

Agnieszka Kowalska

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne szansą na poprawę sytuacji pacjenta czy obawą przed jej pogorszeniem?

Studia Prawnoustrojowe nr 20, 15-27

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Agnieszka Kowalska

Katedra Prawa Cywilnego

Wydział Prawa i Administracji UWM

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne szansą na poprawę sytuacji pacjenta czy obawą przed jej pogorszeniem?

Wstęp

W sytuacji ciągłych ograniczeń finansowych związanych z organizacją świadczeń opieki zdrowotnej coraz bardziej aktualna staje się kwestia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W związku z tym, że limitowanie świadczeń zdrowotnych przysługujących pacjentom w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest po prostu faktem, coraz więcej osób decyduje się na skorzystanie z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, wykupuje różnego rodzaju abonamenty na świadczenia opieki zdrowotnej, a także korzysta z prywatnej służby zdrowia. Taka praktyka wyraźnie wskazuje na potrzebę uzdrowienia istniejącej sytuacji. Z jednej strony trzeba zauważyć, iż deklarowanym celem wprowadzenia pozytywnego koszyka świadczeń gwarantowanych było stworzenie warunków do rozwoju ubezpieczeń prywatnych¹. Z drugiej natomiast strony nie sposób pominąć faktu, iż aktualnie obserwowany jest stały wzrost korzystania z prywatnie opłacanych świadczeń, a także silny rozwój systemu opłat z góry (abonamentów). Wzrost intensywności korzystania z opieki przez posiadaczy abonamentów wyraźnie wskazuje, iż opieka zdrowotna finansowana ze środków publicznych nie daje poczucia bezpieczeństwa w sytuacji choroby². Powyższe powoduje, iż – jak podają statystyki – pacjenci wydają około 30 mld na prywatne świadczenia zdrowotne. Z tej kwoty 16 mld to wydatki przeznaczane na leki, 12 mld bezpośrednio wydawane jest na usługi zdrowotne, 2 mld na abonamenty i około 200 mln na prywatne ubezpieczenia zdrowotne³. Planując wprowadzenie na szeroką

¹ M. Balicki, „Koszyk” świadczeń gwarantowanych – nowe regulacje, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 3, s. 13.

² K. Tymowska, *Zasady finansowania a dostępność*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 88.

³ W. Sułkowska (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, Warszawa 2011, s. 159.

skalę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zakłada się, że chociaż część tej kwoty będzie mogła zasilić placówki ochrony zdrowia⁴. Wstępne kalkulacje przewidują, że budżet publicznej służby zdrowia zwiększy się o 15 mld⁵. W związku z powyższym w ostatnim czasie na nowo rozgorzały dyskusje na temat projektu ustawy wprowadzającej system dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Celem niniejszego opracowania jest wskazanie proponowanych rozwiązań i analiza ewentualnych skutków ich wprowadzenia.

Ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Od momentu przeprowadzenia reformy systemu opieki zdrowotnej, która została wdrożona na przełomie 1998 i 1999 r., początkowo kasy chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia boryka się z problemami finansowymi, które nie pozwalają na należyte wywiązanie się z obowiązku zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą. Równy dostęp do tychże świadczeń zapewnia w art. 68 Konstytucja RP⁶, wskazując jednocześnie, iż ewentualne ograniczenia mogą wynikać z ustawy. Tym samym mamy odesłać do ustawodawstwa zwykłego, które winno regulować w sposób szczegółowy wszelkie kwestie związane z organizacją świadczeń opieki zdrowotnej, a przede wszystkim wskazywać katalog tzw. świadczeń gwarantowanych⁷. Do momentu wprowadzenia tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych pacjentowi nie przysługiwało roszczenie o świadczenie opieki zdrowotnej⁸. Wprowadzenie w 2009 r. koszyka świadczeń gwarantowanych nie zmieniło sytuacji pacjenta, biorąc pod uwagę dostęp do świadczeń ujętych w tym koszyku. Wiadomo bowiem, że tak jak dotychczas, również obecnie – pod rządami ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁹ – NFZ ma ograniczone środki finansowe, które może przeznaczyć na kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej, a „z faktu niedofinan-

⁴ Np. „Gazeta Prawna” nr 94 (2470) z 15–17 maja 2009 r., s. 6.

⁵ W. Sułkowska (red.), op. cit., s. 159.

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

⁷ T. Mróz (red.), *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011, s. 70–90.

⁸ Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu (I ACa 1266/05, LEX 214245), art. 68 Konstytucji przyznaje wprawdzie w ust. 1 prawo do ochrony zdrowia, a w ust. 2 prawo równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale w dalszych ustępach wyraża jedynie zasady polityki państwa, które z istoty swej nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostki (art. 81 Konstytucji).

