

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – piąty krok czy piąte koło u wozu?

Przezorny, a nieubezpieczony



foto: images.com/Corbis

Pisząc kolejny raz o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, teoretycznie mógłbym sięgnąć do wcześniejszych tekstów, skopiować fragmenty i tak je połączyć, by powstał nowy artykuł. Wydaje się bowiem, że wszystko już na ten temat powiedziano, a skoro tak, to o czym pisać. Nic bardziej mylnego. Niestety, czas nie stoi w miejscu i stwierdzenia sprzed roku dziś nierzadko są już nieaktualne. Pora więc do tematu wrócić.

Często wymaga on bowiem nowego spojrzenia, oceny i w konsekwencji wprowadzenia innych rozwiązań niż te, które rozważaliśmy nie tak dawno. Rzeczywistość w polskiej ochronie zdrowia zmienia się bardzo dynamicznie, niestety, zbyt często na gorsze, a regulacje prawne zamiast sprzyjać pozytywnym zmianom i zapobiegać problemom, generują je. Dlatego uważam, że jeśli w Polsce ma w końcu dojść do ustawowego uregulowania prywatnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, dyskusja o ich roli i miejscu w systemie nie może być po raz kolejny odkładana na moment, kiedy Ministerstwo Zdrowia będzie miało gotowy kolejny już projekt ustawy.

Dwa poprzednie, przygotowane i poddane ocenie oraz tzw. konsultacjom społecznym w 2008 i 2011 r., ze względu na ich bardzo złą jakość lub wręcz odwoływanie się do nieistniejących lub niemożliwych do realizacji rozwiązań prawnych, trafiły do kosza. Mimo że tak się stało, prac nad nimi i argumentów za i przeciw w toku konsultacji społecznych i dyskusji sejmowych nie należy uznawać za bezwartościowe. Wprost przeciwnie – wydaje się bowiem, że w wielu miejscach, kluczowych dla jakości regulacji ubezpieczeń zdrowotnych, zgromadzono wiedzę i doświadczenie, które teraz mogą być bardzo pomocne w przygotowaniu założeń i projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych na miarę nie tylko aktualnych, lecz także przyszłych potrzeb Polaków i polskiego systemu ochrony zdrowia.

Bagaż doświadczeń

Przyznam, że przez pewien czas byłem zaskoczony, dlaczego projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym przygotowany w Ministerstwie Zdrowia, po zebraniu opinii o projekcie z marca 2011 r., choć zaprezentowany publicznie przez odchodzącą minister Ewę Kopacz we wrześniu tego samego roku i zapowiadany później kilkakrotnie przez ministra Jakuba Szulca jako gotowy, wciąż nie trafił do formalnych konsultacji. Z dzisiejszej perspektywy uważam, że aby jak poprzednie dwa nie wylądował w koszu lub przegłosowany na siłę nie przyniósł dodatkowych problemów, dyskusję o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych trzeba otworzyć ponownie. Nie zaczynamy jej od zera, bo o dodatkowych ubezpieczeniach w kręgach ekspertów i reformatorów ochrony zdrowia była już mowa ponad 20 lat temu, ale wiele wskazuje na to, że jest nam ona potrzebna ponownie. Dlaczego? Ano właśnie dlatego, że czas nie stoi w miejscu i rzeczywistość, w jakiej miałyby one przynosić określone korzyści ubezpieczonym dobrowolnie Polakom, zmienia się bardzo dynamicznie. Ustawa, której potrzebujemy, musi być bowiem nie tylko odpowiedzią na to, co już teraz wymaga uporządkowania, lecz przede wszystkim na to, czego jako ubezpieczeni pacjenci będziemy potrzebować za 10 czy 20 lat. Ze swej natury tylko takie dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mają sens i tylko takie, odpowiadające na potrzeby Polaków, będą przez

„ Rzeczywistość w polskiej ochronie zdrowia zmienia się bardzo dynamicznie, niestety, zbyt często na gorsze, a regulacje prawne zamiast sprzyjać pozytywnym zmianom i zapobiegać problemom, generują je ”

nas akceptowane i mają szansę stać się w jakimś stopniu masowe. A o to przecież chodzi.

