



for. Archiwum ENEL-MED

Ubezpieczenia **hybrydowe**

Rozmowa z prof. Jarostawem J. Fedorowskim, wykładowcą *University of Vermont* w USA, dyrektorem medycznym CM Enel-Med w Warszawie

Jak pan ocenia możliwości rynku ubezpieczeń w Polsce z perspektywy doświadczeń Stanów Zjednoczonych?

Uważam, że rozwija się bardzo dynamicznie. W Stanach Zjednoczonych taki trend był wyraźnie widoczny w latach 80., szczególnie w Kalifornii. Współistniały tam różne formy ubezpieczeń: federalne, stanowe, prywatne, pracownicze, abonamentowe i mieszane. W tamtym czasie bardzo intensywnie rozwijały się organizacje koordynowanej ochrony zdrowia. W Polsce współistnieją dwa główne systemy. Pierwszy to publiczna ochrona zdrowia, finansowana w całości ze składek zdrowotnych, drugi zaś to prywatna ochrona zdrowia. W USA rynek jest już

stabilny, a zarazem bardzo zróżnicowany. Można się pokusić o stwierdzenie, że kto poznał amerykańską ochronę zdrowia, zna właściwie każdą formę ubezpieczeń zdrowotnych.

Na jaki model ubezpieczeń powinna się zdecydować Polska?

Uważam, że trzeba w pełni zaspokoić potrzeby zdrowotne ludzi starszych i tych, którzy nie mają pieniędzy (i raczej mieć ich nie będą) na finansowanie bezpośrednie czy wykupienie ubezpieczeń. Następny element systemu to ubezpieczenia prywatne. W tym segmencie powinny powstawać firmy ochrony zdrowia, oparte na planach abonamentów zdrowotnych, czyli odpo-

wiednik bardzo popularnych w USA organizacji typu HMO [dosł. organizacje podtrzymywania zdrowia – przyp. red.]. Są to instytucje sprzedające własne produkty w postaci abonamentu czy ubezpieczenia i jednocześnie świadczące usługi zdrowotne. Tym firmom zależy na utrzymaniu jak najlepszego zdrowia populacji, która jest pod ich opieką ubezpieczeniową i zdrowotną.

Czy Polskę stać na wprowadzanie tak dużych zmian w ochronie zdrowia?

Efekt działań nie zawsze zależy od wielkości nakładów finansowych. Dobrym przykładem są Stany Zjednoczone, gdzie rocznie na ochronę zdrowia przeznaczają się ok. 16 proc. (dane z 2004 r.) dochodu narodowego, czyli ok. 6,4 tys. dolarów na obywatela, a jednak pod względem jakości amerykańska ochrona zdrowia nie znalazła się nawet w pierwszej dziesiątce rankingu WHO. To najlepszy dowód na to, że nie jest ważne bogactwo kraju, ale efektywność wykorzystania funduszy. W USA zaledwie 4 proc. społeczeństwa pla-

niu jest zdecentralizowany. Działa tam kilka regionalnych funduszy ubezpieczeniowych, ale o zasięgu narodowym. Te fundusze, przez zabezpieczenie najlepszych usług w jak najlepszych szpitalach, mogą konkurować o pacjentów. I to konsument decyduje, w którym funduszu (składki w każdym są takie same, ustalone przez państwo) będzie się ubezpieczał. Ubezpieczenia są obowiązkowe, a za bezrobotnych i biednych składki płaci fundusz socjalny. Z praktyki Stanów Zjednoczonych polecałbym rozważenie wykorzystania doświadczeń systemu ubezpieczeń fundowanych przez pracodawców wraz ze zwolnieniami podatkowymi. Także przejście zakazu uzależnienia wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne pobieranej przez firmy ubezpieczeniowe od stanu zdrowia pacjenta. Ponadto wykorzystalbym rozwiązanie amerykańskie dotyczące honorariów lekarskich. Polega to na oddzieleniu wynagrodzeń lekarskich od pozostałych składników usługi medycznej. W praktyce lekarze rozliczają się z firmami ubezpieczeniowymi bezpośrednio.

