

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w Polsce

Nowa
perspektywa

Włączając się do debaty nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi (DUZ), musimy przede wszystkim uwolnić się od bezzasadnych poglądów na ich temat. Poglądy te upowszechniane są w naszym kraju już od tylu lat, że obecnie są one przywoływane jako „oczywiste prawdy”, mimo że wiele z nich faktycznie ma nadal jedynie status hipostaz, mitów, życzeniowych postulatów lobbystów lub – co najwyżej – hipotetycznych domniemań.

Innymi słowy, musimy uwolnić nasze myślenie o DUZ jako o czymś, co „być musi”, „jest nieuchronne”, na co „jesteśmy skazani i im szybciej wprowadzimy, tym lepiej”, o czymś, co „wydatnie poprawi jakość świadczeń zdrowotnych”, „istotnie skróci oczekiwanie i ułatwi dostęp do świadczeń”, „poszerzy zakres świadczeń i wzbogaci ich różnorodność”, „dostarczy systemowi

ochrony zdrowia nowych środków”, bowiem „stanie się źródłem dodatkowego finansowania” owego systemu itp.

O DUZ bez dogmatów

Spróbujmy zatem podjąć próbę określenia roli i miejsca dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia niejako od nowa, abstrahując od mitów, stereotypowych przekonań i obiegowych opinii, ukształtowanych głównie w ramach kampanii marketingowo-lobbingowych prowadzonych na użytek co najmniej dziewięciu nieudanych projektów włączenia tych ubezpieczeń do systemu ochrony zdrowia. Samokrytycznie muszę przyznać, że osobiście się do tego przy-



czynilem, biorąc udział w ośmiu takich przedsięwzięciach jako jeden z ich głównych inicjatorów i aktywnych uczestników – od projektów autoryzowanych przez minister Teresę Kamińską w rządzie Jerzego Buzka, następnie przez ministra i wicepremiera Jerzego Hausnera, po projekt obywatelski prof. Zbigniewa Religi oraz następnie ministra Zbigniewa Religi.

Tym razem, włączając się do debaty nad DUZ, proponuję rozpocząć poszukiwanie ich roli i miejsca w systemie ochrony zdrowia od podstaw organizacji ochrony zdrowia w Polsce, od fundamentów, na których system ten się opiera, i dopiero w ramach tych rozważań zastanowić się, czy polski system ochrony zdrowia w ogóle ubezpieczeń potrzebuje, a jeżeli tak, to jakich. Jedyne argumentacja na rzecz tezy o potrzebie nadania polskiemu systemowi ochrony zdrowia charakteru konsekwentnie ubezpieczeniowego może bowiem rzetelnie legitymizować i właściwie określać rolę i miejsce DUZ w tym systemie.

Fundamenty organizacji ochrony zdrowia

Ubezpieczenia dodatkowe, jak wynika choćby z ich nazwy, są dodatkiem. Jeżeli myślimy o przydatności

