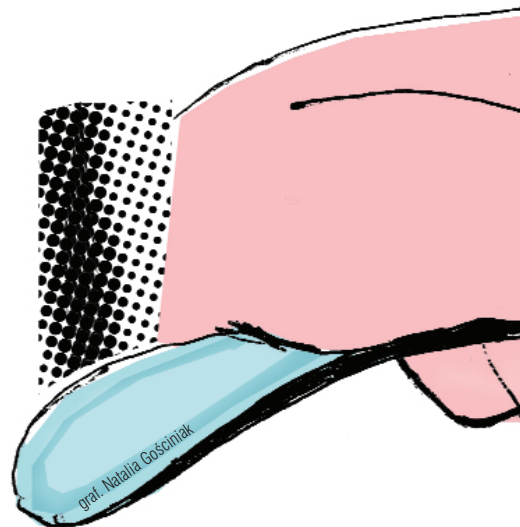


Prywatne ubezpieczenia zdrowotne noszą również nazwę komercyjnych, rynkowych lub dobrowolnych. Wszystkie te nazwy wskazują na niewymuszony charakter relacji między kupującymi i sprzedającymi szczególnie towar, jakim jest ubezpieczenie od ryzyka kupowania usług produktów zdrowotnych z chwilą zaistnienia takich potrzeb. Znaczenie rynkowych ubezpieczeń zdrowotnych, problemy oraz specyficzne zjawiska ekonomiczne i społeczne, które stwarzają, należą do zagadnień stosunkowo nowych.

Prywatne ubebezpieczenia zdrowotne

– możliwości rozwoju w Polsce



Alicja Sobczak, Ewa Dudzik-Urbaniak, Grzegorz Juszczyk

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – charakterystyka

Ważnym ekonomicznym uwarunkowaniem modelu rynkowego jest chłonny i rozwijający się rynek pracy, gwarantujący znacznej liczbie obywateli relatywnie wysokie dochody. Są to generalnie warunki niezakłócone go i w miarę szybkiego rozwoju gospodarczego.

Do zasadniczych uwarunkowań sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej opartego na modelu rynkowych ubezpieczeń zdrowotnych należy zaliczyć:

- rozwinięty sektor ubezpieczeń zdrowotnych (wiele konkurujących ze sobą firm, oferujących ubezpieczenia zdrowotne),
- rozwinięty prywatny sektor opieki zdrowotnej (wiele konkurujących ze sobą usługodawców),
- sprawny system sądownictwa, zdolny szybko rozstrzygać spory z tytułu umów,
- skuteczną państwową regulację działania sektorów opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych w interesie obywateli,
- aktywność organizacji charytatywnych i organizacji typu non profit w finansowaniu i udzielaniu opieki zdrowotnej potrzebującym i biednym, nieznajdującym miejsca w modelu rynkowym,
- samopomoc obywateli,
- aktywną politykę zdrowotną państwa w niszach niezagospodarowanych przez rynek ubezpieczeń zdrowotnych.

Choć tylko nieliczne kraje spełniają te uwarunkowania, dążenia do wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako systemu dominującego bądź uzupełniającego są dość popularne. W powszechnej opinii są one wyrazem orientacji rynkowej w systemie ochrony zdrowia, ze wszystkimi pozytywnymi atrybutami mechanizmu rynkowego.

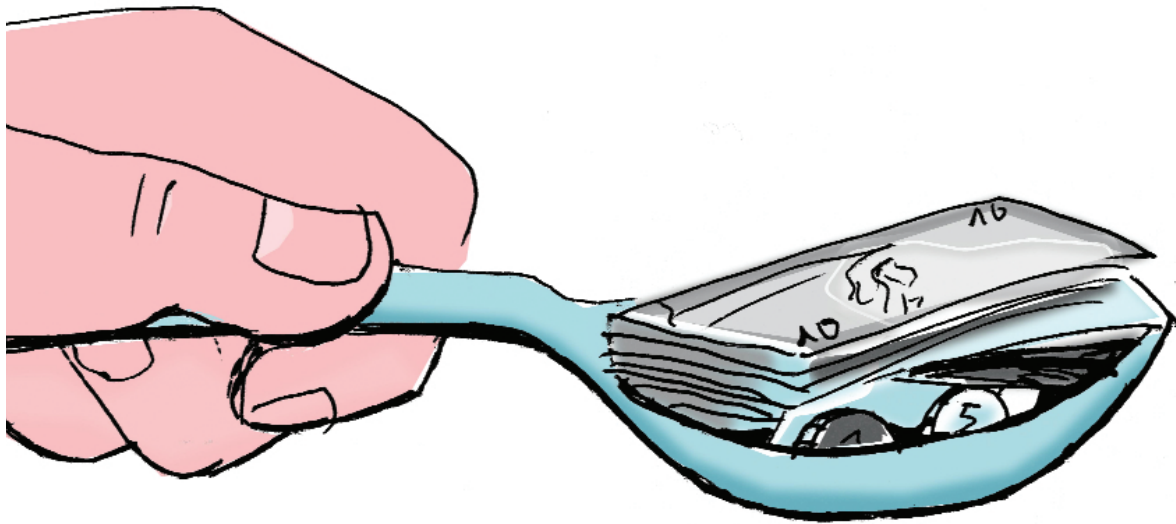
Prywatne (dobrowolne) ubezpieczenia zdrowotne w krajach Unii Europejskiej¹

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w krajach Unii Europejskiej zwane są często dobrowolnymi, w odróżnieniu od obowiązkowego uczestnictwa w publicznych systemach ochrony zdrowia. Cechą europejskich państw o społecznej gospodarce rynkowej jest zapewnienie opieki zdrowotnej wszystkim lub prawie wszystkim obywatelom w ramach publicznych systemów ochrony zdrowia. Systemy te kształtowane są wg trzech modeli:

- państwowego i samorządowego, finansowanych z budżetów,
- obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, finansowanych ze składek ubezpieczonych i ich pracodawców.

Finansowanie w systemach publicznych ma, niezależnie od przyjętych zasad finansowania, charakter solidarnościowy, co oznacza nałożenie na obywateli obowiązku finansowania systemu opieki zdrowotnej proporcjonalnie do uzyskiwanych dochodów, a nie w relacji do ryzyka zdrowotnego i skali konsumpcji świadczeń zdrowotnych. Jedynie nieliczne grupy społeczne w niektórych krajach nie są zobowiązane do uczestnictwa w systemie publicznym. We wszystkich krajach Unii Europejskiej wydatki publiczne na ochronę zdrowia dominują, osiągając udział na poziomie 75–80 proc. wydatków na ochronę zdrowia ogółem (OECD, *Health Data*, 2002).

Solidarnościowy charakter finansowania, powszechny lub prawie powszechny dostęp do systemu opieki zdrowotnej, a nade wszystko wysoki udział finansowania ze środków publicznych w strukturze źródeł finansowania ochrony zdrowia świadczą, że obszar rynkowy dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest ograniczony. Rynek ten tworzą:



„ Dążenia do wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są wyrazem orientacji rynkowej w systemie ochrony zdrowia „

- nieliczne **wyłączenia podmiotowe** z systemu publicznego (kategorie osób nie objętych systemem publicznym, głównie w modelu ubezpieczeniowym),
- **wyłączenia przedmiotowe** usług i produktów zdrowotnych z pakietu świadczeń gwarantowanych w systemach publicznych,
- **opłaty i dopłaty**, jakie trzeba wносить w **systemie publicznym**,
- niezadowalająca wydolność systemu publicznego, powodująca **utrudnienia w dostępie i niższą jakość** używanych świadczeń zdrowotnych.

Dla uproszczenia przyjmujemy, że wszystkie dodatkowe **ubezpieczenia osób uprawnionych do świadczeń w systemie publicznym nazywa się uzupełniającymi/komplementarnymi**, podczas gdy termin **ubezpieczenia zastępcze/substytucyjne** zarezerwowany jest dla osób spoza systemu publicznego.

W krajach Unii Europejskiej dominują prywatne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komplementarnym (uzupełniającym i dodatkowym).

Regulacje Unii Europejskiej w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Od 1994 r. obowiązuje w Unii trzecia dyrektywa ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie z 12 czerwca 1992 r. (*third non-life insurance*), regulująca zasady działania firm oferujących także ubezpieczenia zdrowotne w krajach członkowskich. Od momentu przystąpienia krajów aplikujących do struktur UE zacznie ona obowiązywać także w Polsce i pozostałych 9 krajach, które pomyślnie zakończyły proces akcesyjny. Omawiana dyrektywa budzi wiele wątpliwości w zakresie jej stosowania w praktyce, niemniej jednak jej prze-

pisy stanowią nadrzędne prawo wspólnotowe w zakresie dostarczania polis ubezpieczenia zdrowotnego.

