

## Budżetowe finansowanie ochrony zdrowia i rynkowa alokacja funduszy



Fox, Simone Galab/Corbis

# Bon zdrowotny

Wszyscy czekają, co zrobi rząd PiS w ochronie zdrowia. Czy będzie powrót do PRL? Prawo i Sprawiedliwość zapowiada bowiem przywrócenie budżetowego finansowania opieki zdrowotnej i wprowadzenie sieci szpitali, które nie będą działać dla zysku. To może oznaczać, że będą miały przyznawane budżety, tak jak przed 1999 r. Czy tak się musi stać? Chciałbym przypomnieć pomysł na wprowadzenie tzw. bonu zdrowotnego.

Moim zdaniem, wśród lekarzy i ekspertów związanych z PiS mało jest takich, którzy opowiadaliby się za powrotem systemu PRL-owskiego. Ale nie oznacza to, że taki powrót jest niemożliwy. Eksperti nie odważą się bowiem – jak sądzę – podjąć dyskusji na ten temat, jeżeli kierownictwo partii na to nie zezwoli. Taki jest skutek ordynacji wyborczej, która uzależnia możliwość startu w wyborach do Sejmu od wpisania danej osoby na listę partyjną.

### Propozycja

Jeżeli jednak doszłoby do takiej dyskusji, chciałbym przypomnieć pomysł tzw. bonu zdrowotnego, który łączy budżetowe finansowanie ochrony zdrowia z rynkową alokacją funduszy. Pomysł taki pojawiał się zapewne w różnych gremiach. Ten został wypracowany w czasie „Konferencji ekspertów”, która odbyła się z inicjatywy OZZL w roku 2003 w Bydgoszczy-Mysłęcinku. Uczestniczyli w niej m.in. ekspert Centrum im. Adama Smitha Krzysztof Dzierżawski (nieżyjący), były szef Śląskiej Kasy Chorych Andrzej Sośnierz, dr ekonomii Wojciech Misiński (obecny ekspert CAS), Krzysztof Motyl – z ówczesnego Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ, Konstanty Radziwiłł – ówczesny prezes NRL. Nie wiem, czy dzisiaj wszyscy oni poparliby ten projekt, chociaż niektórzy z nich (np. dr Sośnierz) wielokrotnie do niego nawiązywali.

### Koncepcja bonu

Bon zdrowotny oznacza składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne płaconą za każdego obywatela przez budżet państwa. Powodów tego pomysłu jest wiele. Wprowadzona w 1999 r. składka nigdy nie stała się prawdziwą składką ubezpieczeniową. Nie tylko nie uwzględnia ona ryzyka zdrowotnego, jak w ubezpieczeniach komercyjnych, lecz także nie jest proporcjonalna do dochodów ani powszechna, jak to powinno być w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (PUZ). Nie odważono się również na wprowadzenie zasady, że kto nie płaci składki, ten płaci bezpośrednio za leczenie. Dodatkowo składka jest niesprawiedliwa: część obywateli jest zwolniona z jej płacenia, część płaci składkę ryczałtową, a tylko część proporcjonalną do dochodów. Za wszystkich, którzy nie płacą, składkę płaci państwo albo płaci ono bezpośrednio za ich leczenie. Wynika to z faktu, że prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych przysługuje w Polsce „obywatelom”, a nie „ubezpieczonym”. Tak czy inaczej pieniądze przeznaczone na PUZ to pieniądze podatkowe. Po co zatem tak skomplikowana konstrukcja składki jak dotychczas, skoro można ją zastąpić składką płaconą przez budżet?

Bon będzie taki sam dla każdego – jeśli chodzi o jego podstawę. Uwzględni się jednak odpowiednie wskaźniki zmieniające jego wartość w zależności od przedziału wiekowego, w jakim znajdzie się dany obywatel. Wiąże

„Bon zdrowotny oznacza składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne płaconą za każdego obywatela przez budżet państwa”

się to z faktem, że wydatki na opiekę zdrowotną dla osób w różnym wieku są bardzo zróżnicowane.

Budżetowe finansowanie za pośrednictwem bonu tym różni się od klasycznego finansowania budżetowego, jakie proponuje PiS, że finansowana jest osoba i jej potrzeby, a nie określony obszar geograficzny. Dana osoba jest „nośnikiem” pieniędzy i może je przekazać do wybranego przez siebie płatnika. Możliwe jest zatem wprowadzenie konkurencji między płatnikami, dysponentami funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia. W klasycznym finansowaniu budżetowym taka konkurencja nie jest możliwa.

### Konkurencja

Konstrukcja bonu umożliwia uporanie się z podstawowym problemem, jaki pojawiał się przy próbie wprowadzenia konkurencji między płatnikami w ramach PUZ, to jest z wyrównaniem ryzyka chorobowego osób, które wybierały poszczególnych płatników. Gdyby tego wyrównania nie było, dochodziłoby do tzw. spijania śmietanki, czyli wybierania przez poszczególnych płatników osób zdrowych i bogatych oraz pomijania biednych i chorych. W koncepcji bonu nie ma biednych ani bogatych ubezpieczonych, wszyscy są równi, z uwzględnieniem średniego ryzyka chorobowego, które jest przypisane do danego przedziału wiekowego. Jeśli do danego płatnika zapisze się więcej starszych osób (częściej chorujących), dostanie on odpowiednio więcej pieniędzy i na odwrót.