Dodatkowe, czyli jakie?

Projekt ustawy z 2008 r. miał między innymi ten walor, że wprowadził do obiegu pojęcia, które do tej pory były znane w wąskim kręgu ekspertów ubezpieczeń zdrowotnych. Dzięki niemu wiele osób zajmujących się ochroną zdrowia i jej finansowaniem zrozumiało, że są różne prywatne ubezpieczenia zdrowotne i te o charakterze dodatkowym mogą uzupełniać albo dublować w pewnym zakresie ubezpieczenia powszechnie, o charakterze społecznym lub świadczenia finansowane z budżetu. A zatem wiemy, że możemy mówić o dodatkowych ubezpieczeniach komplementarnych (uzupełniających koszyk świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych w zakresie świadczeń lub płatności) lub dodatkowych ubezpieczeniach suplementarnych (dublujących swoim zakresem niektóre świadczenia trudno dostępne lub podnoszących standard realizacji świadczeń, które są w koszyku świadczeń finansowanych z funduszy publicznych). Ze swej natury, ale także ze względu na zasady i rzeczywistość dostępność świadczeń finansowanych z pieniędzy publicznych, w krajach, w których funkcjonują ubezpieczenia dodatkowe, dużo powszechniejsze są ubezpieczenia komplementarne niż suplementarne. Jest to o tyle zrozumiałe, że uzupełnienie składką dodatkową ubezpieczenia społecznego wynika z faktu, że większość tego typu ubezpieczeń dotyczy współpłatności za większość świadczeń zdrowotnych. Dzięki trwałemu wpisaniu ich w system finansowania świadczeń zdrowotnych, ale także ze względu na politykę podatkową i społeczną korzysta z nich duża część populacji. Z ubezpieczeń komplementarnych, które pokrywają dopłaty pacjentów, korzystają masowo Francuzi (93% populacji) czy Słoweńcy (85% populacji), a z takich, których nie ma w koszyku świadczeń gwarantowanych – Niemcy (ok. 30% populacji) czy Holendrzy (92% populacji).

Suplementarne

Ubezpieczenia suplementarne, czyli równoległe lub dublujące system publiczny, są o wiele rzadziej wykorzystywane. Takie ubezpieczenia, w mojej opinii trafnie, są nazywane ubezpieczeniami od złego funkcjonowania



„ Ustawa musi być odpowiedzią nie tylko na to, co już teraz wymaga uporządkowania, ale przede wszystkim na to, czego jako ubezpieczeni pacjenci będziemy potrzebować za 10 czy 20 lat ”

systemu publicznego. Wielka Brytania, z budżetowym NHS, to kraj, w którym taki rodzaj dodatkowych ubezpieczeń jest najszerzej stosowany. Obecnie korzysta z nich ok. 10% Brytyjczyków. W pozostałych krajach mają one charakter marginalny.

W Polsce, mimo ewidentnej potrzeby, wciąż nie ma regulacji dotyczących jakiegokolwiek rodzaju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Mimo to już obecnie Polacy korzystają z produktów ubezpieczeniowych o charakterze suplementarnym w postaci abonamentów medycznych i ubezpieczeń oferowanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Według dostępnych danych, korzysta z nich ok. 2,5 mln Polaków, czyli ok. 6 proc. ogółu populacji.

Wydaje się, że dla masowych ubezpieczeń komplementarnych jest przestrzeń w obszarze dopłat do leków, ale pierwsze produkty tego rodzaju pojawiły się zaledwie kilka miesięcy temu i na razie trudno cokolwiek o nich powiedzieć. Pola do rozwoju innego rodzaju ubezpieczeń komplementarnych na razie nie ma, gdyż uniemożliwiają to obowiązujące regulacje, choćby te dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych.

