

Paweł Prędkiewicz

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu
Katedra Finansów

PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W POLSCE

1. Wstęp

Polski system opieki zdrowotnej od początku przemian ustrojowych znajduje się na etapie ciągłych reform i zmian. Rosnące problemy z finansowaniem opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz zwiększające się potrzeby społeczeństwa skutkują powiększającym się deficytem sektora opieki zdrowotnej. Koszty opieki zdrowotnej na świecie rosną w bardzo szybkim tempie. Od roku 1970 do roku 2000 wydatki na ochronę zdrowia w krajach OECD zwiększyły się średnio z 5 do 8,4% PKB¹. Na tak dużą dynamikę wydatków złożyły się przede wszystkim starzenie się społeczeństwa, rozwój technologii medycznych oraz zwiększone wymagania odnośnie do poziomu świadczeń medycznych. Źródła publiczne zaś nie zapewniają wystarczającego poziomu finansowania. Konieczne jest finansowanie opieki zdrowotnej z różnych źródeł: publicznych i prywatnych.

Środki płynące do zakładów opieki zdrowotnej z publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych zwykle nie wystarczają większości polskich placówek medycznych do prowadzenia racjonalnej działalności. Z drugiej strony Polacy płacą z własnej kieszeni na koszty leczenia relatywnie wysokie kwoty. Szacuje się, że bezpośrednie dopłaty (legalne i nielegalne) pacjentów pokrywają ponad 30% całkowitych kosztów opieki zdrowotnej w Polsce.² Średnio Polak wydaje na ochronę zdrowia ponad 30 zł miesięcznie (poza składka na NFZ). Wyjściem z sytuacji nie może być dalsze zwiększanie bezpośredniego obciążania finansowego pacjentów, ale odejście od opłat nieformalnych na rzecz formalnych. Ze względu na nieprze-

¹ OECD HEALTH DATA 2003

² Dane z badań GUS za: A. Baran „Różnicowanie wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia”, [w:] Polityka zdrowotna, t. 2, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2004.

widywalny charakter wydatków zdrowotnych przypadających przeciętnie na jedną osobę, często przekraczających możliwości sfinansowania z oszczędności, konieczne jest wprowadzanie instytucji, które będą gromadzić składki i nabywać świadczenia zdrowotne. Najbardziej oczywistą formą takiej instytucji jest ubezpieczenie.

2. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne to usługi, dzięki którym klient w zamian za stałą opłatę uzyskuje uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środki na ich sfinansowanie w razie zaistnienia potrzeby. Mają one charakter dobrowolny i nie-powszechny.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują na świecie w dwojaki sposób:

- a) poprzez klasyczne zakłady ubezpieczeń, które sprzedają polisy zdrowotne klientom, a następnie nabywają świadczenia medyczne od innych (niezależnych od siebie) podmiotów – szpitali, przychodni – lub zwracają ubezpieczonym koszty leczenia; w zbliżony sposób funkcjonowały kasy chorych, a obecnie działają polskie zakłady ubezpieczeń oferujące polisy zdrowotne;
- b) w postaci tzw. HMO (Health Maintenance Organisation), tj. zakładów zintegrowanej ochrony zdrowia; HMO jest połączeniem zakładu ubezpieczeń z zakładem opieki zdrowotnej; sprzedaje on opiekę medyczną klientom w zamian za składkę i jednocześnie udziela świadczeń medycznych – sam lub poprzez zależne jednostki,

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą pełnić swoje funkcje poprzez:

- a) wypłatę świadczeń w razie konieczności korzystania z usług medycznych – najprostsze polisy (np. wypłata określonej kwoty za każdy dzień pobytu w szpitalu),
- b) zwrot kosztów świadczeń medycznych nabywanych w niepublicznej służbie zdrowia lub dopłat pacjentów do świadczeń udzielanych przez publiczną służbę zdrowia,
- c) zagwarantowanie ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych – świadczenia niepieniężne