Pojawiają się opinie, że konkurencja między płatnikami w ramach publicznych funduszy przeznaczonych na leczenie nie jest potrzebna, a może być nawet szkodliwa, bo mnoży koszty. Z jednej strony, obawa ta wydaje się uzasadniona, z drugiej jednak, powstaje pytanie, jak zmusić jedyne publicznego płatnika do efektywnego działania. Jakie motywacje ma NFZ (lub jakie będzie miała inna jedyna taka instytucja), aby wydawać pieniądze celowo i oszczędnie, nie przepłacając niepotrzebnie, ale i nie oszczędzając niebezpiecznie na zdrowiu chorych? Jedyne publicznego płatnika nie można nawet dobrze ocenić, bo nie wiadomo, z kim i z czym go porównać.

### Nowe podmioty

Konkurencja między płatnikami może przynieść dobre rezultaty. Powstaną bowiem podmioty, które będą

„Obecna składka jest niesprawiedliwa: część obywateli jest zwolniona z jej płacenia, część płaci składkę ryczałtową, a tylko część proporcjonalną do dochodów”



„Koszyk świadczeń gwarantowanych, przy założonej wielkości funduszy, musi być uzgodniony między państwem a płatnikami”

zmuszone oszczędzać powierzone pieniądze, nie ryzykując, że obniży się jakość leczenia, bo może to spowodować odpływ ubezpieczonych. Jest jednak warunek niezbędny, by konkurencję taką można było wprowadzić: koszyk świadczeń gwarantowanych – bezpłatnych musi mieć pokrycie w wielkości funduszy publicznych przeznaczonych na ich sfinansowanie. Oznacza to system bezkolejkowy. Tylko w takich warunkach będzie można rozliczyć płatników z ich zobowiązań. Jeżeli dopuścimy możliwość istnienia kolejek, płatnik zawsze będzie mógł się tłumaczyć: „kolejki do leczenia moich

ubezpieczonych wynikają z ogólnego deficytu pieniędzy, a nie z mojej niegospodarności”. Wszyscy płatnicy będą się mogli tak tłumaczyć i nie da się udowodnić, że jest inaczej. Jeśli konkurencję płatników wprowadzi się w systemie nie zrównoważonym, jedyną pewną rzeczą będzie zysk płatnika. Powstanie taka sytuacja, jak w wypadku wprowadzenia OFE, gdzie wielkość emerytury była niegwarantowana i niewiadoma, ale prowizja dla firmy – pewna.

Konsekwencją wcześniejszego warunku jest kolejny: koszyk świadczeń gwarantowanych, przy założonej wielkości funduszy, musi być uzgodniony między państwem a płatnikami. Nie trzeba dodawać, że musi to oznaczać, iż jakaś część świadczeń będzie dla pacjentów dostępna odpłatnie albo za dopłatą.

### Nowe narzędzia

Czym mogą konkurować płatnicy dysponujący publicznymi pieniędzmi, jeżeli koszyk bezpłatnych świadczeń gwarantowanych ma być dla każdego płatnika (i obywatela) taki sam, a system ma być bezkolejkowy? Przede wszystkim wielkością ewentualnych dopłat oraz innymi ułatwieniami. Tutaj otwiera się pole do zorganizowania przez płatnika opieki koordynowanej lub podobnych działań. Polegają one – generalnie – na dobrowolnej rezygnacji przez ubezpieczonego z wolności wyboru placówki leczniczej i powierzenia tego wyboru płatnikowi, który w zamian zapewni niższe dopłaty za leczenie lub zwolni z nich całkowicie. Podobna sytuacja może dotyczyć leków (wybór przez płatnika leków określonych producentów w zamian za niższe ceny). Konkurencja między płatnikami może też przenieść się na inne pola ubezpieczeniowe, jak to się dzieje w innych rodzajach ubezpieczenia.

Nie trzeba dodawać, że przedstawiona koncepcja zakłada też wolną konkurencję między placówkami ochrony zdrowia i wolny wybór miejsca leczenia przez chorego, z ewentualną dobrowolną rezygnacją z tego wyboru na warunkach przedstawionych wyżej. Nie ma w niej też miejsca na administracyjne limitowanie świadczeń – jak obecnie.

Nie uważam oczywiście, że koncepcja bonu zdrowotnego jest jedynym dobrym rozwiązaniem dla publicznej ochrony zdrowia. Można ją zorganizować na pewno w różny sposób, ale pewne zasady muszą być zachowane, jeśli chcemy, aby system był wydolny, a przy tym efektywny. Trzeba zachować konkurencję między świadczeniodawcami, co oznacza też rezygnację z limitowania świadczeń. To zaś wymusza zrównoważenie nakładów z koszykiem świadczeń gwarantowanych. Trudno będzie tę równowagę osiągnąć i utrzymać bez wprowadzenia współpłacenia za niektóre świadczenia.

Krzysztof Bukiel  
Autor jest przewodniczącym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.