W odniesieniu do rynku prywatnych ubezpieczeń rządy poszczególnych państw obejmują mechanizmami regulacyjnymi i kontrolnymi zasadniczo 2 obszary – merytoryczny i finansowy (Palm, 2002). Regulacje merytoryczne dotyczą treści i warunków zawieranych umów, w tym wysokości opłat i składek. Regulacje i nadzór finansowy mają gwarantować wypłacalność firm ubezpieczeniowych i zapobiec niekontrolowanym bankructwom (np. wymóg posiadania wymaganych rezerw oraz sprawozdawczości), nie ingerują natomiast w sposób konstruowania polis i ich cen. Dla ustawodawstwa unijnego charakterystyczne jest koncentrowanie się głównie na kontroli finansowej. Regulacje pozwalają na swobodne kształtowanie przez firmy ubezpieczeniowe oferty rynkowej dla klientów o zróżnicowanych potrzebach i stopniu ryzyka, zasadniczo bez możliwości regulowania treści polis. Podstawę takiego podejścia stanowi przekonanie, iż ingerencja może upośledzać swobodną konkurencję w obrębie jednolitego rynku europejskiego. Skutkiem jest jednak ograniczenie ochrony konsumenta tylko do zabezpieczenia przed niewypłacalnością firmy ubezpieczeniowej, bez ochrony przed wzrostem cen polis, bądź selekcjonowaniem ryzyka itp.

Kraje członkowskie mogą jednak w myśl przepisów (art. 28 czy 54 trzeciej dyrektywy) wymagać od firm prywatnych przedstawiania informacji o wprowadzanych polisach, w celu dokonania oceny ich treści. Punktem wyjścia tej oceny ma być stwierdzenie, w jakim stopniu (częściowo, całkowicie) dana polisa zastępuje zabezpieczenie publiczne w zakresie ochrony zdrowia. W przypadku całkowitej substytucji, określenie przez państwo wymagań prawnych, jakie musi spełnić treść polisy, nie budzi wątpliwości. Wątpliwości pojawiają się w przypadku ubezpieczeń dodatkowych i uzupełniających.

Warto zauważyć, że praktyczne stosowanie trzeciej dyrektywy będzie się wiązało z koniecznością dalszych interpretacji zawartych w niej uregulowań. Należy śledzić przypadki sporne w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, w celu poznania wykładni możliwości regulacji treści polis, w związku z klauzulą ochrony dobra ogólnego oraz w sytuacji, gdy polisa ma cechy całkowitego lub częściowego zastąpienia opieki, gwarantowanej przez system publiczny.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – dylematy polityki zdrowotnej

Obawy o polityczne i społeczne konsekwencje wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

W Polsce ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zapowiadała konkurencję między dysponentami publicznych pieniędzy na ochronę zdrowia od roku 2002. Artykuł 4a przewidywał możliwość ubez-

Ideologicznym argumentem przeciw kasom prywatnym, przywoływanym przez przedstawicieli lewej i prawej strony sceny politycznej, jest dążenie do zapewnienia powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, brak różnicowania społeczeństwa pod tym względem. Problem polega na tym, że permanentne trudności ze zbilansowaniem przychodów i wydatków systemu publicznego powodują faktyczne różnice w dostępie, konsumpcji świadczeń i korzyściach zdrowotnych. Względna autonomia regionalnych kas chorych w zakresie alokacji środków ujawniła te różnice w sposób bardzo wyraźny.

Wprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia, który od 1 kwietnia 2003 r. zastąpił kasy chorych, jest decyzją polityczną, wskazującą na dystansowanie się rządu SLD-UP od dominacji logiki rynkowej w ochronie zdrowia, mimo iż funkcjonowanie NFZ opiera się, jak poprzednio, na kontraktowaniu usług z publicznymi i prywatnymi zakładami opieki zdrowotnej.

” Perspektywa realizacji bardzo szeroko określonego zakresu opieki zdrowotnej w ramach składki podstawowej nie jest zachęcająca dla potencjalnych podmiotów sektora. Oczekują one precyzyjnego określenia tzw. pakietu podstawowego i liczą na sprzedaż dodatkowych polis ubezpieczenia, na świadczenia spoza tego pakietu ”

pieczenia się w innej niż kasa chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Byłby to krok w stronę budowy systemu ochrony zdrowia na wzór chilijski, w którym duży udział mają prywatne ubezpieczenia substytucyjne. Artykuł został wykreślony jeszcze w okresie rządów AWS, która wprowadziła system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Choć inicjatorami nowelizacji są postowie Unii i Sojuszu (UW i SLD – przyp. A.S.), w trakcie dyskusji najwięcej obaw związanych z prywatnymi kasami zgłosili parlamentarzyści AWS. Jedną z najpoważniejszych obaw postów dotyczy... odpływu młodych, zdrowych i bogatych do prywatnych kas i pozostania w kasach publicznych ludzi starszych, częścię korzystających z opieki i płacących niższe składki (Solecka, 2000). Postowie formułowali zarzuty braku oszacowania skali optowania do systemu prywatnego, skutków tego zjawiska dla finansowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i organizacji kas publicznych, a także dla sytuacji finansowej wielu publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Obawiali się demontażu systemu w sytuacji, kiedy wymaga on wzmocnienia. Istotnym zarzutem było nieprzygotowanie pakietu aktów prawnych, regulujących funkcjonowanie prywatnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. W dyskusji zwracano uwagę, iż brak koszyka świadczeń gwarantowanych stanowi poważne ograniczenie tworzenia kas prywatnych. Perspektywa realizacji bardzo szeroko określonego zakresu opieki zdrowotnej w ramach składki podstawowej nie jest zachęcająca dla potencjalnych podmiotów sektora. Oczekują one precyzyjnego określenia tzw. pakietu podstawowego i liczą na sprzedaż dodatkowych polis ubezpieczenia, na świadczenia spoza tego pakietu.

Pozostaje nierozwiązany problem ograniczonych środków w stosunku do szeroko określonego obszaru potrzeb zdrowotnych, jakie ma zaspokoić system publiczny. Polityka zwiększania efektywności, wymuszona sytuacją gospodarczą i budżetową, wymaga bolesnych cięć, które odbiją się przede wszystkim na dostępie do świadczeń.

Pozostaje dylemat polityki zdrowotnej państwa, czy i jak wkomponować prywatne ubezpieczenia zdrowotne w cały system ochrony zdrowia.

Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w okresie transformacji

W Polsce wykształciły się dwie składowe sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych: właściwy sektor ubezpieczeniowy, którego podmioty działają w oparciu o ustawę o działalności ubezpieczeniowej, oraz sektor *quasi-ubezpieczeniowy*, którego podmioty oferują usługi zdrowotne, finansowane w ramach abonamentów. Ten ostatni zaczął rozwijać się znacznie wcześniej, bo już od początku lat 90. Podmioty sektora ubezpieczeniowego dopiero od roku 2000 zaczęły wprowadzać do oferty ubezpieczenia zdrowotne.

Sektor ubezpieczeniowy

Do początków XXI wieku, a więc w całym ponadjedynastoletnim okresie transformacji nie wykształciły się ubezpieczenia zdrowotne w formie odrębnych polis, obejmujących tylko i wyłącznie świadczenia zdrowotne lub rekompensowanie wydatków poniesionych na usługi i produkty zdrowotne. Pierwsze oferty odrębnych wyspecjalizowanych ubezpieczeń zdrowotnych w towarzystwach ubezpieczeniowych pojawiły się dopiero od roku 2000.

Przez długi czas jedynym oferowanym przez towarzystwa produktem, zawierającym elementy ubezpieczenia zdrowotnego, było ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą. Firmy ubezpieczeniowe zaczęły przygotowywać rozbudowane produkty ubezpieczenia zdrowotnego o szerokim zakresie świadczeń rzeczowych od momentu wprowadzenia zreformowanego systemu ubezpieczeń zdrowotnych zakładając, że w przyszłości staną się one alternatywą lub uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych, oferowanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej.

Towarzystwa ubezpieczeniowe zaczęły także rozszerzać swoje oferty ubezpieczeń na życie o opcje związane z ochroną zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim grupowych ubezpieczeń na życie, gdzie łatwo jest tak skalkulować dodatkową składkę na ryzyko zdrowotne, by opcja ta była dostępna cenowo i atrakcyjna ze względu na zakres ochrony.

Oferowane ubezpieczenia na życie o najszerszym zakresie ochrony obejmują następujące dobrowolne opcje zdrowotne:

- świadczenie na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania, gwarantujące jednorazową wypłatę po zdiagnozowaniu u ubezpieczonego choroby, objętej umową,
- świadczenia związane z pobytem w szpitalu, gwarantujące wypłatę, jeśli pobyt ten związany jest z chorobą lub wypadkiem, objętym umową ubezpieczenia (z reguły stawki dzienne lub kwoty ryczałtowe, związane z chorobą, wypadkiem, pobytem na oddziale intensywnej opieki medycznej, operacją, rehabilitacją),
- świadczenie z tytułu rekonwalescencji (jednorazowe, w formie ryczałtu),
- świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium.

Zdecydowanie rzadziej i w wariantach polis o wyższej cenie niektóre z wyżej wymienionych świadczeń wchodzi w zakres ochrony, objętej umową główną ubezpieczenia na życie.