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) – dalej jako u.p.u.z.

sowania wynikają dalsze konsekwencje, poza brakiem stabilności finansowej systemu, m.in. faktyczne ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz niemożność zapewnienia ich odpowiedniej jakości¹⁰. Dlatego też trzeba w tym momencie zwrócić uwagę na kwestię równości wobec prawa i zastanowić się, jak powinna być ona rozumiana. W wyroku NSA z dnia 14 marca 2006 r. wskazane zostało, że „konstytucyjna zasada równości wobec prawa nie może być rozumiana jako wartość bezwzględna. Jej granice wyznaczają też inne zasady konstytucyjne oraz przepisy szczególne. O naruszeniu konstytucyjnej zasady można mówić, gdy w tożsamej sytuacji różnicuje się prawa jednostki”¹¹.

W innym wyroku czytamy, iż „równość wobec prawa należy rozumieć tak, że wszystkie podmioty charakteryzujące się daną cechą istotną w stopniu równym mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań dyskryminujących czy też faworyzujących. Jeśli określona norma prawna traktuje odmiennie adresatów, którzy odznaczają się określoną cechą wspólną, wówczas mamy do czynienia z odstępstwem od zasady równości. Odstępstwo takie nie jest tożsame z naruszeniem art. 32 Konstytucji. Niezbędna staje się wówczas ocena przyjętego kryterium zróżnicowania. Równość wobec prawa to także zasadność wybrania takiego, a nie innego kryterium różnicowania podmiotów prawa”¹².

Wskazane ujęcia równości wobec prawa pokazują, iż różne traktowanie pacjentów bez ustalenia wyraźnych kryteriów takiego różnicowania nie powinno mieć miejsca. Wiadomo jednak, że wcześniej kasy chorych, a obecnie NFZ każdego roku boryka się z problemami finansowymi, które uniemożliwiają zakontraktowanie świadczeń na takim poziomie, jaki zapewniłby dostęp do tychże świadczeń wszystkim ubezpieczonym, którzy będą ich potrzebować. Wiąże się to z limitowaniem świadczeń opieki zdrowotnej, co najczęściej wyraża się w tym, że pacjent znajdujący się w podobnej sytuacji, ale chorujący np. pod koniec roku, kiedy skończyły się limity na zakontraktowane świadczenia, nie będzie mógł z nich skorzystać, w przeciwieństwie do pacjenta chorującego np. na początku roku, kiedy zawarte kontrakty dopiero zaczynały obowiązywać¹³.

Przedstawiona bardzo skrótowo sytuacja wpływa na to, że z uwagi na ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego coraz częściej pacjenci korzystają z prywatnej służby zdrowia oraz wykupują prywatne ubezpieczenia zdrowotne. „Prywat-

¹⁰ K. Policha, B. Wojno, *Aktualne problemy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 1, s. 24–25.

¹¹ Wyrok NSA Warszawa, sygn. I OSK 67/06, LEX nr 198281.

¹² Wyrok WSA, sygn. VI SA/WA 616/05, LEX nr 190562.

¹³ Szerzej A. Kowalska, *Limitowanie usług medycznych w aspekcie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Prawo do życia a jakość życia w wielokulturowej Europie*, Materiały V Międzynarodowej Konferencji Praw Człowieka, Olsztyn, 30–31 maja 2005 r., t. 1, s. 252–258.

ne ubezpieczenia zdrowotne noszą także nazwę komercyjnych, rynkowych lub dobrowolnych. Wszystkie te nazwy wskazują na naturalny charakter relacji między kupującymi i sprzedającymi szczególnie »towar«, jakim jest *sensu largo* ubezpieczenie od ryzyka konieczności ponoszenia wydatków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych¹⁴.