Pełnopłatne

Wiele osób prywatne ubezpieczenia zdrowotne rozumie jako takie, które oferują w 100 proc. to samo co system publiczny. Z tą różnicą, że faktycznie zapewniają

świadczenia na czas i w najwyższej jakości, bez konieczności opłacania składki społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Takie ubezpieczenia, nazywane substytucyjnymi, czyli zastępczymi, na dużą skalę zachowały w Europie tylko Niemcy. Są one dostępne dla osób osiągających przez co najmniej 2 lata określony ustawowo wysoki poziom zarobków. Dobrowolny wybór takiego ubezpieczenia, zarządzanego przez prywatnych ubezpieczycieli, jest spełnieniem ustawowego obowiązku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to jednak, że od pewnego poziomu zarobków w Niemczech przestaje obowiązywać zasada solidaryzmu społecznego – wszyscy mają obowiązek być ubezpieczeni na wypadek konieczności leczenia, ale bogatsi mają prawo wyboru albo społecznego, albo prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Korzysta z niego ok. 7 mln Niemców (ok. 10 proc. społeczeństwa), choć mogłoby dużo więcej.

W mojej opinii, w Polsce takie ubezpieczenia nigdy nie zaistnieją i osobiście jestem im przeciwny. Warto wiedzieć, że w Niemczech toczą się dyskusje na temat likwidacji tego przywileju i zrównania wszystkich obywateli w prawach. Może to oznaczać, że być może Niemcy pójdą śladem Holandii, która w 2006 r. zlikwidowała dualny system społecznych i substytucyjnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzając obowiązkowe solidarne quasi-prywatne ubezpieczenia zdrowotne zarządzane przez konkurujących płatników, którzy oferują zarówno ubezpieczenia obowiązkowe, jak i dobrowolne. Wśród płatników mogą się znaleźć zarówno ci działający dla zysku, jak i *non-for-profit* lub – jeśli ktoś woli – prywatni i publiczny. Taki model, według mnie, jest potrzebny także w Polsce. Ale o tym innym razem.

Równoległe, a nie krok po kroku

Wyzwania, jakie stoją przed nami w zakresie ochrony zdrowia, są niebagatelne. Nieuchronne starzenie się polskiego społeczeństwa oznacza rosnące potrzeby zdrowotne, a tym samym wyższe koszty przy mniejszej liczbie pracujących. Wiemy, że z próżnego i Salomon nie należy, dlatego koniecznością będzie – żeby nie powiedzieć, że już jest – efektywniejsze wydawanie pieniędzy, jakie możemy przeznaczyć na zdrowie. I nie chodzi wyłącznie o pieniądze publiczne, ale także te, które na zdrowie wydajemy prywatnie. Zmieszanie ich w miejscu, gdzie świadczone są usługi zdrowotne, jest jedynym sposobem, aby zwiększyć dostępność świadczeń i ich jakość. Żeby tak się stało oraz by za kolejnych 5 lat reportaże telewizyjnych „Wiadomości” lub „Faktów” nie przytłaczały nas informacjami o wielomiesięcznych kolejkach do specjalistów, w których czekają tysiące ludzi, prace nad wprowadzeniem modernizacji w organizacji i finansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia trzeba prowadzić teraz. Nie jest to zadanie ani proste, ani wdzięczne, ale nie ma już czasu na zwłokę. Porządkowanie systemu w pięciu krokach, o których 22 października powiedział

