

ubezpieczenia

Prywatne ubezpieczenia – koniec złudzeń

ówch,
znych

cytologicznych
badań hormonalnych
badań biochemicznych krwi
USG
atologiczna,
badań moczu
RTG



Moralny hazard

Jacek Szczęsny

Mimo że od 17 lat obowiązują w Polsce zasady wolnego rynku, do dziś nie doczekaliśmy się usankcjonowania systemu ubezpieczeń prywatnych. Politycy powołują się na położenie swojego serca (po lewej stronie – SLD), lub argumentują, że najpierw trzeba zreformować system publiczny (kasy chorych – AWS), wprowadzić centralną kontrolę wydatków (Mariusz Łapiński), bądź że nadrzędną wartością jest solidaryzm społeczny (PiS). Odmienność argumentacji ma jednak wspólny mianownik – wszyscy są zgodni, że na przeszkodzie stoi art. 68 Konstytucji, który mówi o równym dostępie do świadczeń zdrowotnych. Tymczasem paradoksalnie, wszyscy mijają się z prawdą.

– Z artykułu 68 ust. 2, wynika, że władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych, podczas gdy warunki i zakres tych świadczeń określa ustawa o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych. Wobec tego zagwarantowanie równego dostępu odnosi się do zakresu świadczeń określonych w ustawie, a ten przecież można zmieniać – zauważa prof. Jan Sobiech, kierow-

graf: Natalia Gościńnik

nik Katedry Finansów Przedsiębiorstw Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

Na progu zmian

Problemem jest to, że nikomu nie chce się go zmieniać, bo rodzimy rynek został zdefiniowany przez potentata i zarazem wielkiego lobbystę – PZU. Wielka firma ubezpieczeniowa, czerpiąc zyski z innych rodzajów ubezpieczeń, stała się mamutem i zawałdrogą, skutecznie utrudniając wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń prywatnych. W efekcie, mimo dosyć bogatej oferty pakietów ubezpieczeniowych, specjaliści twierdzą, że daleko nam do różnorodności rynku brokerskiego *starej Europy*.

Można jednak się spodziewać, że jesteśmy na progu rozwoju systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Na początku stycznia prof. Zbigniewa Religa wypuścił balon próbny, zaproponował stworzenie II filaru ubezpieczeń (od razu nazwanych *hotelowymi*), które gwarantowałyby wyższy standard obsługi (np. w trakcie pobytu w szpitalu pacjent miałyby za-

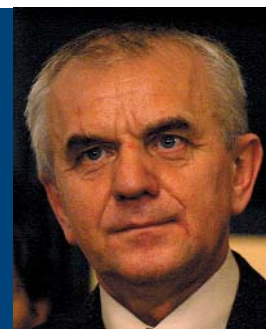
„ Obecnej sytuacji nikt nie chce się zmieniać, bo rodzimy rynek ubezpieczeń został zdefiniowany przez potentata i zarazem wielkiego lobbystę – PZU ”

pewniony pokój o podwyższonym standardzie, czy lepsze wyżywienie, mógłby również wybierać lekarza). I mimo, że balon został przekłuty przez premiera Jarosława Kaczyńskiego, który stwierdził: *Niewiele wspólnego z jego przekonaniami ma inicjatywa dotycząca dodatkowego ubezpieczenia i podziału w szpitalach na biedniejszych i bogatszych pacjentów*, gwarancją wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń jest stały niedobór pieniędzy w NFZ oraz ustawodawstwo unijne, promujące rozwój tej formy finansowania służby zdrowia. Gwarancją jest też wolność obywateli, którzy powinni mieć możliwość dokonania wyboru. – *Naszym zdaniem zmiany w konstytucji nie są konieczne, ponieważ dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie miałyby charakteru obligatoryjnego* – mówi Jakub Owoc, ekspert Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Socjalistyczna Europa

Nie ma kraju, w którym system opieki zdrowotnej objąłby całą populację. W Stanach Zjednoczonych,