Różne koncepcje prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego

Przeprowadzając reformę systemu opieki zdrowotnej, od samego początku brano pod uwagę możliwość realizowania świadczeń zdrowotnych poza strukturami ówczesnie działających kas chorych. Już ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁵ przewidywała możliwość nie tylko wolnego wyboru kasy chorych (art. 69a.1. u.p.u.z.), ale także innej instytucji ubezpieczenia. Proponowane wówczas rozwiązanie (mimo że nie zostało zrealizowane) przez cały czas nadal jest aktualne. Wiąże się to przede wszystkim z tym, że ubezpieczeni, czyli potencjalni pacjenci, bardzo często znajdują się w sytuacji, kiedy w razie konieczności skorzystania ze świadczenia zdrowotnego z różnych powodów (o czym była mowa) zostają takiej możliwości pozbawieni. To wpływa m.in. na decyzję o skorzystaniu z tychże świadczeń poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sytuacja powyższa nie została jednak do tej pory ustawowo uregulowana. Wiadomo jednak, iż mimo braku regulacji prawnej, już teraz wiele podmiotów świadczących usługi ubezpieczeniowe proponuje prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które cieszą się zainteresowaniem¹⁶. W związku z powyższym wielokrotnie już podejmowano próby usankcjonowania takiej sytuacji i przedstawiano różne propozycje ujęcia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Jedna z nich, zaproponowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń, zakłada, że „fundamentalnym elementem proponowanych zmian jest możliwość wyboru między systemem publicznym oraz prywatnym i w związku z tym powstanie Prywatnych Funduszy Zdrowia (PFZ) tworzonych przez zakłady ubezpieczeń działu II z licencją na działalność w grupie 2¹⁷. Istotą takiego rozwiązania

¹⁴ E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Warszawa 2011, s. 690–591.

¹⁵ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

¹⁶ Pomimo kryzysu gospodarczego sektor ubezpieczeń zdrowotnych w Europie wykazuje tendencję wzrostową, co jest związane z systematycznie zwiększającym się popytem na świadczenia z zakresu ochrony zdrowia. Stopniowo wzrasta też udział podmiotów wyspecjalizowanych (tj. takich, w przypadku których prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią ponad 50% prowadzonej przez nie działalności ubezpieczeniowej). Szerzej: W. Sułkowska (red.), op. cit., s. 149–151.

¹⁷ J. Owoc, *Koncepcja budowy systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych według Polskiej Izby Ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2008, nr 1–2, s. 64.

jest to, że osoba, która decydowałaby się na wyjście z systemu publicznego, zabierałaby ze sobą także część składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, która bezpośrednio miałaby trafić do Prywatnego Funduszu Zdrowia od Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Ta część składki, określana jako stawka kawitacyjna, byłaby nominalną kwotą niezależną od zarobków ubezpieczonego, a tylko pozostawałaby w relacji do jego wieku i płci. Drugim natomiast elementem proponowanej konstrukcji prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego byłaby składka dodatkowa, którą płaciłby sam ubezpieczony. Jej wysokość zależałaby od standardu polisy i zakresu proponowanej ochrony, przy czym ten zakres w żadnym wypadku nie mógłby być mniejszy niż w systemie publicznym. Z tego wynika, iż Prywatny Fundusz Zdrowia obejmowałby ubezpieczonego kompleksową ochroną równą bądź większą niż w systemie publicznym, z uwzględnieniem refundacji leków. W skład tej kompleksowej opieki medycznej weszłyby następujące elementy, które w sumie stanowią 91% wydawanych przez NFZ pieniędzy: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, lecnicstwo szpitalne, refundacja cen leków, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, lecnicstwo uzdrowiskowe, profilaktyka oraz zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne. W systemie publicznym nadal pozostałoby ratownictwo medyczne, procedury wysokospecjalistyczne, część drogich procedur diagnostycznych i programy lekowe. Ważne jest, iż wysokość składki dodatkowej nie byłaby uzależniona od stanu zdrowia, tym samym osoby w jednym wieku i tej samej płci płaciłyby zawsze taką samą składkę dodatkową¹⁸.

Projekt powyższy wychodzi naprzeciw polityce rodzinnej, zakładając dopłaty do składki dodatkowej, ponoszonej przez ubezpieczonego, dla rodzin wielodzietnych. Realizacja wyglądałaby w ten sposób, iż przy minimum trójce dzieci przysługiwałaby dopłata z budżetu państwa na każde dziecko. Założono również możliwość przeznaczenia na ubezpieczenie środków pochodzących z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Zdaniem pomysłodawców przedstawione rozwiązanie doprowadziłoby do zwiększenia środków w systemie bez konieczności podnoszenia składki na powszechne ubezpieczenie, a także spowodowałoby optymalizację liczby świadczeń, tzn. dostosowanie jej do realnych potrzeb. „W konsekwencji proponowanych zmian powinno także dojść do poprawy organizacji dostarczania świadczeń zdrowotnych, wzrostu efektywności i racjonalizacji systemu, a zabiegający o wielu płatników publicznych i prywatnych świadczeniodawcy zmuszeni byłiby podnosić jakość usług. Zarządzanie składką przez ubezpieczycieli pozwoliłoby na uszczelnienie systemu, monitoring liczby udzielanych świadczeń oraz zarządzanie kolejką na

¹⁸ Ibidem, s. 64–65.

poziomie płatnika (kierowanie ubezpieczonych tam, gdzie dane świadczenie jest najszybciej dostępne)”¹⁹.

