkretnych i obowiązujących już rozwiązań niż pominąć istotne kwestie.

Rolą ekspertów (szczególnie akademickich) jest natomiast ocena pomysłów przedstawianych przez polityków, praktyków lub urzędników, jeśli już nie tworzenie koncepcji własnych. Drugie ważne zadanie ekspertów akademickich stanowi porządkowanie całej dyskusji oraz wskazanie warunków i ocena szans implementacji projektów w realnie funkcjonującym systemie.

Autorki komentowanego artykułu ograniczają się w zasadzie do omówienia dwóch spośród wielu koncepcji¹ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, chociaż w pierwszej części przedstawiają skrótowo kilka zagranicznych rozwiązań, bazując na znanym i powszechnie akceptowanym podziale dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na trzy ich rodzaje:

- 1) ubezpieczenia zastępcze (alternatywne),
- 2) uzupełniające (komplementarne),
- 3) dodatkowe (suplementarne).

O ile ubezpieczenia zastępcze pojawiają się tylko w kilku krajach UE (np. w Niemczech, Austrii, Hiszpanii, ale także już dzisiaj dla niektórych osób w Polsce)², to ubezpieczenia uzupełniające i dodatkowe funkcjonują w mniejszym lub większym stopniu we wszystkich krajach.

Ubezpieczenia uzupełniające, które finansują w razie potrzeby świadczenia niegwarantowane w systemie podstawowym finansowanym publicznie, albo też przejmują część dopłat do świadczeń gwarantowanych w systemie podstawowym, ale ze współpłaceniem, dominują we Francji.

Ubezpieczenia dodatkowe, które „ułatwiają dostęp” do świadczeń w zasadzie gwarantowanych przez podstawowy finansowany ze środków publicznych system zabezpieczenia, ale są trudno dostępne i/lub finansują wyższy niż gwarantowany standard jakości świadczeń w szerszym zakresie, spotykane są np. w Wielkiej Brytanii. Technicznie ubezpieczenia uzupełniające i dodatkowe często się „zlewają” – tzn.

instytucje ubezpieczające oferują kombinowane polisy ubezpieczeniowe.

Zaprezentowany przez autorki przegląd rozwiązań stosowanych w różnych krajach jest zbyt ogólny, by można na jego podstawie zorientować się co do roli, jaką ubezpieczenia prywatne pełnią w poszczególnych systemach finansowania opieki zdrowotnej. Tym bardziej, iż autorki, niekonsekwentnie w stosunku do przyjętej wcześniej klasyfikacji, traktują ubezpieczenia suplementarne w Wielkiej Brytanii jako wypełniające lukę zostawioną przez podstawowy system zabezpieczenia w ramach NHS (tę lukę wypełniają ubezpieczenia dodatkowe), udowadniając jednak, iż mechanizm prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest powszechnie stosowany i to z korzyścią dla wszystkich rodzajów (segmentów) zabezpieczenia zdrowotnego.

Tym ważniejszą staje się dyskusja nad szerszym zastosowaniem mechanizmu takich ubezpieczeń w Polsce, podkreślam szerszym zastosowaniem, gdyż *de facto* prywatne sposoby uzupełniania publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w każdej z wymienionych wyżej form w naszym kraju już funkcjonują.

Najważniejszą część artykułu Grażyny Sordyl i Joanny Niżnik stanowi omówienie wspomnianych projektów: Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) i Piotra Klupy. Szczególnie dużo miejsca zajmuje omówienie drugiego projektu, a to ze względu na jego niewątpliwie znacznie większy „poziom komplikacji”. I to właśnie poziom komplikacji projektu, wpływający zapewne na nieklarowne jego omówienie przez autorki artykułu, skłania do głębokiej refleksji nad celami, jaki mogą i/lub powinny przyświecać rozwojowi systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, przy zachowaniu lub też ograniczeniu realizacji zasad solidaryzmu społecznego.

