

Nowe prawo o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym

Krajobraz po ustawie

Robert Mołdach



foto: images.com/Corbis

Jaka będzie ochrona zdrowia po wprowadzeniu pakietu ustaw Ewy Kopacz? Co się zmieni? Kto zyska, a kto straci? Co się poprawi, a co pogorszy? Wprowadzenie każdej z ustaw stwarza ryzyko. Poniżej publikujemy obszernie fragmenty dokumentu dotyczącego oceny skutków regulacji (OSR) zawartych w projekcie z 9 marca 2011 r. ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, przygotowanego dla Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna.

Szerokie konsultacje, niestety gotowej ustawy, a nie jej założeń, rozpoczęły się w dniu opublikowania projektu na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Został on skierowany do uzgodnień zewnętrznych 8 marca 2011 r. Termin zgłaszania uwag w wypadku konsultacji międzyresortowych upływa po 14 dniach od chwili otrzymania projektu, a konsultacji społecznych po 30 dniach. Tak krótki czas na tak poważną zmianę ustroju finansowania opieki zdrowotnej to stanowczo zbyt mało. Błędne założenia dotyczące skutków regulacji są prawdopodobną przyczyną ograniczenia przedmiotowego i podmiotowego konsultacji.

Błąd finansowy

Zaprezentowany sposób oszacowania wpływu regulacji na sektor finansów publicznych jest nadmiernie uproszczony. Nie uwzględnia takich elementów, jak zmiana siły nabywczej pieniądza, koszyk dóbr, preferencje konsumenckie, oferta rynkowa w obszarze ochrony zdrowia, a także substytucyjność oferty Narodowego Funduszu Zdrowia i pracowniczych programów zdrowotnych. Nadmiernie uproszczona analiza jest nieadekwatna do wagi dokumentu przedstawionego do konsultacji.

Należy przypomnieć, że ustawa ma zasadniczy wpływ na funkcjonowanie pracodawców, których pracownicy są objęci pracowniczymi programami zdrowotnymi, funkcjonowanie placówek podstawowej opieki zdrowotnej, odciążających system finansowany z funduszy publicznych, oraz funkcjonowanie samych świadczeniodawców uczestniczących w tym systemie. Ponieważ działanie tych podmiotów nie pozostaje bez wpływu na sektor finansów publicznych i budżety jednostek samorządu terytorialnego, efekty regulacji mogą być znacznie większe. Założenie, że nie będzie można zaobserwować zmian globalnych współczynników ekonomicznych, jak tempo wzrostu gospodarczego czy poziom inflacji, wydaje się zbyt optymistyczne.

Warto zauważyć, że tylko konwersja pracowniczych programów zdrowotnych na korzystniejsze podatkowo ubezpieczenia zdrowotne stanowiłaby dla budżetu państwa wydatek w wysokości 0,3 mld zł rocznie, co odpowiada wartości 1,5 mld zł rynku abonentów przemnożone przez 19 proc. podstawowej stopy podatku dochodowego od osób fizycznych.

Ambulatoria kontra szpitale

Ze względu na brak w projekcie ustawy preferencji dla opieki ubezpieczeniowej obejmującej leczenie szpitalne, oferta z dużym prawdopodobieństwem będzie się koncentrować na tańszej podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Te zakresy, odpowiednio w dominującej lub znacznej mierze, są realizowane przez podmioty prywatne. W wypadku chirurgii planowej i jednego dnia, gdzie jest silna konkurencja podmiotów publicznych z nie-

publicznymi, ubezpieczyciele wybiorą zapewne placówkę niepubliczną o porównywalnej lub lepszej jakości leczenia i zdecydowanie lepszej obsłudze pacjenta. W efekcie w perspektywie krótkookresowej publiczne placówki nie otrzymają spodziewanego zastrzyku pieniędzy, a więc nie zostanie spełnione jedno z zasadniczych oczekiwanych dotyczących skutków regulacji.

Pominięcie w analizie makroekonomicznej OSR, bez analitycznego wywodu i uzasadnienia, czyli 2,5 mln pacjentów, ich rodzin, opiekujących się nimi lekarzy, pielęgniarek, ośrodków zdrowia, dostawców środków i technologii medycznych, a także zatrudniających tych pacjentów pracodawców, stanowi poważny błąd w ocenie skutków regulacji, który rzutuje na wiarygodność przedstawionych wniosków, natomiast nieuwzględnienie preferencji dla ubezpieczeń dotyczących leczenia szpitalnego przeczy zasadniczym celom regulacji.