Przedstawione rozwiązanie wyraźnie wskazuje, iż proponowane prywatne ubezpieczenia zdrowotne miałyby mieć charakter masowy i jednocześnie byłyby powiązane z systemem publicznym. „Propozycja Polskiej Izby Ubezpieczeń mocno podkreśla element konkurencji pomiędzy PFZ (ubezpieczycielami) jako konsekwencję przyjęcia zasady swobody wyboru ubezpieczyciela. Zakłada także przyjęcie zasady, że PFZ nie może odmówić zawarcia ubezpieczenia”²⁰.

Inny pomysł rozwiązania kwestii prywatnych ubezpieczeń przedstawiony został w styczniu 2008 r. w formie projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, który zakładał dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (będące dodatkiem do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) mające mieć istotny wpływ na kształt i funkcjonowanie całości ochrony zdrowia. To dobrowolne i komercyjne ubezpieczenie miało podlegać merytorycznej kontroli pod względem legalności, rzetelności i celowości ze strony nowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ), który kontrolowałaby również powszechne ubezpieczenie zdrowotne (dotychczas obowiązujące przepisy o nadzorze w ustawie dotyczącej powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego miały być uchylone). Nowy urząd miał stanąć na straży indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta, w czym uwydatnia się publiczny charakter opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy zakładał dwa dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne: suplementarne oraz komplementarne. Ubezpieczenie suplementarne miało obejmować dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń miał zapewnić ubezpieczonemu dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie. Należy podkreślić, iż to ubezpieczenie nie jest więc „ubezpieczeniem opcjonalnym (na zasadzie *opt out*), określanym jako alternatywne, polegającym na dopuszczeniu wyboru prywatnego ubezpieczenia”²¹. Projekt przewidywał, że dzięki ubezpieczeniu suplementarnemu m.in. można byłoby być operowanym w wybranym przez siebie terminie czy mieć pokój o wyższym standardzie. Pacjent mógłby także wybrać lekarza, który będzie go leczył, dodatkową opiekę pielęgniarską, pokryć koszty świadczeń nie tylko szpitalnych, ale również badań diagnostycznych czy leczenia stomatologicznego lub wizyt u specjalisty. W przypadku ubezpieczeń komplementarnych zakład ubezpieczeń miał natomiast zapewnić ubezpieczonemu dostęp do niegwarantowanych świadczeń opieki zdro-

¹⁹ Ibidem, s. 66.

²⁰ K. Policha, B. Wojno, op. cit., s. 25.

²¹ J. Jończyk, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2008, nr 4, s. 3.

wotnej lub sfinansowanie części kosztów świadczeń częściowo gwarantowanych, na zasadach określonych w ustawie. Ubezpieczenie komplementarne miało być tańsze, a w jego ramach pacjent m.in. mógłby mieć wykonane świadczenie medyczne inną metodą niż ta, która jest opłacana przez NFZ.

Od samego początku projekt ten budził wiele kontrowersji. Z jednej strony należy wskazać, iż w związku z dopuszczoną w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym instytucją listy oczekujących na udzielenie świadczenia dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne spotykają się z dużym zainteresowaniem. „W Polsce czas oczekiwania na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych jest nieznośnie długi, co także tłumaczy zainteresowanie dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi »dla ominięcia kolejki« oraz wyjaśnia motyw zmiany prawa w tym kierunku”²². Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że „błędem byłoby jednak lekceważenie moralnych, społecznych i politycznych następstw zróżnicowania ochrony zdrowia ze względu na sytuację materialną ubezpieczonych”²³.

Projekt ten został jednak w kwietniu 2008 r. wycofany z komisji zdrowia ze względów proceduralnych.

Kolejną próbę wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych resort zdrowia podjął już w maju 2009 r., przyjmując założenia do ustawy o ubezpieczeniach dodatkowych, która miała wejść w życie od stycznia 2010 r. Proponowana ustawa nie została jednak uchwalona. Ministerstwo Zdrowia liczyło wówczas, że dzięki dodatkowym ubezpieczeniom uda się pozyskać chociaż część z 30 mld zł z puli, jaką pacjenci każdego roku przeznaczają na dodatkowe świadczenia zdrowotne. Dzięki systemowi dodatkowych polis do placówek ochrony zdrowia miałyby trafić nawet 7–8 mld zł²⁴. To zapewne wpłynęłoby na dofinansowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a tym samym na wzrost standardu w tych placówkach²⁵. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne miały obejmować np. zabiegi, których nie będzie w koszyku świadczeń gwarantowanych (nad którym wówczas pracował Sejm), a także umożliwiałyby przeskakiwanie kolejki do leczenia. W ramach dodatkowego ubezpieczenia pacjent miał liczyć na refundację leków. Dotyczyć to miało wszystkich specyfików, które aktualnie są na rynku, a nie znajdują się na liście leków refundowanych i są zdecydowanie droższe, a także leków, które za chwilę wejdą jako innowacyjne²⁶. System dodatkowych ubezpieczeń miał sprawić, że osoby, które obecnie płacą za pojedyncze zabiegi i badania,

²² Ibidem, s. 5.

