



graf. natasha

Ubezpieczenia dodatkowe – projekt Ministerstwa Zdrowia

Diabeł tkwi w szczegółach

Dorota Sala

Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało projekt wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Projekt powstał w resorcie we współpracy z Polską Izbą Ubezpieczeń. Z publicznych wystąpień Piotra Kulpy i Anatola Gołębia, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jasno wynika, że celem tego projektu jest zwiększenie środków finansowych przekazywanych do dyspozycji świadczeniodawców. Obydwaj przedstawiciele resortu zdrowia powołują się na dane OCDE, mówiące o jednym z najniższych poziomów finansowania polskiej opieki zdrowotnej wśród tych krajów (4 proc. Produktu Narodowego Brutto).

Piotr Kulpa, dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych, używa pojęcia II i III filaru, a więc terminologii stosowanej przy okazji reformy ubezpieczeń społecznych. Pierwszy termin, tzw. filar II, oznacza ubezpieczenie równoległe do istniejącego w systemie publicznym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakres polisy II filaru obejmowałby lub raczej duplikował świadczenia dostępne w pu-

blicznym systemie, czyli w filarze I. Aby skorzystać z II filaru należy być uczestnikiem I: podstawowego i obowiązkowego. Nasuwa się więc pytanie, co ma stanowić zachętę do przystąpienia do II filaru ubezpieczenia zdrowotnego?

Trzy nogi projektu

Pomysłodawcy projektu liczą, że prywatna firma ubezpieczeniowa spowoduje wzmocnienie ro-

li pacjenta w stosunku do świadczeniodawców, wymuszając pomiędzy nimi konkurencję, a tym samym lepszą jakość usług medycznych. Jak przyznają, rozwój tego typu ubezpieczenia będzie uzależniony od systemu podatkowego, zwłaszcza od ulg podatkowych dla osób fizycznych.

Z II filarem w sposób ścisły powiązany jest rozwój filaru III, czyli ubezpieczeń dodatkowych. Zakres ubezpieczeń dodatkowych obejmowałby usługi *assistance*, tj. poprawiające wygodę i poczucie bezpieczeństwa ubezpieczonego. Inaczej mówiąc – pomoc pielęgniarską, transport do i z placówki medycznej, wyższy standard żywienia, pokój z pojedynczym łóżkiem oraz – co wydaje się niezwykle istotne z punktu widzenia potencjalnego ubezpieczonego – możliwość wyboru lekarza.

Zasadniczym czynnikiem ograniczającym projekt jest oczywiście art. 68 Konstytucji, mówiący o równym dostępie do usług zdrowotnych. Przez wzgląd na ten zapis twórcy projektu nie są w stanie zaproponować mechanizmu wprost umożliwiającego ominięcie kolejki. A możliwość ominięcia kolejki, czyli przyspie-

wyównanie poniesionych kosztów leczenia pomiędzy ubezpieczycielami. W tym celu prawdopodobnie powstanie odpowiedni fundusz zajmujący się zmniejszaniem dysproporcji finansowych.

Prywatni na rynku

Kolejnym pomysłem jest mechanizm finansowania usług medycznych przez prywatne firmy ubezpieczeniowe. Towarzystwa ubezpieczeniowe mają pokrywać część kosztów leczenia wg ceny NFZ-u. Część ta nie jest jeszcze ustalona, ale mówi się o udziale 35–55 proc. Resztę za ubezpieczonego zapłaci NFZ, zyskując jednocześnie nowe źródło finansowania świadczeń medycznych i możliwość motywowania świadczeniodawcy przez dodatkową gratyfikację. Szpital zyskałby w ten sposób dodatkowo nawet 30 proc. Założeniem twórców tego projektu jest wzmocnienie roli świadczeniodawcy jako *gate keepera* systemu, a więc tego, który decyduje o leczeniu pacjentów. Składka roczna w podstawowym standardzie ma wynosić ok. 380 zł, a przy wysokim standardzie do 582 zł.

” Pomysłodawcy projektu liczą, że prywatna firma ubezpieczeniowa spowoduje wzmocnienie roli pacjenta w stosunku do świadczeniodawców ”

szczenia dostępu do świadczeń jest szeroko oczekiwaną potrzebą społeczną, wiązaną z dodatkowymi ubezpieczeniami II i III filaru.

