



Fot. iStockphoto.com

MARIUSZ JĘDRZEJCZAK

Po raz kolejny polski system ochrony zdrowia czeka na zmiany. Tak zapowiada Ministerstwo Zdrowia, publikując i poddając pod publiczną dyskusję kolejne projekty reform ustawowych. Korzystając z okazji swobodnego fermentu intelektualnego wokół tej sprawy, chciałbym przypomnieć podnoszony przeze mnie kilkanaście lat temu pomysł rozwiązania nazwanego ówczesnie bonem zdrowotnym, a po modyfikacjach indywidualnym kontem zdrowia. Wracam do tej kwestii również z tego powodu, że od tamtego czasu w systemie dokonały się zmiany, które nieśmiało wprowadziłem, ale jednak wyszły naprzeciw zgłaszanym wówczas pomysłom, choć nadal przesłanki i sama idea „konta” są sprzeczne z powszechnym myśleniem o funkcjonowaniu ochrony zdrowia w naszym kraju. Powstało jednak internetowe, prowadzone przez NFZ, Indywidualne

Konto Pacjenta. Ma je już każdy ubezpieczony. System informatycznej obsługi pacjentów zdecydowanie się rozwinął. A to bez wątpliwości mogłyby być ważne kroki ułatwiające ewentualne omawiane zmiany, a przynajmniej poważniejszy nad nimi namysł.

O co w tym chodzi?

Punktem wyjścia rozumowania dotyczącego pomysłu Indywidualnego Konta Pacjenta jest przyjęcie założenia, że obywatel, potencjalny pacjent, powinien samodzielnie, świadomie i swobodnie decydować o tym, gdzie i za ile się leczy. Innymi słowami – chodzi o realne upodmiotowienie najważniejszych uczestników systemu opieki zdrowotnej, na rzecz których powinien on funkcjonować. Proponowane rozwiązanie powinno spełnić przynajmniej kilka założeń.

Po pierwsze – wzorem bardziej rozwiniętych państw Unii Europejskiej powinniśmy w dłuższej perspektywie zmierzać konsekwentnie do budowania społeczeństwa obywatelskiego. Takiego między innymi, w którym państwo zobowiązane jest do stwarzania różnorodnych możliwości zaspokajania różnego rodzaju potrzeb społecznych, a nie tylko zaspokajania ich wprost. Dotyczy to jak najbardziej także potrzeb zdrowotnych. Teza ta, jakkolwiek w oczywisty sposób różni się od dzisiejszej wizji relacji społecznych, ma zasadnicze znaczenie dla spójności prezentowanego pomysłu.

Po drugie – fundamentem zakresu udzielanych świadczeń jest tzw. koszyk świadczeń i od tej koncepcji nie ma odwrotu. Warunkami koniecznymi do spełnienia są jednak weryfikacja jego zawartości pod kątem zasadności niektórych umieszczonych w nim świadczeń i ich rzetelna wycena, zgodna z kosztami wytworzenia. Dziś z punktu widzenia tych atrybutów koszyk nie spełnia zakładanej funkcji. Mieści prawie wszystko po na ogół źle wycenionych kosztach.

Po trzecie – suma pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia w danym roku jest znana z wyprzedzeniem i nie może być mniejsza niż w roku poprzednim. Funduszy na leczenie musi być generalnie więcej. To wymóg absolutnie minimalny.

Po czwarte – pieniądze te dzielone są proporcjonalnie w stosunku do liczby osób objętych ubezpieczeniem społecznym. W naszych warunkach dotyczy to praktycznie wszystkich obywateli, bez względu na wysokość płaconej składki na NFZ, małoletnich, osób uczących się i zarejestrowanych jako bezrobotne. To oczywiście wariant egalitarny, oparty na zasadzie powszechnego solidaryzmu społecznego. Można jednak sobie wyobrazić, że wielkość możliwych do wykorzystania funduszy na koncie byłaby pochodną wielkości płaconej składki. Przy jednakowej stawce procentowej oznaczałoby to, że bogatsi, lepiej zarabiający i w konsekwencji wpłacający do systemu więcej pieniędzy mogliby dysponować większym funduszem.