W sumie artykuł Grażyny Sordyl i Joanny Niżnik pozostawia pewien niedosyt, niedosyt dotyczący braku systematycznej oceny omawianych projektów. Taka ocena nie jest możliwa bez jednoznacznego określenia jej kryteriów.

Oczywiście niedosyt ten nie obniża wartości samego artykułu, gdyż deklarowanym jego celem było przede wszystkim omówienie projektów, ale same autorki we wprowadzeniu wspominają także o zamiarze ich oceny z punktu widzenia możliwości wprowadzenia i uzyskania oczekiwanych efektów.

W tym miejscu nasuwa się pewna uwaga ogólna. W odniesieniu do zasadniczej treści artykułu może jednak zaskakiwać tytuł sugerujący zajęcie się głównie prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Tymczasem szczegółowo omówione zostały koncepcje II filaru ubezpieczeń zdrowotnych, które swoją konstrukcją raczej przypominają ubezpieczenia typu społecznego.

II filar projektu RPO opiera się na obowiązku ubezpieczenia i składce zależnej od dochodu ubezpieczonego, a II filar w koncepcji dyrektora Kulpy tworzy wprawdzie ubezpieczenie dobrowolne, składki miałyby być jednak niezależne od indywidualnego ryzyka. Zaliczenie drugich filarów do ubezpieczeń prywatnych tylko ze względu na to, iż miałyby one być oferowane przez prywatne firmy, jest mylące.

Wracając do oceny projektów, jasne sformułowanie celu dalszego rozwoju systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych istotne jest także z innego powodu. Ponieważ przynajmniej w najbliższych dziesięcioleciach niemożliwą wydaje się rezygnacja z publicznego finansowania opieki zdrowotnej jako dominującego sposobu finansowania, a tym samym mechanizmy oparte na prywatnym finansowaniu (w tym prywatne ubezpieczenia zdrowotne) „skazane są” na rolę istotnego wprowadzie, ale zawsze tylko uzupełnienia finansowania publicznego, precyzyjne określenie tej roli (a tym samym celów zaangażowania instytucji prywatnych) umożliwi rozpoznanie miejsc działania partykularnych grup interesu, próbujących osiągnąć określone korzyści dla siebie, zastaniając się przy tym interesem społecznym.

Aktywność grup interesu sama w sobie nie jest wprawdzie niczym negatywnym (wręcz z reguły należy oceniać ją w demokracji pozytywnie), decydenci muszą jednak zdawać sobie sprawę z tego, że nie każdy przedstawiany im projekt w sposób całkowicie obiektywny odzwierciedla deklarowane do osiągnięcia cele.

Najistotniejsze cele, jakie należy postawić przed prywatnymi dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi są następujące³:

- poprawa efektywności wykorzystania ograniczonych zasobów,
- ogólny rozwój sektora opieki zdrowotnej, także poprzez ewentualny wzrost środków w systemie,
- stworzenie rzeczywistej wolności wyboru dla pacjentów, producentów świadczeń, ale również stworzenie przestrzeni dla rozwoju działalności gospodarczej w obszarze ubezpieczeń,
- ograniczenie korupcji przez ograniczenie bezpośredniego i nieformalnego wnoszenia opłat przy uzyskiwaniu świadczeń.

Omawiając koncepcję Piotra Kulpy, autorki powtarzają za projektodawcą, że celami reformy polegającej na utworzeniu trójfilarowego systemu finansowania opieki zdrowotnej są: *usprawnienie systemu ochrony zdrowia poprzez dostarczenie dodatkowych środków pozabudżetowych stabilizujących system, zwiększenie poziomu efektywności wydatkowania środków na ochronę zdrowia, podniesienie świadomości zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz ograniczenie korupcji*. W gruncie rzeczy są to sformułowania podobne do wymienionych wyżej, nie znając jednak szczegółowych wyników symulacji, trudno ocenić prawdopodobieństwo sukcesu w postaci realizacji założonych i dość ogólnie sformułowanych celów projektu dyrektora Kulpy.

Piotr Kulpa zakłada stworzenie systemu finansowania bazującego na trzech filarach.

