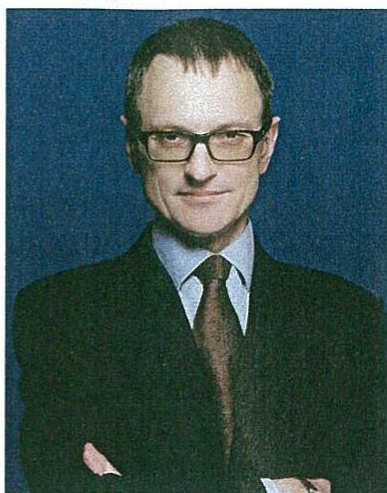




Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – perspektywy rozwoju



Agata Apanel, Miller Canfield



dr Andrzej Chełchowski, Miller Canfield

Potrzeba wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

W większości państw Unii Europejskiej, podstawowym źródłem finansowania opieki medycznej – podobnie jak w Polsce – są środki publiczne, przy czym w państwach Unii Europejskiej, z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, nieistniejącego obecnie w Polsce, korzysta około 10–15% obywateli tych krajów.

Szacuje się, że do roku 2020 wydatki na ochronę zdrowia w Polsce będą musiały wzrosnąć nawet o 1–1,2% PKB. Co ciekawe, pomimo wzrostu wydatków przy jednoczesnym znacznym pogarszaniu się jakości publicznej służby zdrowia (zgodnie z danymi wynikającymi z Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, w którym oceniana jest kondycja opieki medycznej w całej Europie, polska służba zdrowia wypadła nienajlepiej, plasując się dopiero na 27 miejscu z 34 możliwych), obserwuje się błyskawiczny wzrost jakości świadczonych usług w sektorze prywatnym. Liczba klientów niepublicznych firm medycznych w Polsce wzrosła dziesięciokrotnie (z niespełna 200 tysięcy do ponad 2 milionów). W 2011 r. w Polsce wydano na ochronę zdrowia około 100 miliardów złotych, z czego wydatki prywatne stanowiły około 30% tej kwoty i w przeważającej mierze, bo aż w 90%, pochodziły bezpośrednio od pacjentów (usługi medyczne płacone bezpośrednio przez pacjentów tzw. wydatki „fee for service” – ok. 12 mld zł., abona-

menty – ok. 2 mld. zł., dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – ok. 200 mln zł).

Niewydolność publicznej opieki zdrowotnej oraz brak ram instytucjonalnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych są przyczyną wzrostu wydatków prywatnych, przy czym tzw. wydatki „fee for service” stanowiące znaczną większość tych wydatków, ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjentów, są najmniej efektywną formą pokrywania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Najbardziej efektywną formą ich wydatkowania są, jak uczą doświadczenia zagraniczne, dodatkowe ubezpieczenia medyczne. Łączna ich kwota stanowi istotne zasoby finansowe, które mogłyby być wydawane w sposób zorganizowany i bardziej efektywny niż do tej pory – poprzez prywatne polisy zdrowotne. Marginalny udział zorganizowanych form płatności za usługi zdrowotne i w efekcie przewaga płatności na zasadzie „fee for service”, skutkuje utrudnieniem dostępu do opieki zdrowotnej osobom mniej zamożnym, które w sytuacji choroby i niewydolnego publicznego systemu ochrony zdrowia zmuszone są płacić za świadczenia z własnej kieszeni kosztem ogromnych wyrzeczeń. W świetle powyższego, wprowadzenie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym staje się wręcz koniecznością.

