

Menedżer Zdrowia
i Centrum im. Adama Smitha
proponują:
wprowadźmy bon zdrowotny !



Kostki domina

Ratujmy polski system ochrony zdrowia! Ratujmy, póki czas. Dość już kosmetycznych zmian szumnie nazywanych wielkimi reformami. Dość przelewania z pustego w próżne, w oparciu o tajemnicze wzory i skomplikowane algorytmy autorstwa Wielkiego Funduszu. *Menedżer Zdrowia* dołącza się do inicjatywy Centrum im. Adama Smitha oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, które proponują radykalną reformę – wprowadzenie bonu zdrowotnego. To zmiana na miarę rewolucji, ale naszym zdaniem tylko tak daleko idąca reforma jest w stanie ożywić trupa naszego systemu ochrony zdrowia.

Chcemy wywołać ogólnopolską debatę na tym rozwiązaniem, które może sprawić, że problem finansowania usług medycznych stanie się przeszłością. Liczymy, że naszą propozycją zainteresuje się nowa koalicja rządowa. Mamy nadzieję, że posłowie będą mieli dość odwagi, by wdrożyć w życie proponowaną przez nas radykalną reformę.

Warto bowiem przypomnieć, że wg specjalistów w systemie ochrony zdrowia krąży faktycznie kwota ok. 60 mld zł. Połowa z tego jest przekazywana w formie składek centralnemu rozdzielczemu – czyli obecnie Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który w tandemie z Ministerstwem Zdrowia dba o to, by pieniądze te *sprawiedliwie* rozdzielić. Wokół urzędników krążą rozmaici lobbyści, którzy dzięki koneksjom potrafią wydobyć środki na swoje szpitale i programy. Można śmiało stwierdzić, że spora część z ponad 30 mld zł jest wyrzucana w błoto lub kierowana do jednostek, którym najmniej się to należy.

Idealnym rozwiązaniem jest bon zdrowotny – kwota pieniędzy taka sama dla każdego obywatela, którą każdy dysponowałby wg własnego uznania. Jej wyodrębnienie odbywałoby się – inaczej niż dzisiaj – nie na etapie zbierania podatków, ale już po ich zebraniu. Przeciętny Kowalski nie otrzymywałby jej do ręki. Mógłby jednak nią dysponować poprzez wybór firmy ubezpieczenia zdrowotnego. Bon zdrowotny spowodowałaby efekt kostki domina. Zwiększyłby konkurencję na rynku ubezpieczeń, a to z kolei wymusiłoby na szpitalach obniżanie kosztów, racjonalizację wydatków oraz podniesienie jakości oferowanych usług. W ten sposób można by też zagospodarować drugą połowę ze wspomnianych 60 mld zł krążących w systemie w formie opłat nieformalnych lub przekazywanych działającym ubezpieczycielom. Niektórzy świadczeniodawcy mogliby stosować ceny wyższe od refundowanych kwot. O tym, komu dopłacić pieniądze, znowu decydowałby sam pacjent. Tak wygenerowana powszechna konkurencja zablokowałaby zarazem inklinacje polityków do majstrowania w systemie, który zacząłby działać niezależnie od centralnego rozdzielczego. Z korzyścią dla nas wszystkich.

Red.



Koniec władzy polityków

Bon na zdrowie

Trzydzieści artykułów spisanych na dwudziestu stronach ustawy szczegółowo reguluje zasady funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Jak widać po jego kondycji, ilość i tym razem nie przekłada się w jakość.

Tymczasem, aby wprowadzić bon zdrowotny, lansowany przez Centrum im. Adama Smitha i Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy jako *panaceum* na – zdawałoby się – nieuleczalne dolegliwości systemu, wystarczy zaledwie kilka artykułów. Zasada funkcjonowania bonu jest bowiem genialnie prosta. Aby jednak w pełni zrozumieć, na czym polega rewolucyjny charakter tego pomysłu, powinniśmy bliżej przyjrzeć się zasadom działania naszej służby zdrowia.