Pojawienie się na rynku takich ubezpieczeń o dodatkowych opcjach z zakresu ochrony zdrowia należy uznać za duży postęp w rozwoju ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń na życie, niemniej ograniczony zakres polis sprawia, że nie stanowią one alternatywy dla systemu publicznego, a są raczej jego uzupełnieniem.

Sektor quasi-ubezpieczeniowy (abonamentowy)

Już od początku okresu transformacji rozwinął się swojego rodzaju system *quasi-ubezpieczeniowy*, inaczej zwany abonamentowym. Jego podstawę stanowią zapisy ustawy o medycynie pracy, zobowiązujące pracodawców do sfinansowania badań okresowych i profilaktycznych. Wielu pracodawców, korzystając z oferty prywatnych i publicznych zakładów opieki zdrowotnej, kupuje dla pracowników rozszerzoną ofertę świadczeń zdrowotnych obejmującą, poza typowymi świadczeniami z zakresu medycyny pracy, również szereg innych usług opieki ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej, rehabilitacji, diagnostyki, pomocy w przypadku nagłego zachowania itp. Powszechnie wyłącza się z oferowanego zakresu usługi szpitalne. Takie pakiety abonamentowe mają zryczałtowaną cenę. W ofercie spotykamy pakiety o różnym zakresie świadczeń i cenie. Abonamenty zapewniają znacznie szybszy dostęp do świadczeń wysokiej jakości. Pracodawcy traktują je jako składową atrakcyjnego pakietu pozapłacowego, ułatwiającego pozyskanie pracowników i motywowanie. Z pakietów abonamentowych korzystają głównie pracownicy firm, mieszkańcy miast. Oferta dotyczy również klientów indywidualnych, niemniej stanowią oni zaledwie 8–10 proc. Instytucje,

oferujące usługi w ramach abonamentów zdrowotnych, funkcjonują jako zintegrowane zakłady ubezpieczeniowo-lecznicze (typu amerykańskich *Health Maintenance Organizations* – HMO), gdzie klienci odprowadzają składki, a instytucja wykonuje i koordynuje kompleksową opiekę zdrowotną, odpowiednio do zakresu przedmiotowego umowy. Usługi wykonywane są w należących do HMO placówkach medycznych lub zakładach kooperujących. Cena pakietu zależy od zakresu usług – droższe pakiety charakteryzują się pełniejszym koszykiem świadczeń. Abonament miesięczny opłacany jest przez pracodawcę za określoną liczbę pracowników lub przez klientów indywidualnych za określone pakiety ochrony zdrowia.

Oprócz zakładów, działających w oparciu o model HMO, w Polsce istnieją również zakłady zorganizowane w sposób przypominający system *Preferred Provider Organizations* (PPO), także występujący w USA. W modelu tym pośrednik pobiera składkę abonamentową i koordynuje leczenie pacjenta w wybranych jednostkach opieki zdrowotnej, świadczących usługi o odpowiedniej i zweryfikowanej jakości. Firmy takie nie posiadają własnych zasobów infrastrukturalnych opieki zdrowotnej, a jedynie koordynują opiekę pacjenta, gwarantując usługi o odpowiedniej jakości i dostępności. Istota działania polega na kontraktowaniu usług zdrowotnych z wybranymi dostawcami i kierowaniu do nich pacjentów, za których następnie reguluje się zobowiązania płatnicze na podstawie ustalonego cennika i liczby wykonanych świadczeń danego rodzaju. Istotną zaletą PPO jest to, iż nie wymagają one znaczących nakładów inwestycyjnych na przygotowanie własnych placówek medycznych.

Czynniki ograniczające rozwój sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w okresie transformacji

Punktem wyjścia do analizy sytuacji sektora rynkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce i perspektyw jego rozwoju było założenie o zasadniczej roli czterech grup uwarunkowań:

- stanu i reform sektora publicznego, w tym określenie miejsca dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, przy założeniu dominacji sektora publicznego z zarysowaniem zmian jego zakresu i zasad funkcjonowania,
- świadomej polityki zdrowotnej i wynikających z niej regulacji, wyznaczających rolę i stwarzającej warunki

sprawnego funkcjonowania sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w ramach całego systemu opieki zdrowotnej,

- czynników, kształtujących popyt, w tym możliwości finansowych gospodarstw domowych i ich skłonności do finansowego zabezpieczania się przed ryzykiem przyszłych wydatków na zdrowie w formie prywatnych dodatkowych ubezpieczeń,
- kontekstu europejskiego, wynikającego z akcesji Polski do UE, począwszy od maja 2004 r.

Zasadnicze uwarunkowania sprawnego działania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce nie zostały dotychczas spełnione. Polski system ubezpieczeniowo-budżetowy (zaopatrzeniowy) obejmuje praktycznie wszystkich obywateli i wyklucza rezygnację z uczestnictwa w nim. Teoretycznie zapewnia szeroki zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Bezpłatne jest zarówno leczenie szpitalne, jak i świadczenia ambulatoryjne lekarzy ogólnych i specjalistów. Wyłączenia usług z systemu publicznego mają zakres bardzo ograniczony, a ustawowo określone opłaty i dopłaty do niektórych usług kształtują się na poziomie niewysokim w relacji do dochodów obywateli. Z drugiej strony mamy do czynienia z ograniczonymi środkami finansowymi publicznego płatnika. Niski poziom środków finansowych rozmią się z popytem na szeroki zakres usług gwarantowanych, a dopłaty i opłaty, mimo iż trafiają do usługodawców, stanowią niewielkie uzupełnienie środków finansowych w systemie jako całości. Obok ustawowych zapisów o opłatach i dopłatach funkcjonują różnego rodzaju standardy operacyjne realizacji usług zdrowotnych, określane w umowach między poszczególnymi usługodawcami a płatnikiem, a pacjent korzystający z oferty wykraczającej poza standard ponosi dodatkowy koszt (zwykle stosowanego materiału, przedmiotu lub leku). Dodatkowo brak jasnego określenia zasad dostępu do świadczeń, brak publicznej informacji o standardzie klinicznym i pobytowym usług, czasie oczekiwania, efektywności usługodawców, czynią system nieprzejrzystym, stwarzając warunki funkcjonowania *szarej strefy*.

To niewydolność systemu finansowania, zarządzania i działania w systemie publicznym, powodująca utrudnienia w dostępie lub niższą jakość uzyskiwanych świadczeń, uzyskuje rangę głównego czynnika, skłaniającego

Tab. Poziom wydatków na zdrowie na mieszkańca w 2003 r.

Kraj	Udział wydatków na zdrowie w PKB	Odsetek wydatków prywatnych w ogólnych wydatkach na zdrowie w proc.	Wydatki na zdrowie na mieszkańca, w USD, wg paritetu siły nabywczej
średnia OECD	8,4	28	2 100
Polska	6,3	30	629
Czechy	7,3	10	1 105
Słowacja	5,7	15	682
Węgry	6,8	25	911

Materiały źródłowe: OECD Health Data 2003

ludzi do korzystania z usług sektora prywatnego. Roczne wydatki na zdrowie na mieszkańca wynoszą w Polsce ok. 629 USD (wg PPP) = 2 500 zł – w krajach OECD średnio rocznie 2 100 USD (OECD *Health Data*, 2003). Jak wskazują dane w tabeli, poziom tych wydatków jest wyższy w sąsiadujących z nami krajach postsocjalistycznych, przystępujących obecnie do Unii Europejskiej, szczególnie w Czechach. W Polsce wysoki jest udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia (powyżej średniej dla krajów OECD i zdecydowanie najwyższy w porównywanych krajach Grupy Wyszehradzkiej). Podczas gdy znaczna część wydatków prywatnych w krajach OECD ma charakter przedpłat, czyli polis prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, w Polsce, na Węgrzech, w Czechach i Słowacji mają one najczęściej charakter wydatków gotówkowych, ponoszonych w związku z konsumpcją świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo w strukturze gotówkowych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia dominują leki, co nie stwarza typowego obszaru dla rozwoju ubezpieczeń, których przedmiotem jest ochrona przed zdarzeniami rzadkimi, o stosunkowo niewysokim prawdopodobieństwie (tab.).

” Brak jasnego określenia zasad dostępu do świadczeń, brak publicznej informacji o standardzie klinicznym i pobytowym usług, czasie oczekiwania, efektywności usługodawców, czynią system nieprzejrzystym, stwarzając warunki funkcjonowania szarej strefy ”

Niespójność niskiego poziomu finansowania i szerokiego zakresu dostępnych świadczeń, brak przejrzystości funkcjonowania sektora publicznego, nie sprzyjają systematycznemu uporządkowaniu i rozszerzaniu oferty rynkowej ubezpieczeń zdrowotnych. Stabilność zasad współpłacenia jest konieczna do opracowania ubezpieczeń od ryzyka ponoszenia opłat i dopłat, a jawność i unifikacja zasad dostępu oraz obowiązujących standardów klinicznych umożliwią opracowanie oferty, gwarantującej lepszy dostęp i wyższą jakość świadczeń.