” Zaledwie 4 proc. Amerykanów płaci ubezpieczenia z własnej kieszeni, bez pomocy pracodawcy. 58 proc. rynku ubezpieczeniowego to ubezpieczenia pracownicze ”

ci składki ubezpieczeniowe z własnej kieszeni, bez pomocy pracodawcy. 58 proc. rynku ubezpieczeniowego to ubezpieczenia pracownicze. Pracodawca opłaca ubezpieczenie zdrowotne pracownikom, mając jednocześnie możliwość odliczenia tych wydatków od kosztów uzyskania przychodów. I tutaj widzę możliwość korzystnych rozwiązań w Polsce. Chodzi o to, by stworzyć pracodawcom możliwości, a co za tym idzie – dodatkowe instrumenty podatkowo-finansowe, które wpłynęłyby na to, że opłacałoby się im dbać o zdrowie pracowników. Pieniądze wydane na efektywną ochronę zdrowia zwracają się z nawiązką, w postaci zmniejszenia chorobowości oraz kosztów absencji chorobowej. Rolą państwa mogłoby być natomiast zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych tych osób, które nie mają pracy, ubogich oraz przewlekle chorych, a także finansowanie procedur wysoko specjalistycznych, np. przeszczepów. Wszystkie te stwierdzenia mają sens pod warunkiem, że będziemy korzystać z osiągnięć medycyny opartej na faktach, czyli wykorzystującej metody efektywne pod względem klinicznym oraz medyczno-ekonomicznym.

Gdzie szukać wzorców?

W Europie i Ameryce Północnej. W Szwajcarii np. funkcjonuje system, który w znacznym stop-

To stymuluje konkurencyjność, przedsiębiorczość i samodzielność lekarzy. Ostatecznie jednak to konsument, czyli pacjent, wybiera lekarza. Z Wielkiej Brytanii poleciłbym konsultancki system specjalistycznej ochrony zdrowia oraz rozbudowane i sprawne praktyki lekarzy ogólnych.

Czy koszyk świadczeń gwarantowanych jest jednym sposobem na nasze problemy z ochroną zdrowia?

To trudny temat, bo nie ma do końca optymalnej koncepcji co do jego zawartości. Jeśli przyjmie się wykluczenie z niego niektórych jednostek chorobowych, to będziemy musieli się borykać z problemami natury etycznej. Poza tym samo pojęcie koszyka w odniesieniu do usług zdrowotnych wydaje mi się niezbyt fortunne. Warty uwagi rozwiązaniem jest gwarancja ochrony zdrowia dla całych grup populacyjnych, szczególnie ludzi specjalnej troski, tak jak w USA (ubezpieczenia Medicare i Medicaid). Bardzo istotnym elementem poprawy systemu w Polsce może się okazać wprowadzenie środków dyscyplinujących, takich jak niewielkie stałe dopłaty do usług zdrowotnych (wizyta u lekarza, hospitalizacja) lub procentowy udział własny pacjenta w kosztach leczenia. W USA większość towarzystw ubezpieczeniowych i organiza-

cji HMO stosuje takie dopłaty. Polisa bez konieczności dopłat jest o wiele droższa. Dotyczy to także ubezpieczenia federalnego Medicare. Wprowadzono jednak mechanizmy zabezpieczające, czyli progi maksymalnego udziału własnego lub odliczenia podatkowe.

Jaki zatem powinien być ostateczny kształt polskich ubezpieczeń?

Jestem zwolennikiem zdrowotnych ubezpieczeń hybrydowych. Zawierają one elementy ubezpieczenia podstawowych potrzeb populacji szczegól-

niej ochrony zdrowia. W USA federalny program Medicare często właśnie z tego powodu powierza opiekę nad swoimi klientami firmom typu HMO. Należy jednak podkreślić, że na świecie nie ma idealnego systemu zdrowotnego. Żaden kraj nie dysponuje nieograniczonymi funduszami. Dlatego trzeba wprowadzać takie systemy, które będą dyscyplinowały zarówno świadczeniodawców, jak i osoby otrzymujące świadczenia zdrowotne oraz promowały rolę konsumenta w wyborze planów ubezpieczeniowych i organi-

” Pieniądze wydane przez pracodawcę na efektywną ochronę zdrowia zwracają się mu z nawiązką, w postaci zmniejszenia chorobowości oraz kosztów absencji chorobowej ”

nej troski poprzez system ubezpieczeń powszechnych, z dodatkowymi ubezpieczeniami prywatnymi, przede wszystkim zabezpieczanymi przez pracodawców korzystających z ulg podatkowych. Organizacje typu HMO, których odpowiednikiem są polskie firmy prywatnej ochrony zdrowia, takie jak np. Enel-Med, z założenia są pre-

zacji ochrony zdrowia. Jak najszybciej należy więc zreformować system, bo centralnie sterowana ochrona zdrowia cechuje się niską konkurencyjnością i słabą efektywnością. Powstają kolejki po świadczenia, a motywacja i wynagrodzenie personelu medycznego są niedostateczne.

Rozmawiała Małgorzata Wawrzyniak