²³ Ibidem, s. 4.

²⁴ Np. „Gazeta Prawna” nr 94 (2470) z 15–17 maja 2009 r., s. 6; „Rzeczpospolita” nr 113 (8318) z 15 maja 2009 r., s. A5.

²⁵ E. Nojszewska, op. cit., s. 596.

²⁶ *MZ przedstawi założenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych*, [online] <www.rynekzdrowia.pl>, dostęp: 14 maja 2009 r.

będą wykupywały pakiety gwarantujące szybszy dostęp do świadczeń. Jednocześnie chcąc rozwiać niepewność pacjentów, Ministerstwo Zdrowia podkreślało, że nie ma zagrożenia, iż przyczyni się to do ograniczenia zabiegów wykonywanych w ramach powszechnego ubezpieczenia, gdyż lecznice będą zobowiązane do realizowania kontraktów podpisanych z NFZ. Tym samym np. planowe zabiegi chirurgiczne dla pacjentów posiadających dodatkowe ubezpieczenia miały być wykonywane np. w godzinach popołudniowych²⁷.

Zgodnie z przyjętymi wówczas założeniami, ubezpieczyciele mieli płacić lecznicom za świadczenia wykonywane w ramach dobrowolnych polis zdrowotnych nie więcej niż 105% stawki oferowanej przez NFZ. Szczegółowy zakres ubezpieczeń miały ustalać firmy je oferujące. Ich koszt miał wynieść, według szacunków ministerstwa, około 40 zł. Jednakże już na etapie projektu mówiono, że ów koszt będzie znacznie wyższy – od kilkudziesięciu do nawet kilkuset złotych miesięcznie w zależności od zakresu ubezpieczenia. Firma ubezpieczeniowa sama miała ocenić ryzyko i zaproponować polisę. W przedstawionej propozycji istotne było również to, że koszt polisy miał być odliczony od dochodu.

W czasie prac nad omawianym projektem wskazywano, że propozycja ministerstwa była kierowana przede wszystkim do szpitali będących spółkami prawa handlowego lub tych, które spółkami się staną. Publiczne szpitale działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie mają bowiem prawnych możliwości pobierania dodatkowych opłat od pacjentów lub korzystania ze środków ubezpieczycieli płacących za pacjentów komercyjnych. Takie rozwiązanie było oceniane negatywnie, gdyż zdaniem ekspertów prawo powinno zapewniać równość podmiotom gospodarczym, a tym samym ustawa powinna dawać szansę na skorzystanie z dodatkowych środków wszystkim uczestnikom szpitalnego rynku²⁸.

Zgodnie z tym, o czym była już mowa, omawiany projekt nie wszedł w życie z uwagi na veto prezydenta. Jednak problem złego funkcjonowania ochrony zdrowia „wraca jak bumerang” na listę priorytetów rządowych. Obecnie również przygotowuje się pakiet ustaw mających zreformować system ochrony zdrowia. Jednakże już teraz pojawiają się opinie, że proponowane zmiany w projekcie ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych oraz nadzorze nad ubezpieczeniami zdrowotnymi tak naprawdę nic nie wnoszą do systemu, a co więcej mogą powodować nasilenie się dotychczasowych problemów²⁹.

²⁷ *Nowe plany resortu zdrowia w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych*, [online] <www.gu.com.pl>, dostęp: 3 czerwca 2009 r.

²⁸ *Menedżerowie o założeniach ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych: „teraz czekamy na konkrety”*, [online] <www.rynekzdrowia.pl>, dostęp: 20 maja 2009 r.

²⁹ B. Więckowska, *Uwagi do projektu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych*, „*Realia i co dalej...*” 2010, nr 4 (19), [online] <www.realia.com.pl>, dostęp: sierpień 2010.

