

graf. Natalia Gościński



Koniec ery abonentów?

Walka o byt

Jacek Szczęsny

Najpopularniejszy slogan reklamowy polskiego piwa zawiera frazę *prawie jak...* tu pada nazwa napoju. Trzy miesiące temu postanka Jolanta Szczypińska wzbudziła sensację, gdy okazało się, że stać ją na torebkę Coco Chanel za 2,2 tys. zł. Parlamentarzystka Prawa i Sprawiedliwości wyjaśniła, że kupiła ją na bazarze za 50 zł. Jak z tego wynika, Polska to kraj imitacji. Podobnie wygląda ochrona zdrowotna. – *Firmy abonamentowe są substytutem ochrony zdrowia, wypełniającym lukę niedoborów NFZ. Mało tego, działają na pograniczu prawa. Gdy rozwiną się ubezpieczenia zdrowotne, zostaną wchłonięte albo przekształcone* – uważa dr Wojciech Misiński z Centrum im. Adama Smitha.

Jaka jest zatem przyszłość takich firm, jak Medicover, LIM czy Falck? Ekspertki piszą różne scenariusze. Cokolwiek jednak się stanie, warto przypomnieć, że gra toczy się o wielkie pieniądze. Specjaliści Banku Światowego szacują, że do 2010 r. prywatne ubezpie-

czenia zdrowotne może wykupić nawet 15 proc. Polaków. Oznacza to, że przy średniej wydatków na ubezpieczenie sięgającej 508 USD (w krajach UE średnia to 1848 USD), rynek zabezpieczenia zdrowotnego jest warty ok. 7,8 mld zł.



fot. Andrzej Wiktor/PAP

” Wojciech Misiński: Firmy abonamentowe są substytutem ochrony zdrowia. Mało tego, działają na pograniczu prawa. Gdy rozwiną się ubezpieczenia zdrowotne, zostaną wchłonięte albo przekształcone ”

Wolnoamerykanka

W przewidywaniu przyszłości twórcy firm sieciowych intuicją dorównują Stanisławowi Lemowi. Gdy rozpoczęli działalność, zdawali sobie sprawę, że w Polsce powstanie klasa średnia – spora grupa ludzi zamożnych, których będzie stać na kupno *bezpieczeństwa zdrowotnego*. Zarazem wiedzieli, że państwowy system ochrony zdrowia jest niewydolny i pierwotny sukces oparli na obowiązku wynikającym z kodeksu pracy – zapewnienia przez pracodawcę badań z zakresu medycyny pracy (wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników oraz pokryciu ich kosztów). Ważną pozycją we wszystkich ofertach abonamentowych jest bowiem medycyna pracy, co pozwala pracodawcom uznać znaczną część wydatków poniesionych na zakup abonamentów za koszty uzyskania przychodu.

Dla prywatnych podmiotów równie ważne jest utrzymanie wysokiego poziomu opieki zdrowotnej kadry zarządzającej, której członkowie (i ich rodziny) stanowią sporą grupę klientów firm abonamentowych. – *Tych kilka elementów stanowiło o sukcesie. Gwarantowało bowiem stałe wpływy i wzrost przychodów. Sądzą jednak, że partyzantka, z jaką mamy obecnie do czynienia, czyli istnienie quasi-ubezpieczeń i ścierających się na rynku graczy oferujących w gruncie rzeczy podobne produkty, będzie trwała jeszcze kilka lat. Dlaczego? Bo nie ma politycznej woli uregulowania rynku ubezpieczeń* – mówi Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych.

Na razie przedstawiciele firm ubezpieczeniowych zżymają się, że firmy abonamentowe bez wymaganej licencji prowadzą działalność typowo ubezpieczeniową. Prezes jednej z firm ubezpieczeniowych stwierdził nawet, że *sprzedaż tzw. abonamentów przez firmy medyczne to nieuczciwa konkurencja. Nasze produkty ubezpieczeniowe znajdują się pod stałą kontrolą Komisji Nadzoru Finansowego i UOKiK, zaś sprzedaż pakietów medycznych to działalność bez nadzoru, bez tworzenia obowiązkowych rezerw technicznych, co jest naruszeniem zasady równości podmiotów i obowiązującego w Polsce prawa, przy całkowitej*

bierności organów sprawiedliwości. Czego jednak wymagać od twórców prawa (czytaj: posłów), gdy prominentna zdrowotna parlamentarzystka PiS nie widzi nic zdrożnego w kupowaniu podróbek, czego zakazuje zarówno prawo polskie, jak i unijne? To jednak ponura anegdota. Rzeczywistość jest taka, że nadchodzi czas na zmiany.