Słuchając dyskusji o polskim systemie opieki zdrowotnej można dojść do wniosku, że mamy do czynienia z pomieszaniem podstawowych pojęć opisujących system. Trudno nawet stwierdzić, z jakim modelem opieki zdrowotnej mamy w Polsce do czynienia. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w operowaniu uproszczeniami zarówno w opisie rzeczywistości, jak i w metodologicznych założeniach analizy. Typowym przykładem takich uproszczeń jest utożsamianie typu modelu systemu opieki zdrowotnej



„ Istotą *bonu zdrowotnego* jest pozostawienie każdemu z nas prawa do swobodnego decydowania o tym, komu przekazana zostanie w zarządzanie składka zdrowotna „

z rodzajem źródła pochodzenia środków finansowych. I tak model budżetowy utożsamiany jest z finansowaniem systemu ze środków publicznych (czytaj: budżetu państwa) a model ubezpieczeniowy z finansowaniem systemu ze składki ubezpieczeniowej. Źródło pochodzenia środków finansowych jest istotnym kryterium klasyfikacji, ale niewystarczającym do stwierdzenia, z jakim systemem mamy do czynienia w praktyce. To nie źródło pochodzenia środków finansowych determinuje bowiem rodzaj systemu, ale przede wszystkim dwa dodatkowe kryteria, sprowadzające się do pytań: kto jest redystrybutorem środków finansowych wewnątrz systemu i w jaki sposób finansowani są świadczeniodawcy?

Kto za to płaci?

Podmiotem finansującym system może być państwo (jego agendy administracyjne lub władze samorządowe), albo też jedna lub wiele niezależnych od państwa instytucji ubezpieczeniowych.¹

W drugim przypadku związek jest prosty. Jeżeli finansującym funkcjonowanie systemu jest podmiot niezależny od państwa, tj. jedna lub wiele instytucji ubezpieczeniowych, to mamy do czynienia z modelem ubezpieczeniowym. Bardziej skomplikowana sytuacja jest wtedy, gdy to państwo lub jego agendy finansują system. W takim przypadku można mieć nie tylko do czynienia z systemem budżetowym i zaopatrzeniowym, ale także z systemem ubezpieczeniowym, czego przykładem jest system francuski. Fakt ten dowodzi, że drugie kryterium także jest niewystarczające do określenia modelu.

Trzecim kryterium jest sposób finansowania świadczeń, przy czym kryterium to dotyczy rodzaju tzw. struktury kontraktowej² łączącej podmiot finansujący ze świadczeniodawcami. Mogą

wystąpić dwa rodzaje struktur kontraktowych: struktura rynkowa³, w której stosunek między niezależnymi, posiadającymi osobowość prawną podmiotami oparty jest na relacji cywilnoprawnej tj. umownej (kontraktowej) oraz struktura hierarchiczna (administracyjno-budżetowa), oznaczająca relację między podmiotami nieposiadającymi osobowości prawnej wewnątrz tej samej państwowej struktury własnościowej.

Pierwszy typ struktury kontraktowej jest charakterystyczny zarówno dla modelu ubezpieczeniowego, jak i zaopatrzeniowego. Struktura hierarchiczna jest jednoznacznie związana z modelem budżetowym.

Syntetyczna prezentacja trzech powyższych kryteriów wskazuje na to, że prawidłowa metodologicznie analiza modeli wymaga ich równoczesnego zastosowania w procesach identyfikacyjnych. Za ich pomocą można pokusić się o zdefiniowanie typów teoretycznie czystych modeli⁴ systemu opieki zdrowotnej. I tak:

- **za model budżetowy** należy uznać system opieki zdrowotnej, w którym:
 - finansowanie następuje ze środków publicznych (budżetowych);
 - redystrybucją środków finansowych zajmuje się państwo lub jego agendy;
 - redystrybucja środków finansowych wewnątrz administracyjnej państwowej struktury administracyjnej (publiczni świadczeniodawcy nieposiadający osobowości prawnej) następuje w sposób hierarchiczny, tj. budżetowy;
- **za model zaopatrzeniowy** należy uznać system opieki zdrowotnej, w którym:
 - finansowanie następuje ze środków publicznych (budżetowych), przy czym mogą one pochodzić także z *wydzielonego* podatku zdrowotnego;