W projekcie ustawy, tak jak poprzednio, ustawodawca posługuje się pojęciem ubezpieczenia suplementarnego i komplementarnego. Ubezpieczenie suplementarne (relacja „obok”) stanowi podwyższenie standardowego zakresu ochrony, ale bez możliwości rezygnacji z uczestnictwa w tym systemie. Ubezpieczenia w tym wypadku określane są jako „podwójna ochrona” i pojawiają się w związku z ograniczeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych lub niską ich jakością w systemie bazowym. Jednakże trzeba zwrócić uwagę, że w takich wypadkach niekorzystanie z publicznej służby zdrowia nie zwalnia z jej finansowania. Natomiast ubezpieczenie komplementarne (relacja „ponad”) ma na celu podwyższenie standardowego zakresu ochrony. Przykładem może być ubezpieczenie kosztów specjalistycznych procedur, ubezpieczenie konieczności dopłat do świadczeń zdrowotnych czy ubezpieczenie pokrycia pełnych opłat w przypadku świadczeń, które nie są zagwarantowane w systemie bazowym³⁰.

Zdaniem B. Więckowskiej, powyższe pojęcia zostały użyte w projekcie ustawy w sposób poprawny. Autorka zwraca jednocześnie uwagę, że zapis, zgodnie z którym, aby skorzystać z dobrowolnego ubezpieczenia suplementarnego, należy zrzec się prawa skorzystania z ochrony udzielonej w ramach ubezpieczenia obowiązkowego, jest mylący, gdyż sytuacja opisana w ustawie jest typowym przykładem nadubezpieczenia. Chodzi po prostu o sytuację, w której pacjent wykupuje dwie polisy w dwóch różnych zakładach ubezpieczeń, które w razie choroby mają pokryć koszty leczenia. W chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli w przypadku potrzeby pokrycia kosztów, pacjent wskazuje, który z zakładów będzie likwidował szkodę. Jest to jego prawo z tytułu wykupionych polis, a nie zrzekanie się prawa do świadczeń³¹.

W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę, iż obecny projekt pomija kwestię rozliczeń między świadczeniodawcą a NFZ oraz świadczeniodawcą a zakładem ubezpieczeń. Konsekwencją powyższego może być sytuacja, w której za to samo świadczenie różne podmioty będą uiszczały różną składkę. To może doprowadzić do sytuacji, której konsekwencje będą polegały po prostu na obchodzeniu kolejek. „Jeżeli już chcemy umożliwić jednostkom świadczenie usług dla innych kontraktujących niż NFZ, umowy takie powinny mieć charakter »kasy ekspresowej« [tutaj: wydzielony gabinet czy godziny przyjęć – A.K.], tj. jeżeli nie ma osoby uprzywilejowanej [tutaj: osoby posiadającej ubezpieczenie suplementarne – A.K.], mogą korzystać inni (nie posiadający takiego ubezpieczenia), natomiast jeżeli pojawi się taka osoba, jest przepuszczana w kolejce, tj. omija ją. Tylko jak zabezpieczyć osoby bez przywilejów, żeby nagle nie okazało się, że w tym »sklepie« są jedynie »kasy ekspresowe«?”³².

³⁰ T. Szumlisz, B. Więckowska, *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. II, s. 15.

³¹ B. Więckowska, *Uwagi do projektu...*

³² Ibidem.

Jeżeli chodzi o ubezpieczenia komplementarne, świadczenie ma polegać na pokryciu dopłat do świadczeń finansowanych przez NFZ. Chodzi o różnicę pomiędzy tym poziomem finansowania a rzeczywistym kosztem świadczenia, przy czym zauważyć trzeba, iż w przypadku świadczeń spoza koszyka świadczeń gwarantowanych chodzi o pokrycie całości kosztów.

Analizując omawiany projekt, należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię – o czym była już mowa – a mianowicie, że dobrowolne ubezpieczenia kosztów leczenia będą mogły oferować jedynie zakłady ubezpieczeń grupy 2 działu II. Natomiast obecnie funkcjonujące dobrowolne ubezpieczenia kosztów leczenia oferowane są przez oba typy zakładów ubezpieczeń.

Podsumowanie

W tym momencie trudno jednoznacznie ocenić proponowane zmiany. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia wprowadzenie ustawy ma w przyszłości doprowadzić do decentralizacji NFZ, a obecnie wszystkie siły skupione będą na tym, aby z NFZ konkurowali inni ubezpieczyciele. Jednocześnie strona rządowa podkreśla, że wprowadzenie pakietu proponowanych ustaw doprowadzi do sytuacji, w której pacjent będzie sytuowany jako podmiot systemu ochrony zdrowia – w dobrze zarządzanym szpitalu, przy skróconej kolejce, z większym niż w chwili obecnej dostępem do specjalisty i z dostępem do leków, które będą tańsze niż dotychczas³³. W związku z powyższym obecnie trwają prace nad wprowadzeniem ubezpieczenia dodatkowego. Trudno jednak przewidzieć, jaki będzie los proponowanej ustawy. Wiadomo, że poprzednio przyjęta ustawa, zawetowana przez prezydenta, niewiele różniła się co do samej istoty tej instytucji od projektu, nad którym obecnie pracuje rząd.