Rynek pracy

Szacunki Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia wskazują, że na koniec 2011 r., tj. w przewidywanym momencie wchodzenia nowej regulacji w życie, w przedsiębiorstwach obsługujących pracownicze programy zdrowotne będzie zatrudnionych 25 tys. pracowników (głównie personel medyczny). Wzięto pod uwagę wszystkie formy zatrudnienia i współpracy. Odpowiada to w przybliżeniu 10 tys. pełnych etatów, uwzględniając cząstkowy wymiar czasu pracy.

W powiązaniu z błędnym założeniem nikomego wpływu projektu ustawy na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, liczba 25 tys. pracowników kłóci się z wnioskiem, że regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy. Takie zjawiska, jak zmniejszenie efektywnej marży sektora pracowniczych programów zdrowotnych, a także zmiana jego udziału w rynku, mają oczywiste przełożenie na wielkość zatrudnienia i płace jego pracowników. Nie znając globalnych założeń ekonomicznych, jakie przyjęło Mini-

„ Oferta produktów ubezpieczeniowych będzie się koncentrować na podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, które są tańsze niż leczenie szpitalne „

„ Ulga w podatku dochodowym od osób fizycznych doprowadzi do konwersji abonamentów medycznych na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne „

sterstwo Zdrowia w związku z ustawą, nie sposób oszacować wielkości tego wpływu. Można jednak mieć pewność, że ustawa w tej postaci będzie prowadzić do negatywnych zjawisk w obszarze relacji pracowniczych u operatorów pracowniczych programów zdrowotnych i ich partnerów medycznych.

Konkurencyjność gospodarki

Utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, niezadawalający standard, niewykorzystany majątek szpitali, niewystarczające nakłady, rosnące koszty, starzejące się społeczeństwo – lista problemów, które ma rozwiązać nowa ustawa, wydaje się nie mieć końca. Wszystko to zasada się na jednym założeniu – skierowaniu części z 28 mld zł lub więcej, które obywatele i pracodawcy wydadzą w 2011 r. i kolejnych latach na prywatną opiekę zdrowotną (usługi, leki, środki medyczne), do firm ubezpieczeniowych. Wyposażeni w te pieniądze ubezpieczyciele mogliby ustrukturyzować wydatki Polaków na zdrowie i zapewnić oczekiwany rezultat gospodarczy, społeczny oraz zdrowotny.

Koncepcja jest sensowna i stosowana w innych jurysdykcjach. Całkowicie niezadawalająca jest jednak jej implementacja przedstawiona w proponowanej regulacji. O sposobie wydatkowania indywidualnych funduszy na prywatną opiekę zdrowotną powinien decydować pacjent lub odpowiednio pracodawca, czyli ich dysponent. Powinien mieć prawo wyboru: ubezpieczenie zdrowotne o szerszym gwarantowanym zakresie, w tym przede wszystkim szpitalnym, tańszy pakiet medyczny bez gwarancji w strukturze pracowniczych programów zdrowotnych czy też opłata za usługę medyczną w momencie jej wykonania. Wszy-

stkie te systemy płatności za opiekę medyczną winny być traktowane na równych zasadach, a pacjent powinien mieć pełną informację o różnicach między nimi oraz swobodę wyboru. Proponowana ustawa tego nie przewiduje, zaburzając konkurencyjność gospodarki trzema najważniejszymi regulacjami, dając nieuzasadnioną preferencję systemowi ubezpieczeniowemu w ochronie zdrowia ponad opłatę za usługi w momencie wykonania i opiekę w ramach pracowniczych programów zdrowotnych.

Ulga

Ulga w podatku dochodowym od osób fizycznych (zwalniająca z opodatkowania wydatki na rzecz podatnika oraz pod pewnymi warunkami małżonka i dzieci) uderzy przede wszystkim w operatorów pracowniczych programów zdrowotnych. Doprowadzi do konwersji abonamentów medycznych na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Skoro pracodawca może pomóc swoim pracownikom płacić niższy podatek dochodowy, z pewnością tak uczyni, gdyż jest to najłatwiejszy, bo realizowany kosztem podatnika, sposób na zwiększenie wypłaty netto dla pracowników.

Medycyna pracy

Uznanie za zdarzenie objęte ubezpieczeniem świadczeń medycyny pracy otwiera wreszcie przed firmami ubezpieczeniowymi kolejny wielomiliardowy rynek, z którego do tej pory nie mogły korzystać. Było to niemożliwe nie dlatego, że ustawodawca postanowił wspierać inne podmioty, ale dlatego, że świadczenie medycyny pracy nie jest zdarzeniem losowym. Przecząca logice zmiana interpretacji zdarzenia losowego stawia firmy ubezpieczeniowe w konkurencji w pierwszej kolejności wobec wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, lokalnych ośrodków zdrowia oferujących usługi w ramach medycyny pracy oraz sieci medycznych. Skala tej zmiany jest trudna do oszacowania. Jest jednak pewne, że dotyka świadczeniodawców bez względu na ich wielkość, zasięg działania i formę organizacyjną.