minister Arłukowicz podczas konferencji ministrów po tzw. drugim exposé premiera Tuska, jawi się jako zarys planu. Nie wiemy jeszcze, jak będzie on wyglądał w szczegółach i co kryje się pod hasłami określającymi owe kroki, ale wiemy, że piątym z nich jest wprowadzenie regulacji dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zdaję sobie sprawę z konieczności ustalenia priorytetów i z pewnością kwestie organizacji oraz zadań NFZ, taryfikacji procedur medycznych i nadzoru są ważniejsze niż dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ale uważam, że problem zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych i dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie mogą czekać, aż uporządkujemy system. Wyzwania, jakie stoją przed nami, powodują, że owych pięciu kroków nie możemy robić jeden po drugim, ale wszystkie równolegle. Nie znaczy to, że każdy krok będzie miał taką samą długość i opracowanie założeń, przygotowanie projektów ustaw, a potem ich konsultowanie i uchwalenie ma nastąpić w tym samym czasie. Oczywiście, że nie. I akurat ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych winna się wpisać w kontekst tych zmian, które wprowadzą ustawy zmieniające dotychczasowe zasady organizacji i finansowania opieki medycznej. Niemniej, żeby nie popełnić podobnych błędów jak te, z którymi mieliśmy do czynienia choćby przy uchwalaniu ustaw o działalności leczniczej, farmaceutycznej czy prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, warto, aby Ministerstwo Zdrowia, Centrum Legislacyjne Rządu oraz parlamentarzyści sięgnęli do sugestii zawartych w raporcie „Konieczne zmiany procesu konsultacji publicznych rządowych projektów aktów normatywnych oraz modelowe procedury konsultacji publicznych” opracowanym przez kancelarię Domański Zakrzewski Palinka.

Raport ten, zrealizowany w ramach projektu „Zarządzanie zmianą w otoczeniu formalno-prawnym przedsiębiorstw” współfinansowanego z pieniędzy Europejskiego Funduszu Społecznego, zaprezentowany na III Forum Ochrony Zdrowia XXII Forum Ekonomicznego w Krynicy, a następnie szeroko komentowany zarówno w kulisach, jak i na innych konferencjach, sugeruje, żeby model konsultacji publicznych obejmował 4 fazy stanowienia prawa: analizę problemu regulacyjnego, prace nad założeniami do ustawy, prace nad projektem ustawy i badania postlegislacyjne.

Zrobić lepiej

Wydaje się, że złe doświadczenia dotyczące procesu legislacyjnego i konsultacji publicznych, które mieliśmy w wypadku wymienionych przeze mnie ustaw, oraz fakt, że dotychczasowe projekty ustaw o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych poddane powszechnej i w pełni uzasadnionej krytyce upadły pod jej ciężarem, świadczy o tym, że nie warto czekać z dyskusją i analizą problemu regulacyjnego, jakim są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, i podjąć te prace jak najszybciej. Im bardziej otwarta będzie ta analiza i dyskusja, tym lep-



foto: iStockphoto

„ Dwa poprzednie projekty ustaw dotyczących ubezpieczeń, poddane konsultacjom społecznym w latach 2008 i 2011, ze względu na bardzo złą jakość trafiły do kosza ”

szy będzie projekt ustawy i – mam nadzieję – uchwalona w przyszłym roku ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Uważam, że im dłużej minister zdrowia będzie zwlekał z tą sprawą, tym oczekiwania co do zawartości ustawy będą rosły, a także trudniej będzie sprostać sprzecznym oczekiwaniom różnych interesariuszy. Jeśli upłynie więcej niż rok, ustawa w kształcie przygotowanym po uwzględnieniu wielu uwag z procesu poprzednich konsultacji społecznych może się okazać niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Minister zdrowia i autorzy projektu ustawy opracowywanej zgodnie z sugestiami przywołanego przeze mnie raportu mają szansę uniknąć wówczas syndromu broniącego swych koncepcji, nieomylnego „boga”, a interesariusze systemu nie muszą znów być broniącymi się ofiarami. A zatem, aby piąty krok w porządkowaniu systemu opieki medycznej i dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne nie stały się piątym kołem u wozu, dobrze byłoby, aby „etap analizy problemu regulacyjnego” z udziałem ekspertów i dyskusjami z interesariuszami systemu minister zdrowia rozpoczął możliwie jak najszybciej. Z pewnością warto, aby ci, którzy będą nad nią się pochylać, sięgnęli m.in. do książki „Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań” – pracy zbiorowej pod red. Krzysztofa Łandy, Magdaleny Władysiuk i moją, wydanej w ramach Biblio-Teczki CEESTAHC. Opisanie w niej systemy funkcjonujące w kilkunastu europejskich krajach mogą być inspiracją do wypracowania dobrych rozwiązań legislacyjnych w Polsce.

Paweł Kalbarczyk