Z punktu widzenia pacjenta chyba można pokusić się o stwierdzenie, że społeczeństwo tak naprawdę dojrzało do takiego rozwiązania i w jakimś stopniu daje przyzwolenie na wprowadzenie zmian w tej materii. Świadczą o tym wskazywane wcześniej abonamenty, które cieszą się coraz większym zainteresowaniem. Tak naprawdę, mimo braku regulacji ustawowej, prywatne ubezpieczenia już funkcjonują³⁴. Może więc czas, aby ten stan rzeczy usankcjonować. Opracowanie tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych również toruje drogę uregulowaniu kwestii dodatkowych ubezpieczeń. Wszystko wskazuje na to, że „wkrótce możemy być świadkami znaczącego przełomu, polegającego na wprowadzeniu wyraźnych instytucjonalnych (systemowych)

³³ Zob. [online] <www.praca.gazetaprawna.pl>, dostęp: 5 sierpnia 2010 r.

³⁴ Wyróżnić można grupę samodzielnych ubezpieczeń, które zapewniają pokrycie kosztów leczenia różnych schorzeń w określonym czasie oraz umowy dodatkowe o charakterze uzupełniającym, oferowane najczęściej do polis na życie jako ubezpieczenia indywidualne lub grupowe. Szerzej: T. Zimna, *Zawieranie umów na świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2004, s. 17.

relacji pomiędzy publicznym systemem ubezpieczeń zdrowotnych a ubezpieczeniami prywatnymi”³⁵.

Jednakże każda nowość budzi pewien niepokój, zwłaszcza jeśli dotyczy tak ważnej materii, jak zdrowie, a pośrednio również życie. Pojawia się szereg pytań, na które już teraz zwracają uwagę liczni komentatorzy. Przede wszystkim: czy możliwe jest sprawne funkcjonowanie dodatkowych ubezpieczeń w sytuacji, gdy świadczenia w ich ramach mają spełniać ci sami świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę z NFZ? Obecnie można zauważyć dwa odmienne rozwiązania. W pierwszym przypadku świadczenia w ramach wykupionego ubezpieczenia realizowane są w prywatnych lecznicach, które nie są związane umową z NFZ. Takie rozwiązanie nie budzi większych zastrzeżeń. Nietrudno jednak zaobserwować sytuację zupełnie odmienną, a mianowicie w rejestracjach przychodni, które mają podpisany kontrakt z NFZ, znajduje się oddzielne okienko dla pacjentów mających wykupione dodatkowe ubezpieczenie. Różnica w obsłudze w „różnych okienkach” widoczna jest już na pierwszy rzut oka. Pacjent zgłaszający się w ramach ubezpieczenia dodatkowego bez problemu i kolejki dostaje się do lekarza, do którego normalnie, rejestrując się w okienku obok, musiałby czasami czekać długie miesiące. Powyższe już obecnie budzi wątpliwości i kontrowersje. Z jednej strony wiadomo, że z uwagi na limitowanie świadczeń zdrowotnych często nie są wykorzystywane ani możliwości kadrowe, ani lokalowe i sprzętowe świadczeniodawców zawierających umowy z NFZ. Dlatego też możliwe jest przyjmowanie pacjentów ubezpieczonych dodatkowo w trakcie normalnych godzin otwarcia danej poradni. To jednak może doprowadzić do wielu nadużyć. Już teraz zdarza się bowiem, że pacjent zgłaszający się na konkretną godzinę musi przepuszczać innych, często właśnie zarejestrowanych poza kolejką z tytułu ubezpieczenia dodatkowego lub też przyjmowanych prywatnie przez lekarza pracującego w poradni. Dlatego zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby rozdzielenie tych dwóch kwestii w taki sposób, że inne podmioty realizowałyby świadczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego albo byłoby to ci sami świadczeniodawcy, co zawarli umowę z NFZ, ale np. przyjmowali pacjentów ubezpieczonych prywatnie w innych godzinach niż w ramach kontraktu. Problem realizowania świadczeń finansowanych ze środków prywatnych w publicznych podmiotach ochrony zdrowia jest jednak kontrowersyjny. Wskazuje się bowiem, że osoby korzystające ze świadczeń finansowanych w ramach środków prywatnych będą uprzywilejowane w stosunku do pozostałych w zakresie szybszego dostępu do świadczeń i możliwości ominięcia kolejki przy wykorzystaniu publicznych zasobów w postaci sprzętu czy budynków³⁶.