Efekt takiej regulacji może być tylko jeden. Jeśli jedna grupa przedsiębiorców, realizując to samo świadczenie, uzyskuje znaczne uprzywilejowanie w stosunku do drugiej grupy, można mieć pewność, że wyprze tę drugą z rynku, a co najmniej zatrzyma lub spowolni jej rozwój. Równoległym do tego zjawiskiem jest przejście dotychczasowych liderów do roli podwykonawców, którzy nie mając przywilejów, muszą się podporządkować podmiotom uprzywilejowanym. Czynnikiem wspierającym jest nieposiadanie przez firmy ubezpieczeniowe wystarczającej sieci opieki. Wypchnięcie konkurentów z rynku i zaferowanie im roli podwykonawców będzie w takiej sytuacji naturalnym działaniem podmiotów uprzywilejowanych.

„ W perspektywie krótkookresowej publiczne placówki nie otrzymają spodziewanego zastrzyku dodatkowych pieniędzy „

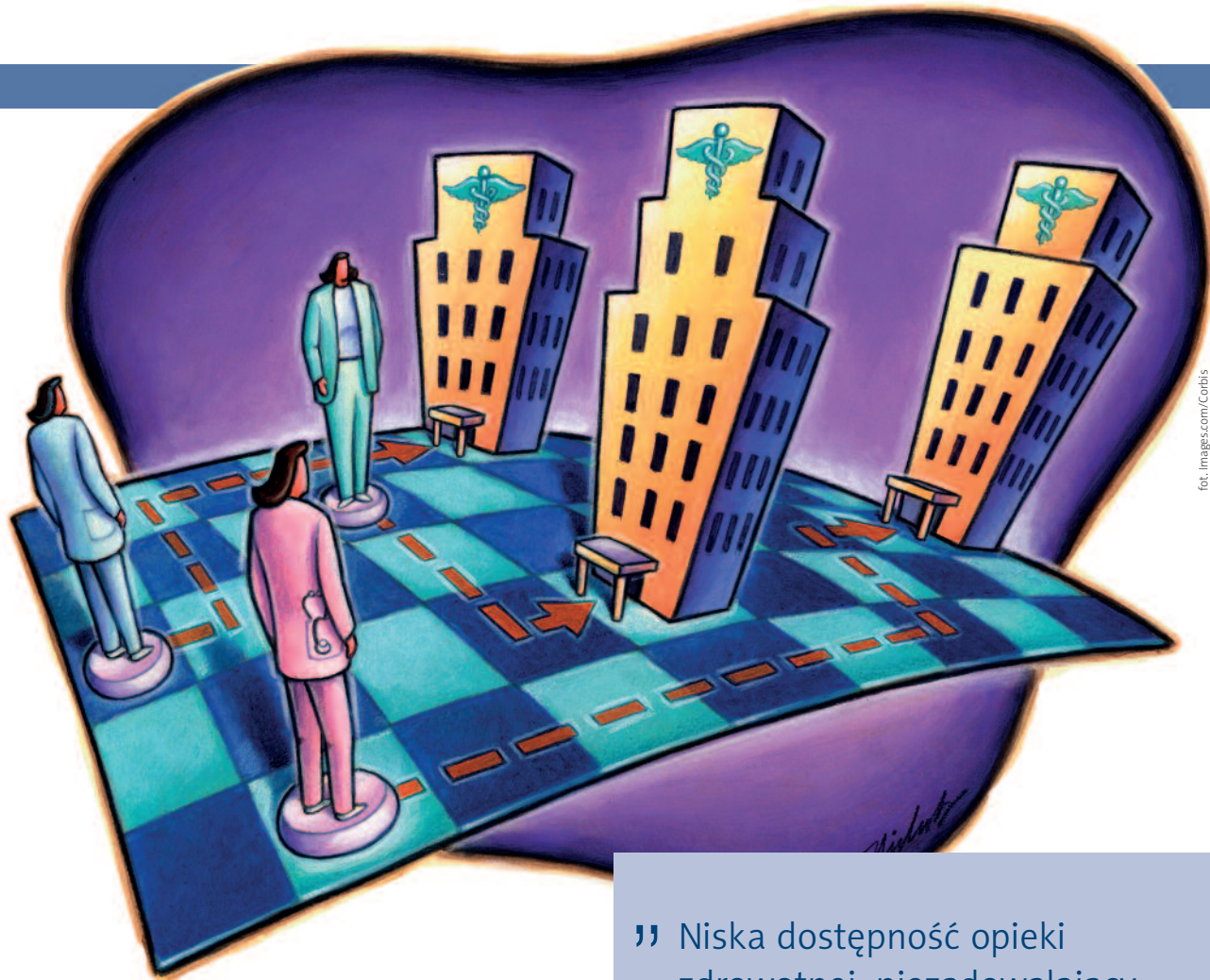


foto: images.com/Corbis

Podobne negatywne skutki ustawa spowoduje w obszarze przedsiębiorczości sektora ochrony zdrowia. Nowo utworzone podmioty nie tylko muszą się zmierzyć z silną konkurencją, ale także, nie będąc firmami ubezpieczeniowymi, nie mogą dawać jej odporu na równych prawach. Będą zmuszone przyjmować rolę podwykonawców i akceptować niższe marże. Wydłuży to czas zwrotu z inwestycji i zmniejszy dynamikę powstawania nowych przedsięwzięć sektora ochrony zdrowia. Uzyskanie przez małe podmioty licencji ubezpieczeniowej z oczywistych powodów nie może być brane pod uwagę.

Należy dobitnie stwierdzić, że z powodu nowej regulacji może dojść do znaczącego zaburzenia równowagi rynkowej w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece specjalistycznej i służbie medycyny pracy. Jej skutkiem mogą być takie zjawiska, jak zmniejszanie efektywnych marż, wyparcie części podmiotów z rynku, spowolnienie ich rozwoju lub jego zahamowanie. Tylko w wypadku operatorów pracowniczych programów zdrowotnych wartość rynku jest szacowana na 1,5 mld zł, co odpowiada 2–2,5 mln pacjentów objętych opieką. Prócz kilku wiodących firm, uczestniczy w nim ok. 1,5 tys. podmiotów lokalnych realizujących świadczenia w całym kraju.

Rozwój regionalny

Można także z dużym prawdopodobieństwem antycypować, że ubezpieczyciele skupią się na ośrodkach miejskich i regionach o dużej gęstości zaludnienia, aby osiągnąć odpowiednią skalę działania. Ich