Pierwszy filar to społeczne ubezpieczenie zdrowotne, finansowane przez NFZ, który miałoby funkcjonować na dotychczasowych zasadach, jako ubezpieczenie obowiązkowe ze składką zależną od wysokości dochodu.

Drugi filar to dobrowolne ubezpieczenie uzupełniające lub – jak pisze Kulpa – równoległe. Ubezpieczenie to zapewniałoby ten sam zakres świadczeń zdrowotnych co NFZ, tylko o podwyższonym standardzie (np. zapewnienie możliwości wyboru lekarza, ponadstandardową opiekę pielęgniarską i położniczą, lepsze warunki hotelowe, lepsze wyżywienie, usługi hotelowe dla osób towarzyszących). Wyklucza się natomiast możliwość szybszego (poprzez ominięcie kolejki) dostępu do świadczeń. Składka w tym filarze miałaby być w zasadzie jednakowa dla każdego

ubezpieczonego, niezależnie od jego wieku i stanu zdrowia, i na dodatek miałaby być subwencjonowana przez państwo poprzez ulgi podatkowe.

Trzeci filar to normalne komercyjne ubezpieczenia prywatne, na temat których więcej niewiele wiadomo.

W centrum uwagi zarówno Piotra Kulpy, jak i autorek komentowanego artykułu stoi oczywiście drugi filar dobrowolnych ubezpieczeń równoległych. Według wyliczeń projektodawcy ubezpieczenie to zapewniłoby systemowi ochrony zdrowia dodatkowe 3 mld zł, z czego 1 mld zł w postaci subwencji podatkowej pochodziłby *de facto* z budżetu państwa.

W obliczu doświadczeń ostatnich miesięcy nie wydaje się, aby dodatkowe 3 mld zł były w stanie usprawnić w jakikolwiek sposób działanie systemu, czy też go ustabilizować. Ale nie mała skala oczekiwanych dodatkowych środków dla sektora zdrowotnego budzi wątpliwości. Wydaje się, że bez naprawy systemu świadczenia usług zdrowotnych, żadne pieniądze nie usprawnią i nie zrównoważą systemu i nie ustabilizują sytuacji.

Wątpliwości budzi ukryta koncentracja na celu fiskalnym, a dokładniej na celu zwiększenia poziomu finansowania publicznych szpitali. P. Kulpa w swojej koncepcji zakłada bowiem, iż za leczenie pacjentów posiadających polisy drugiego filaru szpitale otrzymywałyby 130% stawki płaconej normalnie przez NFZ. Ta podwyższona stawka dzielona byłaby w proporcji 75% NFZ i 55% ubezpieczenie II filaru. I tu nasuwa się cały szereg pytań niepodjętych przez autorki komentowanego artykułu.

Dlaczego osoby posiadające ubezpieczenie II filaru mają za 25% standardu gwarantowanego przez NFZ płacić podwójnie? Osoby ubezpieczone tylko w NFZ otrzymają świadczenia standardowe w 100% opłacone poprzez ich składki przez NFZ, a osoby ubezpieczone dodatkowo w II filarze płacące do NFZ taką samą składkę otrzymają ze strony NFZ jedynie „refundację” 75% kosztów standardowej opieki, za resztę zapłacą w II filarze, oczywiście za dodatkową składkę.

Dlaczego stawka dla szpitali leczących osoby posiadające ubezpieczenie w II filarze powinna wynosić 130% stawki płaconej normalnie przez NFZ, a nie np. 150%? Czy nie należałoby dodatkową stawkę zróżnicować zgodnie z kosztami oferowanego „dodatkowego” standardu?

Dlaczego podatnik poprzez subwencje podatkowe ma ponosić część kosztów opieki ponadstandardowej, tj. opieki, której nie jesteśmy w stanie zagwarantować każdemu obywatelowi w ramach ubezpieczenia w NFZ, a na którą raczej stać będzie osoby z wyższymi dochodami? Subwencje takie z pewnością będą działać regresywnie.

