

Dodatkowe opłaty – za 200 mln zł nie można usprawnić systemu

# Ewangelia wg Religi

Mariusz Tarhoni, Barbara Sapiłko

Pod koniec sierpnia zeszłego roku Zbigniew Religa wraz z kierownictwem Ministerstwa Zdrowia przedstawił dekalog zmian, które miały się stać filarami reformy systemu. *De facto* wskazują one jedynie zasadnicze kierunki działań. W czwartym punkcie *ewangelii* przewidziano wprowadzenie dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych, czyli umożliwienie dostępu zainteresowanym do świadczeń zdrowotnych o podwyższonym standardzie, które nie zostaną ujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych. Tymczasem ostatnio pojawił się pomysł dopłat systemowych w wysokości od 7 do 10 zł *per capita* miesięcznie. Nie wiadomo, jak zrodziła się ta idea, wiadomo zaś, że uzyskane z drobnych opłat kwoty systemowi ochrony zdrowia niewiele pomogą.

Fot. Jason Horowitz/zefo/Corbis

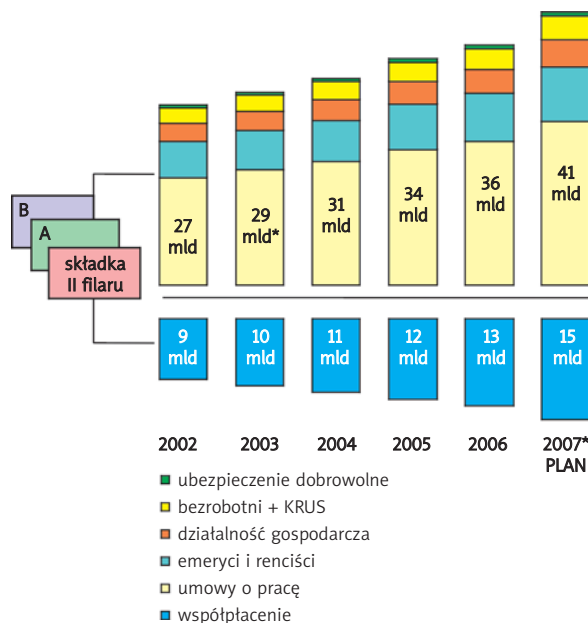
Przy założeniu, że ubezpieczy się dodatkowo ok. 2 mln Polaków, zyskamy od 170 do 250 mln zł. Jest to zdecydowanie za mało, by w sposób zdecydowany zwiększyć konkurencyjność szpitali i rozpocząć proces powiększania puli pieniędzy w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Takie koncepcje na pewno nie doprowadzą do znacznego zasilenia finansowego systemu ochrony zdrowia, a potrzeby będą wzrastać, bo już dzisiaj, po kilkunastu latach przemian, średnia przeżywalność Polaków wydłużyła się o 5 lat.

### Fundusze dodatkowe

Warto przy okazji zauważyć, że firmy abonamentowe, z których usług korzystają nie miliony, lecz setki tysięcy obywateli, dysponują znacznie większymi przychodami niż prognozowane 200 mln zł z obowiązkowych dopłat proponowanych przez ministra. Nasuwają się zatem następujące wnioski:

- w projekcie ministerialnym przyjęto za małą docelową grupę objętych systemem dopłat: 2 mln osób,
- 7–10 zł miesięcznie to 4-krotnie za mała wartość składki (na rys. 2. pokazano wyliczenie dla Hiszpanii. Biorąc pod uwagę proporcje miesięcznie, składka powinna wynosić minimum 40 zł; rocznie zaś ok. 500 zł, czyli 115 euro). Dopiero podwyższenie kwoty dawałoby szansę na rozwój produktu i tylko wtedy miałby on zdecydowany wpływ na graczy rynku ochrony zdrowia.

