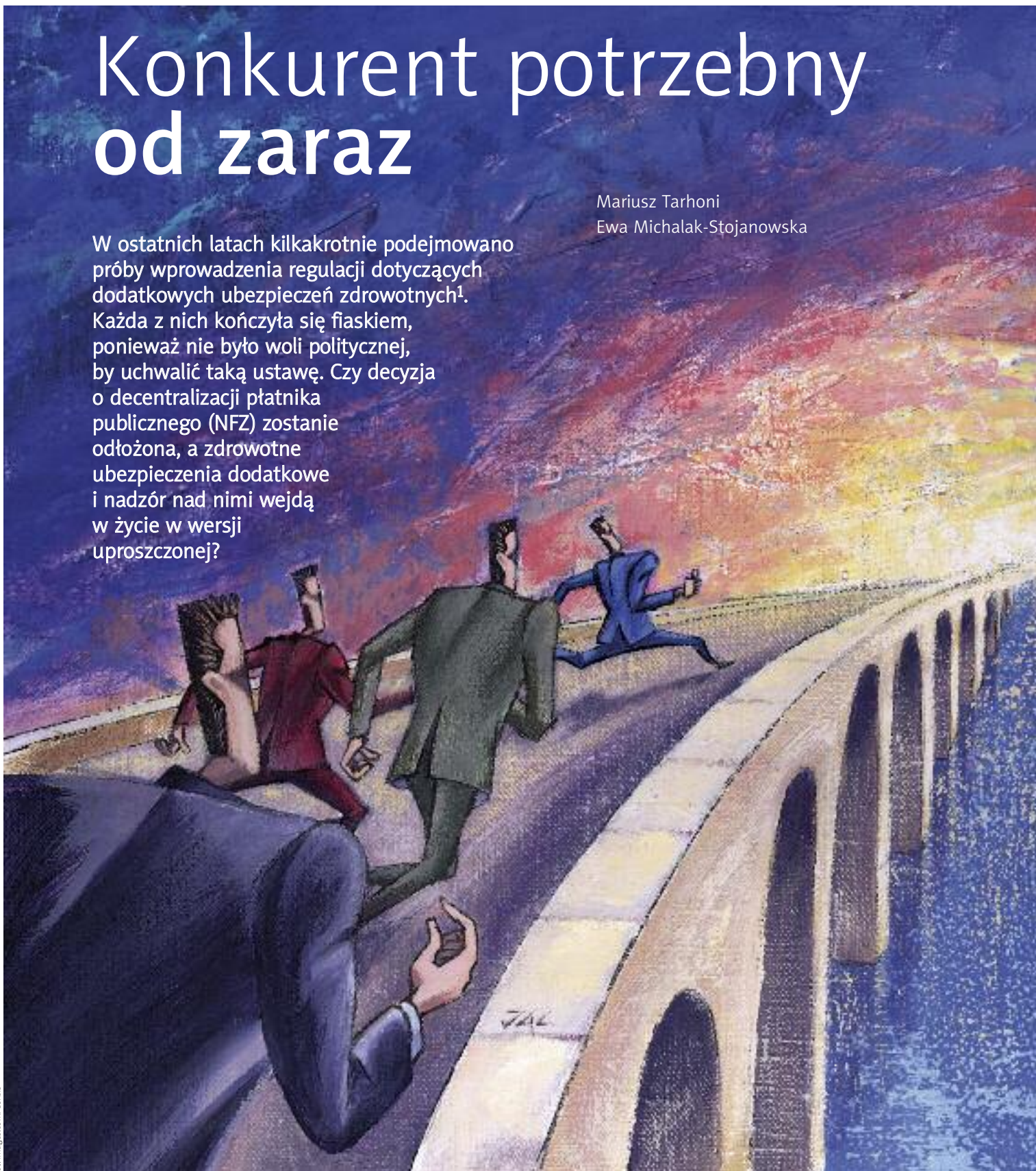


Ubezpieczenia dodatkowe w ochronie zdrowia

# Konkurent potrzebny od zaraz

Mariusz Tarhoni  
Ewa Michalak-Stojanowska

W ostatnich latach kilkakrotnie podejmowano próby wprowadzenia regulacji dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych<sup>1</sup>. Każda z nich kończyła się fiaskiem, ponieważ nie było woli politycznej, by uchwalić taką ustawę. Czy decyzja o decentralizacji płatnika publicznego (NFZ) zostanie odłożona, a zdrowotne ubezpieczenia dodatkowe i nadzór nad nimi wejdą w życie w wersji uproszczonej?



Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało nowy projekt, który 8 marca, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronach internetowych [bip.mz.gov.pl](http://bip.mz.gov.pl), został przekazany do uzgodnień zewnętrznych. Bardzo krytycznie oceniły go środowiska i instytucje opiniujące. Należy jednak przyznać, że pomysł uzupełnienia prawa ubezpieczeniowego o elementy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zasługuje na akceptację. Najważniejszym zagadnieniem jest określenie struktury organizacyjnej, w której mają działać świadczeniodawcy, co bezpośrednio wiąże się z modelem instytucji płatniczej finansującej z funduszy publicznych świadczenia i usługi medyczne.

### Projekty

W ostatnich latach temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych był wielokrotnie podejmowany. Największe nadzieje wiązano z wprowadzeniem w życie projektu ustawy o państwowym nadzorze nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z 31 lipca 2008 r. (ustawa o decentralizacji i demonopolizacji płatnika świadczeń opieki zdrowotnej). Nigdy nie został on poddany pod obrady Sejmu, przeprowadzono jedynie wstępne uzgodnienia i dyskusje w resorcie. Najwięcej emocji wzbudzał projekt komasacji jednostek terytorialnych z 16 do 6 (a po interwencjach politycznych do 7) publicznych towarzystw ubezpieczenia zdrowotnego (PTUZ). Zmniejszenie liczby ośrodków decyzyjnych spowodowało wiele działań zaporowych w województwach, w których nie funkcjonowałyby zarządy PTUZ. Najprawdopodobniej właśnie to przesądziło o wycofaniu się resortu zdrowia z pomysłu. Do podobnego konfliktu doszło podczas próby łączenia (z powodów ekonomicznych) kas chorych w większe podmioty. Rozważano wówczas połączenie kas lubuskiej z zachodniopomorską, podlaskiej z warmińskomazurską oraz świętokrzyskiej ze śląską. Opór lokalnych polityków spowodował, że te projekty nigdy nie wyszły z fazy teoretycznych rozważań. Opisywana w ustawie z 31 lipca 2008 r. struktura płatnika publicznego i nadzoru nad nim miała szanse realizacji. Można było się podjąć jej wprowadzania przy odstąpieniu w pierwszej fazie od zmniejszenia do 6, 7 liczby PTUZ i zostawieniu ich w pierwszym okresie działania systemu w obecnych granicach administracji wojewódzkiej oraz odroczeniu możliwości konkurencji PTUZ pomiędzy sobą.

Przeciwnicy takiego rozwiązania wskażą natychmiast, że zaproponowane regulacje spowodowałyby jedynie demontaż centralnie zarządzanego systemu NFZ oraz zmianę sposobu nadzoru nad nim i ewentualne zmniejszenie liczby towarzystw. W opinii adwersarzy takie rozwiązanie nie przyczyni się do powstania prywatnych instytucji płatniczych, w tym zajmujących się – oprócz zdrowotnych – ubezpieczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi. Tymczasem właśnie poprzez powstanie silnej i odrębnej instytucji: Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ), będzie możliwe szybkie ominięcie błędów okresu „niemowlęcego” tworzonych

„ Sytuacja finansowa systemu publicznego powinna zachęcać do wprowadzania rozwiązań sprawdzonych zarówno na świecie, jak i w naszym kraju ”