W opinii ekspertów Banku Światowego taka sytuacja wymaga zmian istniejącego zakresu koszyka gwarantowanych świadczeń.² Rekomendują oni rozszerzenie i uszczegółowienie aktualnego wykazu świadczeń ponadstandardowych, aby tym samym odciążyć publicznego płatnika. Otwarta dyskusja na temat zawartości koszyka świadczeń medycznych gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest jedyną strategią zapewnienia równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, choć kosztem ograniczenia ich bezpłatnego zakresu. Jasny zakres wyłączeń z zakresu gwarantowanego i/lub zwiększenie dopłat stanowić powinno, zdaniem ekspertów BŚ, główny czynnik stymulujący rozwój prywatnych ubezpieczeń uzupełniających. Negatywnie oceniają natomiast wprowadzanie ubezpieczeń, które rozwijają się ze względu na fakt, że świadczeń przysługujących zgodnie z zapisami prawa w praktyce nie można uzyskać (Wasem, 2001).

Politycy bardzo bojaźliwie podchodzą do kwestii dalszych zmian źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzenie oficjalnych i powszechnych

opłat za usługi medyczne rozważało już kilka ekip rządowych, niemniej żadnej nie udało się, czy raczej nie odważyła się, wcielić ich w życie. Obawiają się bezpośrednich negatywnych reakcji społecznych, znajdujących odbicie w wynikach wyborów. Niestabilność sceny politycznej jest dodatkowym czynnikiem blokującym tego typu niepopularne decyzje polityczne, mimo iż największe partie popierają ten kierunek zmian. Eksperti są zgodni, że wprowadzenie oficjalnych, choćby minimalnych opłat, pozwoli na odciążenie służby zdrowia, jednocześnie pomoże w ograniczeniu opłat nieformalnych i łapówek oraz zjawiska *hazardu moralnego*, związanego z nadmiernym korzystaniem z opieki medycznej bez uzasadnionego powodu tylko dlatego, że świadczenia są bezpłatne.

Kolejnym istotnym czynnikiem, ograniczającym możliwości ekspansji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jest generalnie stosunkowo niski popyt wśród Polaków na usługi ubezpieczeniowe, a szczególnie na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Wynika on zarówno z ograniczonych możliwości finansowych, jak i niskiego poziomu zaufania do firm ubezpieczeniowych i braku nawyku

ubezpieczania. Polacy wydają na ubezpieczenia prawie 10 razy mniej niż obywatele Unii Europejskiej

Do zagorzałych zwolenników rozwoju prywatnych ubezpieczeń należy duża część środowisk medycznych, która widzi w rozwoju tego sektora możliwości pozyskania dodatkowych środków na ochronę zdrowia. Do roku 2003 politycy żywili zdecydowanie więcej obaw. Wyraźnie nie mieli wizji źródeł finansowania, ani nie byli przygotowani do aktywnego kształtowania sektora i regulacji jego działania zgodnie z przyjętą strategią i w interesie ubezpieczonych. Koncentrowali się na przekształcaniach organizacyjnych systemu publicznej opieki zdrowotnej. Ostatnia tego rodzaju zamiana polega na zastąpieniu zdecentralizowanych kas chorych jednolitym systemem Narodowego Funduszu Zdrowia. Reakcją na niedostateczny poziom finansowania publicznej opieki zdrowotnej były dążenia do stopniowego, bardzo niewielkiego (o 0,25 proc. rocznie), wzrostu podstawy wymiaru składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W roku 2003 podstawa wymiaru wynosi 8 proc. i będzie rosła do 8,75 proc. w roku 2006 (art. 199 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ). Docelowo ma osiągnąć 9 proc. (art. 21 tamże).

Politycy działają pod presją oczekiwań społecznych. Nacisk społeczny dotyczy usprawnienia działania systemu publicznego bez ponoszenia dodatkowych kosztów. Polacy są niezadowoleni z systemu ochrony zdrowia. Opinię o pogorszeniu jakości opieki zdrowotnej w ostatnich latach wyraża 39 proc. ankietowanych (CBOS).

W 2003 r. polityka zaczyna się zmieniać pod wpływem bardzo trudnej sytuacji finansowej NFZ.

Badanie Instytutu Pentor³ przynosi oszacowania wydatków na usługi tylko w prywatnych zakładach opieki zdrowotnej. W roku 2002 28 proc. badanych poniosło wydatki gotówkowe, korzystając z prywatnej służby zdrowia, zostawiając tam średnio kwotę 112,4 zł (kobiety 132 zł i mężczyźni 90 zł). Jednak w dużych miastach, a zwłaszcza w stolicy, wydatki te były wyższe – 156 zł w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców i 260 zł w Warszawie. Duże znaczenie odgrywa więc dostępność tego typu usług, które koncentrują się w dużych ośrodkach miejskich. W grupie osób, korzystających z prywatnych usług zdrowotnych 7 proc. wydało mniej niż 100 zł, kolejne 7 proc. – od 101 do 200 zł, 6 proc. – od 201 do 400 zł. Ostatnie 8 proc. to ci, którzy wydali ponad 400 zł.

W 2002 r. średnia kwota dopłaty do usług sektora publicznego wyniosła 66 zł (kobiety – 78 zł, mężczyźni – 52 zł). Instytut Pentor zwraca uwagę, że najwyższą kwotę – 130 zł – dopłacają do systemu publicznego osoby zarabiające poniżej 700 zł. Wyższe kwoty wydatków są wynikiem częstszego korzystania z usług zdrowotnych, co charakteryzuje słabo uposażoną grupę emerytów i rencistów. Zatem osoby zainteresowane zdrowotnymi ubezpieczeniami uzupełniającymi, korzystające najczęściej i płacące najwyższe kwoty w formie dopłat do usług w sektorze publicznym, najczęściej nie dysponują odpowiednimi dochodami, aby nabyć taką polisę.

Wyniki badań Instytutu Pentor ilustrują skalę korzystania z usług sektora prywatnego ochrony zdrowia oraz oszacowanie wielkości wydatków prywatnych, ponoszonych zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym ochrony zdrowia, pozwalają sformułować wstępne wnioski. Znaczna grupa Polaków (47 proc.) korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej, w tym tylko ok. 5 proc. – wyłącznie z sektora prywatnego. Niewątpliwie jest to grupa potencjalnie zainteresowana wyjściem z systemu publicznego, bowiem fakt rezygnacji z usług publicznych nie oznacza wyłączenia z ubezpieczenia powszechnego wraz obowiązkiem uiszczania składki. Prawdopodobnie duża część tej grupy jest objęta szerokim wachlarzem ochrony w ramach sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub *quasi-ubezpieczeń* w formie świadczeń abonamentowych. Jednak w przypadku poważnego zachorowania, wymagającego hospitalizacji, osoby te korzystają ze swoich uprawnień do świadczeń w systemie publicznym, ponieważ świadczenia szpitalne praktycznie nie występują w pakietach abonamentowych, a polisy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oferują głównie świadczenia pieniężne, stanowiące rekompensatę na wypadek wystąpienia stanu chorobowego.

Dane Pentora pokazują jednocześnie bariery rozwoju ubezpieczeń prywatnych – wartość dodatkowych wydatków na zdrowie jest istotnym obciążeniem, głównie dla osób mało zarabiających, które najczęściej korzystają z sektora publicznego. Nie jest to atrakcyjna grupa dla prywatnych firm ubezpieczeniowych, działających dla zysku. Atrakcyjny segment rynkowy stanowią natomiast osoby, które korzystają dodatkowo z sektora prywatnego i ponoszą z tego tytułu istotne koszty, przykładowo grupy z wydatkami powyżej 200 czy też 400 zł rocznie (od 8 do 14 proc. populacji).

Cennego materiału do analizy pewnych charakterystyk funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym zarysowania perspektyw rozwoju sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dostarcza publikacja **Diagnoza społeczna 2003**. Jest ona wynikiem badania przeprowadzonego przez GUS pod kierownictwem Janusza Czaplińskiego i Tomasza Panka (2003) na reprezentatywnej próbie ponad 4 000 gospodarstw domowych (13 217 respondentów). Zdrowie stanowi najczęściej wskazywany przez respondentów warunek szczęśliwego życia (64 proc. odpowiedzi). Osoby o wysokich dochodach uznają je jednak za najważniejsze relatywnie częściej. Wniosek, że grupa ta jest bardziej skłonna do ponoszenia dodatkowych wydatków na zdrowie znajduje potwierdzenie w tym i innych badaniach.