Problemem jest to, że składka w wysokości 40 zł jest zbliżona do ubezpieczenia dodatkowego. Tym-



\* do końca marca 2003 r. kasa chorych, od 1 kwietnia 2003 r. NFZ

**Rys. 1.** Dynamika wzrostu funduszy płatnika publicznego (kas chorych, a od 1 kwietnia 2003 r. NFZ)

Wraz z powiększaniem się w ochronie zdrowia przychodów z opłat nieformalnych, będących poważnym zasobem funduszy na ewentualne ubezpieczenia dodatkowe (DUZ), nie powstają oparte na nich warianty i modele ubezpieczeń zdrowotnych lub dopłat. Z zasobów można pozyskać pieniądze na ewentualną składkę II filaru lub DUZ w innej formie (A) oraz pozyskanie klientów skłonnych optać świadczenia, np. quasi-ubezpieczeniowe (abonamenty itp.) (B).

Materiały źródłowe: opracowanie własne

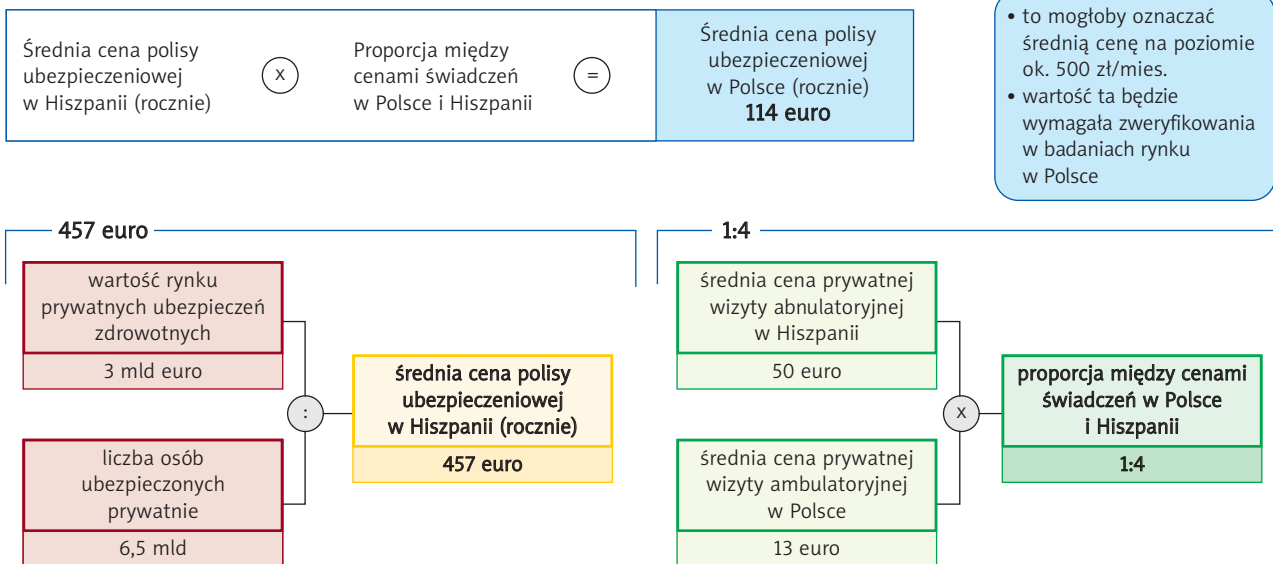
„ Drugi filar ubezpieczeń zdrowotnych powinien dysponować budżetem nie mniejszym niż 1,4 mld zł rocznie, tymczasem z opłat wynoszących od 7 do 10 zł można uzyskać rocznie ok. 200 mln. To nie wystarczy na pokrycie popytu oraz konstrukcję wydajnego, rozwojowego systemu ”

czasem temat ubezpieczeń dodatkowych nie jest nowy. W ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym proponowano jako termin wprowadzenia prywatnych kas chorych styczeń 2002 r. Jednak pomysł nigdy nie doczekał się realizacji, ponieważ obligowanie obywateli do ponoszenia dodatkowych opłat zawsze napotykało opór polityczny. W samym kierownictwie resortu zdrowia widać wyraźną polaryzację poglądów zarówno jeśli chodzi o system wolnorynkowy, ubezpieczeniowy, jak i poglądy budżetowe, czyli centralne rozdawnictwo funduszy wg przyznanych budżetów.