Konstytucja nie uniemożliwia wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń. Z art. 68 ust. 2 wynika, że władze zapewniają równy dostęp do świadczeń finansowanych z budżetu, ale warunki i zakres tych świadczeń określa ustawa, którą można zmienić



profesor Jan Sobiech, kierownik Katedry Finansów Przedsiębiorstw Akademii Ekonomicznej w Poznaniu

Wydaje mi się, że sama propozycja stworzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będzie dobrze przyjęta. Już teraz za dodatkową opłatą w wielu szpitalach można przecież mieć pokój jednoosobowy lub korzystać z dodatkowego wyposażenia (np. telewizora). Również nieformalne opłaty mogą przyspieszyć dostępność do usługi medycznej – szara strefa w opiece zdrowotnej jest powszechna i ogólnie znana. Osoby, którym pozwala na to sytuacja materialna, mogą za *dowody wdzięczności* przyspieszyć operację czy uzyskać procedurę o wyższej jakości (tzn. zastosowanie nowoczesnej mniej inwazyjnej i bardziej skutecznej technologii medycznej). A więc jak można mówić o tworzeniu systemu nierówności społecznej, jeśli taki system od wielu lat funkcjonuje, a i społeczeństwo ma tego świadomość. Odbiór społeczny propozycji prof. Zbigniewa Religi zależy jednak i od tego, jakie inne propozycje zostaną przez ministra zgłoszone, w tym zwłaszcza obiecujące poprawę funkcjonowania NFZ. Wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń na pewno nie uniemożliwiają zapisy Konstytucji. Jak bowiem wynika z art. 68 ust. 2, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych, podczas gdy warunki i zakres tych świadczeń określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych. Wobec tego zagwarantowanie równego dostępu odnosi się do zakresu świadczeń określonych w ustawie, a ten można zmieniać. Myślę także, że ubezpieczenia dodatkowe mogłyby się pojawić niezwłocznie.

Czy to, że nie ustalono koszyka świadczeń gwarantowanych, a procedury medyczne nie są wycenione rzetelnie, nie utrudni stworzenia systemu?

Nie wydaje mi się. Wiązanie ubezpieczeń dodatkowych z koszykiem uważam za przesadzone. Owszem, rozwojowi ubezpieczeń dobrowolnych sprzyjałoby jasne zdefiniowanie, czy też określenie reguł racjonowania (tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych) w systemie publicznym. W ten sposób określona byłaby przestrzeń dla działania sektora prywatnego. Moim zdaniem, główną barierą rozwoju ubezpieczeń jest zdolność płatnicza gospodarstw domowych. Niektórych z nich nie będzie stać na systematyczne opłacanie dodatkowej polisy. Pewnym rozwiązaniem byłoby dalsze zachęcanie pracodawców do wykupywania dodatkowych ubezpieczeń dla pracowników.

Z pewnością rozwojowi tego rynku będzie sprzyjało rozbudowywanie systemu zachęt czy bodźców przede wszystkim składających do ich zakupywania. Znaczenie ma też polityka antykorupcyjna. Hazard moralny i korupcja to najpoważniejsza bariera rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w dzisiejszej Polsce. Rozwój ubezpieczeń zależy od charakteru ubezpieczeń dodatkowych – czy powstaną ubezpieczenia komplementarne, czy może suplementarne. Pierwsze z nich stanowią uzupełnienie standardowego zakresu ochrony, gwarantowanego przez publiczne ubezpieczenie zdrowotne. Gwarantują zwrot kosztów ponoszonych w związku z wprowadzonym współpłacaniem przez pacjenta za usługi w systemie publicznym, podczas gdy ubezpieczenia suplementarne to ubezpieczenia rozszerzające standardowy zakres ochrony gwarantowanej przez ubezpieczenie publiczne. Mając tego typu ubezpieczenie, pacjent zyskuje szybszy dostęp do usług, których wykonanie jest gwarantowane przez system publiczny, lecz wymaga długiego oczekiwania, czy też zapewnia dostęp do usług o wyższym poziomie np. jednoosobowy pokój z łazienką w szpitalu itp.