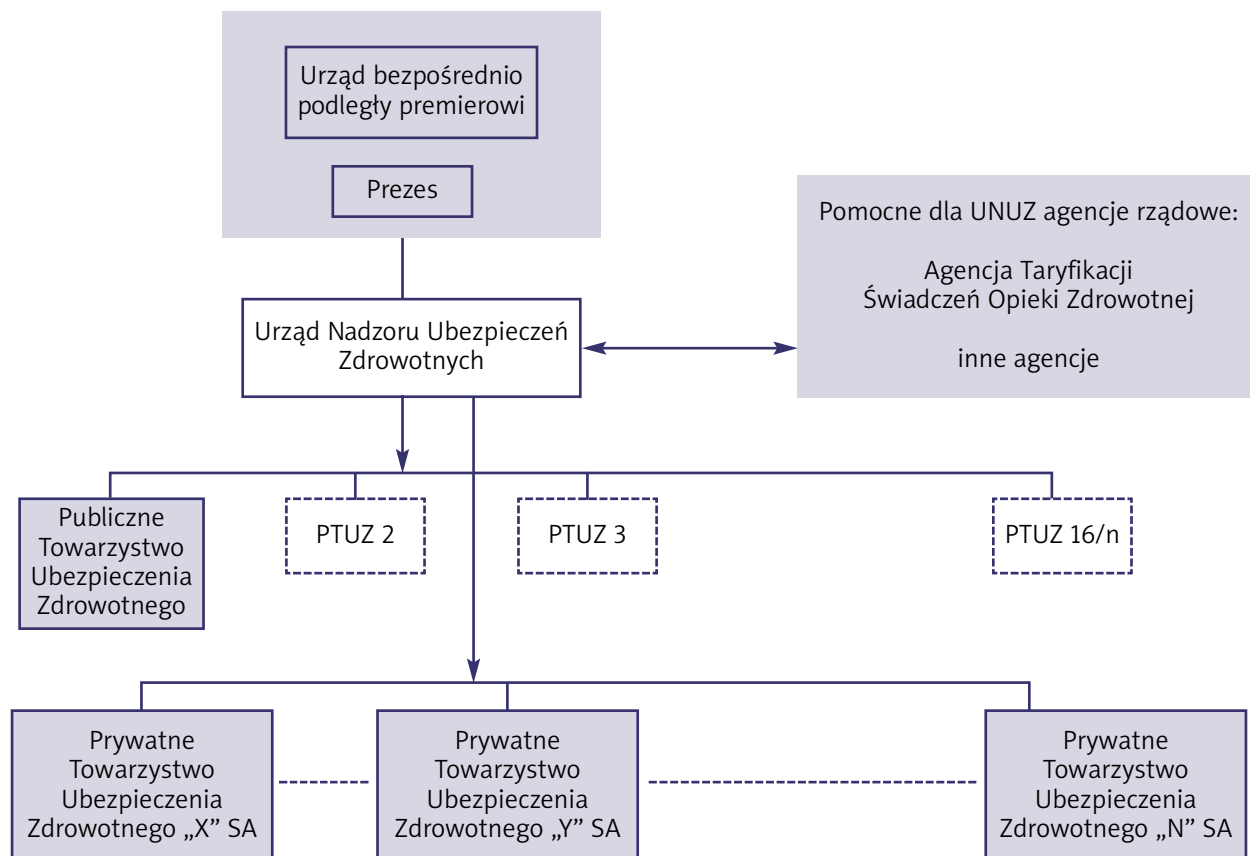
foto: iStockphoto

„ Zapoznając się z proponowanymi regulacjami, odnosimy wrażenie, że ustawa ta stanowi swoisty bubel prawny ”

prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz wprowadzenie niezbędnych regulacji legislacyjnych i strukturalnych, łącznie z określeniem wskaźników wyrównawczych zarówno dla towarzystw publicznych, jak i prywatnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Oczywiście jest, iż omawiany projekt określa zmiany w strukturze płatnika publicznego głównie z punktu widzenia decentralizacji i stymulowania powstawania samorządnych instytucji płatniczych, jednak należy zauważyć, że wprowadza również regulacje obejmujące nadzór nad tymi instytucjami.

### Państwowy nadzór

Wprowadzenie projektu ustawy o państwowym nadzorze nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z 31 lipca 2008 r. mogło być bardzo korzystne zarówno dla publicznego systemu płatniczego, jak i systemu ubezpieczeń prywatnych. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, którym zarządzałby prezes podlegający bezpośrednio premierowi, byłby instytucją spełniającą funkcje kontrolne, nadzorcze oraz regulacyjne i legislacyjne ubezpieczalni zdrowotnych.



**Rycina 1.** Schemat działania UNUZ – instytucji spełniającej funkcje nadzorcze i kontrolne oraz regulacyjne i legislacyjne wobec publicznych towarzystw ubezpieczenia zdrowotnego, a także towarzystw i prywatnych ubezpieczalni zdrowotnych. Opracowanie własne

Urząd współpracowałby z agencjami rządowymi mającymi charakter pomocniczy. Na rycinie 1. wyszczególniono jedynie agencję taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ jest ona najnowszym pomysłem, wprowadzonym jako projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych oraz niektórych innych ustaw z 15 lipca 2011 r.