- redystrybucją środków finansowych zajmuje się państwo lub jego agendy;
- redystrybucja środków finansowych ma strukturę rynkową, realizowaną na podstawie umów cywilnoprawnych z niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami;
- za model ubezpieczeniowy należy uznać system opieki zdrowotnej, w którym:
 - finansowanie następuje ze środków pochodzących ze składki ubezpieczeniowej (w dalszej części artykułu wyjaśnimy, kto może być ubezpieczającym);
 - redystrybucją środków finansowych zajmują się niezależne od państwa instytucje ubezpieczeniowe (jedna bądź wiele);
 - redystrybucja środków finansowych ma strukturę rynkową realizowaną na podstawie umów cywilnoprawnych z niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami.

pieczeniowej nie oznaczałaby zmniejszenia indywidualnego obciążenia podatkiem dochodowym. Tym samym możemy stwierdzić, że mimo zawilej konstrukcji składki ubezpieczeniowej rzeczywistym płatnikiem składki budżet państwa, bowiem nie otrzymuje należnych dochodów z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych.

W górszu przepisów

Obowiązujące rozwiązania prowadzą do prawnego i realizacyjnego galimatiasu. Prawo do ubezpieczenia i sposób poboru składki w ustawie regulowany jest przez ponad 30 artykułów na ponad 20 stronach, co i tak nie zapewnia identyfikacji ubezpieczonego, płatnika i wysokości składki zdrowotnej. W praktyce sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje, bowiem pobór składki dokonuje się w pionie ubezpieczeń społecznych (ZUS i KRUS) a nie w pionie poboru podatku dochodowego od osób fizycznych (urzędy skarbowe). Uniemożliwia to identyfikację ubezpieczonych, nie mówiąc o identyfikacji personalnej poziomu płaconej składki

„ Bon redukuje niemal do zera koszty poboru i identyfikacji składki zdrowotnej, sięgające dziś kilkudziesięciu milionów złotych ”

Powyższa typologia modeli systemów opieki zdrowotnej pozwala na syntetyczną analizę rozwiązań prawnych, funkcjonujących w Polsce.

Składka zdrowotna jest fikcją

Odpowiedź na pytanie dotyczące źródła pochodzenia środków finansowych jest pozornie łatwa. Teoretycznie źródłem finansowania systemu jest składka zdrowotna płacona przez ubezpieczonego. W praktyce sytuacja jest bardziej skomplikowana. O indywidualnym źródle pochodzenia środków można mówić jedynie w odniesieniu do poziomu składki przekraczającej 7,5 proc. Ta część środków rzeczywiście pochodzi z indywidualnych dochodów ubezpieczonych. Podstawowa część składki, tj. do poziomu 7,5 proc., mimo tego że jest płacona przez ubezpieczonego, równocześnie jest odliczana od naliczonego podatku dochodowego od osób fizycznych. W praktyce oznacza to, że albo podatek dochodowy od osób fizycznych jest niższy albo składka zdrowotna jest fikcją, bowiem stanowi część podatku dochodowego. Raczej należy się skłonić ku drugiej tezie, bowiem likwidacja składki ubez-

zdrowotnej, a tym bardziej poziomu składki niezależnej i rzeczywiście opłaconej. W sytuacji monopolu Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma to znaczenia, bowiem i tak wszystkie środki finansowe wpływają do jednego worka, choć formalnie nie wyodrębnionego funduszu. Cała ta niekończąca się *zabawa* identyfikacyjna kosztuje kilkadziesiąt milionów złotych rocznie, co odpowiada potencjalnym rocznym kosztom utrzymania w ruchu całego systemu informatycznego obejmującego wszystkie podmioty systemu opieki zdrowotnej.⁵