Obecne działania ministra to krok w kierunku rozwoju ubezpieczeń suplementarnych. Z jednej strony, wyraz aktywności ministra, a z drugiej, przyzwyczajanie społeczeństwa do większych zmian w ochronie zdrowia. To drugie także jest ważne. ■

Czy dopłata 10–15 zł za dobę w czasie pierwszych 7–10 dni pobytu chorego z przeznaczeniem wyłącznie na poprawę warunków hospitalizacji byłaby świadectwem nierówności społecznej?



foto: Agencja AGORA

profesor Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii i Transplantologii ŚAM, wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Naczyń

Skoro wszyscy wiemy o obiektywnych trudnościach finansowych tzw. roku przejściowego, spróbujmy się zastanowić, skąd pozyskać dodatkowe pieniądze dla szpitali w najbliższym roku. Uważam, że należy wzorem wszystkich krajów z UE (dotychczas z wyjątkiem Polski) wprowadzić refundację przez ubezpieczycieli kosztów leczenia ofiar wypadków. Minister z determinacją podjął taką inicjatywę i wszyscy byliśmy świadkami medialnego lamentu lobby ubezpieczeniowego, jakie skutki spowoduje takie działanie wobec właściciela seicento (samochód tej klasy i w takiej cenie nie jest bliżej znany urzędnikom towarzystw ubezpieczeniowych w Polsce). Tymczasem

najbogatszym państwie, ciągle 40 mln obywateli nie ma żadnej formy ubezpieczenia zdrowotnego. Na drugim biegunie znajduje się pozostała część populacji USA. Ludzie ci korzystają czasami równocześnie z kilku form ubezpieczenia. Nie trzeba dodawać, że głównie prywatnego (najczęściej są to ubezpieczenia grupowe w miejscu pracy). To jednak model z Nowego Świata. *Socjalistyczna* Europa wypracowała system ubezpieczeń państwowych i samorządowych.

Udział wydatków publicznych i prywatnych w poszczególnych krajach europejskich jest zróżnicowany. Udział funduszy publicznych jest większy tam, gdzie funkcjonuje budżetowy system ochrony zdrowia (Skandynawia) oraz w krajach tzw. nowej

„ Nie ma kraju, w którym system opieki zdrowotnej objąłby całą populację. W Stanach Zjednoczonych, najbogatszym państwie, 40 mln obywateli nie ma żadnej formy ubezpieczenia zdrowotnego ”

Unii, które niedawno transformowały systemy ochrony zdrowia.

Nowe myślenie

Stały wzrost kosztów procedur medycznych powoduje, że wiele krajów europejskich próbuje wrzucić w systemy ochrony zdrowia ubezpieczenia prywatne. Mimo starań, tylko w trzech krajach UE (Niemcy, Francja, Holandia) prywatne ubezpieczenia zdrowotne miały ponad 10-procentowy udział w finansowaniu ochrony zdrowia, wynosząc 10–14 proc. wydatków całkowitych. W Polsce moglibyśmy także osiągnąć taki wskaźnik, jednak należy spełnić pewne warunki. Pierwszy i zasadniczy, to podjęcie decyzji, jakie ubezpieczenie dobrowolne chcemy wprowadzić: zastępcze, uzupełniające, czy dodatkowe. Jeśli miałoby to być ubezpieczenie zastępcze, trzeba by ograniczyć obowiązek ubezpieczenia powszechnego, a tym samym dokonać zmian w ustawach ubezpieczeniowych i Konstytucji. – *Nie sądzę, żeby spełnienie tych warunków było możliwe w krótkim czasie i czy rzeczywiście potrzebne są nam ubezpieczenia zastępcze* – stwierdza dr Christoph Sowada, adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego *Collegium Medicum*

Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ekspert Fundacji CASE.

Jednak warunkiem wprowadzenia ubezpieczeń uzupełniających jest określenie tego, co ma być uzupełnione, a zatem koszyka świadczeń gwarantowanego w ubezpieczeniu powszechnym. Przy czym obszar pozostawiony poza koszykiem gwarantowanym musi być na tyle duży, by pojawił się popyt na ubezpieczenie uzupełniające. Aby wprowadzić ubezpieczenie dodatkowe, trzeba w pierwszej kolejności określić standard świadczeń należnych w ramach ubezpieczenia powszechnego. Ubezpieczenie dodatkowe ma bowiem gwarantować wyższy standard opieki, przy czym jednym z jego elementów jest czas oczekiwania na świadczenia. – *Uważam, że określenie standardu opieki finansowanej z ubezpieczenia powszechnego powinno być elementem tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Bez tego nie da się zbudować racjonalnych ubezpieczeń dobrowolnych. Jedyne, co da się zrobić, to tkwić w obecnej sytuacji, w której przecież prywatne ubezpieczenia zdrowotne też funkcjonują. Tylko nie są one z reguły*