Wnioski z badań

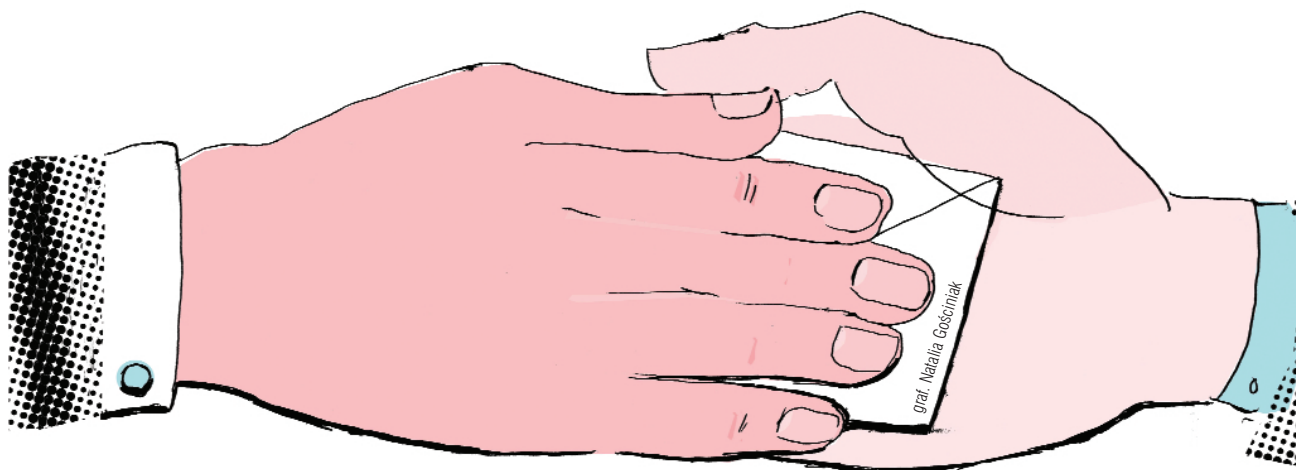
Poziom opłat dodatkowych, ponoszonych przez gospodarstwa domowe obok składki na ubezpieczenie zdrowotne, wskazuje, że obciążenie budżetów gospodarstw domowych z tego tytułu jest względnie stałe. Teoretycznie mogą one zostać zagospodarowane przez firmy oferujące polisy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Analiza struktury wydatków wskazuje, że polisy powinny zawierać możliwość uniknięcia dodatkowych opłat za leki, bo ta grupa wydatków prywatnych jest najistotniejsza. Brak takiej oferty wśród produktów ubezpieczenia zdrowotnego może być spowodowany wysoką dynamiką cen i konsumpcji leków, jak i szybkością pojawiania się nowej oferty rynkowej w przemyśle farmaceutycznym. Wprowadzenie ubezpieczenia od ryzyka dodatkowych opłat za leki z pewnością spowodowałoby zwiększenie konsumpcji leków wśród ubezpieczonych (zjawisko *hazardu moralnego*). W dalszej kolejności polisy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego powinny umożliwiać bezpłatny dostęp do usług ambulatoryjnych. Ten segment jest już częściowo zagospodarowywany przez firmy, oferujące takie usługi opłacane w formie abonamentu, gdzie płatnikiem jest pracodawca. Powoli także w ofercie towarzystw ubezpieczeniowych zaczynają pojawiać się odrębne produkty gwarantujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Wyniki badań nie wskazują jednak, że leczenie szpitalne stanowi istotne obciążenie dla budżetów domowych. Większość procedur terapeutycznych realizowanych w szpitalu jest wykonywana bezpłatnie w ramach ubezpieczenia społecznego.

Zdecydowanie najatrakcyjniejszą grupą docelową prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są pracownicy na stanowiskach nierobotniczych oraz pracujący na własny rachunek i ich rodziny, mieszkańcy dużych miast. Grupy te mają najwyższe dochody i najwięcej wydają na zdrowie.

Podstawy prawne działania towarzystw ubezpieczeniowych

Firmy sektora ubezpieczeniowego działały do końca 2003 r. na podstawie ustawy z 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej.⁴ Od 1 stycznia obowiązuje



„ Eksperti są zgodni, że wprowadzenie oficjalnych, choćby minimalnych opłat, pozwoli na odciążenie służby zdrowia, jednocześnie pomoże w ograniczeniu opłat nieformalnych i łapówek oraz zjawiska *hazardu moralnego* „

nowy pakiet ustaw ubezpieczeniowych, składający się z 4 ustaw i ok. 60 aktów wykonawczych dostosowanych do wymogów unijnych. Przepisy nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 r.⁵ zawierają wiele rozwiązań wzmacniających pozycję konsumentów usług ubezpieczeniowych. Podstawowe zasady i warunki prowadzenia działalności ubezpieczeniowej pozostały jednak bez zmian. Dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe pojawiają się na rynku w ramach:

- **ubezpieczeń osobowych**, które obejmują pewien zakres ochrony zdrowia (np. ubezpieczenie dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania, czy ubezpieczenie kosztów leczenia, zapewniające korzystanie z usług medycznych w prywatnych placówkach), lub zawierają opcje takiej ochrony w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW),
- **ubezpieczeń na życie**, które posiadają opcje ochrony zdrowia jako rozszerzenie zakresu ochronnego umów głównych. Dobrowolne opcje medyczne mogą przykładowo obejmować: świadczenie na wypadek zdiagnozowania u ubezpieczonego poważnego zachorowania, świadczenie związane z pobytem w szpitalu (kwalifikacje pobytu mogą być różne: choroba, wypadek, pobyt na OIOM, operacja, rehabilitacja), świadczenie z tytułu rekonwalescencji czy świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium.

Podział taki wynika z klasyfikacji ubezpieczeń (w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej), wyróżniającej ubezpieczenia na życie (dział I) oraz pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe (dział II).

Przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej dotyczą wszystkich ryzyk i nie zawierają odrębnych regulacji, odnoszących się tylko do ubezpieczeń zdrowotnych.

Podstawy prawne prowadzenia działalności w zakresie świadczenia usług medycznych opłacanych w formie abonamentu

Koordinowanie dostępu do usług medycznych, finansowanych w formie abonamentu, może być realizowane przez podmioty gospodarcze w ramach prowadzenia działalności gospodarczej (ustawa *Prawo o działalności gospodarczej* – DzU 99.101.1178). Jest to klasyczna działalność usługowa, którą mogą prowadzić indywidualni przedsiębiorcy, spółki cywilne, spółki prawa handlowego, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a także, na odrębnych zasadach, fundacje i stowarzyszenia, jeśli ta działalność jest zgodna z ich celami statutowymi. W przypadku, gdy podmiot zamierza świadczyć usługi medyczne, oferowane w ramach abonamentu, a nie tylko organizować dostęp do nich, musi on być zakładem opieki zdrowotnej, albo utworzyć go i prowadzić.

Świadczenie usług medycznych nabywanych przez pracodawcę na rzecz pracowników i opłacanych w formie ryczałtowej (abonament) jest uwarunkowane częściowo obowiązkiem ustawowym. Art. 229 kodeksu pracy oraz ustawa o służbie medycyny pracy z 27 czerwca 1997 r. (DzU 97.96.593), obowiązującej od 1.01.1998 r. Szczerżółto zasady przeprowadzania badań określone są w rozporządzeniu MZiOS z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (DzU 96.69.332).

Warunki prowadzenia działalności przez podmioty oferujące usługi zdrowotne w ramach abonamentów mogą się dodatkowo zmienić, jeżeli wprowadzone zostaną w życie zmiany w przepisach podatkowych, proponowane przez rząd.⁶ Ministerstwo Finansów w sierpniu 2003 r. zaproponowało zniesienie możliwości uznawania wydatków na opiekę medyczną dla pracowników za



„ W ofercie firm ubezpieczeniowych i abonamentowych brakuje objęcia ochroną ubezpieczeniową konsumpcji leków, podczas gdy wydatki na leki stanowią główną część gotówkowych wydatków na zdrowie gospodarstw domowych „

wość podwójnego finansowania wykonywanego świadczenia – ze źródeł prywatnych i publicznych.

Charakterystyka sektora, oferty rynkowej i rynku

Analiza ujawnia, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce mają charakter marginalny.

Z dwóch segmentów sektora ubezpieczeń zdrowotnych, które wykształciły się na polskim rynku, zdecydowanie bardziej niż właściwy sektor ubezpieczeniowy, obejmujący podmioty działające w oparciu o ostatek o działalności ubezpieczeniowej, rozwinięty jest sektor *quasi-ubezpieczeniowy*, zwany inaczej abonamentowym. Oferta podmiotów realizujących opiekę zdrowotną finansowaną w formie abonamentu generalnie nie wykracza poza zakres koszyka świadczeń gwarantowanych przez system publiczny. Konkludując można stwierdzić, że firmy abonamentowe w zakresie opieki ambulatoryjnej dostarczają w ramach dodatkowej opłaty usługi objęte systemem publicznym, jednak ich cechą charakterystyczną jest lepszy poziom dostępności, stopnia zintegrowania, a więc to wszystko, czego niejednokrotnie brakuje w sektorze publicznym, a co zapewnienia komfort i lepsze efekty zdrowotne oraz satysfakcję pacjentów.