Odpowiedź związana z drugim kryterium jest znacznie prostsza. Redystrybucją środków finansowych wewnątrz systemu zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

Trzecim kryterium jest rodzaj redystrybucji środków finansowych. Ma on formalnie strukturę rynkową, realizowaną na podstawie umów cywilnoprawnych z niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną, publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Jednak zawierane kontrakty nie mają charakteru otwar-

tego, lecz są ograniczone zarówno wartościowo, jak i ilościowo, co w swej istocie przypomina finansowanie budżetowe (wyznaczenie poziomu dostępnych środków i zadań do realizacji).

Konkludując – polski system opieki zdrowotnej jest hybrydą rozwiązań charakterystycznych dla wszystkich trzech modeli. Głównym źródłem środków finansowych, mimo zawilóści prawnych i powszechnego używania pojęcia *zdrowotnej składki ubezpieczeniowej* jest budżet państwa, co jednak nie przesądza przypisania go do żadnego z modeli. Redystrybutorem środków finansowych jest państwowa agenda – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), co jest bardziej charakterystyczne dla modeli zaopatrzeniowego i budżetowego niż ubezpieczeniowego. Struktura kontraktowa ma co prawda formalnie charakter rynkowy, lecz wartościowe limitowanie kontraktów raczej przypomina model budżetowy lub zaopatrzeniowy niż ubezpieczeniowy.

Jak to robią inni?

Powyższa analiza pozwala na przeformułowanie pierwszego kryterium identyfikacji modelu. Postawmy pytanie: czy istotnym dla modelu ubezpieczeniowego jest fakt, kto jest ubezpieczającym, czyli opłacającym składkę ubezpieczenio-

wą na rzecz ubezpieczonego? By odpowiedzieć na powyższe pytanie, posłużmy się przykładami rozwiązań obowiązującymi w Europie i USA. I tak, w systemie niewątpliwie ubezpieczeniowym, jakim jest system niemiecki, składka płacona jest po 50 proc. przez pracownika i pracodawcę.

Oddzielenie ubezpieczonego od opłacającego składkę jeszcze bardziej widoczne jest w amerykańskim systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, gdzie najczęściej pracodawca w 100 proc. opłaca składkę ubezpieczeniową na rzecz pracownika. Podobnie rzecz się ma w przypadku systemów współfinansowanych z amerykańskiego budżetu centralnego lub stanowego. Dotyczy to m.in. programów ubezpieczeniowych *Medicare* i *Medicaid*, które jedynie w 25 proc. finansowane są ze składki płaconej przez ubezpieczonego. Pozostałe koszty funkcjonowania tych programów pokrywane są ze środków publicznych. Dowodzi to, że dla modelu ubezpieczeniowego nie jest istotne, kto płaci składkę ubezpieczeniową, choć istotnym jest sam fakt istnienia kategorii składki, będącej finansowym warunkiem uzyskania uprawnień ubezpieczonego.

Powyższe przykłady rodzą pytanie o sposób racjonalnego ekonomicznie poboru i redystrybucji środków finansowych na rzecz świadczeń zdrowotnych. W Europie ciekawym rozwiązaniem jest

