



W „Menedżerze Zdrowia” nr 2/2008 zamieściliśmy artykuł „Ubezpieczeniowy Rywinland”, w którym gruntownej krytyce poddaliśmy projekt Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU – Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń). Przedstawimy stanowisko autorów projektu PIU.

Polemika: system prywatnych ubezpieczeń

System ochrony zdrowia według ubezpieczycieli

Na początku 2007 r. Polska Izba Ubezpieczeń podjęła decyzję o opracowaniu własnych propozycji dotyczących dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. W efekcie powstała kompletna wizja funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zwiększająca znacząco rolę prywatnych ubezpieczeń, kładąca nacisk na elementy konkurencji i przede wszystkim pozostająca w zgodzie z zasadami solidaryzmu społecznego.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią mniej lub bardziej istotny element systemów opieki zdrowotnej w większości krajów rozwiniętych. Jednak Polska, gdzie ubezpieczenia prywatne (łącznie z paraubezpieczeniami, czyli abonamentami) stanowią zaledwie 2–3 proc. wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, jest ewenementem. Coraz bardziej widoczny jest trend zmierzający do zwiększania roli ubezpieczeń prywatnych, ponieważ koszty opieki medycznej rosną niewspółmiernie do poziomu PKB. Pozytywnym przykładem może być Holandia, gdzie państwo w zasadniczej części systemu ochrony zdrowia ograniczyło swoją rolę do funkcji regulatora, zrzucając jego praktyczne funkcjonowanie na barki prywatnych ubezpieczycieli i świadczeniodawców. Wprowadzona w 2006 r. reforma zbiera bardzo pochlebne opinie na świecie i stawiana jest w wielu krajach za wzór nowoczesnego i sprawiedliwego społecznie systemu ochrony zdrowia oraz – co niezwykle istotne i wymowne – już po tak krótkim okresie funkcjonowania cieszy się dużym poparciem najbardziej krytycznych recenzentów, tj. obywateli Królestwa Holandii. Autorzy corocznego badania *Euro Health Consumer Index*, oceniającego europejskie systemy ochrony zdrowia z punktu widzenia pacjenta, w swoim rankingu uplasowali Holandię na drugim miejscu w 2007 r. i na pierwszym w 2006 r.

Fundamentalnym elementem proponowanych przez PIU zmian jest możliwość wyboru między systemem publicznym oraz prywatnym i, co za tym idzie, powstanie Prywatnych Funduszy Zdrowia (PFZ). Tylko prawdziwa konkurencja na rynku płatników, a nie dyskusyjny podział Narodowego Funduszu Zdrowia na kilka mniejszych funduszy (czego jednak projekt nie wyklucza – w proponowanych założeniach obok wielu płatników prywatnych może funkcjonować również wielu płatników publicznych), doprowadzi do realnej poprawy funkcjonowania systemu.

Podstawą systemu są dwa elementy prywatnego ubezpieczenia – stawka kapitacyjna i składka dodatkowa.



for. Michał Walczak/Fotorepa

Stawka kapitulacyjna

Osoba, która decydowałaby się na wyjście z systemu publicznego, *zabierałaby* ze sobą część płaconej przez siebie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Tę część składki nazwano *stawką kapitulacyjną* i trafiałaby ona bezpośrednio z ZUS lub KRUS do PFZ. Stawka kapitulacyjna to stała nominalnie kwota, zależna wyłącznie od wieku i płci i niezależna od zarobków ubezpieczonego.

W budżecie NFZ na osoby określonej płci i wieku przypada konkretna suma pieniędzy, która stanowi średni koszt ich leczenia w ciągu roku. Na przykład na każdą kobietę w wieku 35 lat NFZ wydaje średnio 750 zł. Na 53-letniego mężczyznę przypada już 1200 zł, a niemowlęta w pierwszym roku życia konsumują, niezależnie od płci, średnio aż 2200 zł ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Powyższe wartości to właśnie stawki kapitulacyjne. Kierując się zasadą solidaryzmu społecznego, projekt zakłada, że PFZ otrzymywałaby 80 proc. tak określonej stawki za osoby między 4.–60. rokiem życia, i aby zachęcić PFZ do ubezpieczenia osób z grup wyższego ryzyka – 100 proc. stawki za pozostałe kohorty wiekowe, tj. do 4. i powyżej 60. roku życia. 20 proc. stawek pozostawałoby w systemie publicznym, zwiększając dostępność świadczeń.

