

Firmy ubezpieczeniowe kontra firmy farmaceutyczne

Leki nie, polisy tak



fot. images.com/Corbis

Przez kilka ostatnich lat nasłuchaliśmy się o koncernach farmaceutycznych, które w sposób bardziej i mniej nieformalny starają się wyciągać pieniądze z naszego systemu opieki zdrowotnej. Tymczasem w tumanie kurzu unoszącym się wokół uporczywej walki resortu zdrowia z niecznymi koncernami farmaceutycznymi swoje interesy umiejętnie rozgrywają towarzystwa ubezpieczeniowe.

Co do firm farmaceutycznych – zaczęło się od ogłoszonej przez WHO w 2009 r. pandemii grypy AH1N1 i rekomendacji szczepienia przeciw temu wirusowi. Władze państwowe szczepionki wtedy nie zakupiły, ale żeby przykryć oczywiste zaniedbanie, zafundowały nam medialny spektakl. W rolach głównych wystąpiły: minister zdrowia chroniąca pacjentów przed szczepionką niemającą wszyst-

kich badań klinicznych, WHO rzekomo manipulowana przez ekspertów finansowanych przez koncerny farmaceutyczne, no i same koncerny, pragnące zbić fortunę na irracjonalnym społecznym lęku przed chorobą. Nie mówiono o rzeczywistej liczbie zachorowań i zgonów, liczbie powikłań poszczepiennych w innych krajach ani o obowiązkach państwa w zakresie ochrony przeciw-

epidemicznej. Na szczęście wirus okazał się mniej zjadliwy, niż się powszechnie obawiano.

Nieczne knowania

Powtórkę z rozrywki mieliśmy na początku tego roku, kiedy ponownie spowodowany przez władze państwowe bałagan przy wprowadzaniu ustawy refundacyjnej starano się zatuzować, mówiąc o niecznych knowaniach koncernów. Tym razem miały one wykorzystywać do własnych celów lekarzy i farmaceutów. Ponieważ media nie stanęły po stronie rządzących, mogliśmy usłyszeć, że i one są manipulowane. Potwierdzeniem tej insynuacji miały być olbrzymie fundusze przeznaczane przez koncerny na lobbing i działalność marketingową.

Nie da się ukryć, że koncernom można wiele zarzucić. Wystarczy przypomnieć, jak bezwzględnie walczyły o udziały w rynku poprzez starania o umieszczenie swoich produktów na kolejnych listach refundacyjnych. Można też przytoczyć przykłady korzystania z kancelarii prawnych i mediów w wypadku produkowanych przez nie bardzo drogich leków stosowanych w ramach farmakoterapii i chemioterapii niestandardowej. Tak więc nie jest to artykuł w obronie koncernów.

Ciszej jedziesz, dalej zajedziesz

To rosyjskie przysłowie jest powszechnie znane. Trudno mu także odmówić słuszności. W tumanach kurzu unoszącym się wokół uporczywej walki resortu zdrowia z niecznymi koncernami farmaceutycznymi swoje interesy umiejętnie rozgrywają towarzystwa ubezpie-

czeniuowe. Aż dziw, że mało kto zwraca uwagę na korzyści, jakie odniosły one w kilku ostatnich latach, a także jak umiejętnie nie dają się wmanewrować w eksperymenty rządzących. A było takich prób co najmniej kilka, a wokół kilku innych trwa cierpliwa praca.

Ubezpieczenie komunikacyjne OC

Wypada przypomnieć o jednej z inicjatyw prof. Religi, czyli obłożeniu ubezpieczycieli daniną od komunikacyjnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Kwoty płacone przez ubezpieczycieli miały finansować leczenie ofiar wypadków. Założenie było słuszne, bo sprawcy wypadków mogą być ścigani jedynie na drodze sądowej przez poszkodowanych. Szpitalom i innym podmiotom leczniczym za poniesione koszty roszczenie nie przysługuje, pomimo obietnic uregulowania tego problemu. Ostatecznie zaś leczenie ofiar wypadków odbywa się w ramach kontraktu z NFZ ze składki płaconej przez całe społeczeństwo. Wprowadzona ustawa została głośno oprotestowana przez przedstawicieli towarzystw ubezpieczeniowych, którzy podnosili argument konieczności podniesienia składki. Tak czy inaczej dzięki tej regulacji do systemu wpłynęło w roku 2007 ok. 170 mln zł, a w roku 2008 już ok. 680 mln zł.