Same plusy

- Konstrukcja *bonu zdrowotnego* jest prosta z legislacyjnego punktu widzenia. Regulowana jest tylko kilkoma artykułami, zamiast obecnie obowiązujących kilkudziesięciu.
- *Bon zdrowotny* jest prosty do zastosowania w praktyce. Eliminuje konieczność realizacji wątpliwych jakościowo procesów identyfikacji dotyczących identyfikacji personalnej: *kto i ile powinien zapłacić i czy rzeczywiście zapłaci?*
- *Bon zdrowotny* jest tani w zastosowaniu, bowiem redukuje niemal do zera koszty poboru i identyfikacji, obecnie wynoszące kilkadziesiąt milionów złotych.
- *Bon zdrowotny* eliminuje zagrożenie wystąpieniem konfliktów między towarzystwami ubezpieczenia zdrowotnego odnośnie roszczeń dotyczących należnych im środków finansowych, co obecnie jest konsekwencją braku możliwości identyfikacji personalnej składki ubezpieczeniowej.
- *Bon zdrowotny* eliminuje konieczność tworzenia skomplikowanych mechanizmów, mających na celu wyrównanie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego i zapewnienia zasady solidaryzmu społecznego.
- Zróżnicowanie rzeczywistej wartości *bonu zdrowotnego* wg kryterium wieku ubezpieczonych eliminuje, a co najmniej znacznie redukuje skłonność instytucji ubezpieczeniowych do negatywnej selekcji, przy równoczesnym zachowaniu zasad powszechności i solidaryzmu społecznego systemu.
- Ewolucyjność zmian systemowych, dzięki koncepcji pozytywnej zmiany instytucji ubezpieczeniowej, niweluje ryzyko pozostania w NFZ jedynie ludzi starych i chorych. Należy wręcz przypuszczać, szczególnie w pierwszym okresie funkcjonowania systemu, że do nowo tworzonych towarzystw ubezpieczenia zdrowotnego przepisywać będą się właśnie osoby stare i chore, a decyzji takich nie będą podejmować osoby młode i zdrowe.
- Koncepcja *bonu zdrowotnego* nie pozwala na ucieczkę polityków od podjęcia klarownej decyzji w sprawie sumy środków publicznych (procentu PKB), przeznaczanych na powszechny system opieki zdrowotnej. Obecnie jest możliwa manipulacja poziomem i podstawą indywidualnej składki zdrowotnej.
- Wartość bazową *bonu zdrowotnego* jest łatwiej prognozować niż sumę środków, będącą wynikiem wielu zmiennych, tak jak to dzieje się obecnie.



graf. (3x) Natalia Gościński

model belgijski. Tutaj składka zdrowotna zbierana jest centralnie do wyodrębnionego prawnie funduszu, z którego następnie redystrybuowana jest do kas chorych niezależnych od państwa na zasadach kapitacyjnych, przy czym bazowa stawka kapitacyjna ważona jest dwoma kryteriami: wiekiem ubezpieczonego i miejscem zamieszkania. Oba te kryteria związane są z wyrównywaniem ryzyka, przy zachowaniu zasad powszechności i solidaryzmu społecznego, uzależnionego od poziomu konsumpcji świadczeń zdrowotnych w zależności od wieku i regionalnych różnic epidemiologicznych. Przykład belgijski rozwiązuje problem redystrybucji środków finansowych w ramach systemu. Nadal pozostaje jeszcze problem źródła pochodzenia środków finansowych.

Aby rozwiązać problem źródła i sposobu finansowania systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, należy wziąć pod uwagę pojawienie się na rynku firm prywatnych, dostarczających dobra publiczne równoległe z państwem: nie tylko usługi medyczne, ale też np. edukacyjne. Powstaje nie tylko praktyczny, ale i teoretyczny problem: w jaki sposób finansować powszechnie uznane dobra publiczne, dostarczane w sposób prywatny?

Problemem tym zajęła się *nowa szkoła instytucjonalna*, a właściwie dwie teorie funkcjonujące w ramach tej szkoły: teoria wyboru publicznego⁶ i teoria praw własności.⁷ Pierwsza udowodniła, że uznanie danego dobra za dobro publiczne nie determinuje monopolu dostarczania go przez państwo jako monopolistę. Druga zaś stworzyła teoretyczne podstawy obrotu częściowymi prawami własności, co umożliwiło zachowanie publicznego charakteru dobra dostarczanego przez instytucje prywatne.