### Nacisk na świadczeniodawców

Przez ostatnie lata Ministerstwo Zdrowia, realizując program polityczny partii rządzącej w zakresie finansowania i ochrony zdrowia, konsekwentnie dążyło do upo-

rządkowania form własnościowych świadczeniodawców. Funkcjonująca od 1991 r. ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie mogła sprostać potrzebom. Metoda oddłużania szpitali działających w strukturze samodzielnych publicznych ZOZ doprowadziła jedynie do tego, że premiowane były placówki najgorzej zarządzane, nie rozwiązano natomiast problemu narastających zadłużeń. Miało się to zmienić po wejściu w życie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w której określono działania i strukturę wszystkich świadczeniodawców, nie zmieniając przy tym publicznego systemu płatniczego.

W zamian za związany z decentralizacją płatnika projekt ustawy o państwowym nadzorze nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z 31 lipca 2008 r. rozpoczęto w Ministerstwie Zdrowia prace nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, która – jak wspomniano na wstępie – modyfikowała jedynie stare prawo ubezpieczeniowe. W uzasadnieniu do projektu wskazano, że celem jest zagwarantowanie świadczeniobiorcom należytej realizacji ich uprawnień wynikających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz stworzenie ram systemowych do rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Zgodnie z zakresem przedmiotowym ustawa ma określać warunki i zasady zawierania i wykonywania umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz prowa-

„ Przez ostatnie lata Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie dążyło do uporządkowania form własnościowych świadczeniodawców ”

dzenia działalności w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Niestety, zakres ten nie ma odzwierciedlenia w dalszej części projektu. Zawiera wprawdzie warunki i zasady zawierania oraz wykonywania umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, jednak są one określone bardzo ogólnie i budzą wiele wątpliwości. Przede wszystkim należy zauważyć, że stanowią powtórzenie norm zawartych w ustawie z 23 kwietnia 1964 r., w szczególności dotyczących umowy ubezpieczenia (art. 805 i dalsze), a także w ustawie z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (art. 12 i dalsze). Wydaje się zatem, że wprowadzenie niniejszych regulacji nie ma uzasadnienia.

### Wbrew deklaracjom

Pomimo deklaracji zawartej w art. 1 projektu, w jego treści nie znalazły się zasady prowadzenia przez zakłady ubezpieczeniowe działalności w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W art. 10 znajduje się wprost odesłanie do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W związku z powyższym można mieć duże wątpliwości co do sensu uchwalania tej ustawy, skoro w zasadniczej kwestii odsyła ona do przepisów innej ustawy.

Kolejna istotna uwaga dotyczy art. 3, w którym podjęto próbę zdefiniowania pojęcia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wskazując, że jest to ubezpieczenie wypadkowe lub chorobowe, o którym mowa w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Dokonując interpretacji tego przepisu, również napotykamy problem, gdyż zgodnie z treścią załącznika w dziale I ubezpieczenia na życie w grupie 5 wymienione zostały wprawdzie ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, tyle że z dalszym wskazaniem: „jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4”. Takie uregulowanie może sugerować, że dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne będzie uzupełnieniem ubezpieczenia na życie.

Zapoznając się z proponowanymi regulacjami, odnosimy wrażenie, że ustawa jest bublek prawnym, a wielość uwag do projektu potwierdza przekonanie, że uchwalenie jej nie przyniesie spodziewanych korzyści ani pacjentom, ani systemowi ubezpieczeniowemu (publicznemu i prywatnemu).