Wręcz ze wzrostem kosztu abonamentu oferta firm abonamentowych przyjmuje bardziej kompleksowy charakter, obejmujący jednak tylko nieliczne elementy opieki szpitalnej.

Tak więc w zakresie opieki ambulatoryjnej oferta firm abonamentowych stanowi uzupełnienie oferty publicznej, natomiast nie pełni tej roli w odniesieniu do opieki szpitalnej. Dostęp do świadczeń realizowanych przez firmy abonamentowe ograniczony jest terytorialnie do dużych miast i korzystają z nich głównie osoby zatrudnione (pakiety abonamentowe dla klientów indywidualnych są wyjątkiem).

Środki finansowe z sektora abonamentowego zasilają bezpośrednio sektor usługodawców prywatnych i publicznych.

Oferta podmiotów sektora ubezpieczeniowego dotyczy przede wszystkim opieki szpitalnej i poważnych zachorowań, które najczęściej wiążą się z koniecznością hospitalizacji. Można powiedzieć, że te dwa segmenty mają różną, choć komplementarną ofertę. Jednak gros świadczeń firm właściwego sektora ubezpieczeniowego nie ma charakteru rzeczowego, ale pieniężny i wynika z umów uzupełniających (suplementów, opcji dodatkowych) do umów głównych, zwykle ubezpieczenia na życie. Takie umowy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, które mają charakter suplementu do innych ubezpieczeniowych umów głównych, dominują na polskim rynku. Ubezpieczający mają zagwarantowaną wypłatę ryczałtu dziennego za każdy dzień pobytu w szpitalu lub określoną w umowie ubezpieczenia kwotę w przypadku konieczności wykona-

koszty uzyskania przychodu. Zmiany te mają dotyczyć podatku dochodowego od osób fizycznych oraz prawnych. Możliwość taka ma pozostać dla kosztów badań obowiązkowych (wstępnych, okresowych i kontrolnych).

Dodatkowe propozycje uregulowania konieczności opieki zdrowotnej nad pracownikami pojawił się w Komisji Trójstronnej. Dotyczą one wprowadzania tzw. pracowniczych programów ochrony zdrowia, działających podobnie jak fundusz socjalny. W ramach programu pracodawca przeznaczałby 5 proc. wynagrodzeń pracowników, a środki te tworzyłyby fundusz przeznaczony na finansowanie opieki medycznej. We wrześniu 2003 r. trwały prace nad stworzeniem ustawy, regulującej zasady tworzenia i prowadzenia pracowniczych programów zdrowotnych.

Współistnienie publiczno-prywatne

Zakłady opieki zdrowotnej, oferujące usługi w ramach abonamentu, mają prawo do występowania o kontrakt z dysponentem środków publicznych. Formalnie nie występuje przeszkoda prawna co do łączenia kontraktów z dysponentem środków publicznych ze sprzedażą pakietów abonamentowych. Najczęściej zakłady te posiadają kontrakty ze środków publicznych na podstawową opiekę zdrowotną, specjalistyczną oraz procedury zabiegowe. Problemem jest jednak fakt, że usługi zawarte w pakietach są równocześnie dostępne darmowo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a dodatkowo NFZ nie zezwala na pobieranie jakichkolwiek dodatkowych opłat za świadczenie finansowane ze środków publicznych. Jeżeli zakład świadczy usługi abonamentowe i jednocześnie realizuje kontrakt z publicznym płatnikiem na określone świadczenia zdrowotne, to istnieje możli-

nia u nich zabiegu operacyjnego, czy wystąpienia schorzenia objętego ochroną. W niewielkim jak dotąd zakresie towarzystwa ubezpieczeniowe proponują ubezpieczenia zdrowotne, oferujące świadczenia rzeczowe. Są to odrębne umowy ubezpieczenia zdrowotnego, niebędące suplementami umów podstawowych. Ich zakres jest jednak ograniczony, obejmują głównie opiekę ambulatoryjną w zakresie podstawowym i specjalistycznym, a zatem w tym obszarze stanowią alternatywę dla oferty publicznej i konkurencję dla oferty firm abonamentowych.

Podobnie jak i w przypadku umów ubezpieczenia zdrowotnego, rozszerzających zakres ochrony umów głównych, odrębne ubezpieczenia zdrowotne nie gwarantują dostępu do opieki szpitalnej, a odpowiedzialność zwykle ogranicza się do wypłaty ryczałtu dziennego za każdy dzień hospitalizacji, przy czym zaznaczyć trzeba, że nie obejmuje on realnie poniesionych kosztów. Takie ubezpieczenia nie wymagają od towarzystw zawierania umów ze szpitalami, a więc nie zapewniają sektorowi szpitalnemu dodatkowych bezpośrednich środków finansowych z tytułu realizacji takich umów.

Produkty oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe często obejmują wyłączone z zakresu publicznego świadczenia medycyny pracy, nieobowiązkowe szczepienia ochronne czy oferują komfortowe warunki leczenia szpitalnego (np. osobny pokój).

Środki finansowe z sektora właściwych ubezpieczeń zdrowotnych obecnie na ogół nie zasilają bezpośrednio zakładów opieki zdrowotnej. Świadczenia pieniężne otrzymują ubezpieczeni. Pieniądze te zasilają zakłady sektora ochrony zdrowia przez formalne opłaty (pełne ceny usług w przypadku korzystania ze świadczeń usługodawców prywatnych, a w przypadku korzystania ze świadczeń usługodawców publicznych – dopłaty i opłaty) lub wydatki nieformalne, związane z uzyskaniem lepszej jakości i dostępu do świadczeń w sektorze publicznym.

W obecnym kształcie i w obecnej skali prywatne ubezpieczenia zdrowotne we właściwym sektorze ubezpieczeniowym, związane przede wszystkim z hospitalizacjami, których gros przebiega w szpitalach publicznych, nie odgrywają istotnej roli jako źródła przychodów zakładów opieki zdrowotnej.

Niewykorzystane segmenty rynkowe

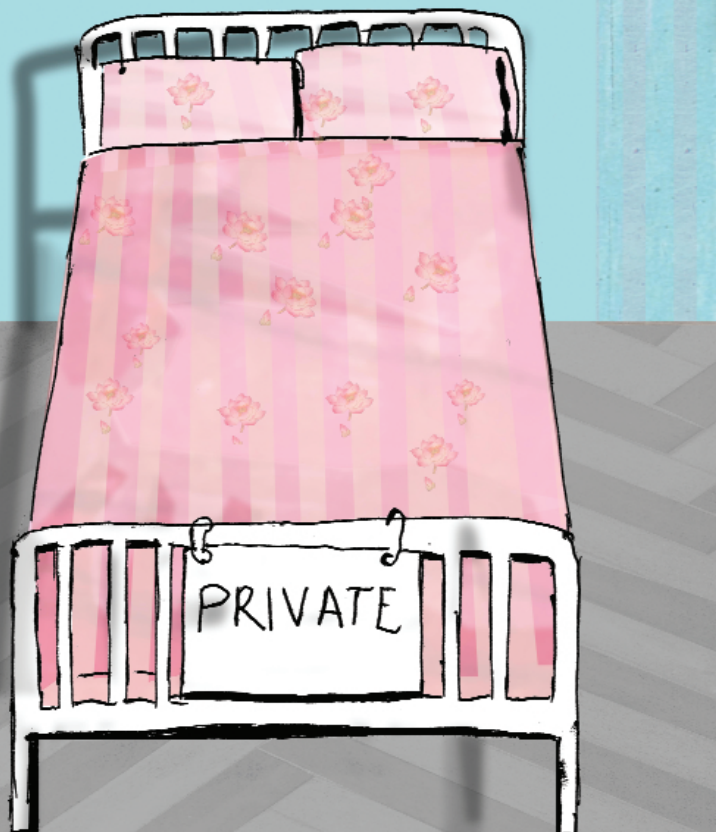
Zapomniana stomatologia

Na uwagę zasługuje fakt, iż w przeciwieństwie do krajów zachodnich, w Polsce nie rozwija się rynek ubezpieczeń stomatologicznych. W wielu krajach UE usługi stomatologiczne powyżej 18. roku życia są wyłączone z systemu publicznego i pełnopłatne. Właśnie w tym obszarze szybko wykształciły się prywatne instytucje ubezpieczeniowe, oferujące finansowanie opieki stomatologicznej, a zwłaszcza protetyki. Ubezpieczenia tego typu aktywnie zaangażowały dentystów w działania profilaktyczne, za które są oni wynagradzani, podobnie jak za działania naprawcze. W Polsce oferta prywatnego sektora ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno właściwego, jak i abonamentowego, obejmuje jedynie zniżki na usługi.

