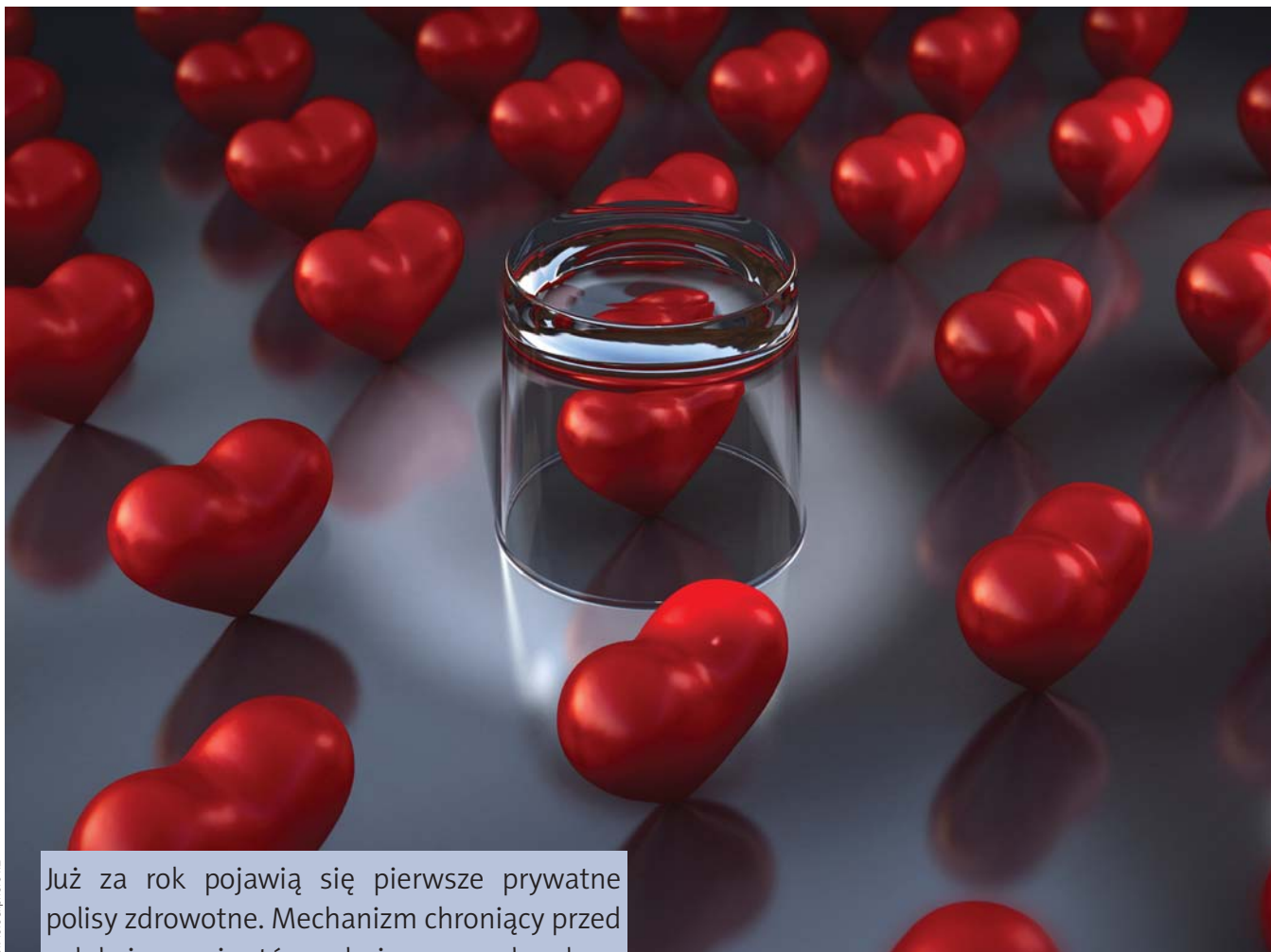


Ubezpieczenia dodatkowe z bezpiecznikiem

# Plan Więckowskiej



fot. iStockphoto.com

Już za rok pojawią się pierwsze prywatne polisy zdrowotne. Mechanizm chroniący przed selekcją pacjentów obejmowanych ubezpieczeniem to pomysł resortu zdrowia na reformę systemu.