Po piąte wreszcie – powinno powstać dodatkowe źródło finansowania świadczeń medycznych w postaci ubezpieczeń komercyjnych, o czym dyskutuje się od lat.

Tak mniej więcej wyglądają warunki brzegowe proponowanego rozwiązania.

W następstwie tak sformułowanych założeń można mówić o koncepcji indywidualnego konta zdrowia, czyli wyrażonym w pieniądzu uprawnieniu każdego ubezpieczonego do skorzystania z określonej wartości świadczeń medycznych. Wartość konta byłaby, w największym uproszczeniu, określona kwotą wynikającą z podziału kwoty przeznaczonej na opiekę zdrowotną w danym roku i kolejnych latach na liczbę osób uprawnionych.

Podstawowe cechy indywidualnego konta zdrowia

Indywidualne konto zdrowia byłoby niczym innym jak zmodyfikowaną i rozszerzoną wersją istniejącego Indywidualnego Konta Pacjenta (IKP) prowadzonego przez NFZ praktycznie dla każdego z nas. Rozsze-

zenie jego funkcjonalności polegałoby między innymi na gromadzeniu na nim pieniędzy przeznaczonych na leczenie określonej uprawnionej osoby. Z tego rachunku opłacano by konkretne świadczenia udzielone w konkretnych lecznicach. Mielibyśmy zatem do czynienia ze swoistym rachunkiem osobistym prowadzonym na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych jego posiadacza. Wydaje się, że z uwagi na dotychczasowe doświadczenia najbardziej powołaną do tego instytucją byłby przekształcony w swoisty bank zdrowia NFZ, ale wcale nie musi tak być. Mogłyby to być np. wybrane firmy ubezpieczeniowe bądź inne instytucje, ściśle koncesjonowane przez państwo. W praktyce

oznaczałoby to zasadniczą zmianę obowiązującego po wprowadzeniu ryczałtu paradygmatu płacenia lecznicom. To podmioty lecznicze byłyby zmuszone zabiegać o pacjentów i ich pieniądze, a tak jak obecnie – pacjenci muszą podążać za pieniędzmi w placówkach, którym je przyznano.

Dysponowanie pieniędzmi zgromadzonymi na koncie pozostaje całkowicie w gestii jego właściciela, a w przypadku nieletnich – ich prawnych opiekunów. Swoboda dysponowania zgromadzonymi pieniędzmi oznacza również, że mogą być one przekazywane w całości lub części pomiędzy osobami uprawnionymi wskazanymi przez właściciela, np. członkami rodziny, ale nie tylko. Oznacza to w praktyce, że w przypadku konieczności lub chęci skorzystania z zabiegów przekraczających wartość zgromadzonej kwoty pacjent ma

„Punktem wyjścia do rozważań o bonie zdrowotnym jest przyjęcie podstawowego założenia, że to obywatel, potencjalny pacjent, powinien samodzielnie, świadomie i swobodnie decydować o tym, gdzie i za ile się leczy”

możliwość skorzystania z pieniędzy będących w posiadaniu innego uprawnionego. Przekazanie innej osobie praw do korzystania z zasobów konta, a praktycznie pieniędzy, odbywa się na podstawie pisemnej dyspozycji właściciela wydanej prowadzącemu jego rachunek.

Ze sposobu gromadzenia funduszy przez ubezpieczonych (rachunki osobiste) wynika kolejny niezbędny atrybut rozważanego rozwiązania – możliwość kumulowania pieniędzy w czasie. Środki niewykorzystane w danym roku (okresie rozliczeniowym) przechodzą na następny. Daje to szansę zebrania kwoty niezbędnej np. na planowany poważny zabieg lub przeprowadzenie bardziej kosztownych badań. Wydaje się, że ważnym atrybutem konta powinna być również możliwość zadłużania (swoistego kredytowania, do określonych limitów) ich właścicieli przez instytucję ubezpieczeniową prowadzącą rachunek, głównie na potrzeby sfinansowania szczególnie kosztownych operacji, długotrwałych procesów leczenia czy rehabilitacji. W takich

kiem, jak i znajdujące się poza nim. Oznacza to możliwość zrealizowania świadczenia w placówce, z którą ubezpieczyciel dysponenta nie ma podpisanej umowy.