Nie da się ukryć, że konsumowanie tych funduszy było utrudnione, ponieważ niezbyt szczęśliwie nie uznano ich za ryczałt trafiający do systemu, lecz rozliczano z niego odrębnie każde świadczenie dla ofiar wypadków. Problemy z tym związane, dynamiczny wzrost ściąganej podstawowej składki zdrowotnej w tym okresie i umiejętne zabiegi lobbystów towarzystw ubezpieczeniowych spowodowały, że w 2008 r. ustawę ponownie zmieniono i lekką ręką zrezygnowano z tych pieniędzy. Można żałować, że w systemie brakuje teraz prawie miliarda złotych rocznie, ale równocześnie nikt chyba nie zauważył, aby polisy komunikacyj-

Robert Gwiazdowski

niezależny ekspert medyczny



foto: Szymon Laszewski/Fotografpa/Parkiet

Rynek ubezpieczeniowy w sektorze medycznym od dawna wymagał wsparcia. Ale czy aż takiego?

Na pewno nie. I moim zdaniem to, że firmy ubezpieczeniowe są największym beneficjentem pakietu nowych ustaw medycznych – to nie cała prawda. Gdyby sprawę rozpatrywać teoretycznie: po korzystnych zapisach ustawowych na nasz rynek powinny się rzucić wszystkie firmy ubezpieczeniowe działające w jego otoczeniu. I konkurować cenami. Tymczasem na ten rynek „rzuciła się” tylko jedna firma, Powszechny Zakład Ubezpieczeń.

Żadne inne towarzystwo ubezpieczeniowe nie ruszyło z grą rynkową, nie oferowało niższych cen. To znaczy, że w ocenie konkurentów PZU ten potencjalnie lukratywny rynek w tej chwili jest obciążony zbyt dużym ryzykiem. Rozumiem intencje ustawodawcy, który chciał prawnymi zapisami uspokoić pożądane na naszym rynku firmy ubezpieczeniowe i pozyskać pożądany na naszym rynku kapitał – gwarancjami. Warto było ich udzielić. Tyle że diabeł tkwi w szczegółach, a czasem w tym, że jedna firma ubezpieczeniowa gotowa jest do podjęcia ryzyka, a inne udzielonych gwarancji nie uznają za wiarygodne.

nego OC zostały obniżone. Beneficjent był jeden.

Stan niepewności

Każdy dyrektor szpitala, ale też np. każdy lekarz przedsiębiorca, uważa, że stawki obowiązkowych ubezpieczeń OC od działalności medycznej z roku na rok są coraz wyższe. Tłumaczy się to najczęściej rosnącą świadomością pacjentów, którzy zaczynają dochodzić swoich roszczeń, oraz coraz wyższymi kwotami odszkodowań. Jednakże nigdy nie opublikowano informacji, jakiej wysokości odszkodowania wypłacono łącznie pacjentom w którymkolwiek roku oraz jaki był zysk bądź jaka strata towarzystw z racji ubezpieczenia szpitali i przychodni. Tymczasem składka ubezpieczeniowa płacona przez podmioty lecznicze, według szacunków Polskiej Izby Ubezpieczeń, wyniosła w 2010 r. niemal 110 mln zł. Na jej wysokość istotny wpływ ma określenie w rozporządzeniach ministra finansów kwoty minimalnych sum gwarancyjnych na jedno i wszystkie zdarzenia. Podobno stawki wynikają

z prawodawstwa unijnego i dlatego znajdują odzwierciedlenie w kwotach denominowanych do euro. Obyśmy zawsze tak przestrzegali prawa unijnego, wypłacali odszkodowania w wysokości porównywalnej z UE i przeznaczali pieniądze na system także w porównywalnej wysokości! Zresztą nie słyszałem, żeby w UE minimalne sumy gwarancyjne wynosiły 100 tys. euro na jedno zdarzenie i 500 tys. euro na wszystkie, a takie są obowiązujące stawki dla szpitali od 1 stycznia, wynikające z rozporządzenia ministra finansów. Już na marginesie dodam, że projekty rozporządzeń z sierpnia i października ustalały minimalne kwoty w wysokości 200 tys. i 1 mln euro. Czyżby zastosowano jakąś promocję?