Abonamentowa polisa

Na razie rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest wstrzymywany przez brak odpowiednich regulacji prawnych, zrównujących w prawach prywatnych graczy ubezpieczeniowych z monopolistą, jakim jest NFZ. Jednocześnie bogatych, młodych klientów przejęły *firmy abonamentowe*. Rozwój te

Tylko za pieniądze

Ponad 9 proc. pacjentów stawia wyłącznie na prywatną służbę zdrowia. Stale lub sporadycznie korzysta z niej ok. 2 mln Polaków. Podajemy liczbę pacjentów korzystających z abonamentowej opieki medycznej w wybranych firmach (dane w tys. osób).

Lux-Med	190
Medicover	160
CM Lim	115
Falck	95
Medycyna Rodzinna	56
Enel-Med	43



foto. Archiwum

” **Andrzej Sokołowski:**
Myślę, że u zarania tych firm
było założenie, że kiedyś uda się je
sprzedać po korzystnej cenie.
W efekcie mogą zniknąć z rynku ”

go sektora ogranicza także korupcja. – *Myszę jednak, że sytuacja zacznie się zmieniać. Ustawodawcy będą chcieli zwiększyć dopływ pieniędzy do publicznej służby zdrowia. A to może zapewnić system nakładczy, czyli dodatkowe ubezpieczenia. Wiadomo jednocześnie, że najbogatszych nie zadowoli nawet dofinansowana państwowa służba zdrowia. I to będzie szansa dla firm abonamentowych* – mówi Rafał Janiszewski, niezależny ekspert zdrowotny. – *Jeśli jednak tych klientów nie uda się przechwycić, a powstanie prawdziwy system ubezpieczeń, firmy abonamentowe zostaną wchłonięte przez wielkich ubezpieczycieli* – dodaje dr Wojciech Misiński.

Taki scenariusz prawdopodobnie przewidywali właściciele jednego z największych dostawców usług abonamentowych. W listopadzie 2006 r. grupa Medicovert zarejestrowała w Szwecji spółkę ubezpieczeniową Medicovert Forsakrings AB. Podobno wkrótce rozpocznie ona działalność w Polsce i będzie oferować prywatne ubezpieczenia zdrowotne oparte na indywidualnej ocenie ryzyka. Dlaczego Medicovert wykonał taki ruch? Bo Polska Izba Ubezpieczeń od dawna dowodzi, że abonament jest po prostu polisą.

Polska hybryda

Firmy abonamentowe to sprytny wynalazek dla krajów postkomunistycznych (najlepiej świadczy o tym

fakt, że nigdzie poza dawnym blokiem wschodnim nie istnieją). W krajach cywilizowanych istnieją firmy sieciowe, jednak ich najpotężniejszymi udziałowcami są firmy ubezpieczeniowe. Tak jest w Kanadzie, USA czy Australii, gdzie np. wykupując polisę, obywatel dostaje spis kilkudziesięciu szpitali, w których może się leczyć. Placówki te oczywiście są współwłasnością firmy sieciowej oraz ubezpieczyciela. Na coś takiego jeszcze długo nie będzie w Polsce stać firm abonamentowych ani ubezpieczycieli. Dlatego wszyscy starają się znaleźć złoty środek. W efekcie ubezpieczyciele oferują ubezpieczenia podobne do oferty firm abonamentowych w zakresie leczenia ambulatoryjnego lub wybranych procedur szpitalnych, a niektóre proponują ryczałty za leczenie szpitalne. Często gwarantują też szybkie przyjęcie do szpitala, nawet wówczas, gdy obowiązują kolejki publicznych pacjentów. Jest to jednak niezgodne z prawem. Istniejące regulacje powodują, że prywatne ubezpieczenie nie może być jedynym, na jakie obywatel Polski zdecyduje się, bo i tak będzie musiał odprowadzać składkę na NFZ. – *Takie działanie prawdopodobnie wynika z tego, że polski rynek jest dosyć jednorodny. Brak zróżnicowania powoduje, że produkty ubezpieczeniowe są w podobnej cenie i kryje się za nimi podobna oferta* – stwierdza Andrzej Sokołowski.