### Jakie finansowanie dodatkowe?

System opieki zdrowotnej można dofinansować, tworząc odpowiednie warunki do dopłat, m.in. poprzez stworzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz dopłat do wizyt u lekarzy poz i specjalistów (stosowanych powszechnie, z niewielką liczbą uprawnionych do zwolnienia z nich).

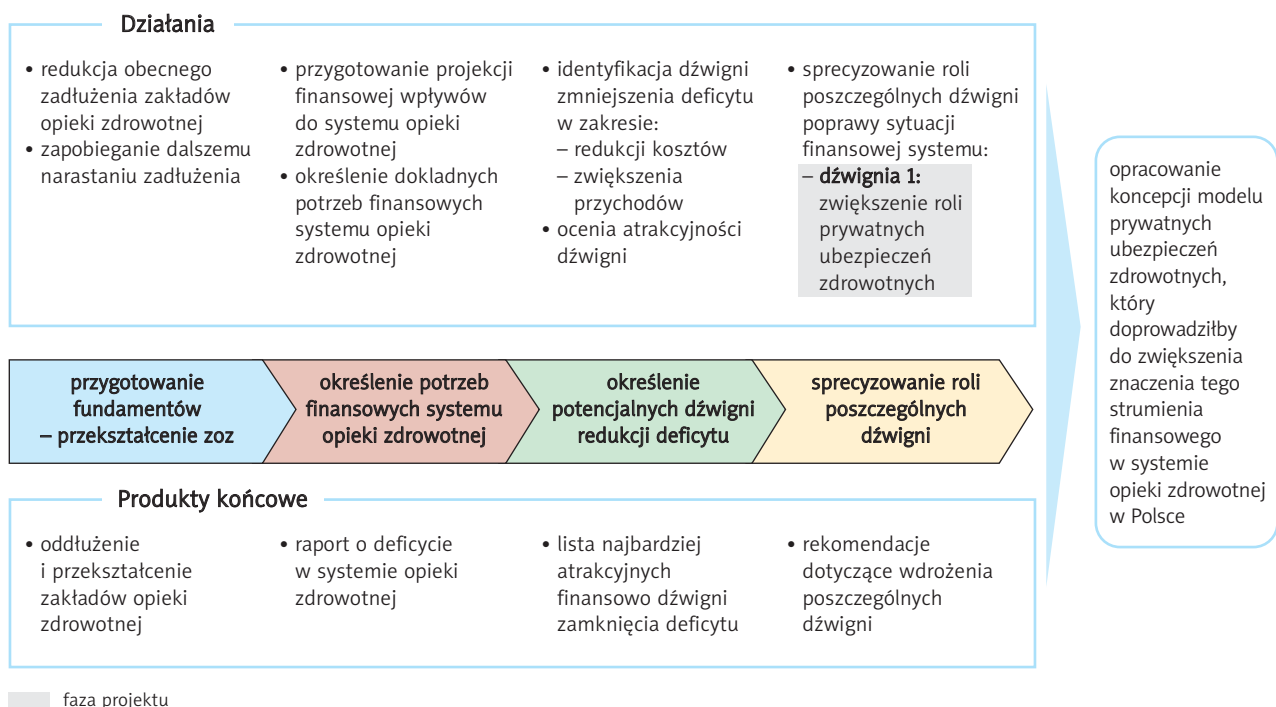
Na rys. 1. widać dynamikę wzrostu przychodów kas chorych i NFZ. Można przyjąć, że w podobny sposób zwiększają się kwoty wpływające do systemu ochrony zdrowia poza NFZ. Drugi filar ubezpieczeń, w ocenie autorów (MGPiPS oraz McKinsey & Compa-



Rys. 2. Estymacja ceny polisy ubezpieczeniowej – porównanie systemu ubezpieczeń dodatkowych w Hiszpanii z modelem takich ubezpieczeń w Polsce  
Materiały źródłowe: Analiza zespołu MGPIPS oraz McKinsey (16 grudnia 2003 r.)

