

Reguły gry

Rozmowa z Witoldem Zarębą,
menedżerem Wydziału Ubezpieczeń Zdrowotnych
TU Allianz Życie Polska SA



foto: Archiwum

Jaką rolę i perspektywy rozwoju widzą państwo w dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych indywidualnych i grupowych?

Oferowane dzisiaj na polskim rynku ubezpieczenia zdrowotne bazują na ograniczonej dostępności do świadczeń finansowanych przez NFZ. Te produkty zaczynają się sprzedawać nieźle, natomiast musimy pamiętać o tym, że w portfelu dużych firm ubezpieczeniowych, takich jak Allianz, jest to znikoma część oferty. Uważam, że po wprowadzeniu odpowiednich uwarunkowań prawnych rynek dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych ma szansę być jednym z najdynamiczniej rozwijających się rynków w sektorze ubezpieczeniowym.

Jaki jest potencjał polskiego rynku w porównaniu z innymi krajami europejskimi?

Bardzo duży. W końcu startujemy prawie od zera. Nie powinno być istotnych różnic pomiędzy Polską a pozostałymi członkami UE. Oceniam, że docelowo dodatkowymi dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w Polsce będzie zainteresowane od 10 do 30 proc. społeczeństwa. Podstawowe znaczenie dla rozwoju tego rynku będą miały regulacje prawne – m.in. wprowadzenie koszyka usług czy ulgi podatkowe.

Czy wzbogacie swoją ofertę, jeśli rząd wprowadzi zmiany ustawowe dotyczące dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych?

Zdecydowanie tak. Do tej pory oferowane przez nas produkty ubezpieczeniowe skierowane były do klientów korporacyjnych. Teraz *starujemy* z indywidualnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Polisy będą dostępne w dwóch wariantach (dla jednej osoby oraz rodzinne). Zagwarantują one ubezpieczonym dostęp do specjalistyki ambulatoryjnej, wykonanie zleconych niezbędnych badań, a dzięki pakietowi usług *assistance* także dowóz leków, transport do szpitala, opiekę nad dziećmi w czasie

hospitalizacji etc. Oprócz tego klienci mogą wykupić dwie umowy dodatkowe. Jedna to pakiet rehabilitacyjny, a druga – refundacja wykonanych zdefiniowanych przez nas zabiegów operacyjnych. Oczywiście to jest oferta na dziś. Sądzę, że po wprowadzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych zainteresujemy się ubezpieczeniami refundującymi wykonanie procedur spoza koszyka.

Czy według państwa oceny, możliwe jest przełamanie w Polsce monopolu NFZ, jeśli chodzi o płacenie za usługi medyczne? Czy można mieć nadzieję na nowe regulacje prawne w tym zakresie?

Dla szpitali – jeśli chodzi o płatnika za świadczenia zdrowotne – monopolistą jest NFZ. To Fundusz ustala reguły gry poprzez kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Dopóki tak jest, dopóty żaden dyrektor szpitala nie będzie rzeczywiście zainteresowany współpracą z firmą ubezpieczeniową, tym bardziej że chcielibyśmy zapewnić dostęp do usług o wyższym standardzie, niż jest możliwe dzisiaj. Ustawa *O finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych* daje jednak pewne szanse na zmiany. Po pierwsze, mam na myśli kwestię odpisywania od dochodów kosztów poniesionych na dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Po drugie, zapis o możliwych zmianach w ustawie o zakładach opieki zdrowotnych, które umożliwiłyby kontraktowanie usług szpitalnych towarzystwom ubezpieczeniowym. Dzisiaj kontraktowanie usług medycznych w publicznych szpitalach budzi wiele kontrowersji, dlatego postanowiliśmy nie działać w ten sposób. Warto pamiętać, że wprowadzenie sensownie funkcjonującego systemu dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych to dla szpitali i przychodni szansa na pozyskanie dodatkowych pieniędzy, a także wzrost konkurencyjności na rynku usług medycznych.

Rozmawiała Małgorzata Wawrzyniak