„ Stały wzrost kosztów procedur medycznych powoduje, że wiele krajów europejskich próbuje wprząc w swoje systemy ochrony zdrowia ubezpieczenia prywatne ”

ani dodatkowe, ani uzupełniające, tylko przejmują finansowanie świadczeń należnych de facto w ramach ubezpieczenia powszechnego. Paradoksalnie, dla systemu finansowania ochrony zdrowia taka sytuacja nie jest niekorzystna. Za zapewnienie pewnego poziomu opieki zdrowotnej niektórzy ubezpieczeni płacą bowiem dwa razy, raz poprzez NFZ, a drugi raz za pośrednictwem ubezpieczenia prywatnego albo abonamentów – dodaje dr Christoph Sowada.

Wolność z Brukseli

Urzędnicy z Brukseli postanowili, że rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zgodnie z dyrektywami unijnymi, nie będzie nadzorowany przez państwo. Państwo ma wpływ wyłącznie na ubezpieczenie podstawowe. Dlatego takie sprawy, jak ceny pakietów, wymagania informacyjne wobec klientów (przebyte choroby, obciążenia chorobami w rodzinie), warunki sprzedaży polis, okres karencji

warto odnotować, że bilans zysków PZU w 2006 r. wyniósł ponad 3,6 mld zł i był aż o 20 proc. wyższy niż w roku poprzednim. Jak z takiej perspektywy można patrzeć na publiczny, zadłużony szpital i znaczne koszty ponoszone (zwłaszcza w Polsce) także wskutek leczenia ofiar wypadków?

Nie ma wielu przeszkód prawnych, aby wobec widocznego (i już w styczniu odczuwalnego) braku funduszy na finansowanie szpitali wprowadzić jak najszybciej dodatkowe tzw. ubezpieczenia hotelowe. Funkcjonują one w wielu zamożnych krajach w postaci dofinansowania pobytu chorego. Czy rzeczywiście dopłata 10–15 zł za dobę przez pierwszych 7–10 dni pobytu chorego z przeznaczeniem wyłącznie na poprawę warunków podczas hospitalizacji (pokoje o wyższym standardzie, wyżywienie) byłaby świadectwem nierówności społecznej? Dla mnie największym świadectwem nierówności społecznej jest brak możliwości zrealizowania przez szpital i zespół leczący świadczenia medycznego z powodu braku pieniędzy, widmo niezapłaconych nadwykonań, także za zabiegi ratujące życie, czy zamykanie już w listopadzie (z powodu przekroczenia kontraktu rocznego) pod pretekstem remontu oddziałów, także tych najważniejszych ratujących życie chorych z zawałem serca. Powiązanie tych – nazwijmy to ubezpieczeń – z możliwością refundacji przez rzeczywiście najuboższych chorych w ich rocznych rozliczeniach z fiskusem byłoby dobrym przyczynkiem do poprawy sytuacji. Dobrze, że obecny minister i rząd, taką możliwość rozważa.

W trudnym roku przejściowym oczekujemy od NFZ, że już w skali kwartału będą możliwe znacznie większe korekty w rozliczeniach z Funduszem w ramach przyznanego funduszy, aniżeli było to dotychczas możliwe (ze współodpowiedzialnością NFZ za dostępność do świadczeń w wypadku przekroczenia wartości rocznego kontraktu). Konieczne wydaje się przeznaczenie w trudnym roku przejściowym dodatkowych pieniędzy na uzupełnienie niedoborów w szpitalach. Wygrywać będą w tym pojedynku lepsi, bardziej dbający o pacjenta, mający lepszą kadre, lepsze warunki pobytu chorego, lepszą jakość leczenia. Z tej perspektywy wprowadzenie dodatkowych ubezpieczycieli na rynku usług medycznych jest oczekiwane. Warto jednak zwrócić uwagę na tzw. rentowność. Dlaczego firmy z tak wielkim dystansem i takimi ograniczeniami decydują się na ubezpieczenie od tzw. dużych zabiegów (np. kardiochirurgicznych, ortopedycznych, neurochirurgicznych) zakładając, że podstawą do zapłacenia jest katalog NFZ?