Z perspektywy europejskiej, kluczowe znaczenie ma wykorzystanie w praktyce Trzeciej Dyrektywy Ubezpieczeniowej, zwłaszcza zasady „Freedom of

W debacie publicznej nad kształtem polskiego systemu ochrony zdrowia coraz częściej pojawiają się propozycje, których wprowadzenie, zdaniem ich autorów oraz zwolenników, zagwarantuje przynajmniej częściowe wyeliminowanie przyczyn niewydolności tego systemu. Jednym z niezrealizowanych dotąd pomysłów jest koncepcja uzdrowienia systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Services” oraz wchodzącej w 2013 r. do polskiego porządku prawnego Dyrektywy Transgranicznej zwanej popularnie dyrektywą „Pacjenci bez granic”. Jednym z najważniejszych skutków Trzeciej Dyrektywy Ubezpieczeniowej jest pełna swoboda oferowania usług przez ubezpieczycieli mających siedzibę w Unii Europejskiej, bez konieczności posiadania oddziałów lokalnych. Oznacza to otwarcie rynku na konkurencję. Szacuje się, że największy potencjał na polskim rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będzie w segmencie szpitalnym i ambulatoryjnym.

Zgodność ubezpieczeń prywatnych z Konstytucją

W wyniku trwającej od kilku lat dyskusji, wyjaśnione zostały definitywnie wątpliwości dotyczące konstytucyjności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Konstytucja RP, w tym i jej szeroko dyskutowany art. 68, nie stanowi bariery utworzenia systemu dodatkowego ubezpieczenia w powyższym zakresie. Wprowadzenie takiego dodatkowego ubezpieczenia nie tylko nie byłoby sprzeczne z Konstytucją, ale mogłoby się przyczynić do stworzenia ram pełniejszej realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia.

Główne założenia. Jakkolwiek prace nad projektem ustawy wciąż trwają i nie ma pewności co do jego ostatecznego kształtu i treści, to jak się wydaje, w świetle dyskusji wywołanej ubiegłorocz-

nym projektem rządowym, należy spodziewać się, że projekt który najprawdopodobniej zostanie przedstawiony do końca roku, zawierał będzie poniższe elementy (pochodzące z dwóch ubiegłorocznych projektów ustawy).

Umowa ubezpieczenia

Umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego będzie mieć charakter dobrowolny i tworzyć będzie ubezpieczenie, obejmujące świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonego zapewniane lub finansowane przez zakład ubezpieczeń, przy czym ich zakres obejmować może zarówno świadczenia już gwarantowane przez system ubezpieczenia publicznego jak i inne nie objęte tą gwarancją świadczenia. W ramach powyższego ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany będzie do pokrycia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (wariant finansowy) lub do zapewnienia udzielania takich świadczeń w zamian za składkę (wariant rzeczowy). Wysokość składki wyliczana będzie indywidualnie w oparciu o ocenę ryzyka zdrowotnego. Dodatkowe ubezpieczenie może mieć charakter grupowy oraz może mieć charakter umowy zawartej na cudzy rachunek (np. zakład pracy ubezpieczający pracowników). W trakcie pracy nad projektem ustawy, pewne kontrowersje wywołał obowiązek objęcia ubezpieczeniem koszt o w leczeniu powikłań, w ostatnim projekcie ustawy zagadnienie to pominięto.



Zakaz odmowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawierana jest przez ubezpieczającego z wybranym zakładem ubezpieczeń, a zakład ubezpieczeń nie może odmówić zawarcia takiej umowy lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. W teorii i praktyce zagranicznych ubezpieczeń zdrowotnych wypracowano mechanizmy łagodzenia konsekwencji nierównomiernego rozłożenia ryzyka między różnymi zakładami ubezpieczeń, które nie zostały uregulowane w projekcie ustawy, ale które z pewnością pojawią się jako rozwiązanie praktyczne wypracowane między zakładami ubezpieczeń (płatnikami) po wejściu w życie ustawy.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela za nieuwjawnione okoliczności

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za skutki okoliczności nieuwjawnionych przez ubezpieczonego (ubezpieczającego) przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Dla złagodzenia skutków takiej poszerzonej odpowiedzialności, w przypadku ujawnienia się takich okoliczności, ubezpieczyciel będzie miał prawo żądania podwyższenia składki.

