

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

Trzeba przestrzegać prawa

Warsztaty naprawiają uszkodzone samochody, a za naprawę płaci towarzystwo ubezpieczeniowe. Podobnie firmy medyczne powinny leczyć ubezpieczonych pacjentów, a nie sprzedawać im tzw. abonamenty. Warsztaty nie sprzedają przecież polis samochodowych czy też „abonamentu” na naprawę pojazdu. — JAN BOGUTYN

Taka sytuacja istnieje na wszystkich rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych. W Polsce, niestety, jest odwrotnie. Pomimo, że nasze nowe prawo ubezpieczeniowe w wielu miejscach wyprzedza rozwiązania stosowane w „starych” krajach członkowskich Unii Europejskiej, to pod względem ubezpieczenia kosztów leczenia stosujemy rozwiązania zbliżone do modelu z Bułgarii i Rumunii.

PRAWO NIE PRZESTRZEGANE

Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne można rozwinąć w Polsce od wielu lat bez potrzeby wprowadzania nowych regulacji prawnych. Wystarczy tylko przestrzegać istniejącego prawa. Od początku bieżącego roku znowelizowana ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (tzw. CIT) przewiduje, że firma może zaliczać w koszty uzyskania przychodu tylko te wydatki na opiekę medyczną pracowników, których obowiązek świadczenia wynika z przepisów Kodeksu Pracy. Dotyczy to badań wstępnych przy przyjmowaniu pracownika i późniejszą opieką okresową. Wydatki na inne usługi medyczne, świadczone pracownikom lub ich rodzinom nie są dla pracodawcy kosztem uzyskania przychodu. Natomiast podstawę opodatkowania mogą obniżyć wydatki na zakup polis kosztów leczenia. Wydawałoby się, że popyt na tego rodzaju polisy będzie bardzo duży. Niestety, nic takiego nie ma miejsca. Od wielu lat rynek ubezpieczeń medycznych jest zepsuty przez tzw. abonamenty, które są „podróbką” polisy ubezpieczeniowej.

ZADANIE DLA INSPEKTORÓW

Wartość rynku usług abonamentowych w samej tylko Warszawie szacowana jest na około 1 mld zł. Ta suma nielegalnie zaliczana w koszty uzyskania przychodu obniża postawę opodatkowania i przychody podatkowe budżetu państwa. Dziwne, że dotychczas żaden rząd (od prawicy do lewicy) nie dostrzegł tutaj prostego źródła zwiększenia dochodów. Natomiast z olbrzymim uporem szuka się tych pieniędzy w kieszeniach rencistów, studentów. Zarówno PUNU, jak i KNUiFE oficjalnie zwracały uwagę prokuraturze i Ministerstwu Finansów na łamanie prawa przez firmy abonamentowe. Panuje dziwna cisza – dająca wiele do myślenia. Żaden z dziennikarzy nie zainteresował się tym tematem.



Jan Bogutyn

jest prezesem TUIR Cigna STU.

W wyniku interwencji „nadzoru ubezpieczeniowego” tylko PZMot musiał założyć firmę ubezpieczeniową dla usług assistance. Natomiast medyczne firmy abonamentowe prowadzą nadal swoją sprzedaż z naruszeniem ustawy ubezpieczeniowej i nie są przez nikogo niepokojone. Znam kilka przypadków, że towarzystwa ubezpieczeniowe korzystają z takich usług. Świadczy to o słabości sektora ubezpieczeniowego, gdyż nie wyobrażam sobie, aby np. jakikolwiek bank kupował usługi finansowe oferowane z naruszeniem prawa.

ILE ZA ZDROWIE?

Obecnie w Polsce trwa wyścig polityków w straszaniu społeczeństwa rzekomą katastrofą, która może się wydarzyć 1 stycznia 2005 roku, jeżeli nie będziemy mieli nowej ustawy. Niestety w ożywionej dyskusji publicznej na ten temat jest za dużo demagogii, zamiast rzetelnej wiedzy.

Trzeba podkreślić, że nie ma na świecie ani jednego państwa, gdzie byłby doskonały model ochrony zdrowia, w którego byłoby zadowolony wszyscy obywatele. W USA mają najdroższy na świecie model ochrony zdrowia (14% PKB), a jednocześnie ok. 25% społeczeństwa nie jest objęte żadną formą ubezpieczenia zdrowotnego. W Polsce wydaje się na ochronę zdrowia tylko ok. 4% PKB, podczas gdy w większości krajów europejskich wydatki te stanowią od 7 do 9% PKB.

Bardziej wyrazisty obraz dystansu dzielącego nas od innych krajów uzyskamy porównując nie tylko udziały w PKB, lecz wysokość wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1-go mieszkańca wyrażoną w pieniądzu. Otóż wg danych OECD i Europejskiego Komitetu Ubezpieczeń wydatki na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca wynoszą np. w Niemczech – 2800 USD, we Francji – 2400 USD, w Irlandii – 1950 USD, podczas gdy w Pol-

sce 200-300 USD, a więc 5 do 16 razy mniejsze niż w innych krajach. W tej olbrzymiej różnicy wydatków tkwi przyczyna wszystkich słabości naszego systemu i zarazem odpowiedź na pytanie, dlaczego jest tak mizernie. Nie jest więc prawdą – jak sądzą niektórzy zacietrzewieni politycy – że jak się zmieni sztyld NFZ na jakiś inny, to sytuacja się poprawi. Od tego nie przybędzie pieniędzy w systemie – a to jest podstawowy problem.

JAKI MODEL?

W Polsce powinniśmy budować system ochrony zdrowia podobny do europejskiego, a nie amerykańskiego. Powinien się on opierać na obowiązkowym – jak dotychczas – systemie publicznym, oraz dobrowolnym, komercyjnym systemie ubezpieczeń będącym uzupełnieniem systemu publicznego. Będzie to przypominać sytuację w pociągu, gdzie część pasażerów wykupująca dodatkowy bilet podróżuje bardziej komfortowo w wagonie I klasy z miejscówką. W Europie Zachodniej z dodatkowych polis korzysta od 6 do 10% społeczeństwa. Ta dodatkowa polisa gwarantuje oprócz standardowych usług medycznych, dostęp bez kolejki do specjalistów, opiekę ordynatora, pokój 1-osobowy z telewizorem w szpitalu itp. Uważam natomiast, że w Polsce nie ma racji bytu system ubezpieczeń alternatywnych wobec systemu publicznego tzw. prywatnych kas chorych. System taki ze względów historycznych istnieje jedynie w Niemczech, Austrii i Holandii, chociaż korzysta z tego tylko ok. połowy osób uprawnionych do wyjścia z systemu publicznego. Należy również poprzeć pomysł częściowej odpłatności za usługi medyczne z zastosowaniem pomocy społecznej dla osób biednych oraz możliwością ubezpieczenia się od tych wydatków.

Większość bogatszych od nas krajów europejskich stosuje różne formy partycypacji pacjentów w finansowaniu publicznego systemu ochrony zdrowia. Relacje nakładów na opiekę zdrowotną pochodzących ze środków publicznych (obowiązkowe składki, opłaty na pojedyncze usługi) kształtują się jak 70:30. Myślę, że w Polsce będzie podobnie, że niedługo uda się ucywilizować „dziki” rynek abonamentów medycznych i że otworzy się rynek dla komercyjnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. □