Warto jednocześnie zauważyć, że w takich krajach, jak np. Holandia, Niemcy, Wielka Brytania, Belgia, Austria i wiele innych, stale dopuszcza się bez zmian w konstytucji do nowych rozwiązań, także w ochronie zdrowia, aby poprawiać efektywność systemu. W Polsce już przyszedł czas na otwarcie rynku usług medycznych dla prywatnych ubezpieczycieli, ale prawnie w taki sposób, aby nie zabrali oni młodych, zdrowych i dobrze zarabiających, pozostawiając narodowemu ubezpieczycielowi chorych, starszych i bez przychodów. ■

Warunkiem wprowadzenia ubezpieczeń uzupełniających jest określenie tego, co ma być uzupełnione, a zatem określenie koszyka świadczeń gwarantowanych w ubezpieczeniu powszechnym



foto: Agencja AGORA

doktor Christoph Sowada, adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ekspert Fundacji CASE

W wypadku propozycji ministra zdrowia [nazwanych już ubezpieczeniami hotelowymi – przyp. red] nie sądzę, aby można mówić o ucieczce do przodu. O wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych mówi się przecież od wielu lat i to nie tylko w sferach eksperckich, ale także w politycznych. Oczywiście, pomysły te różnią się między sobą, ale idea jest ta sama – należy wprowadzić dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. A jaki mógłby być odbiór społeczny? Jest sprawą oczywistą, że osoby, które zdecydują się dobrowolnie wydać więcej pieniędzy na ubezpieczenie zdrowotne powinny oczekiwać, że będą miały zagwarantowany lepszy i szerszy zakres świadczeń, niż te, które nie będą więcej płacić. Przecież jeśli ktoś ma zamiar wydać na wyżywienie tysiąc złotych miesięcznie, będzie kupował inne towary niż ten, kto przeznaczą na ten cel 100 zł. Absolutna równość w dostępie do świadczeń jest mrzonką i to niebezpieczną. Już teraz, mimo że dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w zasadzie jeszcze nie ma, nierówności w dostępie do świadczeń i jakości usług istnieją. Co gorsza, różnice te generowane są w części przez korupcję, a zatem przynajmniej w części finansowane są one z pieniędzy publicznych.

Jestem ekonomistą i dla mnie zapis art. 68 Konstytucji jest jednoznaczny. Obywatelom należy się równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej z funduszy publicznych. Dopóki planowane nowe ubezpieczenia będą ubezpieczeniami dobrowolnymi i prywatnymi, art. 68 ich nie dotyczy, gdyż nie mówi on nic o świadczeniach finansowanych z pieniędzy prywatnych. Inaczej wyglądałaby sytuacja, jeśli dodatkowe ubezpieczenia stałyby się ubezpieczeniami obowiązkowymi. Wtedy składka ubezpieczeniowa, niezależnie od sposobu jej kalkulowania, stałaby się *parapodatkiem*, a zatem funduszem publicznym.

Jak szybko można wprowadzić nowe ubezpieczenia?

To zależy od spełnienia pewnych warunków. Pierwszy i zasadniczy to podjęcie decyzji, jakie ubezpieczenie dobrowolne chcemy wprowadzić: zastępcze, uzupełniające czy dodatkowe. Jeśli miałyby to być ubezpieczenie zastępcze, trzeba by ograniczyć obowiązek ubezpieczenia powszechnego

(po tym okresie działa ubezpieczenie), wykluczenie klientów (powyżej 65. roku życia) itd. nie podlega, ani nie są regulowane przez organy państwowe.