### Dwie koncepcje

Rozważane są dwie różne koncepcje wprowadzania w życie zdrowotnych ubezpieczeń dodatkowych i nadzoru nad nimi. Pierwsza zakłada zmodyfikowanie istniejących przepisów, aby można było takie ubezpieczenia zawierać. Metoda jest prosta, jednak niczego nie definiuje, a co najważniejsze – nie określa wymogów dla podmiotów mających zawierać takie ubezpieczenia ani standardów dla świadczeniodawców. Nie ma doprecyzowanych powiązań z płatnikiem publicznym, więc może dojść do negatywnego zjawiska przerzucania pewnych

„ Czy po ostatnich wyborach parlamentarnych kontynuowana będzie inicjatywa małych kroków w procesie powstawania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych? ”

świadczeń na niego. Nie ma żadnych regulacji wyrównawczych pomiędzy płatnikiem publicznym a płatnikami prywatnymi. Każde doprecyzowanie tych zagadnień skomplikuje sprawy, jeżeli w ogóle będzie możliwe. Druga koncepcja wprowadza jednolity nadzór w postaci UNUZ, określa strukturę funkcjonalną płatników i świadczeniodawców, ich wzajemne relacje i wyznacza precyzyjnie standardy oraz koszyk świadczeń, nie mówiąc o konstytucyjnym zapewnieniu równej dostępności (art. 68 konstytucji) do świadczeń zdrowotnych, czyli wprowadzenia wyrównania finansowego między ubezpieczalniami.

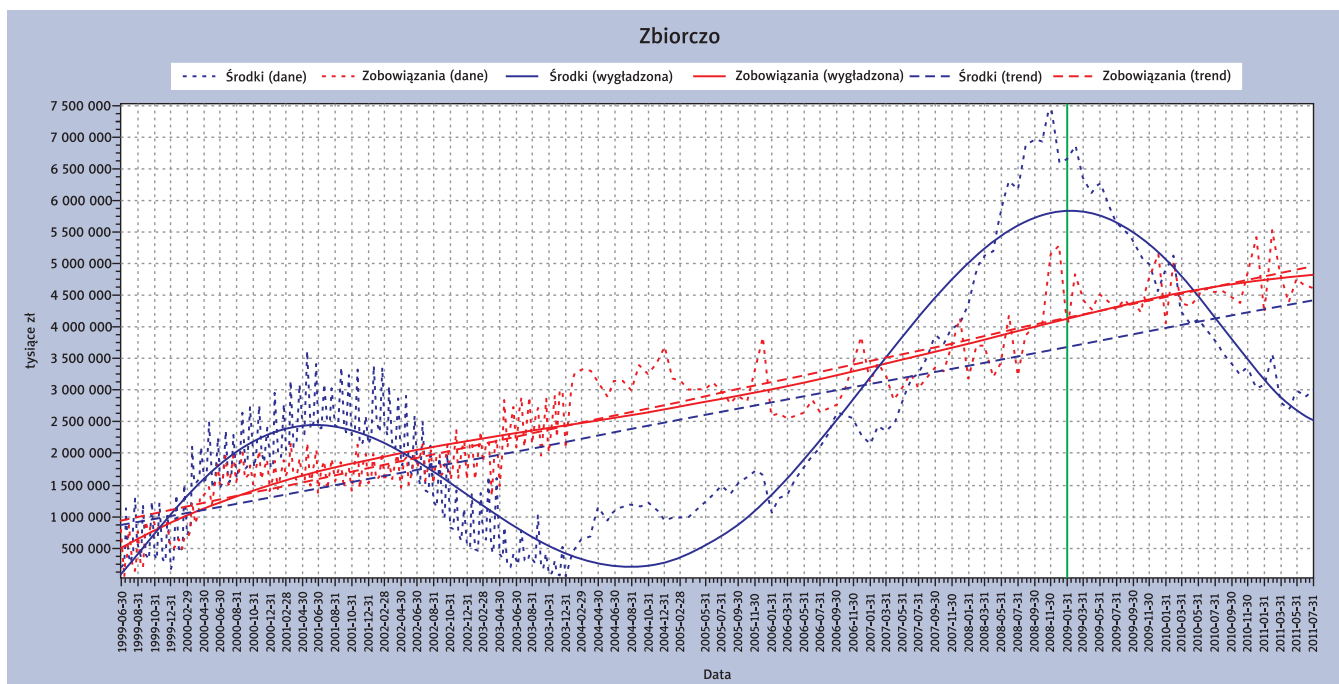
Pozostaje zatem pytanie, czy po ostatnich wyborach<sup>2</sup> kontynuowana będzie inicjatywa małych kroków w procesie powstawania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a NFZ zostanie zachowany jako centralnie zarządzany model publicznego płatnika, czy może po uporządkowaniu przez ustawę o działalności leczniczej organizacji i struktury świadczeniodawców podjęte zostaną działania zmierzające do stworzenia systemu nadzoru nad samorządnym modelem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych z jednoczesnym zaproponowaniem systemów prywatnych – dodatkowych, które będą ze sobą konkurować, działając pod nadzorem tej samej instytucji – UNUZ.