³⁵ K. Policha, B. Wojno, op. cit., s. 14.

³⁶ Szerzej: W. Sułkowska (red.), op. cit., s. 158.

Myślę, że wprowadzenie dodatkowego ubezpieczenia może odnieść zamierzony rezultat. Jednak czynić to trzeba bardzo rozważnie, aby nie był on odwrotny, czyli żeby nie pogorszyła się sytuacja pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Same dodatkowe ubezpieczenia nie rozwiążą jednak problemów służby zdrowia. Zwiększenie liczby usług medycznych o 1% oznacza wprawdzie spadek śmiertelności o 0,1%, jednak największy wpływ na zdrowie ogółu ludności ma przede wszystkim styl życia, czynniki środowiskowe, genetyczne, a dopiero na końcu usługi medyczne³⁷. Zmasowane zmiany w wielu płaszczyznach mogłyby przynieść oczekiwane efekty i wpłynąć na poprawę sytuacji pacjenta poprzez ograniczenie limitowania świadczeń zdrowotnych, którego nie da się całkowicie uniknąć. Z uwagi na wagę problemu warto zrobić wszystko, aby sytuacja pacjenta uległa poprawie. W tym celu należy więc szukać różnych środków, które mogłyby doprowadzić do oczekiwanego rezultatu.

Trudno jednoznacznie ocenić słuszność proponowanych zmian. Poglądy na ten temat są bardzo różne, często skrajne. Jedna kwestia nie budzi jednak wątpliwości zarówno zwolenników, jak i przeciwników przedstawionej propozycji, a mianowicie konieczność zreformowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych i pozyskania większych środków, które umożliwią zapewnienie pacjentom lepszego dostępu do świadczeń. Opozycja już teraz zapowiada protesty, wskazując m.in., że niewyobrażalne jest, aby od tego, czy ktoś wykupi polisę, zależał dostęp do leczenia. Uważa takie posunięcie za niezgodne z Konstytucją.

Zwolennicy proponowanych zmian nie mają wątpliwości co do słuszności przedstawionej koncepcji. Wskazują przede wszystkim, że takie rozwiązanie z całą pewnością podniosłoby kondycję szpitali. To także, zdaniem ekspertów, paradoksalnie stworzy dużo lepszy standard pacjentom, którzy takich ubezpieczeń nie wykupią. Stanie się tak w imię zasady, że gdy w basenie podnosi się poziom wody, to wszystkie łódki idą do góry³⁸. Poza tym „samo powstanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie miało pozytywny wpływ na cały kształt rynku medycznego. Jeśli nie zlikwiduje, to przynajmniej ograniczy na nim tzw. szarą strefę i system niezdrowych zachęt, które w tej chwili istnieją”³⁹. Z drugiej jednak strony podkreśla się, że „samo wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie jest gwarantem poprawy systemu ochrony zdrowia. Aby prywatne ubezpieczenia zdrowotne spełniły swoją oczekiwaną funkcję, muszą stanowić adekwatną do potrzeb i możliwości odbiorców ofertę”⁴⁰.

³⁷ M. Kawiński, *Ubezpieczenia publiczne i prywatne w polityce społecznej. Skuteczność i efektywność*, Warszawa 2011, s. 87–88.

³⁸ *Menedżerowie o założeniach...*

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ E. Nojszewska, *op. cit.*, s. 135.

Trzeba czasu, aby ocenić wszystkie elementy proponowanych założeń. Jednak bez wątplenia konieczne jest wypracowanie rozwiązania systemowego, które pomoże uzdrowić sytuację na gruncie świadczeń zdrowotnych.

Summary

Private health insurance plans – a chance to improve the situation of patients or a worry of worsening it?

Key words: supplemental health insurance plans, health service, healthcare rationing, medical law.

The issue of supplemental health insurance plans is still a topical subject. For a long time there have been various proposals to solve the above problem. However, to date, none of the proposed solutions has been accepted and adopted in the form of law. On the other hand, it should be emphasized that the insurance plans in question are a fact despite the lack of regulation by law. The patients who have limited access to the health services financed from the public funds use the possibility of taking out the so-called pre-paid medical care package more frequently than before or benefit from private healthcare, assigning considerable financial resources to that aim. Therefore, currently there are ongoing works on another bill related to the voluntary and supplemental health insurance policies, which are to improve the situation of patients and cause that at least part of the money spent by them could be used to aid the system of health services provided within the framework of contracts made by the National Health Fund.