Od zdarzeń medycznych

Najnowszym uzupełnieniem obowiązkowych danin jest ubezpieczenie od zdarzeń medycznych, wynikające z zapisów ustaw o działalności leczniczej i ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Ciekawe, że ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej w art. 17

Rafał Niżankowski

b. wiceminister zdrowia

Sam pomysł nie jest zły, zawiodło wykonanie. Gdy przeglądam zapisy ustawowe z szeroko pojętego pakietu Ewy Kopacz z ubiegłego roku, widzę, że zaakceptowane przepisy zbliżają nas do modelu skandynawskiego. Czyli takiego, który nieźle funkcjonuje, który chcielibyśmy mieć. I ministerstwo, i lekarze, i pacjenci.

I widzę jeszcze jedno: przy przenoszeniu tamtych rozwiązań zbyt mało było inwencji, zbyt mało dbałości o szczegóły. Zbyt mało przewidywania, jak tamte rozwiązania sprawdzą się na naszym rynku, jakie rafa czekają nasz system ochrony zdrowia po wprowadzeniu rozwiązań sprawdzających się gdzie indziej. Jak przed tymi rafami się zabezpieczyć. Zapisy prawne korzystne dla firm ubezpieczeniowych wyglądają mi na „skok na główkę”, na napisane na wyrost, w zupełności odezwane od zapisów obowiązujących w otoczeniu całej ochrony zdrowia. Prawnie usytuowano firmy ubezpieczeniowe tak jak w systemach, do których dążymy. Tyle że otoczenie polskiej ochrony zdrowia działa nieco inaczej niż otoczenie tamtych systemów. Stąd kłopot.



foto: Paweł Ulatowski/Agencja Gazeta

ust. 1 pkt 4 zawarł obowiązek zawierania przez podmiot leczniczy ubezpieczenia z dwóch tytułów: odpowiedzialności cywilnej i zdarzeń medycznych. Żeby było bardziej interesująco, do zdarzeń medycznych dochodzi – według legislatorów – tylko w szpitalach, ponieważ to one zostały obciążone tym obowiązkiem. Tak jakby pacjent ponosił inną szkodę np. w wyniku porady zabiegowej w poradni specjalistycznej i w trakcie zabiegu podczas leczenia szpitalnego bądź w wyniku postawienia niewłaściwej diagnozy w przychodni lub w szpitalu. Ponieważ ustawa nałożyła obowiązek wypłaty odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych na ubezpieczyciela, a nie przewidziała wypłaty przez sprawcę szkody, pojawiło się niebezpieczeństwo, że stawki ubezpieczeniowe z tytułu realizacji ustawy nie pokryją kosztów wypłacanych odszkodowań. Kolejnym dylematem jest to, czy należy się ubezpieczać z obu tytułów odrębnie, czy można to zawrzeć w jednym ubezpieczeniu. Jedynym aktem prawnym jest wyżej wymienione rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. (dotyczące ubezpieczenia OC), w którym ustalono wyższe sumy gwarantowane dla

szpitali. Nie istnieje rozporządzenie dotyczące stawek gwarantowanych w wypadku zdarzeń medycznych. Także Ministerstwo Zdrowia jedynie wszczęło prace nad rozporządzeniem w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalenia świadczenia w wypadku zdarzenia medycznego. Nie wiadomo, jak się ubezpieczyć, jakie są kwoty gwarantowane i jakie będą warunki wypłat. Nic dziwnego, że w sytuacji takiej niepewności co do skali potencjalnych roszczeń pacjentów, wysokości orzekanych przez komisje odszkodowań i braku podstawowych aktów prawnych – ubezpieczyciele zrezygnowali. Jedynym chętnym okazał się PZU. No i kolejny monopolista, po pogonieniu Eureko ponownie państwowy, podyktował ceny zapewniające mu „godziwy” zysk. To zaś wywołało ogólnokrajowy protest szpitali przeciw podpisywaniu umów na irracjonalne stawki. O skali anarchii świadczą doniesienia medialne o konfederowaniu się szpitali przeciw stawkom ubezpieczenia, zabranianiu podpisywania umów przez organy założycielskie itp. A przecież z ustawy wynika, że niezawarcie umowy ubezpieczenia obliguje wojewodę do wykreślenia szpitala z rejestru