Prawo NFZ dochodzenia kosztów od ubezpieczyciela prywatnego

W przypadku, kiedy NFZ poniesie koszty świadczeń objętych dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, NFZ jest uprawniony do dochodzenia zwrotu tych kosztów od ubezpieczyciela. Zasada ta wzbudziła najwięcej chyba kontrowersji w trakcie dyskusji nad projektem ustawy. Oponenti tego rozwiązania wskazywali na naruszenie konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z podstawową zasadą honorowaną również przez projekt ustawy (patrz wyżej), objęcie określonej osoby ubezpieczeniem dobrowolnym nie eliminuje takiej osoby z systemu ubezpieczenia publicznego, zatem zaproponowane rozwiązanie oparte na pozbawieniu takiej osoby dostępu do środków publicznych wydaje się być za daleko idące.

Umowa ubezpieczyciela – szpital

Możliwość zawierania przez ZOZ umów z zakładami ubezpieczeniowymi

mi istnieje już w systemie prawnym, jednakże dopiero projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach podejmuje próbę systemowego uregulowania tego zagadnienia, w tym również w zakresie współpracy i realizacji kontraktów gdy świadczeniodawca posiada dwa kontrakty (patrz niżej). Zakład ubezpieczeń, w celu zapewnienia ubezpieczonemu opieki zdrowotnej zawierać będzie stosowne umowy ze świadczeniodawcami (np. szpitalami). Istnieje ponadto możliwość zawierania takich umów przez inne podmioty działające na rzecz ubezpieczyciela oraz możliwość powierzenia powyższego zadania (jak również innych związanych z tym działań takich jak: organizowanie, administrowanie i rozliczanie świadczeń), na zasadzie tzw. *outsourcingu*, takim podmiotom zewnętrznym, z zachowaniem pełnej odpowiedzialności ubezpieczyciela w powyższym zakresie. Zakłada się, że przeniesienie „kontraktu” z jednego szpitala na drugi wymagać będzie zgody ubezpieczyciela.

Zabezpieczenie praw świadczeniobiorców publicznych

Jednym z najbardziej eksponowanych przez twórców projektu ustawy założeń nowego prawa, jest postulat odpowiedniego zabezpieczenia praw świadczeniobiorców (pacjentów) korzystających wyłącznie z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W celu realizacji powyższych założeń, przyjęto w projekcie ustawy następujące wymogi: wymóg zapewnienia przez świadczeniodawcę (szpital) nie naruszania praw osób korzystających wyłącznie z systemu publicznego oraz wymóg przekazywania do NFZ informacji dotyczących list oczekujących w zakresie tych świadczeń szpitala, które są jednocześnie przedmiotem umowy z zakładem ubezpieczeń, w celu monitorowania zasad prowadzenia tych list.

Zagadnienie, to jako szczególnie wrażliwe społecznie, słusznie stało się ważnym elementem pracy nad projektem ustawy, jednakże – podobnie jak to jest w przypadku opisanego powyżej zagadnienia pokrywania całości kosztów leczenia osoby należącej do obu systemów, wyłącznie przez ubezpieczyciela prywatnego – planowane rozwiązania nie są, jak się wydaje, należyście zrównoważone, a ich ostateczny kształt wymaga dopracowania w celu zapew-

nienia niedyskryminowania świadczeniobiorców objętych jednocześnie ubezpieczeniem dodatkowym oraz adekwatnego zrównoważenia interesów wszystkich zaangażowanych podmiotów (NFZ, ubezpieczyciele prywatni, pacjenci „publiczni” i pacjenci „publiczno-prywatni”). W wyniku prowadzonej nad projektem dyskusji wyeliminowano występujące w jego pierwszej wersji szczególnie „niezrównoważone” zasady takie jak np. ograniczenie zakresu świadczeń medycznych w ramach ubezpieczeń prywatnych do 10% kontraktu z NFZ i konsekwencje nie stosowania się szpitala do powyższych wymogów obejmujące m.in. zakaz kontraktowania danego szpitala z NFZ, to jednak zagadnienie to jako ważne powinno być poddane szczególnie ostrożnej obróbce w procesie uzgodnień i w procesie legislacyjnym.