Czy ubezpieczenie się w II filarze, poprawiające w zasadzie jedynie warunki pobytu w szpitalach i zwiększające możliwości wyboru lekarza w istotny sposób, jest w stanie podnieść świadomość zdrowotną i bezpieczeństwo zdrowotne obywateli?

Z czego wynika przekonanie, że dodatkowe ubezpieczenie się w II filarze ograniczy zjawisko korupcji? Odpowiedź na to pytanie wymaga świadomości, z czego w głównej mierze wynika korupcja w polskim systemie ochrony zdrowia.

W jaki sposób ubezpieczenie gwarantujące ograniczoną poprawę standardu nawet nie świadczeń zdrowotnych, ale jedynie „bytowych warunków” ich udzielania może zasadniczo zwiększyć poziom efektywności wydatkowania środków na ochronę zdrowia?

Znalezienie odpowiedzi na zadane wyżej pytania wydaje się mieć zasadnicze znaczenie dla całościowej oceny projektu Piotra Kulpy. Wiele pytań narzuca się także w stosunku do projektu Rzecznika Praw Obywatelskich. Poniżej niektóre z nich.

Jaką korzyść dla systemu przynieść może podział instytucji ubezpieczających w zakresie gwarantowanego koszyka świadczeń na w pełni bezpłatne (w momencie korzystania) i na świadczenia ze współpłaceniem, ale też gwarantowane, skoro przewiduje się obowiązkowe ubezpieczenie dodatkowe na własnie tego typu świadczenia? Proponuje się tu wprowadzenie zakładów ubezpieczeń (o statusie spółek prawa handlowego).

Dlaczego proponuje się różne zasady traktowania osób poniżej i powyżej 45. roku życia? Czy chodzi o wprowadzenia elementów finansowania kapitałowego do systemu jako uzupełnienia stosowanego mechanizmu repartycyjnego?

Zgodzić się należy z ogólnymi wnioskami autorki artykułu dotyczącymi różnych korzyści, wynikających ze zwiększenia współodpowiedzialności pacjentów za zdrowie. *Nota bene* można ją osiągnąć także poprzez wprowadzenie odpowiedniej formy współpłacenia pacjentów, a nie tylko prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednocześnie jednak wprowadzenie motywacji do wzrostu współodpowiedzialności pacjentów (przez wzrost indywidualnego finansowania świadczeń) nie prowadzi automatycznie do poprawy realnego dostępu do świadczeń. Taki efekt jest możliwy, jeśli z jednej strony ograniczone zostanie zjawisko *moral hazard* (nonszalancja wobec ryzyka i nadużywanie świadczeń), a z drugiej strony, jeśli dodatkowe opłaty (składki czy dopłaty) nie będą stanowić bariery dostępu do świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia.

Samo wprowadzenie dodatkowych i/lub uzupełniających dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych nie jest w stanie zasadniczo zmienić wzorców zachowań zdrowotnych i konsumpcyjnych osób ubezpieczonych, ponieważ każde ubezpieczenie stoi w obliczu problemu *moral hazard* oraz kreowania popytu przez świadczeniodawców wykorzystujących występującą asymetrię informacji.

Dla uzyskania korzyści z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych niezwykle istotne jest – jak podkreślają autorki artykułu – zwiększenie liczby ubezpieczonych (dobrowolnie) i wprowadzenie konkurencji na rynku. Wzrost liczby ubezpieczonych umożliwi rozłożenie ryzyka na większą liczbę osób, a zatem także na obniżenie poziomu jednostkowej składki.

Wydaje się jednak, że właściwa droga do realizacji tego celu wiedzie poprzez atrakcyjną i zróżnicowaną ofertę ubezpieczeń dodatkowych i uzupełniających, a nie poprzez stosowanie subwencji podatkowych w celu obniżania składki.

