



fot. Archiwum

„ Projekt ubezpieczeń dodatkowych, zaprezentowany przez Ministerstwo Zdrowia został opracowany na podstawie doświadczeń irlandzkich i australijskich, gdzie obowiązuje model budżetowy, a nie jak w Polsce ubezpieczeniowy ”

Bez złudzeń

Rozmowa z Andrzejem Mądrałą, wiceprezydentem Konfederacji Pracodawców Polskich

Czy swoista ucieczka do przodu, jaką było zaproponowanie przez ministra Religę ubezpieczeń nazywanych *hotelowymi*, nie skazuje prób stworzenia dodatkowych ubezpieczeń na porażkę? Mogą one przecież być postrzegane jako tworzenie systemu nierówności społecznej.

Od lat postuluje się w ochronie zdrowia konieczność wprowadzenia innych ubezpieczeń niż powszechnie. Wciąż słyszymy o monopolistycznej pozycji NFZ. Problem polega na tym, iż wśród decydentów pokutuje krótkotrwałe, medialne myślenie, polegające na zbijaniu kapitału politycznego, a nie na rozwiązywaniu problemów i wdrażaniu mechanizmów, które racjonalizowałyby i urynkowałyby sektor ochrony zdrowia. Wraz z wejściem Polski na drogę gospodarki rynkowej zmienił się model zarządzania i finansowania ochrony zdrowia. Nie można zatrzymywać przemian, ponieważ brak decyzji doprowadza do tego, że system staje się niewydolny.

Obowiązujące na świecie systemy ochrony zdrowia są bardzo zróżnicowane i zależne od celów polityki zdrowotnej w danym państwie. Pochodną tych celów są narzędzia np. ubezpieczenia dobrowolne. Dlatego najpierw rząd musi zdecydować, czy chce rzeczywistych zmian, czy działań pozornych, a następnie z żelazną konsekwencją musi je realizować.

Największym problemem jest to, że z funduszy publiczne przeznaczonych na ochronę zdrowia nie uda się zaspokoić wszystkich potrzeb społecznych. Rolą państwa jest stworzenie jak najbardziej efektywnych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Oczywiście, wszystko zależy od szczegółów, tzn. od tego, jak będzie skonstruowany system ubezpieczeń dodatkowych.

Jaki zatem wybrać systemowy model finansowania ochrony zdrowia?

Projekt dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń dodatkowych, zaprezentowany [na początku stycznia – przyp. red.] przez Ministerstwo Zdrowia został opracowany na podstawie doświadczeń irlandzkich i australijskich, gdzie obowiązuje model budżetowy, a nie jak w Polsce ubezpieczeniowy. W związku z tym odmienna jest istota relacji (nie leży po stronie ubezpieczony – ubezpieczyciel, ale po stronie pacjent – świadczeniodawca). Model stosowany w Australii i Irlandii ułatwia korzystanie z dodatkowych ubezpieczeń tym, którzy chcą się *doubezpieczyć*.

W propozycji Ministerstwa Zdrowia są wadliwe rozwiązania z punktu widzenia mechanizmów rynkowo-finansowych. Przede wszystkim należy wymienić 20-procentową partycypację społeczeństwa. Najważniejsze dla modelu powinno być masowe uczestnictwo w systemie DPUZ. Jest to możliwe, gdy oferuje się realną wartość dodaną w postaci liczby lub jakości usług

(wg europejskich opracowań na temat satysfakcji pacjentów szybki dostęp do usług, w tym wypadku zabiegów i operacji).

Jakie są wady przedstawionego projektu?

Nie ma w nim elementu produktu atrakcyjnego dla potencjalnych doubezpieczonych. Oferuje się im w zamian nieprecyzyjny *ponadstandard* w postaci możliwości wyboru lekarza oraz lepszego wyżywienia. W związku w tym istnieje wysokie ryzyko, że zakładany poziom uczestnictwa sięgnie jedynie 3–5 proc., co może spowodować, iż model przepływów finansowych (PUZ-NFZ-DPUZ) załamie się.