” Fundamentalnym elementem proponowanych przez PIU zmian jest możliwość wyboru między systemem publicznym a prywatnym i, co za tym idzie, powstanie Prywatnych Funduszy Zdrowia ”

Konsekwencją takiej konstrukcji jest również mechanizm, który sprawia, że osoby dobrze zarabiające i leczone się w systemie prywatnym, *zabierałyby* z systemu publicznego tylko stałą kwotę, niezależną od zarobków. Oznacza to, że im więcej taka osoba by zarabiała, tym więcej pieniędzy z jej składki powszechnej pozostawałoby w systemie publicznym. To bardzo ważny element systemu, a większość dotychczasowej krytyki projektu wynikała z braku zrozumienia.

Składka dodatkowa

Drugim elementem byłaby składka dodatkowa. W przeciwieństwie do stawki kapitulacyjnej, którą przekazywałby ZUS lub KRUS, składkę dodatkową płaciłby sam ubezpieczony.

Jej wysokość *zależałaby* od standardu polisy i zakresu ochrony, ale w żadnym wariancie nie mógłby on



FOT. MICHAŁ WARCZAK/REPORTER

„ Aby uniemożliwić PFZ *spijanie śmietanki*, składka przypadająca na konkretną osobę wyliczana byłaby na podstawie stawki bazowej przypisanej do każdego produktu oferowanego przez PFZ, mnożonej przez współczynnik ryzyka – jednakowy dla wszystkich funduszy ”

być mniejszy niż w systemie publicznym. To jedno z podstawowych założeń koncepcji PIU – PFZ obejmowałyby ubezpieczonego kompleksową ochroną, równą bądź większą niż w systemie publicznym, z uwzględnieniem refundacji cen leków. W wypadku określania składki dodatkowej PFZ miałyby sporą swobodę. Można sobie wyobrazić, że w najtańszych wariantach, poza kompleksową ochroną w podstawowym standardzie, fundusz oferowałby np. usługę *assistance*, natomiast w droższych – wyższy standard leczenia czy nawet konsultacje zagraniczne.

Wysokość składki dodatkowej byłaby również zależna od płci i wieku, ale fundusze nie miałyby pełnej swobody w jej ustalaniu. Aby uniemożliwić PFZ *spijanie śmietanki* (częsty zarzut w stosunku do ubezpieczycieli oferujących

ubezpieczenia zdrowotne), składka przypadająca na konkretną osobę wyliczana byłaby na podstawie stawki bazowej przypisanej do każdego produktu oferowanego przez PFZ, mnożonej przez współczynnik ryzyka – jednakowy dla wszystkich funduszy i określany przez reaktywowany, m.in. w tym właśnie celu Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Współczynnik ryzyka to uśredniony iloraz nakładów NFZ na poszczególne kohorty wiekowe i płciowe do średniego kosztu leczenia w całym systemie. Osoby starsze, których leczenie kosztuje więcej, miałyby więc wskaźnik znacznie przekraczający 1 (1 oznacza średni koszt leczenia przydający na wszystkie osoby w systemie), natomiast u osób młodszych wskaźnik spadałby poniżej 1. W konsekwencji osoby tej samej płci i wieku płaciłyby zawsze taką samą składkę dodatkową, niezależnie od stanu ich zdrowia, którego ocena byłaby w zasadzie bezcelowa, ponieważ PFZ nie mogłyby różnicować składek, ani odmówić ubezpieczenia.

Składka dodatkowa byłaby dla funduszy głównym narzędziem budowania przewagi konkurencyjnej. PFZ mogłyby oferować dowolną liczbę produktów (z pojedynczą składką bazową dla każdego z nich), dostosowaną do potrzeb i możliwości klientów. Jednak wysokość składki dodatkowej dla konkretnej osoby ustalałby *de facto* UNUZ poprzez współczynniki ryzyka.