podmiotów leczniczych, a NFZ do zerwania kontraktu. O tym, że jakieś układy pomiędzy resortem a ubezpieczycielem musiały istnieć, świadczy to, że niemal natychmiast poinformowano, że ministerstwo będzie rozmawiać z ubezpieczycielem na temat obniżenia stawek. Co to może znaczyć? Że ministerstwo wie, że stawki były zawyżone, czy może – że zależna od państwa spółka akcyjna obniży stawki ubezpieczenia, godząc się na straty? O nerwowości resortu świadczy informacja o potencjalnej zmianie ustawy o działalności leczniczej z odstąpieniem od obligatoryjności ubezpieczenia od zdarzeń medycznych na rzecz ich fakultatywności. Ale według ustawy o prawach pacjenta, jak wyżej wspomniano, płatnikiem odszkodowań jest ubezpieczyciel. Jeżeli jego zabraknie, to kto wypłaci odszkodowanie?

Precz z abonamentami

Kolejnym obszarem, w którym towarzystwa ubezpieczeniowe chciały dopomóc pacjentom, a przy okazji zarobić, jest możliwość zawierania umów ubezpieczeń dodatkowych. Konsultowane od wiosny ubiegłego roku projekty ustawy, która w zamierzeniu miała poprawić dostęp do usług zdrowotnych za dodatkową składkę, ciągle nie mogą się doczekać rozpoczęcia prac w Sejmie. Trudno się temu dziwić, bo podstawowym problemem ustawy jest brak zdefiniowanego produktu, którego ustawa miałaby dotyczyć. Przy kosztyku świadczeń gwarantowanych obejmującym praktycznie wszystkie świadczenia i braku opisanych standardów udzielania świadczeń nie ma miejsca ani na ubezpieczenia komplementarne, ani na suplementarne. Idea dodatkowego ubezpieczenia się od kolejki oczekujących do świadczenia gwarantowanego jest, delikatnie mówiąc, niekonstytucyjna. Dla władz państwowych i dla towarzystw ubezpieczeniowych uchwalenie tej ustawy oznaczałoby podjęcie ryzyka, że pierwszych tysięcy osób po uzyskaniu świadczeń w szpitalach

publicznych, wykorzystując instytucję pozwu zbiorowego, zażąda zwrotu wpłaconych składek ubezpieczenia dodatkowego.

Mimo to warto czytać projekty, które od przedłożenia na wiosnę do wersji z sierpnia 2011 r. i tak mocno ewoluowały. Ich autorzy ciągle jednak dążą do tego, aby wyeliminować z rynku tzw. abonamenty medyczne, czyli możliwość zakupu gotowości do udzielania usług medycznych przez zakłady pracy dla swoich pracowników bezpośrednio w podmiotach leczniczych. Znowu ramię w ramię zaproponowano możliwość finansowania ubezpieczeń dodatkowych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, a mniej więcej w tym samym czasie uznano abonamenty na świadczenia medyczne za nieodpłatne świadczenie na rzecz pracownika i nakazano płacić od tego podatek.

Nie mogąc jeszcze robić interesów, podejmuje się działania, aby usunąć z rynku konkurencję. Może dość dziwną konkurencję, ale jednocześnie jedyną przeciwwagę dla publicznej służby zdrowia.

Lis w kurniku

Za drzwiami stoi już kolejny projekt resortu, opracowany za kadencji Ewy Kopacz – demonopolizacja NFZ. Projekt jeszcze nie ujrzał światła dziennego, ale znane są jego założenia. NFZ nie zostanie podzielony na kilka publicznych funduszy, które mogłyby w przyszłości zostać sprywatyzowane. Nieruchawy, niedofinansowany NFZ ma konkurować z prywatnymi podmiotami, które będą mogły przejmować składkę zdrowotną, a za nią kupować świadczenia. Nie są znane zasady, na jakich towarzystwa ubezpieczeniowe mają prowadzić akwizycję, a informacje płynące z resortu są sprzeczne. Z jednej strony, w programie wyborczym PO zapisano, że każdy będzie mógł wybrać sobie ubezpieczyciela, z drugiej strony, nie będzie to „związane z zasobnością portfela”. Jak połączyć ogień z wodą i sprawić, aby do nowych funduszy nie zapisywali się