Zmiany mają nastąpić szybko – media obiegrała wiadomość, że NFZ będzie miał prywatnych konkurentów już w 2012 r. Na razie konkurencja ograniczy się do dwóch województw, pomorskiego i dolnośląskiego, gdzie będą przeprowadzane pilotaże nowych rozwiązań. Nowy system w całym kraju ma działać od 2014 r.

## Tajne przez poufne

Szczegółów, do czego zdążyliśmy się już przyzwyczaić, na razie nie ma. Minister Ewa Kopacz zapowia-

da „szeroką debatę” nad ubezpieczeniami i deklaruje, że nie mogą to być rozwiązania stanowiące „coś ekskluzywnego”. – *Nie możemy łamać artykułu 68. Konstytucji* – deklarowała w Krynicy. Rozwiązania mają więc gwarantować równy dostęp do świadczeń medycznych. – *Zarówno temu, kto płaci, jak i temu, kto nie płaci, bo po prostu nie ma pieniędzy* – mówiła Kopacz.

## Model holenderski

Debata publiczna już się toczy – na razie, skoro brak projektów ministerialnych, wokół rozwiązań uznanych za wzorcowe przez firmę Ernst&Young. Doktor Barbara Więckowska z SGH za system najbardziej sprzyjający konkurowaniu o pacjenta uznała rozwiązania funkcjonujące w Holandii – dodajmy –

kraju, który rynkowy, dobrowolny system w różnych wariantach realizuje od ponad 60 lat.

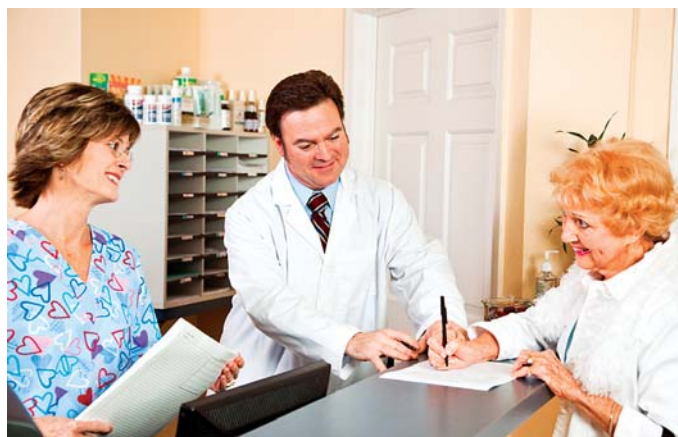
System holenderski ma dla decydentów dwie niezwykle atrakcyjne cechy. Po pierwsze – jest bardzo pozytywnie oceniany przez pacjentów. W rankingach Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia od lat zajmuje bardzo wysokie pozycje, a od 2008 r. pierwsze miejsce, jeśli chodzi o zadowolenie pacjentów. Po drugie – rozwiązania wprowadzone powszechnie w Holandii w 2006 r. gwarantują, że firmy ubezpieczeniowe nie będą wybierać sobie z całej populacji osób zdrowych, młodych i dobrze zarabiających. Istnieje w nim wiele zabezpieczeń, np. takie, które zobowiązuje firmę do zawarcia umowy z osobą wyrażającą taką chęć. Jak podkreśla dr Więckowska, gdyby nie to zabezpieczenie ubezpieczyciele byłiby zainteresowani wprowadzaniem różnego rodzaju nieformalnych barier (mówiąc schematycznie, np. lepszym finansowaniem tych rozwiązań, z których korzystają młodzi i zamożni obywatele). Zasadniczo ubezpieczalnie obejmują swoim zasięgiem pacjentów z całego kraju, ale od tej reguły jest sporo wyjątków – te firmy, które mają mniej niż 850 tys. ubezpieczonych, mogą oferować polisy tylko w jednej lub kilku prowincjach. To o tyle ciekawe, że brak ograniczeń regionalnych w dostępie do ubezpieczeń dr Więckowska podaje jako jeden z warunków uznania systemu za konkurencyjny.