Ponadto należy stwierdzić, że przedmiotowa propozycja petryfikuje obecny system w ramach powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ) zakładając, że aby świadczeniodawca mógł uczestniczyć w systemie DPUZ, musi mieć podpisany kontrakt z NFZ w ra-

terpretować również w ten sposób, że zasady regulujące system ochrony zdrowia powinny być tak skonstruowane, aby dostęp do świadczeń medycznych był swobodny. Jest to coraz częstszy postulat społeczeństwa polskiego.

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

Aby projekt powiódł się, należy prawidłowo sformułować jego założenia, a następnie stworzyć mechanizmy rynkowe jego rozwoju. System musi być masowy w odbiorze i atrakcyjny dla rynku ubezpieczeniowego. W przeciwnym wypadku może się nie powieść.

Ile zyskałby na tym polski system ochrony zdrowia?

Precyzyjnej odpowiedzi na to pytanie można udzielić dopiero po przeprowadzeniu wielu skomplikowanych analiz. Proste przełożenie, zawarte w projekcie ministerialnym, mówiące o tym, iż pieniądze, które wpły-

„ Proste przełożenie zawarte w projekcie ministerialnym, mówiące o tym, iż pieniądze, które wpłyną do systemu, pokryją obecne zadłużenie szpitali (czyli *brakujące fundusze w systemie*), wydaje się złudne ”

mach PUZ. Taki wymóg powoduje relatywnie mniejszą motywację świadczeniodawców (głównie szpitali publicznych) do podnoszenia jakości usług i uniemożliwia pacjentom wybór, w ramach ubezpieczeń dobrowolnych, najlepszych świadczeniodawców na rynku. Potencjalnie zwiększa także wpływ administracji publicznej na system i jakość świadczeniodawców w ubezpieczeniach prywatnych, a co za tym idzie – możliwość niedopuszczenia nowych świadczeniodawców. To zaś może spowodować obniżenie atrakcyjności całej branży medycznej dla potencjalnych inwestorów.

Należy jednocześnie podkreślić, że koncepcje DPUZ nie są nowe. Dawno już wprowadziły je dwa najstarsze europejskie systemy ubezpieczeń zdrowotnych (chorobowych): bismarckowski – niemieckich kas chorych i francuski – scentralizowany, terytorialny system zabezpieczenia społecznego (*Secourite Sociale*). W ostatnich dziesięcioleciach DPUZ znalazły się również w *prawdziwie* budżetowych systemach finansowania opieki zdrowotnej, m.in. w Wielkiej Brytanii i Irlandii, wprowadzając nowe zasady w funkcjonowaniu Narodowej Służby Zdrowia (NHS).

Dostępność obywateli, czyli *każdego*, regulują przepisy konstytucji. Wprawdzie gwarantuje ona solidaryzm społeczny, ale chyba nikt nie ma złudzeń, że system ochrony zdrowia może być nieograniczony, jeśli chodzi o powszechność świadczeń medycznych, ich zakres i standardy. Obszar gospodarki związany z ochroną zdrowia jest społecznie wrażliwy. Wrażliwość można in-

nać do systemu, pokryją obecne zadłużenie szpitali (czyli *brakujące fundusze w systemie*), wydaje się złudne. Refundacja z budżetu państwa części kosztów polisy to obietnica mało realna i w dodatku wymagająca specjalnych rozwiązań formalnoprawnych.

Czy przeszkodą w stworzeniu systemu nie będzie brak koszyka świadczeń gwarantowanych i rzetelnej wyceny procedur medycznych?

Poprawnością metodologiczną budowania dobrowolnych suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych jest wyraźne określenie, czego nie kontraktuje i nie finansuje system powszechnego ubezpieczenia. Brak koszyka jest więc w pewnej mierze realną przeszkodą w zbudowaniu dobrowolnych ubezpieczeń suplementarnych.

Do innych przeszkód należy zaliczyć brak realnej wyceny świadczeń medycznych i rzetelnej procedury liczenia kosztów usług medycznych. Ponadto, aby mechanizm dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zaczął funkcjonować, należy wdrożyć takie mechanizmy, które sprawią, że stanie się on atrakcyjny dla potencjalnych ubezpieczycieli.

Konfederacja Pracodawców Polskich bardzo pozytywnie ocenia projekt nabywania produktów DPUZ dla grup pracowników przez pracodawców. Druga propozycja to umożliwienie ich kwalifikowania jako świadczeń socjalnych finansowanych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFSS).

Rozmawiał Jacek Szczęsny