Bon bonowi nierówny

Jako pierwsza zrodziła się koncepcja tzw. bonu edukacyjnego. Jego konstrukcja jest bardzo prosta: każdemu obywatelowi posiadającemu dziecko w wieku szkolnym przysługuje uprawnienie (wirtualny *bon edukacyjny*) o określonej wartości, który może *przekazać* w drodze wyboru szkole publicznej lub prywatnej. W ten sposób następuje cesja uprawnienia sfinansowania ze środków publicznych kosztów nauki dziecka. W konsekwencji idea bonu edukacyjnego prowadzi nie tylko do prywatyzacji usług edukacyjnych, ale również do prywatyzacji zarządzania środkami publicznymi. To obywatel decyduje bowiem nie

tylko o tym, kto będzie dostarczycielem dobra publicznego, ale także kto *skonsumuje* środki budżetowe. Proces ten w wielu krajach, w tym w Polsce, miał charakter ewolucyjny, co związane było z próbą ochrony szkół publicznych. Oznaczało to, że w okresie przejściowym wybór szkoły prywatnej skutkował cesją np. jedynie 50 proc. kwoty przekazywanej szkołom publicznym.

Konstrukcja *bonu edukacyjnego* jest niezmiernie prosta w porównaniu do koncepcji *bonu zdrowotnego*. Wynika to głównie z następujących różnic między usługami edukacyjnymi i medycznymi:

- usługi edukacyjne są dobrem pożądanym, medyczne unikany;
- usługi edukacyjne są dobrem dotyczącym wybranej, ściśle określonej wiekiem populacji. Medyczne dotyczą wszystkich obywateli, przy czym nie jest możliwe określenie zarówno terminu konieczności ich konsumpcji, jak i prawdopodobieństwa co do skutków choroby, w tym poziomu kosztów leczenia;

ka, że ubezpieczającym wszystkich obywateli polskich zamieszkujących terytorium Polski jest państwo, płatnikiem zaś budżet państwa. Wyjaśnienie koncepcji *bonu zdrowotnego* wymaga omówienia dwóch faz: tworzenia (poboru) *bonu zdrowotnego* i redystrybucji *bonu zdrowotnego* między towarzystwa ubezpieczenia zdrowotnego.

Faza tworzenia (poboru) *bonu zdrowotnego* obejmuje:

- określenie sumarycznej kwoty środków publicznych przeznaczonych na sfinansowanie *bonu zdrowotnego* (powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych). W omawianej koncepcji model kwotę określono w procentach Produktu Krajowego Brutto.⁸
- oszacowanie wartości bazowej *bonu zdrowotnego* jest prostym obliczeniem arytmetycznym, bowiem jest ona ilorzem budżetowych środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

” Koncepcja *bonu zdrowotnego* jest skorelowana z kompleksową reformą całego systemu finansów publicznych ”

- przynajmniej teoretycznie koszty usług edukacyjnych są równe i realizowane na bieżąco w trakcie okresu edukacji. Koszty usług medycznych są nieprzewidywalne zarówno w odniesieniu do konsumenta, jak i ich indywidualnego poziomu;
- usługi edukacyjne finansowane są bezpośrednio przez osobę fizyczną. Usługi medyczne w ramach systemów ubezpieczeniowych, zapotrzeniowych i budżetowych finansowane są przez tzw. trzecią stronę, tj. państwo lub instytucje ubezpieczeniowe.

Schemat działania

Centrum im. Adama Smitha wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy w swym modelu *racjonalnego medycznie i ekonomicznie systemu opieki zdrowotnej* proponuje m.in. koncepcję *bonu zdrowotnego*, który eliminuje obecnie obowiązujący skomplikowany system poboru i redystrybucji składki ubezpieczeniowej. W projekcie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w towarzystwach ubezpieczenia zdrowotnego bonu zdrowotny zdefiniowano jako *uprawnienie przysługujące osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym do opłacenia przez budżet państwa należnej składki zdrowotnej*. Z powyższej definicji wyni-

go i liczby osób objętych systemem, *de facto* równej liczbie obywateli polskich zamieszkałych na terytorium Polski.