Kompleksowa opieka

Do kompleksowej opieki medycznej zaliczono następujące elementy, które stanowią 91 proc. wydawanych przez NFZ pieniędzy:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- lecznictwo szpitalne,
- refundację cen leków,
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień,
- rehabilitację leczniczą,
- lecznictwo uzdrowiskowe,
- profilaktykę,
- zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.

Także stawki kapitałowe zostały wyliczone na podstawie wydatków NFZ na powyższe świadczenia. Pozostałe świadczenia – ratownictwo medyczne, procedury wysokospecjalistyczne czy część drogich procedur diagnostycznych i programów lekowych – pozostałyby domeną publiczną.

Elementy systemu

Aby ograniczyć selekcję negatywną po stronie ubezpieczonych, która mogłaby zaburzyć stabilność systemu, projekt przewiduje pewne ograniczenia wiekowe (podobnie jak w wypadku reformy emerytalnej). W pierwszym roku funkcjonowania system byłby otwarty dla osób do 65. roku życia, natomiast w modelu docelowym dla wszystkich osób do 55. roku życia. Jednak każdy ubezpieczony mógłby na zasadzie konty-

nuacji pozostać w systemie prywatnym do końca życia. Do zapewnienia stabilności systemu w projekcie znalazł się postulat, aby przez pierwsze 3 lata funkcjonowania systemu zmiana PFZ była zabroniona.

W pierwszym roku funkcjonowania systemu stawki kapitałowe zostałyby wyliczone na podstawie danych NFZ, w kolejnych zaś opierałyby się na kosztach ponoszonych przez wszystkie fundusze czy to publiczne, czy prywatne. W celu skoordynowania polityki lekowej i lepszego zarządzania kosztami leków refundowanych, projekt zakłada powołanie instytucji rozliczeniowej, której akcjonariuszami byłyby wszystkie działające na rynku fundusze prywatne i publiczne. Umożliwi to stworzenie jednego systemu rozliczeń leków oraz pozwoli funduszom wpływać na kształt oraz koszty listy leków refundowanych.

Projekt zawiera również elementy polityki rodzinnej w postaci dopłat do ubezpieczenia prywatnego (składki dodatkowej) dla rodzin wielodzietnych (wg *Diagnozy społecznej 2007*, ta grupa częściej jest zainteresowana dodatkowym ubezpieczeniem, ale rzadziej ją na to stać). Przy minimum trojgu dzieciach przysługiwałaby dopłata z budżetu państwa na każde dziecko. Zakłada się także możliwość przeznaczania na ubezpieczenie pieniędzy z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Wielkość rynku

Przy założeniu, że do systemu prywatnego przeszłoby 15 proc. społeczeństwa, płacąc składkę dodatkową w wysokości 50 zł miesięcznie (600 zł rocznie), wartość rynku osiągnęłaby 8,4 mld zł. Złożyłoby się na to 3,5 mld zł ze składek dodatkowych oraz 4,9 mld zł ze stawek kapitałowych, czyli z systemu publicznego, w którym pozostałoby dodatkowo 0,7 mld zł (pozostające 20 proc. stawki kapitałowej, jednak nie uwzględnia to dodatkowych funduszy, gdyby do systemu przechodziły osoby zarabiające powyżej średniej krajowej). Ponieważ PFZ miałyby swobodę w kontraktowaniu świadczeń, duża część składek dodatkowych mogłaby trafić do świadczeniodawców publicznych, zwiększając jakość i dostępność ich usług.

Dzięki takim regulom PFZ byłyby zainteresowane promowaniem zachowań prozdrowotnych i rozwijaniem profilaktyki, co w dłuższym okresie odbiłoby się na kondycji zdrowotnej społeczeństwa. W systemie pojawiłoby się więcej pieniędzy, bez konieczności podnoszenia składki na powszechne ubezpieczenie oraz optymalizowałyby się liczba świadczeń, dostosowując się do realnych potrzeb. W konsekwencji powinno także dojść do poprawy organizacji dostarczania świadczeń zdrowotnych, wzrostu efektywności i racjonalizacji systemu, a zabiegający o wielu płatników publicznych i prywatnych świadczeniodawcy zmuszeni byłiby podnosić jakość usług. Zarządzanie składką przez ubezpieczycieli pozwoliłoby na uszczelnienie systemu,

Krytyka niekonstruktywna?