ny Poland sp. z o.o.) powinien dysponować budżetem nie mniejszym niż 1,4 mld zł rocznie, tj, 4,8 proc. ówczesnego budżetu płatnika publicznego (raport dotyczący zwiększenia roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu opieki zdrowotnej był przygotowany pod koniec grudnia 2003 r.). Kwoty oszacowano dość ostrożnie, ponieważ w innych opracowaniach na ten temat przyjmowano w pierwszym roku działania takiego systemu sumę 2 mld zł z tendencją

rosnącą w kolejnych latach. Docelowo fundusz miałby kumulować 4–6 mld zł rocznie. W roku 2007 w rozwiązaniu opracowanym przez MGPIPS i McKinseya udało się zgromadzić już 1,9 mld zł. Tymczasem z projektu ministerialnego (opłaty w wysokości 7–10 zł) moglibyśmy – jak wspomniano – uzyskać rocznie 200 mln zł. To nie wystarczy na znaczące zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce i prawdopodobnie pieniądze te nie zostałyby w ogóle



Rys. 3. Schemat działań niezbędnych do stworzenia warunków przyjaznych powstaniu systemu doubezpieczeń. Założenia opierają się na potrzebie inwentaryzacji stanu istniejącego i przybliżonych trendach rozwoju systemu płatniczego

Materiały źródłowe: Analiza Zespołu McKinseya – 16 grudnia 2003 r.





„ Należy rozważyć wprowadzenie opłat za wizyty u lekarzy rodzinnych lub w ramach specjalistyki ambulatoryjnej. Takie opłaty mogłyby wynosić np. od 1 do 5 zł za wizytę ”

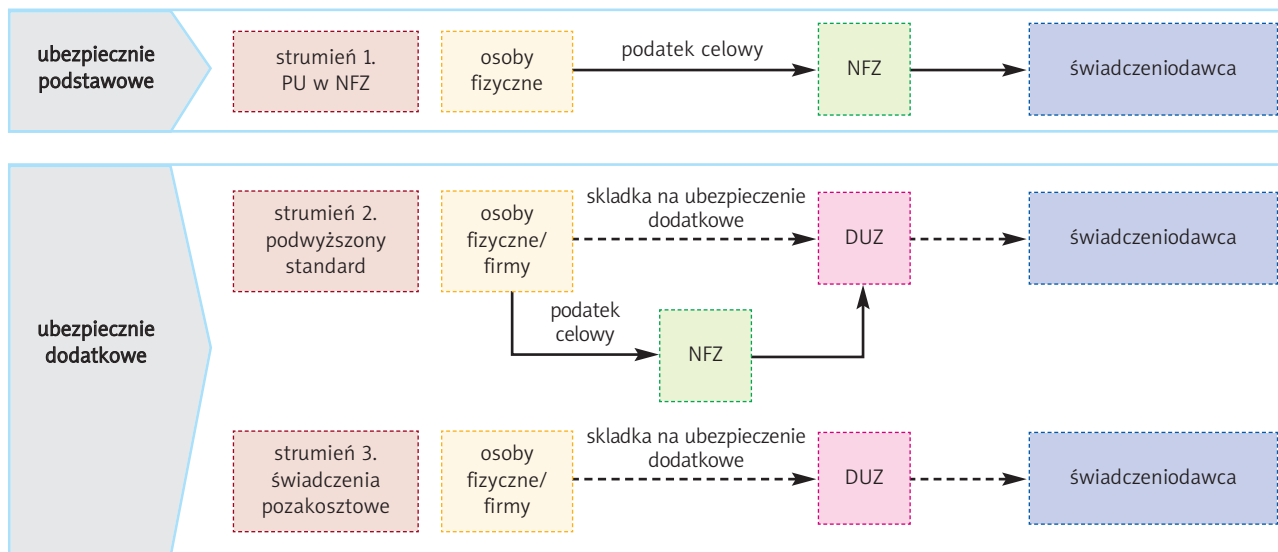
zauważone. Oznacza to, że uzyskane fundusze nie wystarczą na pokrycie popytu i konstrukcję wydajnego, rozwojowego systemu. To, że przyjęte kwoty są znacząco za małe, można uzasadnić, analizując i porównując ceny świadczeń np. w Hiszpanii i Polsce (rys. 2.).