Niezbędne ułatwienia

Aby system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych stał się naprawdę powszechny, potrzebne są ułatwienia i zachęty ustawowe. Dwa typy ułatwień zawarto w ostatnim projekcie ustawy są to: możliwość obejmowania ubezpieczeniem świadczeń medycyny pracy oraz możliwość finansowania polis dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Powyższe zmiany, wraz z wprowadzeniem definicji dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego mają za zadanie wyrównać szanse dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i współistniejących z nimi rozwiązań para-ubezpieczeniowych (abonamentów medycznych). Abonamenty medyczne mają w obecnym stanie prawnym przewagę podatkową nad ubezpieczeniami (PIT, ZUS), a powyższe zmiany mają za zadanie tę nierówność wyeliminować. W ramach powyższej dyskusji słusznie wskazuje się na okoliczność, że działalność abonamentowa prowadzona przez prywatne placówki medyczne, nie prowadzi do korzyści dla publicznych placówek medycznych, jakie daje upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o tyle, że środki gromadzone w tym systemie (w przeciwieństwie do składek ubezpieczeniowych) nigdy nie trafiają do publicznych placówek ochrony zdrowia.

Inną konieczną i często postulowaną, choć w obecnych realiach gospo-

darczych i budżetowych niezbyt realną zmianą, byłoby wprowadzenie ulgi podatkowej w podatki PIT pozwalającej odliczyć kwoty składek na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne od podatku. Z całą pewnością, taka zmiana ustawowa byłaby widocznym impulsem dla rozwoju ubezpieczeń dodatkowych, a być może strata budżetowa spowodowana zmniejszeniem podatku PIT wyrównana byłaby z nawiązką strumieniem przychodów do publicznej służby zdrowia płynącym ze zinstytucjonalizowanych ubezpieczeń dodatkowych.

Uwagi końcowe

Czego należy oczekiwać od ustawy, która ma przyczynić się do upowszechnienia prywatnych świadczeń zdrowotnych? Przede wszystkim należy oczekiwać efektu synergii – stopniowego mieszania się środków publicznych i prywatnych, który umożliwi realizację interesów różnych stron – przedstawicieli władzy, szpitali i ich właścicieli oraz samych pacjentów.

Rozwój prywatnych ubezpieczeń szpitalnych nie naruszy, a wręcz może poprawić pozycję pacjentów NFZ. Z pewnością nie zostanie poddany redukcji zakres świadczeń oferowanych przez NFZ, za to na pewno zredukują się kolejki oczekujących na uzyskanie świadczeń. Pacjenci nadal będą mieli zagwarantowany dostęp do leczenia szpitalnego w niezmienionej formie. Ponadto, jakość szpitalnej opieki medycznej dzięki środkom prywatnym może jedynie ulec polepszeniu. Rozwój masowych ubezpieczeń prywatnych w tzw. systemie równoległym spowoduje, że więcej środków pozostanie na leczenie pacjentów nieubezpieczonych prywatnie w systemie publicznym.

Choć ubezpieczenia zdrowotne nie są panaceum na wszystkie bolączki polskiej służby zdrowia, niewątpliwie odpowiednie ich usytuowanie w systemie opieki medycznej w znacznej mierze usprawni jego funkcjonowanie. Oznacza to, że skorzystają na nim wszyscy. Szpitale – poprzez uzyskanie nowego źródła finansowania i bodziec do rozwoju. Państwo – poprzez wyraźne odciążenie budżetu z tytułu wydatków na opiekę medyczną. Pacjenci – gdyż bez względu na fakt posiadania dodatkowego ubezpieczenia, będą mogli szybciej skorzystać z niezbędnych świadczeń medycznych o wysokiej jakości. ■