Bolesław Piecha

przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia



fot. DZIKI

W reformie polskiej ochrony zdrowia obecna ekipa rządząca postawiła na tempo, a nie na jakość. Hurra i na okopy. Ktoś, kto wydaje taką komendę, musi się liczyć z ewentualnością strat. Toteż straty są. Tego, z czym mieliśmy do czynienia przy wprowadzaniu ustawy refundacyjnej, nie można określić innym słowem niż skandal. To samo z kolejnymi ustawami. Są pośród nich takie, które mają motywację polityczną. Są i takie, gdzie motywacja nie jest polityczna, intencja jest zbożna, pod tą intencją mogłyby się podpisać wszystkie siły polityczne w Polsce. Ale – i mówię to z zalem – nie ma pośród tych ustaw takich, które nie zawierałyby poważnych niedoróbek. Tak też patrzę na te ustawy, które doprowadziły na naszym rynku do nadmiernego uprzywilejowania firm ubezpieczeniowych. Nie sądzę, by wynikało to z faktu, że ustawodawcy ulegli jakiemuś konkretnemu lobby. Obawiam się, że kiepskie zapisy ustawowe to zwyczajnie efekt niedopatrzeń, niechlujstwa, braku kontaktu ich autorów z rzeczywistością.

„młodzi i zdrowi”, a w NFZ nie pozostali „starzy i chorzy” – wiedzą chyba tylko pomysłodawcy.

Gra idzie o ponad 60 mld zł składki. Jeżeli prywatne towarzystwa przejmą tylko 50 proc. tej kwoty i osiągną 10 proc. zysku, to mówimy o 3 mld zł wypływających z systemu. A przecież prywatny ubezpieczyciel nie podejmie się realizowania usługi *not for profit*. No i prawdopodobnie nie będzie jej realizował jak NFZ za 1 proc. ściąganej składki. Będzie pewnie znacznie sprawniejszy, ale i znacznie droższy.

Oby było jak w Ameryce

W 1999 r. rozpoczęliśmy tworzenie systemu ubezpieczeniowego opieki zdrowotnej. Nie da się ukryć, że nieszczególnie się nam to udało. Z jednym płatkikiem, wszechobecnymi limitami tworzącymi quasi-budżety podmiotów leczniczych, dominacją sektora publicznego, wszechobecnymi ingerencjami politycznymi – stoimy okrakiem pomiędzy systemem ubezpieczeniowym a czymś w rodzaju systemu zabezpieczeniowego Beveridge'a. Obecne władze państwowe zamiast pracować nad jego naprawą, skupiają się nad tym, kto i jak ma operować pieniędzmi przeznaczonymi na jego

działanie. Kierując zbyt skromne środki, proponują jednocześnie ich część oddać prywatnym ubezpieczalniom, nie mając gwarancji, że to działanie poprawi system. Widząc, że środków brakuje, chcą zaproponować ludziom, aby dopłacili za swoje leczenie, ale znowu... poprzez prywatnych ubezpieczycieli.

Metodologicznie to brzmi dobrze – wszak budujemy system ubezpieczeniowy. Tyle że w Europie robi się to cokolwiek inaczej. Jeżeli natomiast chcemy, aby było jak w Ameryce, to musimy pamiętać, że tam, owszem, głównym graczem systemu są ubezpieczyciele, ale jednocześnie jest to najdroższy system na świecie. I wcale nie zapewnia najlepszych wskaźników zdrowotności społeczeństwa.

Prywatne to wcale nie znaczy złe, wręcz przeciwnie, może być wzorem efektywności dla instytucji publicznych. Ale oddając w prywatne ręce pieniądze na leczenie obywateli, trzeba określić zadanie i zbudować system, np. na wzór tego, który obowiązuje w Holandii. Obecne relacje pomiędzy towarzystwami a władzami państwowymi wskazują, że towarzystwa wiedzą, czego chcą, władze zaś chyba niespecjalnie.

Maciej Biardzki