Solidaryzm społeczny

Kolejnym założeniem jest nierozzerwalne traktowanie filarów II i III. Ubezpieczenia będą one sprzedawane w sposób nierozłączny, ponieważ inaczej straci sens produkt ubezpieczeniowy równoległy do systemu publicznego. Ubezpieczenie II filaru zyskuje, jeśli pojawi się nierozłączenie z filarem III. Projekt zakazuje ubezpieczycielowi różnicowania składki ze względu na wiek czy stan zdrowia. A więc znane pojęcie solidaryzmu społecznego pozostaje w dalszym ciągu aktualne i wzmocnione zastosowaniem *community rating* (wskaźnika określającego ryzyko medyczne w oparciu o dane populacji). Wskaźnik ten pozwala na skuteczne kierowanie środków finansowych tak, aby trafiały do świadczeniodawców ponoszących rzeczywiste koszty leczenia. Tym niemniej szpital nie będzie mógł zakontraktować więcej niż 50 proc. swoich usług dla ubezpieczeń prywatnych. *Community rating* ma spowodować

W ogniu krytyki

Podczas publicznej prezentacji projekt ministerstwa spotkał się z krytyką. Pozwolę sobie podzielić się również kilkoma własnymi wątpliwościami.

Obserwacja polskiego systemu ochrony zdrowia od 1991 r. skłania do zastanowienia się, czy zostało kiedykolwiek postawione pytanie, co jest jego głównym problemem? Czy brak środków finansowych? Taką właśnie tezę stawiają twórcy projektu ministerialnego. Oczywiście, tezę popierają dane OCDE, pomijana jest natomiast ocena funkcjonowania systemu i poziom satysfakcji pacjentów. A ten właśnie wskaźnik jest w porównaniu z Europą na bardzo niskim poziomie. Teza nie odnosi się również do poziomu skuteczności leczenia w Polsce. Wystarczy przejrzeć dane epidemiologiczne, mówiące o zastraszająco niskim poziomie leczenia, np. onkologicznego. Jakość usług medycznych wydaje się być rozumiana jedynie jako uprzejmość personelu medycznego, czas oczekiwania na usługę, komfort miejsca, a więc wszystko to, co pacjent jest w sta-

nie ocenić sam. Nie będąc w stanie ocenić wiedzy i doświadczenia lekarza, pacjent zmuszony jest posiłkować się opinią uznaną w środowisku. W związku z tym nie dziwi fakt, że w Polsce bardziej wykształcony pacjent, czyli ten posiadający większy dostęp do informacji, uzyskuje skuteczniejsze leczenie. Na szczęście poziom wykształcenia różnie, ale nie jest on bynajmniej czynnikiem warunkującym poprawę satysfakcji pacjentów. Wręcz przeciwnie, powoduje większe ich wymagania i wyższy poziom niezadowolenia.

czuwanej przez pacjenta, ale również skuteczności leczenia, skoro w cytowanym art. 68 wyrównuje się nam dostęp do opieki medycznej?

Pytania, pytania...

Być może, jak zostało powiedziane w czasie publicznej prezentacji projektu *istnieją restauracje, gdzie kelnerzy obsługują tak samo wszystkich klientów, ale dostają różne napiwki*. Pytanie tylko, czy klienci zgodzą się płacić za to równe traktowanie więcej? Pytań zresztą jest więcej. Na przykład, w jaki sposób ma działać fundusz

” Zasadniczym czynnikiem ograniczającym projekt jest oczywiście art. 68 Konstytucji, mówiący o równym dostępie do usług zdrowotnych ”

Czy ulgi podatkowe zachęcą nas do masowego kupowania polis filaru II i III? Być może w sytuacji coraz węższego dostępu do publicznego systemu zdrowia będzie to jedyny sposób zapewnienia sobie i rodzinie poczucia bezpieczeństwa. Ale czy o takie funkcjonowanie systemu publicznej opieki zdrowotnej nam chodzi? Tworzenia wąskich gardeł w dostępie do systemu już doświadczamy. Czy zatem można jeszcze bardziej pogłębiać tę sytuację – im gorzej, tym lepiej (dla niektórych)? Czy w takim razie aktualna infrastruktura i zasoby ludzkie sprostać wymaganiom firm ubezpieczeniowych?

Jakie możliwości będą miały firmy, których celem będzie nie tylko polepszenie jakości od-

wyównawczy pomiędzy prywatnymi instytucjami ubezpieczeniowymi? Kto będzie miał dostęp do danych osobowych wspomnianych firm?

Wskaźnik *community rating* stosowany jest pomiędzy instytucjami publicznymi, a jak wiemy ubezpieczenia spoza systemu publicznego nie mogą być regulowane przez państwa Unii Europejskiej. Doświadczenie ostatnich lat wskazuje, że diabeł tkwi w szczegółach, niestety, często pomijanych. Bez żywej dyskusji nad projektem nie osiągniemy wiedzy o priorytetach opinii publicznej niezbędnej do wprowadzenia innego rozumienia pojęcia dostępności usług medycznych.

dr Dorota Sala jest dyrektorem medycznym
Inter-Partner Assistance Polska SA

termedia
wydawnictwo

**Bezpłatny
dostęp**

do archiwum internetowego
czasopism

www.termedia.pl