„ Niska dostępność opieki zdrowotnej, niezadowalający standard, rosnące koszty, starzejące się społeczeństwo – lista problemów, które ma rozwiązać nowa ustawa, wydaje się nie mieć końca „

oferta adresowana do środowisk małomiasteczkowych i wiejskich będzie zapewne oparta na należących do sieci ośrodkach zdrowia w większych miastach oraz wybranych szpitalach. W zakresie opieki ambulatoryjnej pacjenci mają takie warunki zapewnione już obecnie, natomiast w zakresie opieki szpitalnej należałoby najpierw wykazać, że produkty ubezpieczeniowe obejmujące ten rodzaj opieki będą na tyle atrakcyjne i promowane cenowo, aby mogły być zakupione przez osoby mieszkające poza ośrodkami miejskimi. Przy braku w ustawie instrumentów nakazujących Komisji Nadzoru Finansowego odpowiednie moderowanie konstrukcji produktów ubezpieczeniowych, rozkładu ryzyka i regionalnej dostępności, takie działanie wydaje się mało prawdopodobne.

Ponieważ ustawa nie nakłada obowiązku na KNF i nie wyposaża jej w narzędzia do kształtowania działalności ubezpieczeniowej w ochronie zdrowia jako części systemu zdrowia publicznego, ubezpieczyciele nie będą motywowani lub nakłaniani szczegółowymi

„ W wyniku nowej regulacji może dojść do znaczącego zaburzenia równowagi rynkowej w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej i służby medycyny pracy „

regulacjami do respektowania zróżnicowanego charakteru regionalnego Polski. Na przykład z perspektywy zdrowia publicznego należałoby oczekiwać, że w województwie podlaskim, gdzie jest najniższa w Polsce gęstość zaludnienia (59 osób/km²), firmy ubezpieczeniowe powinny uwzględniać usługi realizowane na odległość (telemedycyna), zamiast koncentrować się na dużej populacji Białegostoku i korzystać z sieci usług w tym mieście. Na podobnej zasadzie konstrukcja produktów ubezpieczeniowych na Śląsku powinna uwzględniać bardzo wysoką gęstość zaludnienia (377 osób/km²), która bardziej przypomina Holandię niż średnią ogólnopolską. Brak w ustawie odpowiednich prerogatyw dla KNF, a w konsekwencji założenie, że te problemy rozwiąże wolny rynek i dobra wola firm ubezpieczeniowych, które będą kształtować swoją politykę ubezpieczeniową, kierując się wyłącznie dobrem pacjentów, jest istotnym błędem i przejawem braku roztropności.