### Ograniczona konkurencja

Od 2006 r. Holendrzy obowiązkowo wybierają jednego z działających na rynku prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych. Ubezpieczyciele konkurują ze sobą ceną ubezpieczeń i pakietem dodatkowych usług, które można wykupić ponad standard leczenia. Składki są zróżnicowane, ale wszyscy pracownicy płacą 7 proc. dochodu do tzw. funduszu wyrównawczego (te wydatki następnie rekompensują im pracodawcy).

Do funduszu wyrównawczego odprowadzają też pieniądze ubezpieczyciele. Gdy wśród klientów przeważają osoby z grupy niskiego ryzyka, dopłacają do funduszu. Jeśli ponoszą koszty wynikające z wysokiego ryzyka swoich klientów, dostają wyrównanie. Klienci zaliczani są do homogenicznych grup pod względem przewidywanych przyszłych kosztów ochrony zdrowia na podstawie m.in. wskaźników kosztów opartych na diagnozie i przepisywanych lekach (poprzednio przepisywane leki i diagnozy z wcześniejszych hospitalizacji). To uzupełnienie obowiązującego już wcześniej przyporządkowania do grupy ryzyka, o którym decyduje płeć, wiek, wskaźniki niepełnosprawności i statusu społeczno-ekonomicznego.

Mechanizm wyrównawczy jest dość prosty: pojedyncza płatność z tytułu wyrównania ryzyka jest równa przewidywanym kosztom ochrony zdrowia opartym na indywidualnych czynnikach ryzyka i formule



„ Do funduszu wyrównawczego odprowadzają pieniądze także ubezpieczyciele. Gdy wśród klientów przeważają osoby z grupy niskiego ryzyka – dopłacają, gdy wysokiego ryzyka – dostają wyrównanie ”

wyrównania, pomniejszonym o stałą kwotę, która dla osoby dorosłej wynosi 50 proc. przewidywanych średnich krajowych kosztów ochrony zdrowia na osobę.

### Oferta dodatkowa

Przy wyborze ubezpieczyciela równie ważna jak cena polisy jest dodatkowa oferta firmy. W 2010 r. blisko 87 proc. populacji wykupiło dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, prawie zawsze u tego ubezpieczyciela, który zapewnia podstawową ochronę. W zakres dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń wchodzi świadczenia nieobjęte „pakietem bazowym”, a więc np. opieka dentystryczna dorosłych, fizjoterapia, okulary, medycyna alternatywna i operacje kosmetyczne.

Ubezpieczyciele mają swobodę zawierania umów ze świadczeniodawcami (to jedno z nielicznych kryteriów oceny konkurencyjności, które spełniamy już w tej chwili) i motywowania pacjentów do korzystania z usług preferowanych świadczeniodawców. Co ważne dla tego mechanizmu – ceny usług, z niewielkimi wyjątkami, są ustalane przez rząd.

Podkreślmy: autorzy raportu Ernst&Young uważają, że zakazy i nakazy nie wystarczą, musi powstać mechanizm finansowy, który wyrówna firmom ubezpieczeniowym koszty związane z ubezpieczaniem ludzi starszych i mniej zamożnych. A ten może się okazać rozwiązaniem kosztownym. Warto o tym zastrzeżeniu pamiętać w przyszłości, gdy zaczną się już prace nad projektem ustawy o ubezpieczeniach dodatkowych.

Sylwia Szparkowska  
Autorka jest dziennikarką „Rzeczpospolitej”