Żaden z rozwiniętych krajów nie opiera swojego systemu wyłącznie na prywatnych ubezpieczeniach. Zawsze istnieje publiczna służba zdrowia zapewniająca opiekę medyczną osobom, które nie mogą skorzystać z prywatnych ubezpieczeń.³ Są to zwykle albo ludzie starsi, albo niezamożni czy dzieci. Ze względu na duże ryzyko komercyjni ubezpieczyciele niechętnie podpisują umowy z osobami w podeszłym wieku. Z punktu widzenia polityki zdrowia publicznego korzystne jest

³ F. Colombo, N. Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers nr 15, s.15.

objęcie opieką zdrowotną wszystkich obywateli danego kraju. Publiczna służba zdrowia musi się zająć tą częścią populacji, która nie może skorzystać z systemu prywatnego. Dlatego też prywatne ubezpieczenia zdrowotne rozpatruje się zawsze w kontekście ich funkcji, jaką pełnią w stosunku do publicznej opieki zdrowotnej.

W systemie opieki zdrowotnej prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą pełnić następujące funkcje w stosunku do systemu publicznego:

a) **zastępczą** (alternatywną) – pacjenci mogą wybrać, do jakiego systemu chcą należeć: publicznego czy prywatnego,

b) **uzupełniającą** – ubezpieczenie prywatne obejmuje świadczenia niedostępne w systemie publicznym lub pokrywa koszty dopłat do świadczeń udzielanych w ramach publicznej służby zdrowia,

c) **równoległą** (niezależną) – prywatne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują obok systemu publicznego, zapewniając dostęp do świadczeń przysługujących z racji uczestnictwa w systemie publicznym – brak kolejek.

W ramach obecnego stanu prawnego publiczna służba zdrowia regulowana ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ obejmuje wszystkich obywateli Polski i w praktyce oferuje wszystkie świadczenia nieodpłatnie. W polskim prawodawstwie nie ma możliwości wyjścia z publicznego systemu opieki zdrowotnej i przejścia do systemu prywatnych ubezpieczeń (*opting out*). Dlatego też prywatne ubezpieczenia nie mogą pełnić w Polsce funkcji zastępczej (alternatywnej) w stosunku do ubezpieczenia publicznego. Należy wspomnieć, że w polskim prawie taka możliwość przez krótki okres była rozpatrywana. W ramach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym od roku 1998 do roku 2000 obowiązywał art. 4a, który umożliwiał wyjście z systemu publicznych kas chorych⁵ i przejście do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego działającego na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej.⁶ Obywatele Polski mogli przejść do prywatnych kas chorych od 1 stycznia 2002 r. Jednak w roku 2000 wykreślono ten zapis, pozostawiając publiczne ubezpieczenie jako obowiązkowe. Od tego momentu prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie mogą być alternatywą dla systemu publicznego.

Z formalnego punktu widzenia publiczna służba zdrowia oferuje pacjentom wszystkie konieczne świadczenia nieodpłatnie, teoretycznie więc nie są oni zainteresowani płaceniem dodatkowej (przy braku możliwości rezygnacji z systemu powszechnego) składki na prywatne ubezpieczenie czy innym sposobem korzystania