Elitarność

Postulat, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne winny być elementem wspierającym system zdrowia publicznego, wydaje się naturalny i oczekiwany. Nie chodzi bowiem o to, by dla niewielkiej grupy tworzyć ekskluzywne produkty ubezpieczeniowe. Cel regulacji winien być o wiele szerszy i zupełnie innej jakości. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne powinny wzmacniać poziom opieki zdrowotnej szerokiej grupy obywateli, wpisując się w perspektywę zdrowia publicznego i rolę państwa realizującego jedno z podstawowych praw obywatelskich – prawo do opieki zdrowotnej. Tak by było, gdyby zadania realizowane przez ubezpieczycieli zostały skorelowane z zadaniami systemu publicznego.

System zdrowia publicznego winien wymagać i promować skoordynowaną współpracę z regulatorem wszystkich płatników – publicznych i prywatnych. Współpraca ta powinna się kierować nadrzędnym celem – zdrowiem populacji. W porównaniu z regulacjami, których musi przestrzegać NFZ, organizując opiekę medyczną, projektowana regulacja nie przewiduje żadnych ram funkcjonowania ubezpieczycieli w syste-

mie zdrowia publicznego. Pozostawia im niemalże całkowitą swobodę co do produktów ubezpieczenia zdrowotnego, ich cen, struktury, grup ryzyka i grup docelowych. Różnica w swobodzie kreowania zakresów świadczeń, ich jakości i budżetów przez NFZ i ubezpieczycieli jest wyraźnie widoczna. Można odnieść wrażenie, że projekt nie zakładał oczekiwania od KNF lub innej odpowiedniej instytucji, że spojrzy na ubezpieczycieli także przez pryzmat zdrowia publicznego. Jest to jego najpoważniejszy błąd.

Nieubezpieczeni

Kolejnym zaskakującym elementem jest niefrasobliwość regulacji w zakresie opieki nad osobami nieobjętymi ubezpieczeniem prywatnym. Nie ma najważniejszych mechanizmów kształtujących strukturę produktów ubezpieczeniowych i rozłożenia ryzyka w taki sposób, by zwiększona została dostępność prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego dla osób o niższych dochodach, bogatszych, ale schorowanych, młodych, lecz przewlekle chorych. Silny regulator w układzie płatników publicznych i prywatnych, mający przełożenie na jednych i na drugich, to podstawa sprawnego systemu zdrowia publicznego. W obecnej propozycji nie jest to Narodowy Fundusz Zdrowia, gdyż jego rola została sprowadzona do nadzorowania, czy nie dochodzi do różnicowania pacjentów i preferowania prywatnych płatników. Nie jest to także Agencja Oceny Technologii Medycznych, gdyż o niej ustawa nie wspomina, ani Komisja Nadzoru Finansowego, bo w tym zakresie ustawa nie zmienia ustawy z 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz rzeczniku ubezpieczonych. Nie jest to także minister zdrowia, który zgodnie z ustawą nie ma uprawnień, by ingerować w kompetencje KNF. Warto spojrzeć, jak takie problemy rozwiązuje się w innych krajach. Narzędziami są np. narzucone przez nadzór, nieprzekraczalne współczynniki rozkładu wiekowego, społecznego, terytorialnego, zdrowotnego itp. ubezpieczonej populacji. Są to również ograniczenia ustawowe dotyczące różnicowania ceny ubezpieczenia. W innym rozwiązaniu centralny regulator redystrybuuje składki pomiędzy różnymi firmami ubezpieczeniowymi, gdyby zgromadziły pacjentów ze spolaryzowanych grup ryzyka. Sprawdzonych narzędzi jest wystarczająco dużo. Wystarczyło podjąć ten temat i wybrać rozwiązanie.

Projekt w najmniejszym stopniu nie dba o to, by z ubezpieczenia mogły korzystać osoby z grup wyższego ryzyka. Pozostawia ubezpieczycielom swobodę w kształtowaniu dostępności prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego dla osób o niższych dochodach, bogatszych, ale schorowanych, młodych, lecz przewlekle chorych. W opinii autora narusza to art. 68 ust. 1 ustawy zasadniczej, a także tworzy niebezpieczną podstawę do tego, by stawiać w gorszej pozycji słabsze grupy społeczne. ■