### Siły i środki

Prognozy dotyczące kształtowania się finansów w publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego są oparte na szacowaniu parametrów makroekonomicznych. Wielkość funduszy w systemie płatniczym zależy od sytuacji makroekonomicznej kraju i zmienia się wraz z wielkością PKB brutto<sup>3</sup>, którą można ustalić po 6 miesiącach.

Zobowiązania można traktować jako parametr określający stałe zapotrzebowanie na pieniądze systemu ochrony zdrowia wraz z refundacją leków, czyli co do wielkości równają się one kosztom systemu. Dochody i zobowiązania do 30 lipca 2011 r. przedstawia rycina 2.

Analizując wykres, widzimy wyraźnie, że ilość pieniędzy w systemie zmienia się sinusoidalnie, przy czym zwiększa się amplituda (co oznacza wzrost nakładów na publiczny system ubezpieczenia zdrowotnego). Okresów,



**Rycina 2.** Wielkość funduszy i zobowiązań w publicznym systemie płatniczym. Faktycznie wartości tych parametrów obrazują cienkie linie przerywane, linie ciągłe oznaczają dochody (niebieska) i zobowiązania (czerwona) w formie wielomianu w celu lepszej czytelności wykresu. Opracowanie własne, dane DEF UNUZ, Centrala NFZ

w których widoczne są maksima (pierwszy: lipiec–sierpień 2001 r., drugi: styczeń–luty 2009 r.), nie należy interpretować jako czas niewypłacalności systemu płatniczego, a jedynie problemów z płynnością finansową. Rozważana decentralizacja płatnika nie wpłynęłaby na wielkość funduszy w systemie, tylko na ich alokację i efektywność zarządzania nimi. Zobowiązania mają w zasadzie charakter liniowy, stale rosnący. Oznacza to zwiększenie kosztów świadczeń spowodowane wzrostem cen materiałów, energii i usług, inflacją, powszechnym wprowadzaniem nowych technologii leczniczych i diagnostycznych oraz wyrównywaniem różnic cen procedur medycznych w ramach krajów członkowskich Unii Europejskiej (zjawisko to jednak przebiega powoli).

### Zachęta do zmian

Sytuacja finansowa systemu publicznego powinna zachęcać do wprowadzania rozwiązań sprawdzonych zarówno na świecie, jak i w naszym kraju. Stworzenie możliwości rozwoju systemu ubezpieczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w systemie publicznym wymaga doprecyzowania, z jakich pieniędzy byłby on chroniony. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze powinny stanowić uzupełnienie napiętych budżetów publicznych.

Czy zatem decentralizacja płatnika publicznego (NFZ) zostanie odłożona? Zależy to przede wszystkim od tego, jak zmieni się polityczny obraz powyborczy. Może nastąpić szybciej, jeżeli będzie elementem kon-

tynuacji poprzednich działań w zakresie zmian systemowych w ochronie zdrowia. Zdrowotne ubezpieczenia dodatkowe i nadzór nad nimi wejdą w życie w wersji uproszczonej – na razie wszystko na to wskazuje. Bez decentralizacji publicznego płatnika i wprowadzenia sprawnego nadzoru nad nim będziemy mieli do czynienia jedynie z namiastkami takich ubezpieczeń.

*dr n. med. Mariusz Tarhoni i mgr Ewa Michalak-Stojanowska  
są ekspertami Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa Narodowego  
Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH Warszawa*

### Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa o PUZ zakładała ich wprowadzenie od stycznia 2002 r.
- <sup>2</sup> Materiał został przygotowywany przed wyborami parlamentarnymi z 9 października 2011 r.
- <sup>3</sup> Dane dotyczące PKB uzyskuje się bowiem dopiero po upływie znacznego czasu, co powoduje, że można je analizować jako historyczne; wygodniej jest bowiem analizować wielkość ściąganego podatku VAT, który jest również proporcjonalny do stanu środków pieniężnych w systemie płatnika publicznego, jednak dane o nim resort finansów posiada praktycznie na bieżąco.