Takie postawienie sprawy spowodowało, że wśród krajów *starej Unii* można znaleźć takie, w których przeszło połowa społeczeństwa korzysta z ubezpieczeń dodatkowych (np. we Francji 84 proc., w Holandii – 51 proc.). Dzięki nim obywatele uzyskują dostęp nie tylko do standardowych usług medycznych. Niewysokie składki ułatwiają dostęp do specjalisty. Można także skorzystać z podwyższonego standardu opieki szpitalnej i innych usług medycznych. Wysoki odsetek korzystających z dodatkowych ubezpieczeń wpływa na podniesienie stanu zdrowotności społeczeństwa, a zarazem powoduje, że na składki zdrowotne może pozwolić sobie większość mieszkańców danego państwa. – *Moim zdaniem, w Polsce główną barierą rozwoju ubezpieczeń jest zdolność płatnicza gospodarstw domowych. Niektórych z nich nie będzie stać na systematyczne opłacanie dodatkowej polisy. Pewnym rozwiązaniem byłoby dalsze zachęcanie pracodawców do wykupywania dodatkowych ubezpieczeń dla*

” Warunkiem wprowadzenia ubezpieczeń uzupełniających jest określenie tego, co ma być uzupełnione, a zatem koszyka świadczeń gwarantowanych w ubezpieczeniu powszechnym ”

pracowników. Z pewnością rozwojowi tego rynku będzie sprzyjało rozbudowywanie systemu zachęt czy bodźców, przede wszystkim skłaniających do ich zakupywania. Znaczenie ma też polityka antykorupcyjna. Hazard moralny i korupcja to najpoważniejsza bariera rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w dzisiejszej Polsce – mówi prof. Jan Sobiech, kierownik Katedry Finansów Przedsiębiorstw Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

W krzywym zwierciadle

Na tle *Piętnastki* Polska odbija się jak w krzywym zwierciadle. Mimo znacznej poprawy stanu zdrowia Polaków po 1990 r., ciągle daleko nam do wskaźników zdrowotności krajów Unii. Jednocześnie zauważalny jest stały wzrost wydatków na leczenie, a przecież nie oznacza to, że pieniądze te przeznaczamy na dodatkowe ubezpieczenia. Na początku

lat 90. na ochronę zdrowia przeznaczaliśmy 10 proc. swoich wydatków. Obecnie wskaźnik ten wynosi ok. 30 proc. Tak wysokiego wzrostu nie stwierdzono w żadnym z krajów OECD badanych w latach 1970–2001. Jak wynika z badań GUS, tylko przez 4 lata wydatki na ochronę zdrowia każdego członka gospodarstwa domowego wzrosły o 8 zł (z 30,89 zł do 40 zł), przy czym na opiekę ambulatoryjną aż o 66 proc. Warto zwrócić uwagę, że od 40 zł zaczynają się stawki ubezpieczeń zdrowotnych, które zapewniłyby 24-godzinny dostęp do lekarza oraz opieki ambulatoryjnej. To najlepszy wskaźnik przemawiający za wprowadzeniem dodat-

” Określenie standardu opieki finansowanej z ubezpieczenia powszechnego powinno być elementem tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Bez koszyka zatem nie da się zbudować racjonalnych ubezpieczeń dobrowolnych ”

kowych ubezpieczeń. Jednak nie zauważają go politycy, którzy konsekwentnie unikają reform systemowych. Tymczasem przychody polskiego systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu ubezpieczeń prywatnych z czasem – jak myślę – byłyby takie same, jak wydatki na zdrowie ponoszone w szarej strefie – mówi prof. Jan Sobiech.

O zainteresowaniu tego rodzaju doubezpieczeniem najlepiej świadczą liczby – dodatkowe ubezpieczenia zdecydowało się wykupić już milion Polaków, którzy przeznaczają rocznie na zabezpieczenie aż miliard złotych.