Brak oferty w zakresie konsumpcji leków

W ofercie firm ubezpieczeniowych i abonamentowych brakuje objęcia ochroną ubezpieczeniową konsumpcji leków, podczas gdy wydatki na leki stanowią główną część gotówkowych wydatków na zdrowie gospodarstw domowych. Zakup polisy ubezpieczeniowej lub wykupienie abonamentu nie umożliwia zmniejszenia tego obciążenia, pozwala jedynie na zredukowanie wydatków na korzystanie z prywatnego sektora opieki zdrowot-

” W krajach Unii Europejskiej istnieje wyraźne odróżnienie płatnika publicznego i prywatnego. Oficjalnie w publicznych szpitalach w Polsce nie istnieją wydzielone łóżka dla pacjentów prywatnych, tak jak ma to miejsce, np. w Wielkiej Brytanii czy Irlandii ”



nej. Brak oferty, zabezpieczającej przed dopłatami i opłatami za leki, wynika z oddziaływania dwóch ważnych grup czynników:

- wysokiej dynamiki konsumpcji leków, jak również stale rosnących cen i szybkości pojawiania się nowych produktów na rynku farmaceutycznym,
- powszechnego charakteru konsumpcji leków, co nie tworzy pola dla ubezpieczenia, z natury obejmującego zjawiska relatywnie rzadko występujące, o określonym prawdopodobieństwie.

W przypadku leków następuje wyraźna uzasadniona obawa sektora ubezpieczeniowego przed zjawiskiem *hazardu moralnego* ze strony ubezpieczonych, czyli tendencji do nadmiernej konsumpcji leków w przypadku posiadania ubezpieczenia, tak jakby były one bezpłatne. Objęcie ochroną ubezpieczeniową konsumpcji leków mogłoby nastąpić tylko w ramach rozwijania kompleksowych ofert ochrony, wiążących zapewnienie wszystkich potrzebnych usług produktów, w tym także leków, z wystąpieniem określonych zdarzeń zdrowotnych (chorobowych), dla których możliwe jest oszacowanie ryzyka.

Uboga oferta świadczeń sektora szpitalnego

Umowy ubezpieczenia zdrowotnego na ogół nie zapewniają dostępu do świadczeń sektora szpitalnego. Za-

równo w ofercie podmiotów sektora abonamentowego, jak i właściwego sektora ubezpieczeniowego brakuje rozbudowanych produktów, umożliwiających ubezpieczonemu skorzystanie z hospitalizacji u wybranego świadczeniodawcy. Wybiórcza ochrona ubezpieczeniowa w przypadku hospitalizacji, jeżeli już pojawia się w ofercie, nie ma charakteru rzeczowego, natomiast przybiera formę ryczałtu za dzień pobytu w szpitalu lub przypadek chorobowy. Pojawiają się oferty, zwłaszcza w ramach bardziej kompleksowych, wyższych wariantów cenowych, obejmujące hospitalizację, niemniej mają one też charakter ograniczony i nie obejmują wszystkich przypadków. Zwłaszcza te cięższe opatrywane są w ramach publicznego sektora szpitalnego.

Charakterystyka działania sektora ubezpieczeniowego i abonamentowego

Dynamiczny rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w ramach właściwego sektora ubezpieczeniowego obserwujemy dopiero od początku XXI w. Od 2000 r. zaczęły się pojawiać w ofercie towarzystw ubezpieczeniowych odrębne, wyspecjalizowane produkty ubezpieczenia zdrowotnego, obejmujące tylko i wyłącznie świadczenia zdrowotne lub rekompensowanie wydatków poniesionych na usługi i produkty zdrowotne. Od momentu wprowadzenia zreformowanego systemu ubezpieczeń zdrowotnych towarzystwa ubezpieczeniowe przygotowywały produkty typu medycznego z myślą, że w przyszłości staną się one alternatywą lub uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych, oferowanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zapowiadała bowiem konkurencję między dysponentami publicznych pieniędzy na ochronę zdrowia od roku 2002. Z zapisu tego wycofano się, jednak kwestia możliwości uzyskania dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej powróciła obecnie ze zdwojoną siłą, wobec bardzo trudnej sytuacji publicznego sektora ochrony zdrowia. Nadal odrębne produkty zdrowotne zapewniające świadczenia rzeczowe nie są zbyt liczne (produkty gwarantujące usługi medyczne ma w ofercie 6 firm ubezpieczeniowych), ale liczba firm, wchodzących z taką ofertą na rynek wykazuje istotny wzrost w ciągu ostatnich dwóch lat. Beneficjenci korzystają z usług medycznych w zakładach opieki zdrowotnej, z którymi towarzystwo ubezpieczeniowe zawarło kontrakty na udzielanie świadczeń zdrowotnych, albo otrzymują ryczałty czy rekompensaty pieniężne w związku z zaistnieniem niektórych potrzeb zdrowotnych i korzystaniem z pewnych form leczenia. Znacznie szersza oferta obejmuje produkty typu zdrowotnego (medycznego), stanowiące suplement polis ubezpieczenia na życie. Dodatkowo, dobrowolne opcje medyczne w ramach ubezpieczeń na życie stają się standardem i pojawiają się w ofercie większości towarzystw ubezpie-

zeniowych, niemniej ograniczony zakres ochrony i relatywnie niewielka liczba ubezpieczonych sprawiają, że te suplementy mają marginalny udział w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Nadanie tym polisom cech wyspecjalizowanego, kompleksowego ubezpieczenia zdrowotnego wymagałoby uwzględnienia ryzyka, związanego z pokryciem rzeczywistych kosztów leczenia, zarówno ambulatoryjnego, jak i szpitalnego, badań diagnostycznych, profilaktyki, długotrwałej rehabilitacji itd.

Znacznie wcześniej, bo już od początku okresu transformacji, rozwinął się swojego rodzaju system *quasi-ubezpieczeniowy*, inaczej zwany abonamentowym.

Firmy abonamentowe ostrożnie inwestują w infrastrukturę, uważnie analizują możliwości wykorzystania zasobów. Z badań wynika, że znacznie bardziej popularną metodą zwiększania obszaru działania jest kontraktowanie usług u podwykonawców niż tworzenie własnych centrów medycznych. Obszar opieki abonamentowej wyraźnie zmierza w kierunku rozbudowy sieci placówek współpracujących, działających pod własną nazwą.

Oddziałuje to na infrastrukturę zakładów opieki zdrowotnej. Obecnie muszą one aktywnie poszukiwać alternatywnych źródeł finansowania poza systemem publicznym. Chcąc znaleźć się w sieci i podpisać kontrakt z firmą abonamentową lub ubezpieczeniową, należy dokonać inwestycji – remontu pomieszczeń, zakupu nowej aparatury itp., co pozwala na wypełnienie standardów jakości, stawianych przez zleceniodawców. Wyższe standardy wyposażenia i usług przynoszą też korzyści pacjentom, których świadczenia finansowane są również ze środków publicznych. Istnieje równocześnie ryzyko, że przy wysokim poziomie finansowania z tego źródła, zakłady nie będą zainteresowane w udzielaniu porad w ramach kontraktów z NFZ.

Brak jednak obserwowalnej tendencji, aby firmy wkraczały na rynek z ofertą prywatnych szpitali, poza kilkoma podmiotami, które otworzyły własne szpitale. Inwestycje służą przede wszystkim świadczeniu usług wysoce efektywnych, np. operacji i zabiegów, realizowanych w systemie jednego dnia. Tego typu świadczenia przynoszą większe korzyści zdrowotne pacjentom i są znacznie tańsze.

Obszary do regulacji

Firmy oferujące abonamenty nie działają na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W opinii Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń (PUNU) rozwiązanie to narusza obowiązujące uregulowania prawne, a ich nieuregulowane działanie łamie **zasadę uczciwej konkurencji z firmami sektora ubezpieczeniowego**. Podobne opinie wyrażają zagraniczni eksperci (Wasem, 2001).

Towarzystwa ubezpieczeniowe, działając na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, podlegają nadzorowi państwa w kwestii gospodarki finansowej. Brakuje jednak wymogów co do treści umów, które chroniłyby konsumentów. **Przepisy ustawy nie zawierają odrębnych regulacji odnośnie ryzyka zdrowotnego**, obejmują wszystkie ryzyka ubezpieczeniowe. W przypadku przyjęcia polityki zdrowotnej, stwarzającej prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym miejsce w systemie ochrony zdrowia, konieczne byłoby określenie w sposób wyprzedzający zakresu regulacji państwowej tych ubezpieczeń: czy byłaby to liberalna strategia wielu krajów UE odnośnie do uzupełniających zdrowotnych ubezpieczeń prywatnych, czy jednak należy wprowadzić również regulację treści takich umów ubezpieczeniowych i relacji towarzystw ubezpieczeniowych z ubezpieczonymi. Aktywna polityka regulacyjna wiąże się nie tylko z opracowaniem przepisów, ale również ze

stworzeniem lub rozbudową aparatu kontrolnego, zdolnego do sprawnej egzekucji przepisów.

Ochrona konsumenta za pomocą regulacji może przybierać różne formy, np. obowiązkowi zawarcia określonych gwarancji w umowie, zobowiązania do obszernego i wyczerpującego wyjaśnienia wszelkich praw i obowiązków stron w różnych możliwych sytuacjach objętych ubezpieczeniem i wyłączonych z niego, zobowiązanie do przełożenia hermetycznego języka prawnego umów na język powszechnie zrozumiałych pojęć itp.