### Opinia publiczna

Z wyliczeń wynika, że każdy ubezpieczony w Polsce powinien płacić roczną składkę ubezpieczenia dodatkowego w wysokości 115 euro (ok. 500 zł), czyli ponad cztery razy więcej niż założono w ministerialnym projekcie dopłat, przyjmując, że ubezpieczy się ponad 5 mln osób. Badania opinii publicznej dotyczące problematyki współpłacenia za świadczenia zdrowotne (przeprowadzone np. Pentor i PBS Sopot na zlecenie

OZZL w 2004 i 2005 r.) pokazują, że zwolennikami mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia jest ponad 64 proc. ankietowanych, a ponad 51 proc. zgadza się na dopłatę, pod warunkiem, że przyniesie ona radykalną poprawę w służbie zdrowia. Większość badanych akceptuje mechanizmy rynkowe i wybrałaby raczej prywatne placówki. Dowodzi to, że w Polsce istnieje zapotrzebowanie na poprawę standardów i jakości w ochronie zdrowia za cenę dopłat, ale w taki sposób, by efekty były widoczne w krótkim czasie lub natychmiast.

Można więc przyjąć, że ludzie akceptują dopłaty, ale takie, które nie będą miały charakteru przewlekłego i odległego w czasie. Innym problemem jest brak akceptacji politycznej dla dopłat, które kłócą się z *nadbudową państwa solidarnego* i mogą się przełożyć na spadek poparcia w sondażach wyborczych partii rządzących.



Rys. 4. Schemat struktury przepływu pieniędzy w proponowanym systemie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego DUZ. Strumień 3. obejmowałby najdroższe pakiety ubezpieczeń

Materiały źródłowe: Analiza zespołu MGPIPS oraz McKinsey – 16 grudnia 2003 r.

## KORZYŚCI FINANSOWE DLA BUDŻETU PAŃSTWA ORAZ WŁAŚCICIELI (mld zł)

Założenia	
• liczba ubezpieczonych:	5 mln
• składka:	40 zł/mies.
• potencjał rynku:	2,4 mld zł/rok
• zysk ubezpieczyciela:	10%

Korzyści*			Koszty		
Obszar	Opis	Szacowana kwota	Obszar	Opis	Szacowana kwota
• oszczędności z tytułu nie w pełni opłaconych świadczeń	• 30% kosztów opieki szpitalnej	0,6	• uruchomienie systemu	• marginalne koszty	0,0
	• 30% kosztów opieki ambulatoryjnej	0,3			
• podatki z tytułu dodatkowych dochodów	• 30% podatek (60% koszty osobowe szpitali)	0,4	• zachęty podatkowe	• 19% z całkowitej kwoty składek	-0,5
• dodatkowe wpływy do świadczeniodawców publicznych	• 90% do szpitali, 50% do przychodni	0,6			
<b>suma</b>		<b>+1,9</b>			<b>-0,5</b>

## SZACUNKOWO

wprowadzenie proponowanego modelu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może przynieść korzyści finansowe dla systemu finansów publicznych rządu 1,4 mld zł, z czego 0,6 mld zł trafi jako dodatkowy strumień finansowy do świadczeniodawców publicznych

korzyści finansowe dla systemu finansów publicznych mogą sięgnąć 1,4 mld zł rocznie

\* korzyści na tym poziomie pojawiają się po 3–5 lat od uruchomienia systemu

**Rys. 5.** Korzyści finansowe dla budżetu państwa i właścicieli przy założeniu, że ubezpieczy się 5 mln osób, które będą płacić składkę w wysokości co najmniej 40 zł

Materiały źródłowe: Analiza Zespołu MGPIPS oraz McKinsey – 16 grudnia 2003 r.

„ Każdy ubezpieczony Polak powinien płacić roczną składkę ubezpieczenia dodatkowego w wysokości 115 euro (ok. 500 zł), czyli ponad cztery razy więcej niż zaproponowano w ministerialnym projekcie dopłat ”

## Wczoraj i dziś

Mimo wszelkich problemów, należy porównać propozycje dotyczące budowy systemu ubezpieczeń dodatkowych wysuwane w przeszłości z obecnymi. W czasie, kiedy już wiadomo było, że z różnych względów związanych z ryzykiem nieuchronnego wybierania z systemu publicznego samych *rodzynków* przez prywatne instytucje ubezpieczeniowe, a okrojona ustawa PUZ przeszła do historii, należało przyjąć wytyczne do planowego i opartego na rozwiązaniach systemowych wprowadzenia dopłat, czyli poprawy finansów w systemie ochrony zdrowia (patrz ramka: *Dekalog zdrowia*).