4 miliony polis

Do zagospodarowania jest jednak o wiele więcej. Z ostrożnych szacunków prof. Romualda Holly z Krajowego Instytutu Ubezpieczeń wynika bowiem, że Polacy na zdrowie wydają rocznie 62 mld zł. Oznacza to, że poza państwowym NFZ oraz ZUS *krąży* 30 mld zł. I o tę kwotę w najbliższym czasie będą ze sobą konkurować prywatni ubezpieczyciele. Eksperti twierdzą, że już niedługo z oferty prywatnych polis skorzysta niemal 4 mln Polaków.

go, a tym samym dokonać zmian w ustawach ubezpieczeniowych i Konstytucji. Nie sądzę, żeby spełnienie tych warunków było możliwe w krótkim czasie i czy rzeczywiście potrzebne są nam ubezpieczenia zastępcze. Warunkiem wprowadzenia ubezpieczeń uzupełniających jest określenie tego, co ma być uzupełnione, a zatem określenie koszyka świadczeń gwarantowanych w ubezpieczeniu powszechnym. Przy czym obszar pozostawiony poza koszykiem gwarantowanym musi być na tyle duży, by pojawił się popyt na ubezpieczenie uzupełniające. Aby wprowadzić ubezpieczenie dodatkowe, trzeba określić standard świadczeń należnych w ramach ubezpieczenia powszechnego. Dodatkowo ma bowiem zapewnić wyższy standard opieki, przy czym jednym z jego elementów jest czas oczekiwania na świadczenia. Uważam, że określenie standardu opieki finansowanej z ubezpieczenia powszechnego powinno być elementem tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Bez tego nie da się zbudować racjonalnych ubezpieczeń dobrowolnych. Jedyne, co da się zrobić, to tkwić w obecnej sytuacji, w której przecież prywatne ubezpieczenia zdrowotne też funkcjonują. Tylko nie są one z reguły ani dodatkowe, ani uzupełniające, tylko przejmują finansowanie świadczeń należnych *de facto* w ramach ubezpieczenia powszechnego. Paradoksalnie, dla systemu finansowania ochrony zdrowia taka sytuacja nie jest niekorzystna. Za zapewnienie pewnego poziomu opieki zdrowotnej niektórzy ubezpieczeni płacą bowiem dwa razy, raz poprzez NFZ, a drugi raz za pośrednictwem ubezpieczenia prywatnego albo abonamentów.

Jakie mogłyby być przychody systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń?

Nie chcę spekulować na temat potencjalnych przychodów dla systemu. Popyt na ubezpieczenia dobrowolne będzie zależał od tego, czego nie zagwarantuje nam NFZ. A tego nie wiemy. Jestem też sceptykiem, jeśli chodzi o ograniczenie korupcji w ochronie zdrowia dzięki wprowadzeniu ubezpieczeń dobrowolnych. Korupcja jest bardzo skomplikowanym problemem społecznym i ekonomicznym. Jest opłacalna zarówno dla jednej, jak dla drugiej strony. I z pewnością będzie istnieć dopóty, dopóki zakres odpowiedzialności państwa, tj. jest zakres finansowany z pieniędzy publicznych, nie zostanie jednoznacznie określony.

Czy to, że nie ustalono koszyka świadczeń gwarantowanych, a procedury medyczne nie są rzetelnie, nie utrudni stworzenia systemu?

O zasadniczym znaczeniu koszyka już mówiłem. Jeśli chodzi o rzetelną wycenę świadczeń medycznych nie mam obaw w kontekście dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych organizowanych przez rynek. Firmy oferujące takie polisy bardzo szybko wycenią usługi albo ocenią jakość wyceny prowadzonej przez świadczeniodawców. Nie wyobrażam sobie, żeby przez dłuższy czas mogły płacić poniżej uzasadnionych kosztów ponoszonych przez świadczenio-

dawców, bo ci odmówią realizacji usług. Tu mogą przecież bez przeszkód odmawiać, bo nie będzie chodzić o świadczenia ratujące zdrowie i życie o podstawowym standardzie. Rzeczywistym problemem może być stosunek społeczeństwa do ubezpieczeń. Świadomość ubezpieczeniowa w Polsce nie jest zbyt wysoka. Okazać się może, że chcących się dobrowolnie ubezpieczyć może być na tyle mało, że prawidłowy rozkład ryzyka będzie trudny do zrealizowania, a przez to składki relatywnie wysokie. I tutaj nie wystarczy, wskazywać, iż 2 czy 3 mln ludzi deklaruje, że się ubezpieczy. Jest to wprawdzie populacja wystarczająca z punktu widzenia matematyki aktuarialnej, ale niewystarczająca do stworzenia systemu towarzystw ubezpieczeniowych konkurujących między sobą o klientów. A jak funkcjonuje system oparty na monopolu, wszyscy wiemy. ■

Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń wymaga zgody politycznej, realnych założeń oraz szacunków popartych rzetelnymi analizami, ulg podatkowych i współpracy ministerstwa z ubezpieczycielami



foto: Archiwum

Jakub Owoc, ekspert Polskiej Izby Ubezpieczeń

Wprowadzenie nowego systemu opieki zdrowotnej, opierającego się w części na prywatnych ubezpieczeniach, z pewnością wymaga konsultacji społeczno-politycznych i konsensusu. Biorąc pod uwagę obecny odbiór sytuacji w opiece zdrowotnej przez opinię publiczną, można sądzić, iż próba naprawy tego systemu, zlikwidowania szarej strefy, zapewnienia nowych źródeł finansowania i uporządkowania, nie będzie postrzegana jako *tworzenie systemu nierówności społecznej*.

Aby wprowadzić nowe ubezpieczenia, nie jest konieczna zmiana 68. artykułu Konstytucji, ponieważ dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie miałyby charakteru obligatoryjnego

Ile potrzeba czasu i jakie trzeba spełnić warunki, by móc wprowadzić dodatkowe ubezpieczenia?

Przede wszystkim dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne już funkcjonują (w formie, która w projekcie ministerstwa jest określana jako III filar). Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, będących integralną częścią nowego systemu wymaga przede wszystkim zgody politycznej, realnych założeń i szacunków popartych rzetelnymi analizami, ulg podatkowych i współpracy ministerstwa z ubezpieczycielami. Ci bowiem nie zaoferują produktu, który nie będzie uzasadniony z ekonomicznego punktu widzenia. ■

Obok rozszerzanej oferty firm ubezpieczeniowych powodem takich decyzji będzie wzrost świadomości Polaków, którzy już dzisiaj dopłacają do opieki zdrowotnej w formie różnych (formalnych i nieformalnych) opłat. Jak dowodzą wyniki badań, np. 60 proc. prywatnych wydatków na ochronę zdrowia stanowią koszty zakupu leków. Obciążeniem jest też brak możliwości odliczania od podatków pełnej składki na ubezpieczenie zdrowotne. – *Dlatego wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, będących integralną częścią nowego systemu wymaga przede wszystkim zgody politycznej, realnych założeń i szacunków popartych rzetelnymi analizami, a także ulg podatkowych i współpracy ministerstwa z ubezpieczycielami. Ci bowiem nie zaoferują produktu, który nie będzie uzasadniony z ekonomicznego punktu widzenia* – mówi Jakub Owoc, ekspert Polskiej Izby Ubezpieczeń.

„ Aż 49 proc. kobiet w wieku od 40 do 49 lat i 78 proc. mężczyzn zainteresowanych jest wykupieniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Szacunki Banku Światowego mówią, że za 5 lat prywatne ubezpieczenia zdrowotne wykupi 15 proc. Polaków ”

Bunt ludu

Tymczasem, mimo wszelkich barier, postulowane wprowadzenie do reformy systemu ochrony zdrowia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych staje się faktem. Świadczą o tym badania przeprowadzone przez Krajowy Instytut Ubezpieczeń i Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Wynika z nich, że aż 49 proc. kobiet w wieku od 40 do 49 lat i 78 proc. mężczyzn zainteresowanych jest wykupieniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Szacunki Banku Światowego mówią, że za 5 lat prywatne ubezpieczenia wykupi 15 proc. Polaków. Rozwojowi tej dziedziny ubezpieczeń na pewno pomoże wzrastająca zamożność społeczeństwa. W efekcie będziemy gotowi przeznaczać na ubezpieczenia kwoty podobne do tych, jakie wydają Francuzi czy Hiszpanie. Politykom pod rozwagę należy przedstawić dane, z których wynika, że wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W roku 2020 co piąty Polak będzie emerytem. Takiego obciążenia bez dodatkowych ubezpieczeń system ochrony zdrowia nie wytrzyma. ■