

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – kto za, kto przeciw, a kto nie wie, o czym mówi

# Kłótnia ponad podziałami

Do napisania tego artykułu skłoniły mnie fakty medialne oraz polityczne z ostatniego miesiąca. Pierwsze to artykuły, wywiady oraz liczne wypowiedzi ekspertów, polityków i wpływowych interesariuszy systemu ochrony zdrowia na temat prywatnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jakie przy okazji różnych konferencji i w związku z sytuacją w systemie opieki zdrowotnej pojawiły się w mediach związanych z ochroną zdrowia oraz rynkiem finansowym.

Drugie to debata Prawa i Sprawiedliwości na temat modeli finansowania systemu ochrony zdrowia oraz tzw. drugie exposé premiera Donalda Tuska, w którym – podobnie jak przed rokiem – nie znalazły się żadne konkrety dotyczące systemu ochrony zdrowia. Zdarzenia te nastrajają mnie raczej mało optymistycznie. Cóż, nikt nie powiedział, że w dobie napięć politycznych i kryzysu gospodarczego pukającego do naszych drzwi w ochronie zdrowia znajdziemy wreszcie tak potrzebne porozumienie ponad podziałami i ujrzymy światełko w tunelu w postaci konkretnego planu poprawiania i dostosowywania organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej do bardzo szybko zmieniających się i wciąż niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych Polaków.

## Co planuje rząd

Refleksje zacznę od końca, a więc od owego tzw. drugiego exposé pre-

miera. Choć bardzo bym chciał, aby w takich wystąpieniach sprawy ochrony zdrowia Polaków zajmowały istotne miejsce, nie spodziewałem się, że w tym przemówieniu będzie o nich mowa. W dobie kryzysu i złych perspektyw dla gospodarki, a tym samym ludzi, trudno było się spodziewać czegoś innego niż zapowiedzi działań prorozwojowych, a więc defensywy przez inwestycje infrastrukturalne, a także inwestycje w rodzinę. Jedno i drugie ma zapewniać względną stabilizację i choć wolniejszy niż faktycznie potrzebny, ale mimo wszystko rozwój gospodarczy naszego kraju. Setki miliardów złotych z różnych źródeł – publicznych i prywatnych, które w najbliższych latach mają być przeznaczone na inwestycje w infrastrukturę drogową, kolejową oraz energetyczną, są sposobem na walkę ze spowolnieniem gospodarczym i bezrobociem, ale przede wszystkim mają dać podstawę do dalszego rozwoju Polski po roku 2020.



foto: images.com/Corbis

## Demografia

Pomysł na wydłużenie urlopów macierzyńskich w dobie kryzysu i zagrożenia bezrobociem osobiście uważam za słuszny. Jeśli prognozy gospodarcze na lata 2014 i 2015, że gospodarka się odbije, okażą się trafne, to spożytkowanie tych lat na zwiększenie przyrostu naturalnego Polaków byłoby bardzo wskazane. Nie odwróci to prognoz demograficznych dla Polski, ale może dzięki temu ludzie z pokolenia wyżu demograficznego z początku lat 80., aktualnie będący w wieku rozrodczym i obecni już na rynku pracy, oraz od-

stra zdrowia Bartosza Arłukowicza. Nie spodziewam się wiele ponad to, co już wiemy z zapowiedzi, a mianowicie wdrażanych w 2013 r. zmian w organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia z jego decentralizacją i regionalizacją polityki zdrowotnej oraz utworzenia agencji zajmującej się wyceną świadczeń zdrowotnych. Co w praktyce będzie oznaczać decentralizacja NFZ, przekonamy się najwcześniej za kilka miesięcy. Podobnie będzie z regionalizacją polityki zdrowotnej. Ten obszar jest szczególnie trudny do zdefiniowania, bo trzeba będzie sprząć w łańcuch zależności zarówno publicznego płatnika

„ Premier nie mówił o ochronie zdrowia Polaków, która bez wątpienia jest inwestycją w przyszłość. Na razie gospodarka zdominowała wszystko. I choć żałuję, trudno się temu dziwić „

robinę starsi o w miarę stabilnej, ale także niedobrej sytuacji zawodowej, zdecydują się na pierwsze lub kolejne dzieci. Inwestycje w rozwój, a więc w infrastrukturę wspierającą usługi i przemysł, a także w rodzinę i dietność są Polsce bardzo potrzebne. Żałuję, że w tym kontekście z ust premiera nie padają również słowa o zdrowiu Polaków, które bez wątpienia też jest inwestycją w przyszłość. Na razie gospodarka zdominowała wszystko. I choć żałuję, trudno się temu dziwić. Miejsca pracy to składki na społeczne ubezpieczenia zdrowotne, a także fundusze prywatne, które Polacy będą mogli wydać na swoje rosnące potrzeby zdrowotne. A jeśli wzrost gospodarczy pozwoli na podniesienie płac ponad inflację, to jest szansa także na zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną.

