

Konkurencja płatników – cudowne lekarstwo czy fetysz?

Nie wylewać dziecka z kąpielą



Czym powinny konkurować ze sobą niezależne towarzystwa ubezpieczeniowe? Jak ukształtować model tej konkurencji w taki sposób, aby nie tylko dawała ubezpieczonym chwilową satysfakcję z możliwości zmiany ubezpieczyciela, ale również wpływała na podniesienie jakości opieki zdrowotnej?

Ostatnio można zauważyć ponowny przyływ entuzjazmu dla pomysłu demonopolizacji płatnika w systemie ubezpieczeń zdrowotnych, która ma być niezbędnym warunkiem wszelkich pozytywnych zmian w opiece zdrowotnej. Hojnie szermuje się przy tym hasłem konkurencji między nowymi podmiotami, które zastąpiłyby Narodowy Fundusz Zdrowia. Zdaniem niektórych optymistów, niemal automatycznie zmniejszy to kolejki w szpitalach i zapewni finansowanie nadwykonań (ich obecne niefinansowanie jest oczywiście wyłącznie przejawem sknerstwa i złośliwości płatnika monopolisty). Niestety, to dogmatyczne zaklinanie konkurencji niekoniecznie idzie w parze z rzetelną próbą odpowiedzi na zasadnicze pytanie: czym i jak powinny konkurować ze sobą niezależne towarzystwa ubezpieczeniowe?

Przykłady europejskie

Entuzjaści podziału NFZ chętnie powołują się na przykłady europejskich systemów ubezpieczeniowych, w których istotnie dominuje model wielu płatników. Warto jednak uświadomić sobie, że te zdecentralizowane systemy nie powstały z reguły wskutek podziału centralnej instytucji ubezpieczeniowej, lecz mają źródło w naturalnym historycznym rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych. Wielość płatników nie oznacza ponadto konieczności istnienia rzeczywistej konkurencji pomiędzy nimi, w każdym razie takiej, jakiej należałoby oczekiwać, tj. konkurencji jakością opieki zdrowotnej, a nie co najwyżej wysokością składki. Na przykład w RFN, czyli największym europejskim kraju mającym zdecentralizowany model ubezpieczenia zdrowotnego, panuje dość rozpowszechniona opinia, że konkurencja między kasami chorych ma charakter iluzoryczny i polega głównie, jeśli nie wyłącznie, na (stosunkowo niewielkim) zróżnicowaniu wysokości składki. Krytycy niemieckiego systemu opieki zdrowotnej od dawna zwracają uwagę, że ogromne koszty administracyjne związane z utrzymaniem dużej liczby kas chorych, w imię zachowania swobody wyboru ubezpieczyciela, nie są rekompensowane przez wzrost jakości gwarantowanej przez kasy opieki.

W Holandii

Ulubionym przykładem zwolenników podziału NFZ na „konkurujące” instytucje ubezpieczeniowe jest system holenderski. Wysoki stopień zadowolenia Holendrów z jakości opieki zdrowotnej przypisują oni oczywiście funkcjonowaniu w tym kraju od roku 2006 modelu, w którym składkami na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zarządzają komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe.

Nie negując niewątpliwych zalet systemu holenderskiego, należy poczynić kilka uwag. Przeprowadzona ostatnio reforma systemu opieki zdrowotnej w tym kraju nie miała oczywiście charakteru decentralizacji

„ Istnienie wielu płatników nie przełoży się automatycznie na powstanie rzeczywistej konkurencji między nimi ”

i demonopolizacji modelu jednego płatnika, lecz polegała na połączeniu dwóch modeli zdecentralizowanych – systemów komercyjnych ubezpieczeń prywatnych i publicznych kas chorych. Dlatego nie wydaje się, aby doświadczenia holenderskie mogły być dobrym punktem odniesienia dla polskich działań reformatorskich, z uwagi na zupełnie inną sytuację wyjściową.