Spróbujmy przeanalizować, jakie założenia dotyczące systemu ubezpieczeń dodatkowych przyjęto wcześniej i jak wygląda ich realizacja. Opuszczamy

przy tym to, co proponowała ustawa PUZ w zapisach o prywatnych kasach chorych (punkt 4a ustawy PUZ) i zostaliśmy przy ocenie tego problemu sformułowanej przez MGPIPS oraz McKinsey pod koniec 2003 r.

Model, który powstał w wyniku prowadzonych pod koniec 2003 r. prac analitycznych (rys. 3.), pokazuje wybrane przez autorów rozwiązanie (lub rozwiązania), których wdrożenie jest uzasadnione ekonomicznie, które są możliwe legislacyjnie i mogą być rekomendowane przez ugrupowanie rządzące w ramach programu politycznego dotyczącego ochrony zdrowia. Wbrew pozorom, charakter zawartych w programie tez i idei ma znaczenie w realizacji programu politycznego.

Na rys. 4. przedstawiono przepływy pieniędzy w proponowanym modelu ubezpieczeń dodatkowych.





## Dekalog zdrowia

Program naprawy zaproponowany przez Zbigniewa Religę (jego realizacja to zamierzenie ambitne i zarazem na granicy wykonalności):

1. Dokończenie budowy systemu ratownictwa medycznego.
2. Utworzenie sieci szpitali.
3. Ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych.
4. Dobrowolne ubezpieczenie dodatkowe.
5. Budowa nowego ustroju ochrony zdrowia.
6. Utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia.
7. Usprawnienie systemu ubezpieczenia zdrowotnego.
8. Finansowania kosztów leczenia poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnym z obowiązkowych ubezpieczeń OC.
9. Ubezpieczenia pielęgnacyjne.
10. Włączenie funduszu chorobowego do systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Fot. Volker Moehle/rafo/Corbis

Strumień 1. to ubezpieczenie powszechne w NFZ, strumień 2. i 3. przeznaczony jest dla osób, które wykupiły polisy w instytucjach sprzedających DUZ; w zależności od ryzyk sprzedawane będą różne pakiety ubezpieczeniowe.

Teoretycy i politycy zajmujący się problemami DUZ od początku lat 90. mieli obawy dotyczące takiego modelu dodatkowych ubezpieczeń ze względu na pokusę ubezpieczycieli do wybierania najlepszych i najbardziej opłacalnych procedur. Dzisiaj jednak wydaje się to bezpodstawne.

Osobiście przekonuje nas kalkulacja, przeprowadzona przez zespół MGPIPS oraz McKinseya, którą przedstawiono na rys. 5. Zakłada ona korzyści dla właścicieli i budżetu państwa po 3–5 latach od wprowadzenia, kiedy do projektu przystąpiłoby więcej niż 5 mln ubezpieczonych. Koncepcja powstała po przyjęciu najpewniejszych rozwiązań z wielu tego typu projektów; jeżeli przyjmie się niższe kwoty składek, niemożliwe będzie zrealizowanie zakładanych celów.

W innych projektach zakładano wiele rozwiązań, dotyczących możliwości legalnego odpisu części składki dla osób o wysokich dochodach z systemu NFZ do innych instytucji ubezpieczeniowych i dla osób, które uzyskują przychody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej lub innej.

## Spółeczna aberracja

Model dodatkowych, uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych (dostępny dla wszystkich, a zarazem

poszerzający zakres świadczeń zdrowotnych systemu powszechnego), wprowadzony ustawowo i zaakceptowany społecznie, powinien objąć docelowo od 5 do 6,5 mln osób. Byłyby one ubezpieczone w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli NFZ. Obecnie istniejące dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne proponowane przez firmy ubezpieczeniowe i przez instytucje jednocześnie świadczące usługi zdrowotne (tzw. abonamenty); ze względu na skalę tych działań są jedynie namiastką prawdziwych ubezpieczeń dodatkowych. Taka sytuacja wynika z braku odpowiednich rozwiązań prawnych, a przede wszystkim z braku odwagi polityków do akceptacji rozwiązań istniejących w wielu krajach.