Rozdzielenia finansowania ze środków publicznych i prywatnych

Tymowska⁷ zwraca uwagę na zjawisko przerzucania kosztów opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi elementami sektora opieki zdrowotnej. Sektor ubezpieczeń prywatnych kieruje pacjentów z wysokim ryzykiem zdrowotnym do ośrodków diagnostycznych lub leczniczych, finansowanych ze źródeł publicznych, co pozwala na kształtowanie stosunkowo niskich cen, szczególnie usług abonamentów. Opłata ryczałtowa – stała stawka na pokrycie wszystkich usług objętych abonamentem, zachęca do większej efektywności oraz ograniczania kosztów działalności. Nadwyżka przychodów nad kosztami rzeczywiście zrealizowanych potrzeb zdrowotnych stanowi zysk organizatora opieki zdrowotnej.

W krajach Unii Europejskiej istnieje wyraźne odróżnienie płatnika publicznego i prywatnego. Oficjalnie w publicznych szpitalach w Polsce nie istnieją wydzielone łóżka dla pacjentów prywatnych, tak jak ma to miejsce, np. w Wielkiej Brytanii czy Irlandii. W Irlandii, w połowie lat 90., zaczęto wydzielać część zasobów publicznej służby zdrowia dla potrzeb pacjentów, posiadających polisy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wzrost zamożności społeczeństwa i chętnie wykupywanie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego spowodował, że obecnie 39 proc. wszystkich łóżek szpitalnych w Irlandii stanowią łóżka przeznaczone dla pacjentów z prywatnym ubezpieczeniem. Skutkiem tego są duże problemy z uzyskaniem świadczenia w publicznym sektorze szpitalnym. Prywatne firmy ubezpieczeniowe nie muszą inwestować w budowę prywatnych szpitali, mając do dyspozycji gotowe zasoby sektora publicznego. Z analizy wynika, że w Polsce pojawia się podobne ryzyko i konieczne są odpowiednie regulacje prawne.

Na tle analizy sytuacji w Polsce nasuwa się szereg pytań i wątpliwości, co do współistnienia publiczno-prywatnego w systemie ochrony zdrowia i przejrzystości finansowania. Jakie koszty pobytu klienta w szpitalu ponosi firma, pobierająca opłaty abonamentowe – pełne koszty hospitalizacji o podwyższonym standardzie, czy tylko koszty podwyższonego standardu? Na czym polega podwyższony standard – czy chodzi o komfort pobytu, szybki dostęp, wyższe kwalifikacje lekarzy, zastosowanie bardziej efektywnych procedur, dodatkową opiekę lekarską lub pielęgniarską itp.? Art. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w punkcie pierwszym stanowi, że ubezpieczenie jest oparte na zasadach równości obywateli. Z kolei art. 175 ustawy mówi, że *kto pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 175, pkt 4) podlega karze grzywny.*

Druga wątpliwość dotyczy niebezpieczeństwa pobierania opłat za te same usługi z dwóch lub więcej źródeł. Przypadki takie zostały wykazane po wprowadzeniu elektronicznej karty pacjenta w Śląskiej Kasie Chorych, gdzie zgłoszenie zdarzenia (wizyty czy przyjęcia na oddział), będącego przedmiotem roszczenia finansowego wobec płatnika, musiało być potwierdzone elektronicznym kluczem pacjenta. Wyrwykowe kontrole wykazały nawet kilka wizyt tego samego pacjenta, który w systemie rozliczeń jest identyfikowany po numerze PESEL, u różnych specjalistów w różnych miejscowościach województwa. Podobna sytuacja może mieć miejsce w opiece abonamentowej. Porady lekarskie dla pacjenta, w ramach ryczałtowej opłaty abonamentowej, mogą być dodatkowo zgłaszane do rozliczenia w ramach kontraktu z płatnikiem publicznym. Problem zabezpieczenia przed podwójnym rozliczaniem wymaga opracowania przejrzystego systemu ewidencji i skutecznej kontroli płatników.

Możliwości i kierunki rozwoju

Towarzystwa ubezpieczeniowe, działając dotychczas w niszach rynkowych o ograniczonym zasięgu, wprowadzają na rynek nowe produkty i starają się zdobyć klienta coraz bardziej zróżnicowaną i lepiej dopasowaną do potrzeb ofertą. Liczą na coraz większą popularność uzupełniających polis zdrowotnych. Zaczynają pojawiać się odrębne ubezpieczenia zdrowotne, obejmujące tylko opiekę medyczną. Nie polegają one na wypłacie świadczenia pieniężnego za dane zdarzenie ubezpieczeniowe, ale na zapewnieniu ubezpieczonemu usług medycznych w zakładach opieki zdrowotnej, z którymi towarzystwo zawarło umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Szanse rozwoju ubezpieczeń upatrują także w postępującej niewydolności publicznej ochrony zdrowia oraz wzrastającym niezadowoleniu społecznym z usług tego sektora. Przewidują, że publiczne szpitale, których sytuacja finansowa stale się pogarsza, będą poszukiwać alternatywnych źródeł przychodu i tworzyć specjalne oddziały dla pacjentów, którzy chcą wyższego standardu opieki. Spodziewają się także wzrostu liczby prywatnych szpitali. Jednak mała liczba towarzystw, które oferty ubezpieczeniowe wzbogaciły o ubezpieczenia zdrowotne, świadczy o ostrożności w ocenie możliwości ekspansji tego typu oferty.

Do zasadniczych czynników, które zmienią dotychczasową sytuację i stworzą warunki sprzyjające dalszemu rozwojowi prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w naszym kraju, można zaliczyć:

- wpływ ustawodawstwa i rozwiązań z krajów UE,
- postępujące trudności w generowaniu środków publicznych na ochronę zdrowia w wysokości wystarczającej do zaspokojenia szeroko określonego zakresu świadczeń, do których dostęp jest prawie powszechny,
- dalsze reformy sektora publicznej ochrony zdrowia w duchu orientacji rynkowej,
- nacisk ze strony sektora usługodawców, upatrujących w rozwoju sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych źródła dodatkowych przychodów,
- nacisk ze strony lepiej zarabiających obywateli na lepszy dostęp i wyższą jakość świadczeń zdrowotnych.

Równocześnie pogarszająca się sytuacja finansów publicznych, w tym przeznaczonych na ochronę zdrowia, i trudna sytuacja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej, będą czynnikami wymuszającymi i przyspieszającymi te kontrowersyjne dla części społeczeństwa i środowisk medycznych działania, których obawiały się dotychczasowe rządy:

- ograniczanie zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, w tym głównie przez zwiększenie zakresu i wysokości dopłat,
- komercjalizację publicznego sektora usługodawców (tworzenie sieci szpitali publicznych, stworzenie możliwości prawnych działania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w formie spółek, wprowadzenie trybu upadłości publicznych zakładów opieki zdrowotnej itp.),
- zapewnienie przejrzystości systemu przez upowszechnienie informacji o dostępie i jakości świadczeń zdrowotnych.

Przeprowadzenie tych działań może w sposób bardzo istotny przyczynić się do zmian rynkowych – istotnej zmiany oferty oraz zwiększenia popytu i podaży prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Przypisy

1. Na podstawie: Mossialos E, et al. *Funding Health Care: Options for Europe* oraz *WHO European Observatory on Health Systems*.
2. Zalecenia w ramach Projektu Ministerstwa Zdrowia i Banku Światowego *Rozwój służby zdrowia 3466-POL TOR 3.4.1.14/A* Inicjatywy sektora prywatnego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego i świadczeń zdrowotnych w Polsce. Prof. Juergen Wasem, kwiecień 2001.
3. Informacja opublikowana w internetowym serwisie informacyjnym Polskiej Agencji Prasowej (PAP), czerwiec 2003 r.
4. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 28 czerwca 1990 r. (DzU 96.11.62, z późn. zm.).
5. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 r. (DzU 03.124.1151).
6. Bajer P. *Stracą firmy i pracownicy*. Rzeczpospolita, 29.08.2003.
7. Tymowska K. *Przerzucanie kosztów w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*. *Zdrowie i Zarządzanie* 2003, V, 1, 58-61.

Piśmiennictwo w redakcji

Akty prawne

- Ustawa prawo o działalności gospodarczej – DzU 99.101.1178.
Ustawa z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (DzU 97.96.593, z późn. zm.).
Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (DzU 00.14.176, z późn. zm.).
Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 91.91.408).
Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 03.45.391).
Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 28 czerwca 1990 r. (DzU 96.11.62, z późn. zm.).
Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 r. (DzU 03.124.1151).

Alicja Sobczak – Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego
Ewa Dudzik-Urbaniak – Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie
Grzegorz Juszczak – Zakład Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej w Warszawie

Powyższy artykuł jest fragmentem książki A. Sobczak, E. Dudzik-Urbaniak, G. Juszczak *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – możliwości rozwoju w Polsce*, która jest przygotowywana do wydania przez Wydawnictwo TERMEDIA