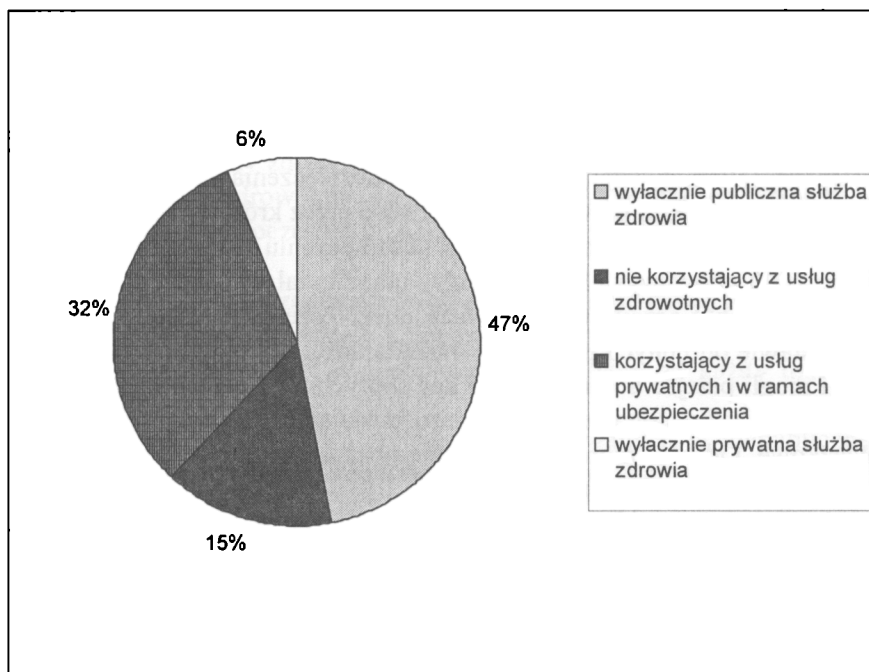
⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.

⁵ J. Wasem, *Regulacja rynków prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce – raport końcowy*, (nie publikowany), Projekt MZ i BŚ „Rozwój Służby Zdrowia 3466-POL” nt. Inicjatywy sektora prywatnego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego i świadczeń zdrowotnych w Polsce, Warszawa 2001, s. 26.

⁶ Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, DzU 1998 nr 117, poz. 756.

z niepublicznej służby zdrowia. Jednak najważniejszym motywem skłaniającym do leczenia w prywatnej opiece zdrowotnej jest utrudniony dostęp do niektórych świadczeń w ramach systemu publicznego i konieczność oczekiwania na zabieg, często liczonego w miesiącach. Tego problemu nie ma w prywatnej służbie zdrowia, dlatego duża (ok. 30%) część ubezpieczonych w NFZ decyduje się na korzystanie również z systemu pozapublicznego.⁷

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce rozwijają się jako ubezpieczenia równoległe do systemu publicznego i nic nie wskazuje na to, aby sytuacja ta miała się zmienić. W obecnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia nie można oczekiwać zmian w legislacji i pojawienia się możliwości wyjścia z systemu, ponieważ pociągnęłoby to za sobą zmniejszenie dochodów NFZ. Taka sytuacja jest w większości państw – tylko nieliczne zdecydowały się na możliwość przejścia do systemu prywatnych ubezpieczeń (m.in. Holandia, Niemcy, USA).⁸ Jednak na świecie widoczna staje się tendencja do zwiększania roli pozapublicznych źródeł w finansowaniu służby zdrowia.



Ryc. 1. Struktura osób korzystających z świadczeń zdrowotnych

Źródło: diagnoza społeczna 2003.

⁷ *Diagnoza Społeczna 2003: Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, red. J. Czapiński, T. Panek red., Warszawa 2003, s. 147.

⁸ E. Docteur, H. Oxley, *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Health Working Papers nr 9, s. 65.

3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce

Z powodu polskiej specyfiki prawa podatkowego i ubezpieczeń społecznych słabo rozwinęły się klasyczne prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez zakłady ubezpieczeń. Szerzej znane są oferty firm świadczących usługi medyczne w zamian za miesięczną ryczałtową opłatę – abonament – polski wariant HMO. Koordynowanie dostępu do usług medycznych, finansowanych w formie abonamentu, może być realizowane w Polsce przez podmioty gospodarcze w ramach działalności gospodarczej.⁹ Jest to klasyczna działalność usługowa. Gdy podmiot gospodarczy nie ograniczy się do koordynacji a będzie również samodzielnie udzielał świadczeń zdrowotnych, musi być zakładem opieki zdrowotnej.¹⁰

Wszystkie firmy oferujące ochronę zdrowotną w zamian za abonament unikają sformułowania „polisa zdrowotna”, używają pojęć takich jak „ryczałt” czy „abonament”, mimo że oferowana przez nie usługa jest faktycznie ubezpieczeniem od kosztów leczenia w prywatnej służbie zdrowia. Konieczność poddania się hospitalizacji wymaga ustalenia czy choroba wyczerpuje wszystkie znamiona wypadku losowego, takie jak: losowy charakter, niezależność od woli ubezpieczonego, występowanie ze statystyczną prawidłowością, nadzwyczajność¹¹. Nie jest możliwe wskazanie osoby, która będzie zmuszona poddać się leczeniu w przyszłości, zachorowanie bowiem jest niezależne od woli osoby objętej ochroną (wręcz występuje wbrew jej woli). Prawdopodobieństwo hospitalizacji można obliczyć na podstawie statystyk zachorowalności; realizuje się ono tylko w stosunku do części podmiotów objętych ochroną. Sformułowanie „abonament czy ryczałt” można by odnieść tylko do tej części środków płaconych na ochronę zdrowia, która jest przeznaczona na zabiegi systematyczne i profilaktykę. W stosunku do reszty środków należałoby mówić o ubezpieczeniu, zwłaszcza w przypadku wysokich kosztów leczenia chirurgicznego.

Firmy oferujące abonamenty na opiekę zdrowotną twierdzą, że jest to taki sam produkt jak np. bilet miesięczny. Z tym poglądem nie można się jednak zgodzić, korzystanie bowiem z opieki zdrowotnej jest niezależne od woli podmiotu nabywającego abonament na ochronę zdrowia w dużo większym stopniu niż podmiotu korzystającego z biletów miesięcznych. Prawdziwych powodów takiego, a nie innego nazewnictwa należałoby szukać gdzie indziej: w polskim prawie ubezpieczeniowym i w prawie ubezpieczeń społecznych. Działają one poza ramami ustawy o działalności ubezpieczeniowej na podstawie ogólnych przepisów o działalności gospodarczej; często ich działalność określana jest jako *quasi*-ubezpieczeniowa. Unikanie określenia działalności jako ubezpieczeniowej jest związane z wysokim

⁹ Ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej, DzU 2004 nr 173, poz. 1807.

¹⁰ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408.

¹¹ T. Sangowski, *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych*, SAGA Printing, Poznań 2000, s. 86.

poziomem wymogów formalno finansowych obowiązujących firmy ubezpieczeniowe. Firmy abonamentowe to zwykle sieci przychodni, które umożliwiły korzystanie z swoich usług pracownikom dużych firm w zamian za płacony przez zakłady pracy abonament.¹² Takie rozwiązanie jest korzystne dla pracodawców – zapewnia pracownikom dostęp do prywatnej służby zdrowia w zamian za opłatę, którą można było wliczyć w koszty uzyskania przychodu i której nie trzeba wliczać do wynagrodzenia pracownika. Obniżało to obciążenia podatkowe i nie podwyższało płaconej składki na ubezpieczenia społeczne (w przeciwieństwie do wynagradzania pracowników przez wykupywanie klasycznej polisy zdrowotnej). Ta przewagę miały abonamenty do 31 grudnia 2003 r. Od tego dnia obowiązuje nowelizacja prawa podatkowego¹³, według której do kosztów uzyskania przychodu można wliczyć wyłącznie koszty zapewnienia tzw. medycyny pracy.¹⁴ Reszta świadczeń zdrowotnych nie może być wliczona do kosztów uzyskania przychodów. W znaczny sposób zmniejszyło to przewagę konkurencyjną abonamentów nad klasycznymi ubezpieczeniami. Od tego momentu nasiliło się zaangażowanie zakładów ubezpieczeń na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

W firmach abonamentowych lista oferowanych produktów zaczyna się od najprostszej medycyny pracy, a kończy na ekskluzywnych pakietach (złotym, platynowym, brylantowym) umożliwiających leczenie w prywatnych szpitalach w Polsce i niekiedy za granicą (jeśli byłoby to konieczne). Nawet gdy hospitalizacja odbywa się publicznym szpitalu, poziom świadczonych usług jest dużo wyższy. Pacjent otrzymuje do dyspozycji jednoosobowy pokój z komfortowym wyposażeniem. Między tymi dwiema skrajnościami znajdują się pakiety podstawowe i rozszerzone, oferujące łatwy dostęp do lekarzy specjalistów, wizyty domowe czy badania laboratoryjne. Zwykle w pakietach usługi stomatologiczne są refundowane tylko w części – nie dotyczy to najwyższych abonamentów. Ceny za takie usługi wahają się od kilkudziesięciu złotych (pakiety podstawowe) do kilkuset złotych miesięcznie za pakiety elitarne. Dodatkowo przy opłaceniu podwyższonej składki (zwykle podwójnej) ochroną zostaje objęta cała rodzina pracownika. Trudno jest ocenić rzeczywistą cenę płaconą przez kupującego, ponieważ wszystkie umowy są negocjowane indywidualnie, a jeśli przedsiębiorstwa obejmują opieką ponad 100 osób, można się spodziewać kilkudziesięcioprocentowych rabatów.

Firmy sektora ubezpieczeniowego działają na podstawie ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. W klasyfikacji ubezpieczeń (zawartej w

¹² M. Dziubińska-Michalewicz, *Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Kancelaria Sejmu (Biuro Studiów i Ekspertyz), Warszawa 2004, nr 1058, s. 8.

¹³ Ustawa z dnia 12 listopada 2003 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2003 nr 202, poz. 1956; Ustawa z dnia 12 listopada 2003 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2003 nr 202, poz. 1957.

¹⁴ Art. 23 ust.1 pkt 60 Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, art. 16. ust. 1 pkt 65 Ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych.

załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej) wyróżnia się ubezpieczenia na życie (dział I) oraz pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe (dział II). Przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej dotyczą wszystkich rodzajów ryzyka i nie zawierają odrębnych regulacji odnoszących się wyłącznie do ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto w polskim prawodawstwie nie ma sprecyzowanej definicji ubezpieczenia zdrowotnego. Z tego powodu brak jakichkolwiek wymagań formalnych odnośnie do kształtu produktu bądź podmiotu oferującego polisy zdrowotne. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą być oferowane przez ubezpieczycieli zarówno działu I, jak i działu II.

Dział I zawiera następującą grupę ubezpieczeń odnoszącą się pośrednio do zdrowia:

- grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem innych ubezpieczeń na życie.

W dziale II (pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych) związane są ze zdrowiem następujące grupy ubezpieczeń

- grupa 1 – ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej,
- grupa 2 – ubezpieczenia choroby.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są oferowane przez ubezpieczycieli jako:

a) ubezpieczenia na życie, przez rozszerzenie zakresu ochrony umów głównych o dobrowolne opcje medyczne; mogą one obejmować: świadczenie pieniężne w razie wykrycia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, świadczenie związane z pobytem w szpitalu, świadczenia rehabilitacyjne;

b) ubezpieczenia osobowe – dotyczące sytuacji choroby (np. świadczenie szpitalne, ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania czy świadczenie rzeczowe w formie usługi medycznej w prywatnej placówce służby zdrowia) lub zawierające opcje takiej ochrony w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez badane towarzystwa ubezpieczeniowe najczęściej stanowią suplement głównej umowy ubezpieczenia, zwykle polisy na życie. Towarzystwa sprzedają polisy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach umów dodatkowych, które rozszerzają zakres ochrony umów ubezpieczenia na życie, uzależniając ich zakup od posiadania umów głównych. Celem tych działań jest umożliwienie klientowi samodzielnej konstrukcji polisy, odpowiadającej jego indywidualnym potrzebom. Umowy dodatkowe są dobrowolne – można je zawrzeć jednocześnie z umowami głównymi, a także w dowolnym momencie ich trwania. Ich celem jest zabezpieczenie przed niespodziewanymi wydatkami, związanymi z pobytem w szpitalu, wystąpieniem poważnego schorzenia czy koniecznością wykonania operacji.

Większość umów prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych na polskim rynku to umowy grupowe. Wiąże się to ze znacznym ułatwieniem ubezpie-

czyicielom zarządzania ryzykiem – hazard moralny jest dużo mniejszy niż w przypadku ubezpieczeń jednostkowych.

4. Bariery i perspektywy rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Głównymi barierami rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są:

- szeroki koszyk bezpłatnych świadczeń oferowanych przez publiczną służbę zdrowia,
- brak regulacji prawnych dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych,
- brak udogodnień podatkowych dla osób nabywających ubezpieczenia zdrowotne,

Publiczna służba zdrowia oferuje szeroki koszyk bezpłatnych świadczeń realizowanych w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, bez możliwości zrezygnowania z uczestnictwa w systemie publicznym. Powoduje to konieczność opłacania składki na publiczny system opieki zdrowotnej nawet przez osoby, które z niego nie korzystają. Ponadto w naturalny sposób ogranicza to możliwości zdobywania klientów przez zakłady ubezpieczeń: ich klient musi płacić składkę za świadczenia, które teoretycznie może otrzymać za darmo. Należy podkreślić, że bezpłatny dostęp do służby zdrowia jest najczęściej teoretyczny, ponieważ jest związany z długim okresem oczekiwania. Następnym problemem jest brak określenia standardu świadczeń udzielanych w ramach publicznej służby zdrowia – umożliwiłoby to prywatnym zakładom ubezpieczeń zaoferowanie polis pokrywających koszty dopłat do świadczeń o podwyższonym standardzie przy braku konieczności uwzględnienia kosztów podstawowego poziomu zabiegów. Rozwiązaniem korzystnym dla prywatnych ubezpieczycieli byłoby uchwalenie przez ustawodawcę koszyka świadczeń bezpłatnych możliwego do zrealizowania przy obecnym stanie finansów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wdrożenie systemu dopłat do świadczeń udzielanych w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej.

Brak legislacji odnośnie do ubezpieczeń zdrowotnych umożliwia korzystanie przez firmy abonamentowe z przewagi wynikającej z mniejszych wymogów formalnych i kapitałowych w stosunku do zakładów ubezpieczeń. Ponadto brak definicji i wymogów dotyczących ubezpieczycieli oferujących polisy zdrowotne powoduje działanie w warunkach, które mogą łatwo się zmienić w przypadku wprowadzenia choćby podstawowych regulacji, np. takich, jakie obowiązywały w ramach art. 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (brak możliwości różnicowania składek w zależności od ryzyka, konieczność prowadzenia działalności na obszarze całego kraju). Utrudnia to zakładom ubezpieczeń planowanie działalności, ponieważ brak jest ram prawnych oferowanych produktów. Bolączką jest niedobór dostatecznej liczby placówek medycznych działających na zasadach rynkowych, zapewniających odpowiedni standard świadczonych usług. Jak wykazuje

praktyka, prywatni operatorzy medyczni mogący zapewnić odpowiedni standard usług zdrowotnych funkcjonują w przeważającej mierze w dużych aglomeracjach miejskich, czyli tam, gdzie jest duże zapotrzebowanie na takie usługi, a rozpoczęcie działalności jest obciążone relatywnie niskim ryzykiem bankructwa. Sytuacja taka powoduje, że obecna oferta komercyjnych ubezpieczycieli nie ma charakteru ogólnopolskiego, lecz skupia się głównie na obszarach dużych miast. Najbardziej prawdopodobnym rozwiązaniem tego problemu będzie ściślejsza współpraca zakładów ubezpieczeń z firmami abonamentowymi. Powstanie w ten sposób związek, w którym jeden partnerów wniesie szeroką bazę placówek medycznych, z wdrożonymi mechanizmami kontroli kosztów i obsługą na wysokim poziomie, a drugi wniesie kanały dystrybucji (agenci ubezpieczeniowi), *know-how* dotyczące wyceny ryzyka i bardzo duże zaplecze finansowe. W obecnym stanie prawa nie jest możliwe powstanie klasycznego zakładu zintegrowanej opieki zdrowotnej łączącego w jednym podmiocie funkcje zakładu ubezpieczeń i zakładu opieki zdrowotnej. Nie pozwala na to m.in. ustawa o działalności ubezpieczeniowej.¹⁵ Połączenie ubezpieczyciela ze świadczeniodawcą w jeden podmiot umożliwiłoby obniżkę kosztów, bądź podwyższenie jakości w porównaniu z samodzielnie funkcjonującymi jednostkami¹⁶.

Bardzo ważnym elementem mogącym skłonić klientów do wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego mogą być ulgi podatkowe. Takie rozwiązania istnieją w wielu krajach i pozwalają zwiększyć popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ulgi mogą się okazać czynnikiem, który nie obciąży budżetu państwa, ponieważ spowoduje wzrost finansowania systemu opieki zdrowotnej i zmniejszy konieczność finansowania podsystemu publicznego. Należy się liczyć z tym, że bezwzględny wzrost finansowania opieki zdrowotnej nie będzie znaczny. Oprócz **dopływu dodatkowych środków do systemu opieki zdrowotnej** prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny przyczynić się do likwidacji szarej strefy w ochronie zdrowia oraz zwiększyć efektywność systemu, głównie dzięki wzmoczonej kontroli kosztów przez prywatnych płatników i wspieraniu procesów prywatyzacji.

5. Podsumowanie

Prywatne ubezpieczenia zdrowotna mogą odegrać ważną rolę w finansowaniu polskiej służby zdrowia tylko wtedy, gdy będą jasno określone cele polityki zdrowotnej państwa – wytyczony zakres odpowiedzialności Narodowego Funduszu Zdrowia (lub jego następcy), realny koszyk świadczeń bezpłatnych i prawne ramy działalności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W innym przypadku będziemy mieli do czynienia ze wzrostem finansowania opieki zdrowotnej przez źródła nie-

¹⁵ Art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej

¹⁶ D. Polsky, S. Nicholson, "Why are managed care plans less expensive: risk, selection, utilization, or reimbursement?", *Journal of Risk and Insurance*, 2004, Vol. 71 nr 1, s. 22

publiczne, w tym ubezpieczenia, jednak najprawdopodobniej nie przyczyni się to do zwiększenia efektywności całego systemu ochrony zdrowia.

Literatura

- [1] Baran A., *Zróżnicowanie wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 2, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2004.
- [2] Colombo F., Tapay N., *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers 2004 nr 15.
- [3] *Diagnoza Społeczna 2003: Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2003.
- [4] Docteur E., Oxley H., *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Health Working Papers nr 9.
- [5] Dziubińska-Michalewicz M., *Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Kancelaria Sejmu (Biuro Studiów i Ekspertyz), Warszawa 2004, nr 1058.
- [6] OECD Health Data 2003, OECD, 2003
- [7] Polsky D., Nicholson S., *Why are managed care plans less expensive: risk, selection, utilization, or reimbursement?*, „Journal of Risk and Insurance” 2004 nr 1 vol. 71.
- [8] Sangowski T., *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych*, SAGA Printing, Poznań 2000.
- [9] Wasem J., *Regulacja rynków prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce – raport końcowy* (niepublikowany), Projekt MZ i BŚ „Rozwój Służby Zdrowia 3466-POL” w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego i świadczeń zdrowotnych w Polsce, Warszawa 2001.

Akty prawne

- [10] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.
- [11] Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, DzU 1998 nr 117, poz. 756.
- [12] Ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej, DzU 2004 nr 173, poz. 1807.
- [13] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408.
- [14] Ustawa z dnia 12 listopada 2003 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw, DzU 2003 nr 202, poz. 1956.
- [15] Ustawa z dnia 12 listopada 2003 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw, DzU 2003 nr 202, poz. 1957.
- [16] Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, DzU 2003 nr 124, poz. 1151.

PRIVATE HEALTH INSURANCE IN POLAND

Summary

The appearance of international investors in polish economy and growth of wealth were the cause of growing requirements of patients. With worse and worse situation in public health care, it was an impulse for development of private medical centers and alternative methods of payment. One of these methods is the system of private health insurance. Although they aren't a main source of polish health financing, their role will become more significant in next years.