foto. Archiwum

” **Rafał Janiszewski:** Najbogatszych obywateli
nie zadowoli nawet dofinansowana
państwowa służba zdrowia. I to będzie
szansa dla firm abonamentowych ”

Nic więc dziwnego, że towarzystwa oferujące ubezpieczenia zdrowotne na razie nie mogą się pochwalić dużą liczbą sprzedanych polis. Ich ubezpieczenia gwarantują bowiem alternatywną opiekę medyczną, czyli mając taką polisę, w ogóle nie trzeba korzystać z systemu publicznego. Za tak szeroki zakres trzeba odpowiednio zapłacić. W zależności od wieku ubezpieczonego i wersji polisy składka wynosi od kilkuset do kilku tysięcy złotych. U osób, które już raz przeznaczyły część swoich zarobków na opiekę zdrowotną (w formie obowiązkowej składki), wyasygnowanie takich kwot budzi zrozumiały sprzeciw. Dlatego decydują się na tańsze abonamenty, gwarantujące im w wypadku lżejszych chorób szybki dostęp do lekarza.

„ Dariusz Sarti: Abonamenty mogą być opłacane przez inny podmiot niż firma czy zakład pracy, np. przez ubezpieczycieli ”



fot. Archiwum

Nie utonąć w morzu chaosu

W polskim systemie ochrony zdrowia, jak widać, bezmiaru chaosu, luk prawnych, niepewności oraz wielkiego ryzyka doświadczają wszyscy uczestnicy rynku (z pacjentami na czele). Dziwoląg, jakim jest rynek ubezpieczeń komercyjnych, dostosowuje ofertę do źle działającego systemu publicznego. Ubezpieczycielom do opracowania tańszej (a więc bardziej dostępnej) oferty ubezpieczenia zdrowotnego brakuje dwóch elementów – cennika usług medycznych w publicznej służbie zdrowia i koszyka świadczeń. Na co czekają właściciele firm abonamentowych? – *Myszę, że u zara-*

nia tych firm było założenie, że kiedyś uda się je korzystnie sprzedać. W efekcie mogą zniknąć z rynku – podsumowuje Andrzej Sokołowski. Nie zgadza się z nim Dariusz Sarti, ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich. – Dla abonamentów znajdzie się spora nisza. Nawet gdy powstaną doubezpieczenia, zakłady pracy powinny mieć możliwość dokonywania odpisu podatkowego na świadczenia medyczne. Poza tym abonamenty mogą być opłacane przez inny podmiot niż firma czy zakład pracy. Pamiętajmy też, że firmy ubezpieczeniowe nie mają własnych ambulatoriów i przychodni. A takie usługi można kupić w firmach abonamentowych – optymistycznie komentuje Sarti. ■

Dorota Sala

dyrektor medyczny AXA Assistance Polska (grupa IPA):

– Firmy ubezpieczeniowe od lat czekały na pojawienie się tzw. koszyka usług gwarantowanych. Spodziewano się zmian legislacyjnych, umożliwiających rozwój tego typu ubezpieczeń. Pożądanym było ograniczenie wydawania abonamentów przez firmy medyczne. Okazało się jednak, że mimo to ubezpieczyciele znaleźli dla siebie miejsce na tym rynku. Wzrost rynku usług medycznych zachęcił ich zwłaszcza dlatego, że zakres ubezpieczenia identycznego z zakresem abonamentu gwarantuje dochód. Nie jest przypadkiem, że niewiele jest ofert ubezpieczeniowych dotyczących leczenia szpitalnego. Wyznacznikiem tego, co będzie w przyszłości, jest Unia Europejska, a zwłaszcza regulacje dotyczące rynku ubezpieczeniowego. W naszym kraju na razie towarzystwa ubezpieczeniowe są skazane na współpracę z prywatnymi firmami medycznymi wydającymi abonamenty, ponieważ sektor publiczny jest niedostępny. Mimo to biznes będzie się rozwijał, bo koszty usług medycznych będą rosły. Wymusi to większy wpływ ubezpieczyciela na działalność firm medycznych. Obecnie to raczej sieci medyczne są uprzywilejowane. Gdyby towarzystwa ubezpieczeniowe miały dodatkowo objąć leczeniem szpitalnym więcej niż 500 tys. osób, zmiany legislacyjne byłyby konieczne.



fot. Archiwum