

# Ubezpieczenia potrzebne od zaraz

**O wprowadzeniu dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych mówi się od lat. Minister Kopacz przedstawiła już nawet stosowną ustawę. Niestety, prezydent Lech Kaczyński kilka dni później ogłosił, że ją zawetuje.**

**C**o ciekawe także środowisko lekarskie nie było zachwycone projektem pani minister. Zdaniem Konstantego Radziwiłła, prezesa NRL te ubezpieczenia nie wejdą w życie, bo po prostu nie będzie na nie chętnych dopóki nie będą oferowały jakichś dodatkowych, medycznych wartości dla pacjenta. Bowiem projekt ustawy przedstawiony przez resort nie gwarantuje pacjentom z wykupionym ubezpieczeniem dodatkowym lepszego dostępu do świadczeń medycznych, ale zachęca do wykupienia ubezpieczenia przez ulgi podatkowe i dopłaty z budżetowego funduszu świadczeń socjalnych oraz częściową refundację składki.

– To są ubezpieczenia dla tych, którzy nadal muszą płacić składkę, ale ubezpie-

czają się jeszcze gdzie indziej. Tak jest i dzisiaj – wielu ludzi, zwłaszcza zamożnych, którzy nie są zadowoleni z systemem, albo kupuje świadczenia zdrowotne, płacąc u prywatnych lekarzy, albo wykupuje ubezpieczenia w prywatnych lecznicach. Ale jest to oferta tylko dla niektórych i, z punktu widzenia państwa, nie do końca uczciwa – zaznacza Radziwiłł.

Jego zdaniem wiele zależy od tego, jak będzie skonstruowany koszyk świadczeń. Na razie prace nad nim trwają i trudno wyrokować jak będzie wyglądał.

Według Prezesa dodatkowe ubezpieczenia mają sens tam, gdzie jest bardzo wysokie współpłacenie albo bardzo ograniczony koszyk gwarantowany. – A w Polsce dla współpłacenia, na-

wet na symbolicznym poziomie, jest stanowczy sprzeciw. Obawiam się, że ubezpieczenia dodatkowe nie doprowadzą do systemu poważnych pieniędzy – powiedział Radziwiłł.

## Nie ma chętnych

Ryzyko, że tzw. doubezpieczenie nie będzie popularne jest rzeczywiście spore. Co prawda, jak wynika z Diagnozy Społecznej 2007, aż 45 proc. rodzin korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej i płaci za to z własnych środków, a prawie 5 proc. w ramach tzw. opieki abonamentowej. Szacuje się, że Polacy wydają rocznie z własnej kieszeni ok. 17 mld zł na usługi medyczne. Jednak prawie połowa obywateli deklaruje jednocześnie, że nie wykupi dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego jeśli będzie za drogie (czyli będzie kosztowało więcej niż ok. 100 zł miesięcznie). – Polacy są przyzwyczajeni do wydawania na zdrowie, ale nie są przyzwyczajeni do ubezpieczania się na zdrowie – komentuje Stanisław Borkowski z Polskiej Izby Ubezpieczeń. Pojawiają się jednak i zdania przeciwnie. – Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wydaje się niezbędne, nawet jeżeli tylko część Polaków będzie zainteresowana ich zakupem – uważa Michał Kamiński, ekspert ds. ochrony zdrowia w Konfederacji Pracodawców Polskich. Specjaliści od ubezpieczeń oceniają, że rozwój rynku ubezpieczeń zdrowotnych jest nieunikniony. – Nasze analizy potwierdzają, że popyt na takie usługi będzie systematycznie i dynamicznie rosnąć – mówi Ryszard Grzelak, prezes zarządu Europ Assistance Polska. – Coraz więcej Polaków będzie się przekonywać do tego typu usług, zwłaszcza jeśli podsumują wydatki ponoszone na opłacanie prywatnych wizyt lekarskich.

## Nie ma rynku

Rynek „prawdziwych” ubezpieczeń zdrowotnych, czyli takich, gdzie ubezpieczyciel kieruje klienta na leczenie do określonej placówki i pokrywa koszty tego leczenia, to dziś ok. 60-80 mln zł. W dodatku większość obejmuje jedynie leczenie ambulatoryjne. Jest to wynik wciąż nierozwiązanej kwestii czy

szpitale publiczne mogą przyjmować pacjentów, za których leczenie płacić będzie inny niż NFZ ubezpieczyciel. Mówiąc inaczej – szpitale ciągle nie mogą przyjmować komercyjnych pacjentów, gdyż rodziłoby to podejrzenia o dzielenie pacjentów na tych „lepszyc”, bo komercyjnych i tych gorszych „państwowych”. To właśnie z tego powodu prezydent chce zawetować ustawę o dodatkowych ubezpieczeniach.

### **To może filary?**

Z inicjatywą rozwiązań w ochronie zdrowia wystąpił Rzecznik Praw Obywatelskich. Janusz Kochanowski powołał zespół ekspercki, który proponuje m.in. projekt „10-procentowego koszyka”. Ponadto plan zakłada stworzenie trzech filarów ubezpieczenia zdrowotnego (na wzór systemu emerytalnego). W pierwszym filarze byłyby świadczenia gwarantowane, opłacane z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, w drugim – świadczenia nieopłacane przez państwo, na które brakuje pieniędzy, i do których dopłacałoby pacjenci, np. przez ubezpieczenia prywatne lub przekazanie ubezpieczycielom prywatnym części składki. Trzeci filar to np. operacje plastyczne, za które pacjenci płaciliby sami.

Działania RPO spotkały się z poparciem organizacji lekarskich. Marcin Jędrzejowski z Zarządu Krajowego OZZL powiedział, że związek popiera program RPO „w stu procentach”. Kierunek proponowanych przez RPO zmian popiera też (choć z zastrzeżeniami) Naczelna Rada Lekarska.

Wątpliwości budzi chociażby to, że najpierw musiałby powstać koszyk usług i należałoby podzielić NFZ, dzięki czemu fundusze mogłyby ze sobą konkurować. Co prawda minister Kopacz zapowiada, że podział NFZ nastąpi do 2010 r., ale na razie nie wiadomo nawet czy trwają prace nad odpowiednią ustawą. W dodatku eksperci uważają, że to jednak wciąż za mało, żeby konkurencja między poszczególnymi NFZ była wystarczająco silna. Ich zdaniem niezbędna jest dobra wycena usług i opracowanie innych zasad kontraktowania, np. konkurs na poszczególne usługi zamiast „negocjacji” z poszczególnymi placówkami jak ma to dziś miejsce. – O tym, jaka jest konkurencja na rynku, decyduje liczba podmiotów, które oferują podobne usługi – podkreśla Wojciech Misiński z Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.

*Agnieszka Katrynicz*