## Co robi Arłukowicz

Czy i jakie zmiany zostaną wprowadzone w zakresie systemu ochrony zdrowia, dowiemy się z ust mini-

szcebla wojewódzkiego, jak i wojewodę, marszałka województwa, ale być może także starostów i wójtów. Choć dotychczas żadnemu ministrowi zdrowia nie udało się wyznaczyć taryf i cen za świadczenia zdrowotne, to powołanie urzędu, który będzie się tym zajmował, wydaje się najprostszym z zadań ministra Arłukowicza. Od wysokich urzędników MZ usłyszeliśmy niepotwierdzone zapowiedzi, że urząd ten ma nie tylko wyznaczać taryfy za świadczenia, lecz także zajmować się oceną jakości świadczeń zdrowotnych, nadzorem nad regionalnymi oddziałami NFZ oraz w przyszłości prywatnymi ubezpieczycielami oferującymi dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Jeśli to prawda, to w ciągu najbliższych miesięcy należy się spodziewać projektu regulacji tych ubezpieczeń.

## Regulacje ubezpieczeniowe

W tym kontekście chciałbym więcej uwagi poświęcić owym regula-



fot. Bull's Eye/ImageZoo/Corbis

„ W ciągu najbliższych miesięcy należy się spodziewać projektu regulacji prywatnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych „

cjom. Dla przypomnienia – o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce mówi się od ponad 20 lat. Mówi się i mówi, zapowiada się w kampaniach wyborczych, że się je wprowadzi i nic z tego nie wynika. Za czasów Ministra Religii, a więc rządów PiS, Kazimierza Marcinkiewicza i Jarosława Kaczyńskiego, w Ministerstwie Zdrowia powstał zrzęb ustawy o takich ubezpieczeniach oparty na koncepcji pozytywnego

koszyka świadczeń gwarantowanych o różnym stopniu ich publicznego finansowania. Nigdy nie ujrzał on światła dziennego.

Bazując po części na tym projekcie, w roku 2008, a więc w okresie, kiedy Ministerstwem Zdrowia kierowała Ewa Kopacz, powstał projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, który jako projekt poselski trafił do sejmu na początku obrad białego szczytu. Po-

nieważ jednak był oparty na nieistniejącym pozytywnym koszyku świadczeń gwarantowanych, który zakładał istnienie świadczeń o różnym stopniu finansowania z pieniędzy publicznych, a więc częściowo opłacanych przez pacjentów, wywołał burzę i jako niezgodny z istniejącym prawem trafił do tzw. zamrażarki, czyli de facto do kosza. Na kolejny projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym czekaliśmy do marca 2011 r. Mimo szumnych i medialnie nośnych zapowiedzi minister Kopacz, był to bardzo zły projekt i jako taki został pograżony w toku konsultacji społecznych. Powstały w tym czasie pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych nie stworzył jakiegokolwiek przestrzeni do naturalnego rozwoju komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, a brak zrozumienia przez Ministerstwo Zdrowia funkcji, jaką mogą pełnić w stosunku do siebie NFZ oraz prywatni, suplementarni ubezpieczyciele, sprawił, że dotychczas nie udało się uregulować nawet tak podstawowych kwestii, jak definicje suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Może to paradoksalne, ale chociaż w Polsce używa się pojęcia „prywatne ubezpieczenia zdrowotne”, w prawie regulującym działalność w tej sferze nie tylko nie określono, jak mogą i powinny one działać w systemie opieki zdrowotnej, ale nawet ich nie zdefiniowano. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej czy kodeks cywilny nie zawierają w ogóle podobnych zapisów albo zawierają takie, które są nieadekwatne do tego, czym są i jak działają ubezpieczenia zdrowotne. Brak regulacji w tej sferze, a także jednoznacznego określenia roli prywatnych ubezpieczeń w systemie opieki zdrowotnej w Polsce zarówno przez ministra zdrowia, jak i ministra finansów powoduje, że choć są potrzebne, ubezpieczeń tych wciąż nie ma. I nie będzie lub będą marginalne tak jak obecnie, dopóki nie powstanie przynajmniej ramowa ustawa opisująca to, co już jest, i dająca impuls do rozwoju produktów, które mogłyby ofero-

wać prywatni ubezpieczyciele. W tym kontekście zapowiedzi ministra Neumanna, że na początku przyszłego roku zostaną przedstawione założenia ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, z jednej strony mogą cieszyć, a z drugiej budzić zdziwienie.