Uznaje się dość powszechnie, że poziom opieki zdrowotnej w Holandii należy do najwyższych na świecie. Nie ma jednak pewności, czy efektywność tego systemu i wysoki stopień zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności można w istotnej mierze przypisać właśnie wprowadzeniu powszechnej konkurencji

„ Chciałbym, aby entuzjaści konkurencji płatników zdobyli się na pogłębioną refleksję ”

ubezpieczycieli komercyjnych. Po pierwsze, już przed reformą 2006 r. poziom zadowolenia z opieki zdrowotnej w Holandii należał do najwyższych w Europie. Po drugie, nawet pewien zaobserwowany wzrost zadowolenia pacjentów z funkcjonowania systemu w ostatnich latach może wynikać nie tyle z efektów konkurencji między płatnikami, ile np. z faktu, że reforma ta obok wymiaru prorynkowego miała również podwójny wymiar solidarystyczny. Z jednej strony osoby o dochodach powyżej pewnego progu (które poprzednio znajdowały się poza systemem powszechnego ubezpieczenia) zyskały znacznie tańszy dostęp do ubezpieczenia zdrowotnego, z drugiej zaś nastąpił dopływ funduszy do systemu powszechnego dzięki objęciu nim dodatkowo 30 proc. najzamożniejszych obywateli.

Teoria i praktyka

Problematyczna jest także kwestia konkurencji między holenderskimi towarzystwami ubezpieczeniowymi. W teorii miały konkurować jakością opieki

zdrowotnej poprzez selektywne kontraktowanie z najlepszymi świadczeniodawcami. Tymczasem, jak można wyczytać w ostatnim numerze wydawanego pod auspicjami WHO periodyku „Euro Observer”, selektywne kontraktowanie świadczeń nie znalazło szerokiego zastosowania, m.in. wobec braku rzetelnych i kompleksowych danych na temat jakości opieki świadczonej przez poszczególne placówki medyczne, na których mogliby się oprzeć ubezpieczyciele. Co za tym idzie, również w zachwalanym modelu holenderskim płatnicy konkurują głównie wysokością składki



„ W RFN, czyli największym europejskim kraju mającym zdecentralizowany model ubezpieczenia zdrowotnego, panuje dość rozpowszechniona opinia, że konkurencja między kasami chorych ma charakter iluzoryczny ”

oraz oferowaniem zróżnicowanych produktów ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczenia dodatkowego, a nie jakością opieki zdrowotnej.

Przykład słowacki

Jedynie nasi południowi sąsiedzi stworzyli system oparty na funkcjonowaniu kilku płatników komercyjnych, zastępując nim model monopolistyczny. Z tego względu niedawna reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Słowacji zasługuje z polskiej perspektywy na znacznie większą uwagę niż holenderska. Na razie efekty przemodelowania systemu nie skłaniają raczej do euforii. W raporcie „Euro Health Consumer Index 2009” stwierdzono, że ocena jakości opieki zdrowotnej w Słowacji obniżyła się o 6 pozycji w porównaniu z rokiem 2008.

Nie należy też ignorować faktu, że istnieją przykłady udanych reform zmierzających w odwrotnym kierunku, tj. polegających na likwidacji wielu instytucji ubezpieczeniowych na rzecz jednego płatnika publicznego. Tego rodzaju zmiana systemowa została przeprowadzona w 2000 r. w Korei Południowej, a więc w państwie porównywalnym z Polską pod względem liczby ludności. Doświadczenia tego kraju zasługują na uwagę w kontekście debaty na temat roli konkurencji i mechanizmów rynkowych w sferze opieki zdrowotnej, ponieważ monopolistyczny publiczny płatnik współistnieje tam z niemal w całości prywatnym sektorem świadczeniodawców.

Pozycja płatnika

Na marginesie warto zwrócić uwagę na cele, jakie stawiali sobie reformatorzy. Otóż jednym z ważkich argumentów na rzecz powołania jednej silnej instytucji ubezpieczeniowej było wzmocnienie pozycji negocjacyjnej płatnika wobec podmiotów składających się na rynek świadczeniodawców, co miało zapobiec nadmiernemu wzrostowi kosztów świadczeń. Tymczasem jednym z argumentów często przywoływanych w naszej rodzimej debacie na temat likwidacji NFZ jest potrzeba stworzenia świadczeniodawcom możliwości negocjowania kontraktów z wieloma podmiotami finansującymi opiekę zdrowotną, a więc w istocie osłabienie pozycji przetargowej płatnika.

Powyższe uwagi nie mają oczywiście na celu zdezauduowania idei oparcia systemu opieki zdrowotnej na podwójnej konkurencji: zarówno na poziomie świadczeniodawców, jak i instytucji ubezpieczeniowych. Chodzi jedynie o to, aby w dyskusji nad przyszłym optymalnym kształtem polskiego modelu ubezpieczenia zdrowotnego entuzjaści konkurencji płatników zdobyli się na pogłębioną refleksję nad tym zagadnieniem, przez pryzmat właściwie postawionych celów i z odwołaniem do adekwatnie dobieranych przykładów funkcjonowania takiej konkurencji w praktyce.

Rafał Bułanowski