W tym wariantcie można zaryzykować stwierdzenie, że koncepcja konta stanowi swoisty wyraz idei solidaryzmu społecznego. A w każdym razie nie stanowi podstawy do jej naruszania. Bez względu bowiem na wysokość płaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne każdy ubezpieczony, poza wyjątkami o których poniżej, dostaje do wykorzystania taką samą pulę pieniędzy.

To oczywiście tylko podstawowe cechy instrumentu, jakim miałyby być indywidualne konto zdrowia. Nie jest to pełna lista, ale z pewnością oddaje jego zasadniczy sens.

Konsekwencje

Jest oczywiste, że potencjalne konsekwencje przyjęcia proponowanego rozwiązania, przynajmniej te możliwe już dziś do przewidzenia, byłyby wielorakie, na różnych

„ Indywidualne konto zdrowia powinno doprowadzić do racjonalizowania nadmiernie rozbudowanego popytu na wiele usług. To niepopularna politycznie teza i starannie omijana prawda, z której wielu praktyków i ekspertów doskonale zdaje sobie sprawę ”



Fot. Adobe Stock

sytuacjach dobrym zabezpieczeniem transakcji byłyby między innymi dodatkowe polisy zdrowotne.

Pieniądze na koncie powinny podlegać corocznej, ustawowej waloryzacji zarówno o faktyczny wskaźnik inflacji, jak i o proporcjonalny przyrost kwoty z ustawowego wzrostu nakładów finansowych na ochronę zdrowia i świadczenia medyczne. Mechanizm ten powinien zapewnić utrzymanie wartości zgromadzonych funduszy i ich realny wzrost. W tym miejscu dodatkowa uwaga: kapitał gromadzony na kontach mógłby być, za zgodą ich właścicieli, lokowany w obligacje Skarbu Państwa bądź też w specjalnie emitowane, gdyby budżet się na to zdecydował, i oprocentowane obligacje „zdrowotne” służące zasilaniu systemu opieki medycznej w naszym kraju.

Ze środków zgromadzonych na koncie mogłyby być finansowane zarówno świadczenia objęte tzw. koszy-

plaszczynach. Propozycja ta bowiem dotyczy jednego z najbardziej wrażliwych obszarów naszego życia społecznego. Jest swego rodzaju prowokacją idącą w poprzek naszemu dotychczasowemu myśleniu i praktyce funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – jednego z najbardziej nieefektywnych i niezadowolających pacjentów wśród rozwiniętych państw Europy.

Co zatem już dziś da się przewidzieć?

Po pierwsze, w sposób zasadniczy musiałaby się zmienić funkcja NFZ. Z dotychczasowej roli głównego administratora niedoboru powinien on się przekształcić w swoisty bank zdrowia, czyli instytucję aktywnie administrującą funduszami swoich ubezpieczonych klientów. NFZ, o czym już wspomniano, nie musi być zresztą jedynym podmiotem predestynowanym do tej roli. Zakładam, że takich instytucji mogłoby i powinno być więcej. Rolą państwa, z uwagi na cel i charakter

powierzonych im środków, powinna być restrykcyjna polityka koncesjonowania i nadzoru podmiotów aspirujących do zarządzania kontami obywateli. Analogie do systemu bankowego czy ubezpieczeniowego wydają się całkowicie uzasadnione, zwłaszcza że instytucje te, o czym już wspomniałem, oprócz administrowania powierzonymi im pieniędzmi miałyby możliwość bezpiecznego ich pomnażania, choćby poprzez inwestowanie w gwarantowane instrumenty dłużne państwa (obligacje) bądź pewne lokaty bankowe.

Po wtóre, to wreszcie pacjent decydowałby, gdzie chce się leczyć, wydać swoje pieniądze, i w ten sposób wpływał na budżet i kondycję finansową konkretnych jednostek ochrony zdrowia. Byłaby to zatem sytuacja odwrotna niż ta, którą wprowadziła ostatnia, krytykowana zresztą dość często reforma systemu w postaci opłacania placówek w drodze tzw. ryczałtu. A nieco tylko zbliżona do rozwiązań stosowanych np. w Singapurze czy bliższej nam Holandii.

proponowanemu pomysłowi. Jeśli nie, to przynajmniej w kierunku podniesienia niezbędnej świadomości społecznej o kosztach udzielanych obywatelom świadczeń medycznych.