Faza redystrybucji *bonu zdrowotnego* między towarzystwa ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje:

- określenie wartości rzeczywistej bonu zdrowotnego, która jest iloczynem wartości bazowej bonu oraz współczynników różnicowanych w zależności od następujących grup wiekowych: do 18. roku życia; od 19. do 64. roku życia oraz powyżej 65. roku życia. Wartość powyższych współczynników określona zostaje w trybie negocjacyjnym między Ministrem Zdrowia, Krajowym Związkiem Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego i Samorządami Medycznymi. Merytoryczną przyczyną różnicowania wartości rzeczywistej *bonu zdrowotnego* jest fakt różnego poziomu konsumpcji świadczeń zdrowotnych w zależności od wieku ubezpieczonego, a tym samym niwelowania skłonności instytucji ubezpieczeniowych do tzw. negatywnej selekcji ubezpieczonych. Docelowo system powinien uwzględniać jeszcze jeden parametr różnicowania wartości bonu, a mianowicie regionalne różnice epidemiologiczne. Jednak wymaga to posiadania praw-

dziwych danych epidemiologicznych i dlatego konieczne jest uruchomienie wiarygodnego systemu sprawozdawczości medycznej;

- podział środków dostępnych w systemie między poszczególne towarzystwa ubezpieczenia zdrowotnego przy uwzględnieniu liczby ubezpieczonych i kryterium wiekowego. Ze względów bezpieczeństwa systemu, projekt ustawy przewiduje kontynuację funkcjonowania NFZ,⁹ w którym wszyscy obywatele polscy są objęci ubezpieczeniem w momencie uruchomienia nowego systemu. Zmiana instytucji ubezpieczeniowej następować będzie w drodze pozytywnej, tj. deklaracji zmiany towarzystwa ubezpieczenia zdrowotnego. Rozwiązuje to także problem identyfikacji personalnej w nowo powstałych towarzystwach ubezpieczenia zdrowotnego. Oczywiście, proces ten będzie miał charakter sukcesywny, uzależniony od indywidualnych decyzji ubezpieczonych.

Bon antymonopolowy

Ostatecznie, istotą *bonu zdrowotnego*, podobnie jak *bonu edukacyjnego* jest pozostawienie uprawnionemu (czytaj: każdemu z nas) prawa do swobodnego decydowania o tym, komu przekazana zostanie składka zdrowotna w zarządzanie. W przypadku utrzymania monopolu NFZ idea *bonu* straciłaby swój sens. W takim przypadku system opieki zdrowotnej stałby się modelem zapatrzeniowym, a nie ubezpieczeniowym.

Proponowane rozwiązanie posiada wiele zalet, eliminujących wady obecnie obowiązujących skomplikowanych przepisów, regulujących fazę poboru i redystrybucji zdrowotnej składki ubezpieczeniowej.

Warto podkreślić, że koncepcja *bonu zdrowotnego* jest skorelowana z kompleksową reformą całego systemu finansów publicznych, przygotowaną przez Centrum im. Adama Smitha, która przewiduje m.in. likwidację podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT). Bon zdrowotny jest istotnym, lecz nie jedynym elementem projektu *racjonalnego medycznie i ekonomicznie systemu opieki zdrowotnej*,¹⁰ który przewiduje rzeczywistą i kompleksową, a nie pozorowaną reformę polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Czy proponowana koncepcja *bonu zdrowotnego* ma szansę realizacji? Odpowiedź wydawałaby się prosta, gdyby nie fakt, że bardzo często rozwiązania proste i racjonalne ekonomicznie napotykały duży opór polityków. Kto dziś jednak pamięta, że to Centrum im. Adama Smitha ponad 10 lat temu było prekursorem propozycji liniowego podatku dochodowego? Wtedy prawie wszyscy pukali się w czoło i prześcigali się w absurdalnych argumentach, mających na celu udowodnienie, że

to, co jest proste, nie może być racjonalne. Eksper-
tom Centrum nie zależy na przypisywaniu sobie autorstwa tego czy innego racjonalnego rozwiązania. Niech inni przypinają sobie ordery. Nam niech pozostanie satysfakcja, że skutecznie, choć nie spektakularnie prowadzimy organiczną, pozytywistyczną pracę nad umysłami polityków.