SUMMARY

In the text which is a commentary to the article written by G. Sordyl and J. Niżnik, the author concentrates on the evaluation of the health insurance reform projects formulated by the Polish ombudsman and P. Kulpa Director in the Ministry of health in 2007. The author is skeptical to the possibility of achieving the goals stated by P. Kulpa in relation to private health insurance (modernization and stabilization of the system, increasing the efficiency, rising health security and limiting the corruption). At the same time the author formulates a number of doubts concerning the suggested detailed solutions, e.g. the lack of justification for regressive tax subvention for people purchasing private insurance, concentration on the increase of the hospital rates, lack of justification for double payment for standard (and guaranteed by NHF) quality of services. The author finally points to the insufficient tools for reducing the cream skimming by private insurance companies and the lack of justification for a separate (but private managed) obligatory health insurance for partly paid by NHF health services recommended by the ombudsman.

W końcu należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden, niepodjęty w artykule wątek, dotyczący funkcjonowania konkurencyjnego rynku ubezpieczeniowego w warunkach braku (zakazu) kalkulowania składek odpowiednio do ryzyka zdrowotnego. Asymetrii informacyjne, tak charakterystyczne dla rynku ubezpieczeń zdrowotnych, kreują permanentne zagrożenie w postaci selekcji ryzyk: samoselekcji dobrych ryzyk i odrzucania złych ryzyk (*cream skimming*). Wprawdzie obowiązek ubezpieczenia może uniemożliwić samoselekcję dobrych ryzyk, ale przymus ubezpieczenia każdego chętnego nie zlikwiduje dążenia ubezpieczycieli do „pozbywania się” złych z ich punktu widzenia ryzyk. Potrzebne są w takiej sytuacji mechanizmy wyrównania ryzyka (wyrównanie finansowe względem dochodów nie jest konieczne, jeśli składki nie zależą od wysokości dochodu osób ubezpieczonych).

Te, jak pokazują doświadczenia różnych krajów⁴, nie funkcjonują idealnie. Dlatego należy się liczyć z tym, iż konkurencja między prywatnymi ubezpieczeniami może ograniczyć się do „konkurencji o dobre ryzyka zdrowotne”. Ten rodzaj „konkurencji” nie poprawi jednak tak potrzebnej w Polsce efektywności wykorzystania zasobów w systemie opieki zdrowotnej.

Reasumując, należy pogratulować autorkom podjęcia tematu i przeniesienia na grunt dyskusji naukowej opinii o zgłaszanych przez różne instytucje projektów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Artykuł powinien stanowić bodziec do bardziej wnikliwego przyjrzenia się różnym zgłaszanym pomysłom i ich całościowej ocenie, szczególnie w kontekście godzenia celów, jakie przed systemem zdrowotnym są stawiane, tak zdrowotnych, społecznych, jak i ekonomicznych.

¹ W tym kontekście zastrzeżenie budzi stwierdzenie autorki, iż dotychczas przedstawiono dwie koncepcje zmian. Od wielu lat znane i uszczegółowiane są koncepcje autorstwa R. Holly'ego, czy też koncepcja opracowana na zamówienie ówczesnego wicepremiera J. Hausnera.

² W tym miejscu należy podkreślić, iż to wykluczenie niektórych grup z zabezpieczenia podstawowego finansowanego ze środków publicznych umożliwia rozwój ubezpieczeń uzupełniających, a nie – jak piszą autorki komentowanego artykułu – *ubezpieczenia substytucyjne umożliwiają rezygnację z uczestnictwa w bazowym – publicznym systemie (...)*.

³ Referat opublikowany w materiałach z konferencji naukowej, zorganizowanej w 2006 r. przez Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie pod tytułem *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – po co i jak? Perspektywa ekonomisty* (Sowada C. w: Samoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Warszawa 2006, s.131–141).

⁴ Szczególnie pouczające mogą tu być doświadczenia szwajcarskie. W tym alpejskim kraju finansowanie podstawowego systemu zabezpieczenia na wypadek choroby oparte jest na składkach „od głowy”, podobnie jak proponuje Piotr Kulpa dla II filaru.