Oczywiście nie ma rozwiązań idealnych i o potencjalnych problemach też trzeba wspomnieć.

Nie da się ukryć, co wynika z prostego rachunku matematycznego, że w momencie startu kapitał początkowy przeciętnego ubezpieczonego Polaka byłby relatywnie niewielki. Z pewnością kwota ta powinna wystarczyć na zaspokojenie potrzeb incydentalnie chorującego człowieka w młodym bądź średnim wieku, ale będzie zbyt mała dla ludzi starszych, przewlekłe chorych czy np. małych dzieci. Co w takiej sytuacji? Można założyć, że z pomocą powinna przyjść wiedza o epidemiologii i statystyce oraz doświadczenia innych uczestników rynku usług zdrowotnych.

Dodatkowe pieniądze powinny zwiększać w części konta pacjentów z grup największego ryzyka. W tym

„ Nie ma racjonalnych powodów, aby sektora komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych nie włączyć do systemu ochrony zdrowia w ogóle, a w proponowanym modelu byłoby to wręcz niezbędne ”



Fot. Adobe Stock

Po trzecie, bez ryzyka popełnienia zbyt dużego błędu można przyjąć, że indywidualne konto zdrowia powinno doprowadzić do zracjonalizowania nadmiernie rozbudowanego popytu na wiele usług, szczególnie w publicznym systemie ochrony zdrowia. To niepopularna politycznie teza i starannie omijana prawda, z której wielu praktyków i ekspertów doskonale zdaje sobie sprawę. Zaryzykuję opinię, że mogłoby to być jedno z ważniejszych zadań kolejnej reformy systemu. Wydaje się, że już dziś możliwe do realizacji – albo w pierwszej kolejności – jest rozszerzenie funkcjonalności IKP o dane dotyczące kosztów leczenia ich posiadaczy, kosztów pobytów szpitalnych, dofinansowania leków i innych udzielonych świadczeń. Informacje te można by konfrontować z danymi pokazującymi wielkość wpływów każdego ubezpieczonego z tytułu płaczonej składki zdrowotnej. To byłby kolejny krok ku

celu możliwe jest zastosowanie adekwatnego mechanizmu wag przeliczeniowych opartego na danych statystycznych dotyczących zachorowalności dla poszczególnych grup wiekowych. Takie doświadczenia mają np. firmy ubezpieczeniowe, które szacują wielkości grup docelowych potencjalnych klientów i skale związanych z nimi ryzyk ubezpieczeniowych. Robią to wyspecjalizowane działy aktuariuszy. Ich wiedza byłaby w takim przypadku bardzo pomocna i możliwa do wykorzystania.

W końcu, jeśli chodzi o ewentualne konsekwencje prezentowanego pomysłu, trudno nie zauważyć, że jego implementacja naruszyłaby fundamentalne dotychczas relacje między państwem a obywatelami. Mniej onnipotencji państwa, więcej samodzielności i odpowiedzialności obywateli na przyszłość w sferze zaspokajania swoich potrzeb w obszarze ochrony zdrowia. Fundamentalnym założeniem rozwiązania jest

” Wyłącznie ze względów politycznych kilka milionów osób, formalnie rolników, choć w dużej części nieprowadzących żadnej produkcji rolnej, jest wyłączonych z powszechnie obowiązujących zasad. Nie płacą oni praktycznie żadnych podatków poza gruntowym, ale korzystają z darmowych świadczeń jak wszyscy ubezpieczeni ”

bowiem przekonanie, że obowiązkiem państwa jest tworzenie warunków do podejmowania racjonalnych decyzji i możliwości ich realizacji w systemie opieki zdrowotnej.

Skąd wziąć pieniądze na dofinansowanie szczególnych grup pacjentów?

Pierwszym źródłem, zresztą już istniejącym i wykorzystywanym, jest budżet państwa. Mimo tegorocznej zmiany płacenia składki zdrowotnej ochrona zdrowia, jak wiadomo, jest finansowana nie tylko z 9-procentowej składki, lecz także z celowych dopłat budżetowych. Rocznie jest to kilkanaście miliardów złotych. Możliwość zwiększenia funduszy w systemie można upatrywać w wykorzystaniu wspomnianego już instrumentu rządowych obligacji zdrowotnych.