### Umiarkowany entuzjizm

Mój umiarkowany entuzjizm wzbudza pokora, z jaką minister Neumann podchodzi do sprawy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, mówiąc, że największym wyzwaniem jest to, by były one masowe. Faktycznie, żeby były masowe, nie można mówić już wyłącznie o ubezpieczeniach suplementarnych (a więc równoległych, gwarantujących dostęp do tych samych świadczeń, które są tylko w teorii łatwo dostępne w systemie finansowanym z pieniędzy publicznych), ale trzeba będzie dokonać wielu zmian w koszyku świadczeń i zrationalizować jego finansowanie. To na pewno będzie wymagało nie tylko eksperckiej pracy koncepcyjnej, lecz przede wszystkim mądrze przeprowadzonych, głębokich konsultacji społecznych. Mam szczerą wątpliwość, czy w aktualnej atmosferze i przy obecnych wynikach sondaży poparcia koalicji rządzącej taki projekt w ogóle ma szansę ujrzeć światło dzienne. Mimo że, zaznaczam to z całą odpowiedzialnością, wyrażając moje prywatne zdanie, jestem przekonany, że taka ustawa i takie zmiany w koszyku świadczeń są dziejową koniecznością dla poprawy sytuacji w polskim systemie opieki zdrowotnej.

### Wiara i niewiara

Politykom PO jeszcze odrobinę wierzę, że chcą wprowadzić regulacje ustawowe takich ubezpieczeń i budować doświadczenie prywatnych ubezpieczycieli oraz przestrzeń do rozwoju w przyszłości konkurencji pomiędzy płatnikami w systemie bazowym, jak zapowiadali to od lat (z tym hasłem PO szła do wyborów w 2005, 2007 oraz 2011 r.), ale gdy słyszę podczas debaty PiS o niereal-

nej w obecnej rzeczywistości koncepcji powrotu do budżetowego finansowania jako o panaceum na całe zło w polskiej opiece zdrowotnej, zastanawiam się, jak często uzasadnioną frustrację i sprzeczne interesy różnych grup pracowników ochrony zdrowia można z sukcesem przekuć na słupek poparcia wyborców. Pozwalam sobie na mocne stwierdzenia w tej kwestii, choć z ust prezesa PiS Jarosława Kaczyń-



foto: 123RF

„ Niemal całą POZ i większość AOS już sprywatyzowano, a jedynie szpitale w większości są publiczne ”

skiego padły słowa, pod którymi mógłbym się podpisać: „Polska służba zdrowia potrzebuje spokojnej dyskusji, a nie obciążania jej podziałami o pozamerytorycznym charakterze”. Dyskusja w trakcie debaty PiS – z kilkoma wyjątkami – była daleka od merytorycznej. Od lat bacznie przyglądam się systemom ochrony zdrowia w Europie i na świecie, a także ich reformom i jestem przekonany, że po tym, jak Polska przy ogromnej presji całego społeczeństwa

i pracowników opieki zdrowotnej po latach bezowocnych dyskusji i pełzającej dezintegracji systemu stworzonego w czasach PRL wprowadziła w 1999 r. system społecznego ubezpieczenia zdrowotnego z rozdzielnością płatnika, organizatora systemu i świadczeniodawców, zmiana proponowana przez PiS jest niemożliwa do realizacji.

### Komercjalizacja czy nacjonalizacja

Niemal cała POZ i większość AOS są w rękach prywatnych, a jedynie szpitale w większości są publiczne. Ich finansowanie, choć nazywane kontraktowaniem, już dawno jest niemal budżetowe, bo w wypadku szpitali publicznych NFZ faktycznie finansuje zasoby, a nie świadczenia. Czy budżetowe finansowanie ma wyeliminować prywatnych świadczeniodawców z możliwości realizacji misji publicznej? A gdzie w tym wszystkim konstytucyjna zasada pomocniczości? Tworzenie w Polsce systemu ochrony zdrowia opartego na budżecie musiałyby iść w kierunku rozwiązań skandynawskich, ale od tego nie przybędzie pieniędzy. Stworzenie modelu skandynawskiego wymagałoby nie tylko rewolucji w strukturze administracyjnej kraju, lecz także albo jednoczesnego zamknięcia 20, może 30 proc. szpitali, głównie szczybla powiatowego (i tak musi do tego dojść, bo wiele z nich w dotychczasowych lokalizacjach i kształcie jest niepotrzebnych), albo znacznego wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną (a to na pewno nie nastąpi, bo nie tylko jest niemożliwe ze względów gospodarczych, ale byłoby niesamowitym marnotrawstwem pieniędzy publicznych i musiałyby się odbyć kosztem zwiększenia podatków lub zabrania pieniędzy na inne cele).