Zdumieni niewłaściwą interpretacją i sposobem przedstawienia projektu Polskiej Izby Ubezpieczeń, zaprezentowanych w artykule w *Menedżerze Zdrowia* 2/2008, pragniemy zwrócić uwagę na obiektywne błędy, jakie popełnił autor oraz przedstawić czytelnikom pełny opis projektu PIU do ich własnej oceny.

1. Brokery nie są ubezpieczycielami – autor nie rozróżnia tych pojęć.
2. *Kredytowe zadłużenie rodaków* nie wynosi 100 mld zł. Według danych NBP, na koniec lutego wynosiło 280 mld zł.
3. *Pakiety firm brokerskich* (odnoszące się prawdopodobnie do oferty ubezpieczeń zdrowotnych) nie są w żadnym wypadku *kalką modeli zachodnich*. Oferta ubezpieczeń zdrowotnych jest ściśle powiązana z funkcjonującym w danym kraju modelem systemu ochrony zdrowia. Nie ma dwóch jednakowych systemów, tak więc żadne ubezpieczenia zdrowotne nie są kalką jakichkolwiek innych. Także ceny ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce są dostosowane do realiów polskich i nie można ich odnosić do europejskich (pomijając nawet aspekt różnorodności oferty).
4. Za 100 zł miesięcznej składki jest bardzo duży wybór ubezpieczeń, oferujących pełną opiekę ambulatoryjną, a nie jak pisze autor, co najwyżej *leczenie stomatologiczne*.
5. *Wynika z tego, że na ubezpieczenie tylko części pacjentów zostanie przeznaczonych 10 proc. budżetu NFZ* (mowa o sumie stawek kapitałowych). Wcześniej autor pisze, że do systemu przystąpi 15 proc. obywateli (obie wartości są założeniami przyjętymi przez PIU). Autor zarzuca więc, że za 10 proc. budżetu NFZ będzie można leczyć 15 proc. obywateli!
6. *Autor pisze o możliwości ograniczania gwarantowanego leczenia w wypadku wykrycia skłonności genetycznych*. Tymczasem ubezpieczyciele w ogóle nie mieliby możliwości oceny stanu zdrowia osoby przystępującej do ubezpieczenia, nie mówiąc o badaniach genetycznych, których zabrania prawo. Składka byłaby zależna wyłączone od wieku, płci oraz zakresu ubezpieczenia.

monitoring liczby świadczeń oraz zarządzanie kolejką na poziomie płatnika (kierowanie ubezpieczonych tam, gdzie dane świadczenie jest najszybciej dostępne). W wymienionych obszarach zadziałały po prostu siły rynkowe, których nie zastąpią żadne regulacje.

System proponowany przez PIU jest efektywnym i nowoczesnym rozwiązaniem dla wyzwań, przed jakimi stoi dzisiejsza opieka zdrowotna. Mimo pozornego skomplikowania, opiera się na wyjątkowo prostych, czytelnych i obiektywnych zasadach. Ich elastyczność gwarantuje długoterminową efektywność i dostosowywanie się do zmian, ponieważ funkcjonowanie systemu opierałoby się na realnych, aktualizowanych co roku kosztach.

Nie sposób w jednym artykule opisać szczegółowo wszystkich zaproponowanych rozwiązań, choć powyższy opis nakreśla ich główne założenia. Całość projektu dostępna na stronach Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Autorzy projektu Polskiej Izby Ubezpieczeń – Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń: Marcin Ajewski, Małgorzata Bielecka, Stanisław Borkowski, Grzegorz Brenda, Dorota M. Fal, Krzysztof Grzyliński, Paweł Kalbarczyk, Grzegorz Krasiński, Jakub Owoc.