Przy proponowanej kwocie (200 mln zł z 7–10-złotowej opłaty) zapewnienie wyższego standardu świadczeń nie jest możliwe bez dotacji np. z budżetu państwa. Dotacje takie mogą polegać na wprowadzeniu dla chętnych swoistych ulg podatkowych (zmniejszenie wpływu do budżetu, teza: nie płacę podatku – dopłacam do lepszej jakości usług medycznych w poz, specjalistyczne ambulatoryjne czy hotelowych w opiece zamkniętej). Niestety, w tak małej skali może to spowodować spory bałagan, nie mówiąc o aspektach organizacyjnych. Efektywny ekonomicznie model ubezpieczeń dodatkowych musi być oparty na budżecie nie niższym niż 1,9 mld zł. Realizacja takiego przedsięwzięcia powinna być poprzedzona dobrze przygotowaną i trwającą więcej niż pół roku akcją promocyjną w mediach. Należy też uzyskać poparcie całego rządu i jego zaplecza partyjnego. Dzisiaj

są to warunki trudne do spełnienia, a biorąc pod uwagę ministerialne propozycje, ubezpieczenia dodatkowe chyba się od nas oddalają. Na rynku pozostają inne produkty rynku ochrony zdrowia – niestety, w ograniczonej skali i dla nielicznych (paradoks polega na tym, że osoby, które decydują się na ubezpieczenia dodatkowe, muszą i tak płacić pełne składki na ubezpieczenie w NFZ).

formacji w raportowaniu kapitałowo rozliczanego poz, ewidencjonowanie opłat dodatkowych będzie trudne. System informatyczny płatnika i świadczeniodawców nie jest do tego przygotowany.

Innym problemem są tzw. opłaty hotelowe. Mogłyby one uzdrowić dobrze zarządzane placówki i poprawić ich kondycję finansową (problemem będzie opór społeczny

” Model dodatkowych uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzony ustawowo i zaakceptowany społecznie powinien objąć od 5 do 6,5 mln osób ”

### Dekalog niemożności

Z powyższych rozważań wynika, że nie da się wprowadzić 4. punktu zapisów *dekalogu* Ministerstwa Zdrowia. Można zatem rozważyć opłaty za wizyty u lekarzy rodzinnych lub w zakresie specjalistki ambulatoryjnej. Mogłyby one wynosić od 1 zł do 5 zł za wizytę. Pomijam efekt niezadowolenia społecznego i determinację resortu do argumentowania ubezpieczonym takiego rozwiązania. Ma jednak ono dobrą stronę: pacjent, wnosząc formalną opłatę, płaci z puli przeznaczonej na *szarą strefę* i będzie mógł wymagać wyższych standardów obsługi przez lekarza. Problem zahacza jednak o 6. i 7. punkt *dekalogu*. Wprowadzenie tak szerokiego systemu dopłat wymagać będzie sprawnego systemu informatycznego u świadczeniodawców, a także w centrali i w oddziałach NFZ. Mając na uwadze problemy ze sprawozdawczością przy poszerzeniu np. in-

i polityczny). Takie opłaty wniosłyby do systemu od 200 do 250 mln zł. Warto zatem się zastanowić nad wprowadzeniem równocześnie obu form opłat.

Na rys. 1. łatwo zauważyć, że od 2002 r. teoretycznie finansowanie ochrony zdrowia przez płatnika publicznego wzrosło o 14 mld zł (z 27 mld zł w 2002 r. do ponad 41 mld zł w 2007 r.). Wzrost ten nie spowodował jednak żadnej zauważalnej różnicy w jakości, ilości, dostępności do świadczeń dla przeciętnego ubezpieczonego. Co może zatem zdziałać 200 czy nawet 400 mln zł?

*Mariusz Tarhoni jest ekspertem współpracującym z Zakładem Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie*

*Barbara Sapitko jest specjalistką MTM – Consulting w Szczecinie*