Drugie źródło jest potencjalnie bardziej efektywne, choć politycznie trudne do realizacji. To reforma systemu ubezpieczeń społecznych idąca bardziej konsekwentnie w kierunku jego dalszego ujednoczenia. Ostatnie zmiany struktury płaconej składki zdrowotnej w tym obszarze akurat niczego nie zmieniły. Tymczasem wiadomo, że nie wszyscy ubezpieczeni jednakowo partycypują w kosztach utrzymania systemu, choć są jego pełnoprawnymi beneficjentami. Wyłącznie ze względów politycznych kilka milionów osób, formalnie rolników, choć w dużej części nieprowadzących żadnej produkcji rolnej, jest wyłączonych z powszechnie obowiązujących zasad. Nie płacą oni praktycznie żadnych podatków poza gruntowym. Korzystają jednak z darmowych świadczeń jak wszyscy ubezpieczeni. Oznacza to, że pozostali uczestnicy systemu muszą sfinansować koszty leczenia swoje i wspomnianych beneficjentów. W istocie jestem przekonany, że bez rozwiązania tego problemu trudno będzie mówić o jakichkolwiek spójnych logicznie i uczciwych społecznie propozycjach zmian systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

W końcu, o czym wielokrotnie już wspominałem, narzuca się oczywista, prosta konstatacja, że elementem niezbędnym do spójnego funkcjonowania tak pomyślanego systemu jest konieczność upowszechnienia indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych. Powinny one stanowić dodatkowe źródło finansowania świadczeń zarówno ponadstandardowych, jak i tych, na które nie starcza funduszy zgromadzonych bieżąco na koncie. Mimo że przy każdej zmianie systemowej

w ochronie zdrowia temat ubezpieczeń komercyjnych powraca i jest odrzucany, jestem przekonany, że jeżeli nie powrócimy do stricte budżetowego finansowania świadczeń, ta kwestia w końcu będzie musiała być pozytywnie rozwiązana. Nie ma racjonalnych powodów, aby sektora komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych nie włączyć do systemu ochrony zdrowia w ogóle, a w proponowanym wyżej modelu byłoby to wręcz niezbędne.

Trzeba również otwarcie powiedzieć, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne są potrzebne także po to, aby obywatele mogli mieć coraz szerszy dostęp do osiągnięć szybko rozwijającej się medycyny. Ten postęp jest niestety kosztowny i praktycznie żadnego państwa nie stać na opłacenie wszystkim obywatelom dostępu do najnowocześniejszych procedur medycznych. Ta przesłanka legła zresztą u podstaw idei koszyka świadczeń gwarantowanych. Państwo powinno jednak stwarzać warunki dostępu do tych procedur za pośrednictwem innych legalnych źródeł finansowania.

W konsekwencji wydaje się oczywiste, że koszty ponoszone przez obywateli w związku ze współfinansowaniem świadczeń z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych powinny być rekompensowane w ramach polityki fiskalnej państwa, czyli objęte ulgami podatkowymi. Choćby dlatego, że w sposób bezdyskusyjny przyczyniałyby się do upowszechniania najnowocześniejszych technologii medycznych i stwarzały przesłanki i możliwości ich absorpcji przez publiczny system ubezpieczeń.

Nowy, lepszy efekt

Prezentowany pomysł to oczywiście tylko pewien, dość odległy od głównego nurtu „reformatorskiego” punkt widzenia. Propozycja innego myślenia o rozwiązaniu problemu, którego do tej pory nie udało się rozwiązać. W sytuacji gdy okoliczności po raz kolejny wymuszają przeprowadzenie reform, może warto chociaż przez moment trochę inaczej spojrzeć na istotę sprawy. Albert Einstein miał powiedzieć, że trudno oczekiwać nowego, lepszego efektu, kiedy konsekwentnie próbuje się rozwiązać problem starymi metodami – a przecież to nie ostatnia próba reformy systemu ochrony zdrowia.

Mariusz Jędrzejczak, były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu