

Beata Jackowska, Agnieszka Pobłocka

Uniwersytet Gdański

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W POLSCE – STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU

1. Charakterystyka ubezpieczeń zdrowotnych

Pewnych sytuacji nie można przewidzieć, jednakże można zapobiegać ich skutkom. Nowoczesne ubezpieczenia zdrowotne rekompensują koszty i straty finansowe powstałe wskutek utraty zdrowia.

Definicji ubezpieczeń zdrowotnych w literaturze przedmiotu jest wiele; według jednej z nich ubezpieczenie zdrowotne jest „przrzeczeniem złożonym przez ubezpieczyciela, że pokryje koszty opieki medycznej albo sam zorganizuje system świadczenia takiej pomocy w zamian za składkę ubezpieczeniową” (por. [8]), według innej ubezpieczenie zdrowotne jest ubezpieczeniem pokrycia kosztów leczenia oraz pokrycia utraty zysku wskutek niezdolności do pracy z powodów zdrowotnych (por. [1; 9]).

Druga z definicji jest obszerna znaczeniowo, gdyż obejmuje dwa rodzaje ubezpieczenia:

1) ubezpieczenie kosztów leczenia – jest to przrzeczenie pokrycia określonych w umowie wydatków związanych z leczeniem;

2) ubezpieczenie utraty dochodów w związku z niezdolnością do pracy – jest to przrzeczenie wypłaty świadczenia jednorazowego lub okresowego w formie renty, zgodnie z warunkami ubezpieczenia do momentu odzyskania zdolności do podjęcia pracy lub śmierci, lub końca okresu ubezpieczenia; niezdolność do pracy może nastąpić z powodu choroby (poważnego zachorowania) lub nieszczęśliwego wypadku, dlatego ubezpieczenie to dzieli się na chorobowe i wypadkowe.

Ubezpieczenia, w tym także ubezpieczenia zdrowotne, można podzielić na:

1) ubezpieczenia społeczne,

2) ubezpieczenia gospodarcze, które dzielą się na ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia zbiorowe (kumulatywne – imienne, kolektywne – bezimienne, grupowe).

Spoleczne ubezpieczenia zdrowotne mają charakter obowiązkowy i powszechny; są efektem polityki społecznej państwa. Ubezpieczenie społeczne nie jest nastawione na zysk, lecz na osiągnięcie celu społecznego, jakim jest zapewnienie pomocy medycznej osobom objętym ubezpieczeniem (por. [6]), jednak w praktyce nie zawsze zapewnia odpowiednią szybkość i standard świadczeń medycznych, nie zawsze też rekompensuje w odpowiednim stopniu straty finansowe powstałe wskutek niezdolności do pracy z przyczyn zdrowotnych. Dlatego odpowiednie regulacje prawne powinny wyznaczać, w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych, obszar dla dobrowolnych gospodarczych ubezpieczeń zdrowotnych.

Powszechny i obowiązkowy system ochrony zdrowia w Polsce jest finansowany w sposób nakazowo-rozdzielczy przez Narodowy Fundusz Zdrowia [12; 13; 14]. Charakter tego systemu jest raczej zaopatrzeniowo-opiekuńczy niż ubezpieczeniowy. Składka stanowi jednakowy dla wszystkich procent wynagrodzenia – ma więc cechy podatku celowego.

Ubezpieczenia gospodarcze oparte są na umowie między ubezpieczającym a ubezpieczycielem i stanowią przedmiot działalności zakładów ubezpieczeń (por. [3]) zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej [11]. Gospodarcze ubezpieczenia zdrowotne określane są mianem prywatnych (komercyjnych) lub dobrowolnych, w odróżnieniu od obligatoryjnych ubezpieczeń społecznych.

Prywatne ubezpieczenia, ze względu na ich rolę w systemie ubezpieczeń zdrowotnych, można podzielić na (por. [5]):

1) substytucyjne (*substitutive*) – ubezpieczenia „konkurencyjne”, tj. równoległe do powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych,

2) komplementarne (*complementary*) – ubezpieczenia uzupełniające system powszechnej opieki zdrowotnej poprzez oferowanie świadczeń, których nie zapewnia (lub zapewnia szczątkowo) system powszechnej opieki zdrowotnej,

3) suplementarne (*supplementary*) – ubezpieczenia uzupełniające, gwarantujące szybszy i szerszy dostęp do świadczeń medycznych o podwyższonym standardzie.

Ubezpieczenia zdrowotne mogą być oferowane w formie ubezpieczeń podstawowych (odrębnych polis – *stand alone policies*) lub ubezpieczeń dodatkowych (tzw. opcji dodatkowych do innych polis – *rider*). Ubezpieczenia podstawowe to np. ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą, ubezpieczenie pobytu w szpitalu. Ubezpieczenia dodatkowe to np. ubezpieczenie na wypadek trwałego kalectwa lub całkowitej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku oferowane jako opcje dodatkowe do ubezpieczeń życiowych.

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce, zgodnie z obowiązującą ustawą o działalności ubezpieczeniowej, zaliczane są do działu I (ubezpieczeń na życie), gdzie oferowane są w formie ubezpieczeń dodatkowych, oraz do działu II (ubezpieczeń pozostałych osobowych oraz majątkowych), w którym oferowane są w formie ubezpieczeń podstawowych.

Obecnie w Polsce prywatne ubezpieczenia zdrowotne odgrywają rolę głównie substytucyjną i suplementarną, jednakże ewolucja (reformacja?) systemu ubezpieczeń zdrowotnych powinna wiązać się z rozwojem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze komplementarnym i suplementarnym.

2. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach

W krajach rozwiniętych gospodarczo obserwuje się systematyczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Tendencja ta jest związana przede wszystkim:

- 1) z rozwojem nowych technologii – coraz bardziej zaawansowane technologie medyczne generują praktycznie nieograniczone koszty;
- 2) ze starzeniem się społeczeństwa – osoby starsze stanowią coraz większy odsetek populacji, co powoduje, że rośnie odsetek osób wymagających regularnej opieki medycznej;
- 3) z bogaceniem się społeczeństwa – pacjenci oczekują coraz wyższego standardu usług.

Poziom wydatków na ochronę zdrowia, nawet wśród krajów rozwiniętych, jest znacznie zróżnicowany (tab. 1). W roku 2002 w krajach europejskich należących do OECD wysokość wydatków w USD przeliczonych według parytetu siły nabywczej (PPP) przypadających na jedną osobę była najwyższa w Szwajcarii (3446 USD) i Norwegii (3409 USD)¹, a najniższa – w Polsce (654 USD) i Słowacji (698 USD). Wydatki wyrażone w % PKB wykazują mniejsze zróżnicowanie.

Analizowane kraje różnią się także tempem przyrostu wydatków na ochronę zdrowia. Średnie roczne tempo wzrostu wydatków w USD PPP na osobę w latach 1990-2002 kształtowało się na poziomie od 2,7% (Finlandia) do 9,6% (Irlandia). W tym okresie w Polsce odnotowano dość wysoki względny przyrost wydatków średnio 6,8% co rok².

Różnice między systemami ochrony zdrowia wynikają głównie ze sposobu finansowania wydatków. Wydatki na opiekę zdrowotną, według źródeł finansowania, można podzielić następująco³:

- 1) wydatki publiczne,
- 2) wydatki prywatne:
 - pokrywane z prywatnych ubezpieczeń (indywidualnych lub grupowych),
 - pokrywane bezpośrednio „z kieszeni” pacjenta (*out-of-pocket payments* (OOP))
 - ponoszone bezpośrednio przez gospodarstwa domowe pacjentów,

¹ Najwyższy na świecie poziom wydatków na ochronę zdrowia notuje się w Stanach Zjednoczonych (5267 USD PPP na osobę w roku 2002, co odpowiada 14,6% PKB).

² Obliczenia własne na podstawie „OECD Health Data 2004”.

³ Podział według „OECD Health Data 2004” (por. [2; 5]).

- pozostałe, w tym ponoszone przez prywatnych pracodawców prowadzących (organizujących) zakładową opiekę zdrowotną oraz przez instytucje niekomercyjne (*non-profit*), takie jak Czerwony Krzyż, instytucje charytatywne.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w roku 2002 w krajach europejskich należących do OECD

Kraj	USD ^a na osobę	% PKB	% wydatków ogółem		Kraj	USD ^a na osobę	% PKB	% wydatków ogółem	
			publiczne	prywatne				publiczne	prywatne
Austria	2 220	7,7	69,9	30,1	Niemcy	2 817	10,9	78,5	21,5
Belgia	2 515	9,1	71,2	28,8	Norwegia	3 409	9,6	83,5	16,5
Czechy	1 118	7,4	91,4	8,6	Polska	654	6,1	72,4	27,6
Dania	2 583	8,8	82,9	17,1	Portugalia	1 702	9,3	70,5	29,5
Finlandia	1 943	7,3	75,7	24,3	Słowacja	698	5,7	89,1	10,9
Francja	2 736	9,7	76,0	24,0	Szwajcaria	3 446	11,2	57,9	42,1
Grecja	1 814	9,5	52,9	47,1	Szwecja	2 517	9,2	85,3	14,7
Hiszpania	1 646	7,6	71,4	28,6	Węgry	1 079	7,8	70,2	29,8
Irlandia	2 367	7,3	75,2	24,8	Wielka Brytania	2 160	7,7	83,4	16,6
Islandia	2 807	9,9	84,0	16,0	Włochy	2 166	8,5	75,6	24,4
Holandia	2 643	9,1	67,8 ^b	32,2 ^b					

^a Według parytetu siły nabywczej (PPP),

^b dane za rok 1997.

Źródło: „OECD Health Data 2004”.

Struktura wydatków na ochronę zdrowia w krajach europejskich należących do OECD jest zróżnicowana. Wydatki publiczne są głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej i w roku 2002 stanowiły od 52,9% (Grecja) do 91,4% (Czechy) wydatków ogółem (tab. 1).

W latach 1990-2002 największe zmiany w strukturze wydatków nastąpiły w Polsce oraz na Węgrzech, gdzie wydatki publiczne były wysokie w stosunku do całkowitych wydatków na ochronę zdrowia i nastąpił spadek ich udziału w wydatkach ogółem o ok. 19 punktów procentowych (pkt proc.). W pozostałych analizowanych krajach odnotowano zarówno zmniejszenie odsetka wydatków publicznych (maksymalnie o 7 pkt proc. w Hiszpanii), jak i jego zwiększenie (maksymalnie o 5 pkt proc. w Szwajcarii i Portugalii).

Zmiany w strukturze wydatków spowodowane były różnym tempem wzrostu wydatków publicznych i prywatnych. Średnie roczne tempo wzrostu wydatków w latach 1990-2002 w USD PPP na osobę kształtowało się następująco:

- 1) wydatki publiczne – od 2,1% (Finlandia) do 10% (Irlandia), w Polsce – 4,7%;

2) wydatki prywatne – od 3,3% (Niemcy) do 18,0% (Polska); największe tempo odnotowano w Polsce (18,0%), Czechach (17,2%), na Węgrzech (15,9%) i Słowacji (11,0%) – w krajach przechodzących w tym czasie transformację gospodarczą, w których powstał prywatny sektor ochrony zdrowia⁴.

Część wydatków prywatnych ponoszona jest w ramach ubezpieczeń zdrowotnych. Wielkość rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest uwarunkowana odpowiednimi przepisami prawnymi, zasobnością społeczeństwa oraz zakresem ubezpieczenia społecznego. Tabela 2 przedstawia strukturę wydatków prywatnych w tych krajach europejskich należących do OECD, w których wydatki w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przekraczają 2% wydatków ogółem na ochronę zdrowia.

Tabela 2. Struktura wydatków prywatnych na ochronę zdrowia jako % wydatków ogółem w roku 2002 w wybranych krajach europejskich

Kraj	Prywatne wydatki na zdrowie			
	ogółem	ubezpieczenia prywatne	„z własnej kieszeni” (OOP)	pozostałe prywatne
Austria	30,1	7,4	17,5	5,2
Finlandia	24,3	2,4	20,0	1,9
Francja	24,0	13,2	9,8	1,0
Hiszpania	28,6	4,1	23,6	0,9
Irlandia	24,8	5,4	13,1	6,3
Holandia	.	17,1	10,1	.
Niemcy	21,5	8,6	10,4	2,5
Szwajcaria	42,1	9,6	31,5	1,0
Wielka Brytania ^a	17,1	3,3	11,0	2,8

^a Dane za rok 1996.

Źródło: „OECD Health Data 2004” oraz obliczenia własne.

W roku 2002 tylko 9 państw europejskich przekroczyło granicę 2% udziału prywatnych ubezpieczeń w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia. Wśród tych państw na czoło zdecydowanie wysuwa się Holandia (17,1% wydatków ogółem) i Francja (13,2% wydatków ogółem)⁵. W pozostałych krajach wydatki ponoszone bezpośrednio przez pacjentów przewyższają wydatki pokrywane z prywatnych ubezpieczeń.

Nielimitowanym publicznym systemom ochrony zdrowia wcześniej lub później grozi kryzys, gdyż popyt na świadczenia medyczne wydaje się nieograniczony,

⁴ Obliczenia własne na podstawie „OECD Health Data 2004”.

⁵ Najwyższy na świecie poziom udziału prywatnych ubezpieczeń w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia notuje się w Stanach Zjednoczonych (w roku 2002 odsetek ten wynosił 36,2%). Szerzej na ten temat w [2].

o czym świadczy sytuacja w krajach znacznie bogatszych od Polski, gdzie limity i kolejki także obowiązują. W praktyce prowadzi to do sytuacji, w których pacjent ponosi dodatkowe opłaty do świadczeń należnych mu z ubezpieczenia społecznego lub oczekuje w kolejce, zamiast otrzymać natychmiastową pomoc. Problem ten mogłyby rozwiązać dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia oferowane w szerokim zakresie przez konkurujących na rynku prywatnych ubezpieczycieli.

3. Polski rynek ubezpieczeń zdrowotnych

W zależności od konstrukcji systemu ochrony zdrowia w danym kraju, prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą wspomagać, a nawet zastępować publiczne systemy opieki zdrowotnej. W Polsce uzupełnieniem powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych są dobrowolne i prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez zakłady ubezpieczeń oraz abonamentowe usługi medyczne (quasi-ubezpieczenia) oferowane przez prywatne firmy medyczne tj. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej⁶.

Przedmiotem ubezpieczeń zdrowotnych są koszty leczenia lub zdrowie ubezpieczonego. Obecnie oferowane ubezpieczenia kosztów leczenia obejmują najczęściej następujące rodzaje ryzyka: koszty porad medycznych, koszty leczenia ambulatoryjnego oraz badań diagnostycznych w kraju i za granicą, koszty szczepień ochronnych, koszty świadczeń związanych z medycyną pracy, koszty związane z kompleksowym przeglądem stanu zdrowia oraz koszty związane z pobytem w szpitalu. Do rzadziej ubezpieczanego rodzaju ryzyka należy pokrycie kosztów leków, wizyt domowych, leczenia stomatologicznego, świadczeń rehabilitacyjnych oraz zapewnienie podwyższonego standardu hospitalizacji i zwrot kosztów pobytu w szpitalu lub hotelu przy szpitalnym osobie towarzyszącej ubezpieczonemu. Liczba typów ubezpieczanego ryzyka związanych z kosztami leczenia jest ograniczona z powodu trudności wyceny świadczeń oferowanych na słabo rozwiniętym polskim rynku usług medycznych.

Poza kosztami leczenia przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie, które można utracić w wyniku choroby lub wypadku. Do najczęściej ubezpieczanych poważnych zachorowań (tzw. ciężkich zachorowań) należą: zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwory, zabiegi kardiochirurgiczne stosowane w leczeniu choroby wieńcowej (*by-pass*). W dalszej kolejności ubezpieczeniu podlegają: utrata kończyn, mowy, słuchu, wzroku, a także paraliż i oparzenia (por. [9; 10]).

Liczba typów ubezpieczanego ryzyka związanego z zachorowaniami rośnie wolno, gdyż brakuje odpowiednich danych o zachorowalności. Dodatkowo ubez-

⁶ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu społecznym przewiduje powstanie prywatnych zakładów opieki zdrowotnej, które mogą świadczyć powszechne usługi medyczne finansowane z NFZ. O skali tego zjawiska świadczy fakt, iż szpitale prywatne zakontraktowały na rok 2005 w NFZ usługi na kwotę stanowiącą 0,44% sumy przewidzianej na wszystkie kontrakty.

pieczyciele korzystają z taryf reasekuratorów z innych krajów, które nie odzwierciedlają warunków w Polsce.

Nowością są produkty ubezpieczeniowe łączące tradycyjne ryzyko ubezpieczeniowe (np. urodzenie dziecka, trwałe kalectwo, śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku) ze świadczeniem usług medycznych przez partnerów medycznych zakładów ubezpieczeń. Niewątpliwie takie właśnie produkty to przyszłość ubezpieczeń zdrowotnych (por. [4]).

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłącza się zwykle osoby starsze (najczęściej po 65 roku życia) oraz osoby z grupy dużego ryzyka (osoby ciężko chore). Te wyłączenia powodują, że oferty produktów zdrowotnych adresowane są do osób względnie zdrowych i młodych, które potrzebują głównie badań okresowych, profilaktycznej opieki związanej z nieczęstymi wizytami i poradami lekarzy pierwszego kontaktu, a także względnie tanich badań i zabiegów.

Usługi oferowane przez niepubliczną służbę zdrowia, w zamian za abonament, obejmują pakiet łącznie wycenionych świadczeń medycznych. Do najczęściej oferowanych świadczeń należą m.in.: gorąca linia (opieka przez 24 godziny), świadczenia pogotowia ratunkowego, hospitalizacja w razie wypadku, opieka profilaktyczna, wizyty domowe, opieka ambulatoryjna i diagnostyka, usługi stomatologiczne, prowadzenie ciąży, medycyna pracy. Do rzadziej oferowanych usług należą m.in.: transport chorych, opieka w domu pacjenta, rehabilitacja, organizowanie pobytów sanatoryjno-turystycznych i wypoczynkowych.

System abonamentowych usług medycznych ograniczony jest często do wybranych grup wiekowych i względnie tanich usług medycznych. Dodatkowo zasięg działalności prywatnych firm jest ograniczony przede wszystkim do dużych miast Polski. Na powstającym polskim rynku prywatnych usług medycznych pojawiły się przychodnie, pracownie diagnostyczne, pogotowia ratunkowe, a nawet szpitale⁷.

Usługi oferowane przez prywatne firmy medyczne są tańsze niż produkty ubezpieczeniowe oferowane przez zakłady ubezpieczeń, co wynika z faktu, że abonamentowe firmy medyczne nie muszą spełniać wymogów niezbędnych do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej (np. tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych). Dodatkowo do końca 2003 r., zgodnie z Ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (DzU 1993 nr 106, poz. 482 z późn. zm.), pracodawcy mogli uznawać, jako koszty uzyskania przychodu, abonamenty niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ubezpieczenia chorobowe. Głównie abonamenty prywatnych zakładów opieki medycznej, ze względu na niższe ceny, stanowiły dodatkowe świadczenia na rzecz pracowników w wielu przed-

⁷ W Polsce w roku 2004 były 122 szpitale prywatne dysponujące 2004 łózkami dla dorosłych i dzieci, 53 łózkami noworodkowymi, 116 łózkami intensywnej opieki. Źródło: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych.

siębiorstwach, które w ten sposób pomniejszyły podstawę płaconego podatku dochodowego i w konsekwencji płaciły mniejsze podatki.

Od 1 stycznia 2004 r. na skutek nowelizacji ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych nie uważa się za koszty uzyskania przychodów „kosztów związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych przez pracodawcę na rzecz pracowników z wyjątkiem kosztów świadczeń zdrowotnych, do których poniesienia zobowiązują pracodawcę przepisy kodeksu pracy oraz innych ustaw”, a zatem kosztów abonamentu (por. [15]). Natomiast nadal za koszty uzyskania przychodów przyjmuje się koszty składek opłacanych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, dotyczących rodzajów ryzyka wymienionych w załączniku do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU 2003 nr 124, poz. 1151), czyli także składki na ubezpieczenia chorobowe. W związku z tym można oczekiwać, że wzrośnie zainteresowanie pracodawców polisami ubezpieczeniowymi.

Konsekwencją nowelizacji ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych mogłoby być przekształcenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady ubezpieczeń, jednak zmiana branży wiąże się z nowymi wymogami prawnymi oraz ze znacznymi nakładami finansowymi, a to nie budzi nadziei na realizację tych przekształceń. Zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, zakłady ubezpieczeń nie mogą zajmować się bezpośrednio inną działalnością gospodarczą poza działalnością ubezpieczeniową, zatem także konsolidacja zakładów ubezpieczeń z usługodawcami abonamentowymi na razie nie jest możliwa (dodatkową przeszkodą są różne systemy sprawozdawczości finansowej).

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się coraz częściej partnerami medycznymi (świadczeniodawcami zakontraktowanymi lub likwidatorami szkód) zakładów ubezpieczeń, co daje obustronne korzyści. Należy więc oczekiwać, że w przyszłości rozwijać się będzie współpraca niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej z zakładami ubezpieczeń.

Można wnioskować zatem, że prywatne firmy medyczne mogą rozwijać się w przyszłości jako:

- 1) partnerzy medyczni zakładów ubezpieczeń,
- 2) firmy oferujące abonamentowe usługi medyczne (indywidualne lub grupowe),
- 3) kontrahenci Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Możliwe kierunki rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych – wnioski dla Polski

W krajach o wysokim poziomie gospodarczym pojawiła się konieczność rozwoju prywatnego filara systemu ochrony zdrowia, w tym prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Sytuacja ta spowodowana jest ciągłym wzrostem wydatków na ochronę zdrowia, wynikającym głównie z rozwoju nowych technologii, starzenia się społec-

czeństwa oraz bogacenia się społeczeństwa. Publiczne systemy zdrowotne nie są w stanie nadążyć za rosnącym popytem na coraz droższe świadczenia medyczne. Problem ten dotyka także społeczeństwa polskiego. Notowany od początku lat dziewięćdziesiątych wysoki wzrost wydatków na ochronę zdrowia ogółem, a szczególnie wydatków w sektorze prywatnym, spowodowany był transformacją całej gospodarki. Tendencja wzrostowa będzie się nadal utrzymywała, ale już z innych powodów, takich samych jak w krajach lepiej rozwiniętych gospodarczo od Polski.

Poziom składki na ubezpieczenie społeczne nie może rosnąć nieograniczenie, więc należy się spodziewać coraz szerszego zakresu współpłaty pacjentów i wydłużenia kolejek do usług medycznych. Stan taki generować będzie coraz wyższy udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia. Istnieje jednak granica, powyżej której nie będzie można pokrywać wydatków na pacjenta, szczególnie w przypadku ciężkiego zachorowania i kosztownego leczenia. Rozwiązaniem jest dodatkowe prywatne ubezpieczenie, dzięki któremu ryzyko zaistnienia takiej sytuacji rozłożone jest w grupie osób. Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych narażony jest na ograniczenia od strony prawnej, popytu, podaży oraz technicznej (związanej z konstrukcją produktów ubezpieczeniowych). Ograniczenia te dotyczą szczególnie Polski, gdzie rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest bardzo słabo rozwinięty.

Regulacje prawne wyznaczają w ramach systemu ochrony zdrowia rolę ubezpieczeń społecznych i prywatnych oraz ich wzajemne relacje. W Polsce brakuje nie tylko odpowiednich i kompletnych regulacji prawnych dotyczących publicznej ochrony zdrowia, ale także koncepcji co do rozwoju systemu ochrony zdrowia łączącego sferę publiczną z prywatną. Do prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – zarówno publicznego jak i prywatnego – konieczne są stworzenie katalogu usług medycznych oraz ich standaryzacja i zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych przez system publiczny.

Popyt na produkty ubezpieczeniowe zależy od zamożności społeczeństwa oraz świadomości potrzeby dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Polskie społeczeństwo znajduje się w trudniejszej sytuacji niż społeczeństwa krajów lepiej rozwiniętych, gdyż z jednej strony mniejszy odsetek populacji stać na dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, a z drugiej strony występuje większe ryzyko braku prywatnych środków na pokrycie kosztów świadczeń medycznych, co wiąże się z dłuższym oczekiwaniem w kolejce do świadczeń gwarantowanych przez system publiczny. W Polsce prywatne ubezpieczenie zdrowotne nadal postrzegane jest jako dobro luksusowe, lecz w miarę wzrostu dobrobytu społeczeństwa i świadomości co do indywidualnych potrzeb związanych z ochroną zdrowia należy oczekiwać wzrostu zainteresowania produktami rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Ograniczenia związane ze stroną podażową dotyczą kompletności ofert (zakresu rodzajów ryzyka objętych ochroną ubezpieczeniową) oraz dostępności ofert (wyłączeń związanych z wiekiem i stanem zdrowia). Produkty oferowane na pol-

skim rynku ubezpieczeń zdrowotnych przejmują zbyt mały zakres (przedmiotowy i podmiotowy) ochrony, ale zmiany w tej kwestii powinna wymusić konkurencja między zakładami ubezpieczeń. Ponadto nowoczesne prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny łączyć cechy ubezpieczeń tradycyjnych (w których świadczenie ogranicza się do wypłat określonych kwot w przypadku wystąpienia zdarzeń wymienionych w umowie) ze świadczeniem usług zakontraktowanych w prywatnych firmach medycznych, co stymulowałoby rozwój niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Ubezpieczenia zdrowotne są produktami trudnymi w konstrukcji z powodu ograniczonej zwykle dostępności do danych i niewystarczającej jakości danych dotyczących:

- kosztów leczenia określonych przypadków chorobowych – co utrudnia wycenę świadczeń medycznych,
- zachorowalności w danej populacji – co utrudnia ocenę ryzyka zachorowalności na określone choroby.

Brak cenników zgodnych z rynkowymi relacjami utrudnia rozwój polskiego rynku świadczeń medycznych⁸ (wyjątkiem jest tu stomatologia), co z kolei nie sprzyja łączeniu tradycyjnych produktów ubezpieczeniowych ze świadczeniem usług medycznych. Konstrukcja produktów ubezpieczeń zdrowotnych napotyka w Polsce trudności w związku z brakiem danych epidemiologicznych lub brakiem dostatecznej ich jakości⁹. Rozwiązaniem tego problemu byłoby wprowadzenie powszechnego systemu informatycznego z indywidualnymi kartami stanu zdrowia pacjentów.

Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia będzie rosła, lecz w związku z wymienionymi w artykule ograniczeniami, trudno jest obecnie przewidzieć tempo ich rozwoju. Niewątpliwie przed rynkiem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stoi duże wyzwanie.

Literatura

- [1] Dębicka J., *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] *Składki i ryzyko ubezpieczeniowe. Modelowanie stochastyczne*, red. W. Ostasiewicz, AE, Wrocław 2004.
- [2] Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000.

⁸ Ceny, według których NFZ kontraktuje świadczenia medyczne, nie są cenami rynkowymi, ale celem NFZ nie jest regulacja rynku usług medycznych.

⁹ Nie jest możliwe bezpośrednie wykorzystanie danych z krajów, gdzie statystyki są wystarczająco obszerne, gdyż kraje różnią się wzorcami zachorowalności, inwalidztwa i umieralności. Analiza danych z innych krajów może jednak dostarczyć informacji co do tendencji, których można spodziewać się także w Polsce (szerzej na ten temat w [7]).

- [3] Hadyniak B., *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń – mechanizmy i funkcje*, t. 1, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000.
- [4] M. Kawiński, *Ubezpieczenia chorobowe w Polsce – rynek i nadzór*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, Pismo Rzecznika Ubezpieczonych nr 23, marzec 2005.
- [5] Mossialos E., Thompson S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Discussion Paper No 19, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, London 2001.
- [6] Muszalski W., *Ubezpieczenie społeczne*, PWN, Warszawa 2004.
- [7] Podrażka-Malka A., *Badania i pomiar stanu zdrowia współczesnej populacji*, PAN „Studia Demograficzne” 2000, nr 1.
- [8] *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach europejskich – Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii*, KNUiFE, „Biuletyn Miesięczny” 2005, nr 3.
- [9] Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003.
- [10] Szczepańska M., *Ochrona ubezpieczeniowa na wypadek ryzyka choroby*, „Przegląd Ubezpieczeń” 2000, nr 10.
- [11] Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU 1990 nr 50, poz. 344 z późn. zm.).
- [12] Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (DzU 1998 nr 137, poz. 887 z późn. zm.).
- [13] Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (DzU 1999 nr 60, poz. 636 z późn. zm.).
- [14] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 2003 nr 73, poz. 660, z późn. zm.).
- [15] Więckowska B., *Zielone światło dla komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych*, Rzecznik Ubezpieczonych. Vademecum Ubezpieczonych. Publikacje. Artykuły pracowników i współpracowników 2005.

VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN POLAND – ACTUAL STATE AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT

Summary

Health insurance protects people against the financial consequences of illness: medical care expenses and losses of earned income. Voluntary health insurance does not play a dominant role in funding health care in the European Union, however in Poland and other EU member states levels of private expenditure on health care increase and the benefits provided by the statutory health care system (particularly dental care and pharmaceuticals) are reduced. The aim of this work is to show the health insurance market in Poland and to discuss the current developments of voluntary health insurance.

1. This work is structured as follows:
2. The characteristics of health insurance.
3. Health expenditure in Poland and in chosen countries.
4. The market for voluntary health insurance in Poland.
5. Trend of the health insurance market – proposals for Poland.