Wojciech Misiński

Autor jest ekspertem Centrum im. A. Smitha

Przypisy

¹Pojęcie: instytucja ubezpieczeniowa obejmuje szereg różnych możliwych rozwiązań własnościowo-organizacyjnych. To nie tylko komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe, ale także m.in. towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, instytucje partarne, czy kasy chorych działające na podstawie specjalnych uregulowań prawnych.

²Pojęcie struktury kontraktowej obejmuje z jednej strony relację kontraktową między uczestnikami transakcji, z drugiej zaś strukturę zarządzania procesem transakcyjnym.

³O.E. Williamson wyróżnia trzy rodzaje rynkowych struktur kontraktowych: kontraktowanie klasyczne, neoklasyczne i relacyjne.

⁴Powyższa klasyfikacja nie jest zupełna, tj. nie obejmuje innych rodzajów modeli występujących poza Europą.

⁵Systemu informatycznego opłacanego za tzw. funkcje operatorskie, nie zaś, jak to się najczęściej robi w Polsce, jednorazowego zakupu sprzętu komputerowego i oprogramowania.

⁶Teoria wyboru publicznego dokonuje analizy m.in. sposobów dostarczania dóbr publicznych i społecznych. Powstała na gruncie amerykańskim na przełomie lat 40. i 50. XX w. Za prekursorów tego nurtu należy uznać D. Blacka i K.J. Arrowa. Obecnie za głównych przedstawicieli tego kierunku należy uznać J. Buchanan, G. Tullocka i M. Olsona. Teoria wyboru publicznego stara się zastosować metodologię standardowej analizy ekonomicznej do sfery badania zjawisk nierynkowych lub quasi-rynkowych. Obszarem badawczym jest co prawda polityka (w tym m.in. racjonalizacja decyzji politycznych dotyczących dostarczania dóbr publicznych) lecz metody analizy czerpie z ekonomii, teorii decyzji i teorii gier.

⁷Teoria praw własności będąca drugim z nurtów tzw. *nowej szkoły instytucjonalnej* dokonuje dekompozycji tradycyjnej, rzymskiej triady praw własności (prawa posiadania, rozporządzania i korzystania) na 16 cząstkowych praw własności, co pozwala na dokonywanie analiz porównawczych różnych struktur praw własności (klas własności) z punktu widzenia metodologicznej racjonalności ekonomicznej. Siłą teorii praw własności jest subtelność, z jaką za pomocą podstawowej cegiełki tej szkoły – pojęcia cząstkowego prawa własności – opisywać można rozmaite struktury praw własności, a właściwie wiązki uprawnień do decydowania o sposobach użytkowania rzadkich zasobów. Podstawowymi twierdzeniami (sformułowanymi przez laureata Nagrody Nobla, R. Coase'a) umożliwiającymi opis przyczyn i konsekwencji dla metodologicznej efektywności różnych struktur praw własności są następujące twierdzenia: *wartość zasobów jest dla aktorów zależna od praw własności do tych zasobów oraz koszty transakcyjne (czytaj koszty funkcjonowania dowolnego systemu) zależne są od struktury praw własności tj. stopnia ich kompletności i wyłączości.*

⁸Oczywiście, wysokość procentowa udziału w PKB ma charakter polityczny, ale politykom trudno będzie ukryć, jak to dzieje się obecnie, ile środków publicznych są gotowi przeznaczyć na opiekę zdrowotną.

⁹NFZ pełnić będzie także funkcję płatnika świadczeń zdrowotnych za osoby nie objęte ubezpieczeniem powszechnym, np. bezdomnych, których identyfikacja nie jest możliwa.

¹⁰Założenia i syntetyczny opis *Racjonalnego ekonomicznie i medycznie systemu opieki zdrowotnej* można znaleźć na stronach Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – www.ozzl.pl.