Kluczem do poprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce dzisiaj i w przyszłości nie jest wysokość funduszy publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia (z pewnością powinniśmy wydawać więcej) ani model finansowania w skali makro, a więc

to, czy pieniądze pochodzą z podatków, czy ze społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, ale organizacja systemu. W Polsce potrzebne jest przywrócenie kompleksowości opieki zdrowotnej nad pacjentem, rozumianej jako integracja POZ, AOS i lecznictwa szpitalnego. Potrzebna jest sieć szpitali adekwatna pod względem ich liczby, rozmieszczenia, rodzaju i stopnia referencyjności do zmieniających się w ciągu najbliższych 30–50 lat potrzeb zdrowotnych Polaków. I wreszcie – potrzebne jest racjonalne gospodarowanie zasobami sprzętowymi i ludzkimi, a także pieniędzmi publicznymi i prywatnymi, aby wykorzystać je w sposób maksymalnie efektywny. Podczas debaty PiS z ust prof. Grzegorza Opali, ministra zdrowia w rządzie Jerzego Buzka, padły słowa, że „problem służby zdrowia to nie ilość pieniędzy, ale sposób ich dystrybucji”. Pełna zgoda. Nie zgadzam się z prof. Opalą, który dodał, że nakłady znacznie wzrosły, a problemy pozostają te same. W mojej ocenie problemy narastają i wciąż nie usuwa się ich przyczyny, a jedynie usuwa się skutki. Lekarstwem, według PiS, jest budżetowe finansowanie świadczeniodawców. Według mnie – finansowanie publiczno-prywatne z powszechnymi i dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, które będą zarządzane przez konkurujących płatników publicznych i prywatnych. Celem powinno być kupowanie zdrowia, a nie produkowanych w nadmiarze świadczeń i finansowanie zasobów, jak to się dzieje przy obecnym kształcie i strukturze NFZ, a może się dziać także przy budżetowym (cokolwiek by to znaczyło) finansowaniu opieki zdrowotnej. Zdaniem Macieja Piroga, doradcy prezydenta RP ds. zdrowia, w Polsce konieczne jest stworzenie systemu mieszanego: budżetowo-ubezpieczeniowego, co – jak zrozumiałem – oznacza finansowanie publiczne z budżetu powstałego z podatków oraz składek ubezpieczeniowych, prywatnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wydaje mi się, że

koncepcja PiS w zakresie modelu finansowania i organizacji ochrony zdrowia ewoluuje od czasów, kiedy ministrem zdrowia w rządach z dominującą pozycją PiS był prof. Zbigniew Religa. Wtedy była mowa



foto. 123RF

„ Stworzenie w Polsce systemu ochrony zdrowia opartego na budżecie wymagałoby nie tylko rewolucji w strukturze administracyjnej kraju, lecz także zamykania szpitali, głównie szczebla powiatowego ”

o zbilansowanym modelu społecznych (obowiązkowych) i prywatnych (dobrowolnych, dodatkowych) ubezpieczeń zdrowotnych, który wydaje się racjonalnym rozwiązaniem. Koncepcja finansowania opieki zdrowotnej w Polsce wyłącznie

z budżetu jest zarówno dzisiaj, jak i w przyszłości tak samo nierealna jak zapowiedź, że stworzymy system z substytucyjnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi dla najbogatszych, który złamie zasadę solidaryzmu finansowania opieki zdrowotnej.

### Potrzeba debaty

Nie sądzę, żeby debata PiS o ochronie zdrowia spełniała kryterium „braku obciążania podziałami o pozamerytorycznym charakterze”. Dowodzi tego choćby brak ekspertów o innych poglądach na tę sferę życia społecznego, nie wspominając o nieobecności reprezentantów wielu ważnych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, z ministrem zdrowia włącznie, ale mimo wszystko dobrze, że się odbyła. Za Maciejem Pirogiem powiem: „potrzebna jest dyskusja nad docelowym modelem, bo my cały czas dryfujemy”. W dyskusji tej nie może zabraknąć poważnej, merytorycznej, wolnej od emocji i obrzucania się epitetami à la lobbysta, dyskusji o regulacjach i miejscu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w docelowym modelu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Teza, że taka regulacja może przynieść więcej zła niż dobrego, jest tak samo trafna jak stwierdzenie, że Polska jest w stanie zapewnić opiekę zdrowotną swoim obywatelom wyłącznie za pieniądze publiczne z podatków. Ci, którzy tak mówią, są najwyraźniej zwolennikami status quo i dryfowania systemu ochrony zdrowia w bliżej nieznanym kierunku. Twierdzenie, że regulacje dotyczące prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce nie są potrzebne, jest nie tylko z gruntu fałszywe, ale wręcz szkodliwe. Ktoś, kto przekonuje, że ubezpieczenia zdrowotne nie wymagają regulacji, choć być może jest ekspertem w różnych dziedzinach związanych z ochroną zdrowia, niestety, w sprawie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie wie, o czym mówi.

Witold Paweł Kalbarczyk  
Autor jest ekspertem  
w dziedzinie ubezpieczeń medycznych