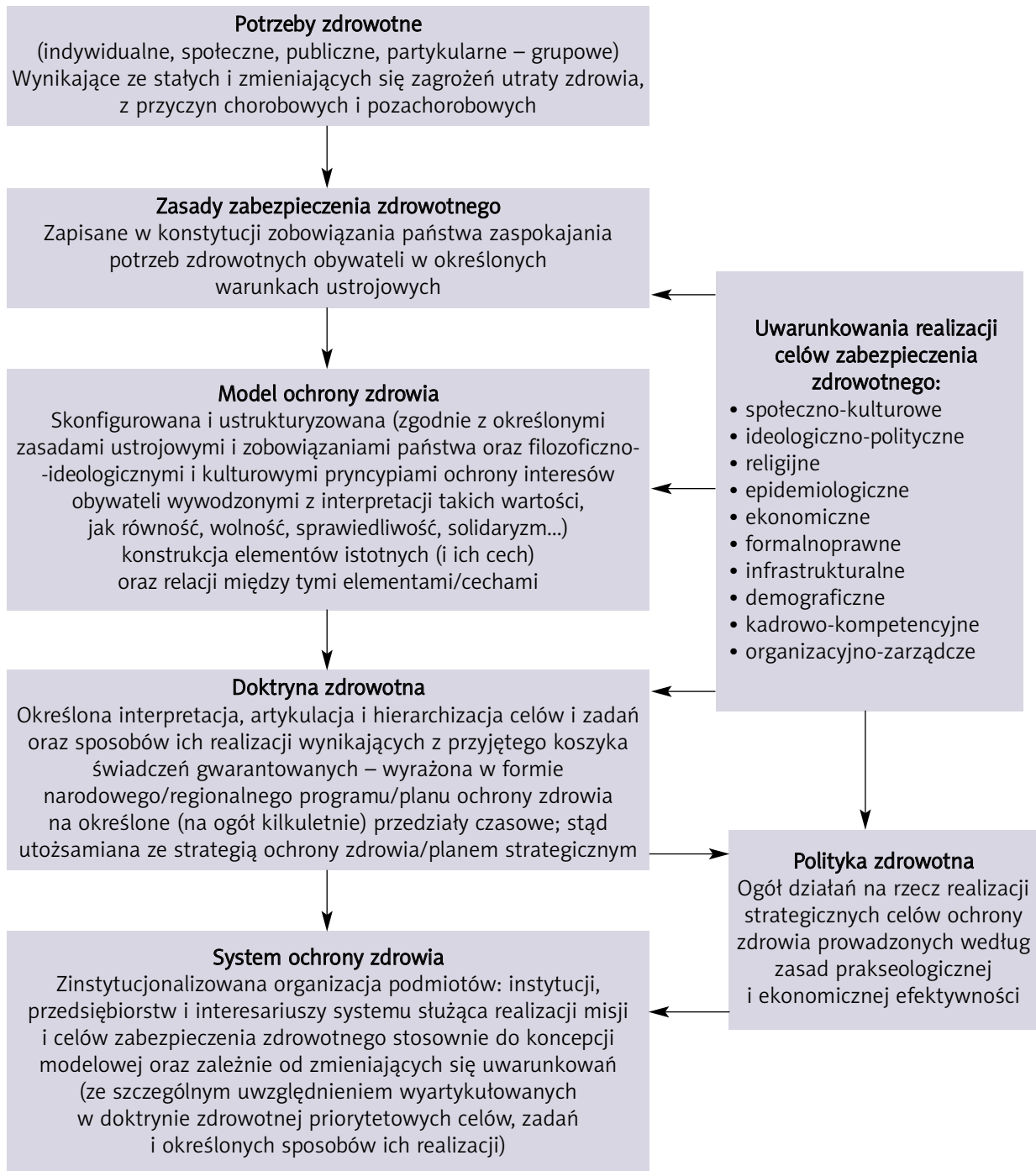
„ Ubezpieczenia dodatkowe, jak wynika choćby z ich nazwy, są dodatkiem. Jeżeli myślimy o przydatności jakichkolwiek dodatków, bierzemy przede wszystkim pod uwagę, czy będą one pasowały do całości ”

jakichkolwiek dodatków, bierzemy przede wszystkim pod uwagę, czy będą one pasowały do całości, czy całość na tym zyska, czy straci, czy i – ewentualnie – w jaki sposób dołączyć je do całości (włączyć w jej strukturę?), by na tym jak najwięcej zyskać i jak najmniej stracić. Żaden dodatek nie może bowiem naruszać spójności systemu, do którego jest dołączany, dekompletować struktury systemu, zagrażać komplementarności elementów owej struktury. W najgorszym razie, jeżeli nie jest dodatkiem komplementarnym (elementem uzupełniającym i/lub wspierającym inne składowe tworzące strukturę systemu), winien być co najmniej dodatkiem kompatybilnym, tj. przystającym do systemu przynajmniej na tyle, że mu niewadzącym. Z wszystkich innych dodatków – jako niekomplementarnych lub niekompatybilnych – rezygnujemy, bo prawdopodobnie przysporzą nam więcej szkód niż pożytków. Organizacja ochrony zdrowia musi mieć zatem spójną, kompletną strukturę, na którą składają się komplementarne elementy we wzajemnych relacjach wynikających z określonych zasad filozofii społecznej, imponderabiliów politykospołecznych, powszechnie uznawanych wartości i sposobów czynienia im zadość (tab. 1.).

Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce

Skracając nasze rozumowanie, musimy najpierw odpowiedzieć na pytanie, czy polski system ochrony zdrowia w ogóle potrzebuje ubezpieczeń. Jest to zatem pytanie o to, jaki charakter ma mieć właściwy dla Polski model zabezpieczenia zdrowotnego: nieubezpieczeniowy, quasi-ubezpieczeniowy czy w pełni i konsekwentnie ubezpieczeniowy. Dopiero jeżeli uznamy, że winien być ubezpieczeniowy lub quasi-ubezpieczeniowy, możemy się zastanawiać, jakich ubezpieczeń potrzebuje system ochrony zdrowia konstruowany zgodnie z założeniami właściwymi dla polskiego modelu.

Obecnie w polskim nieuporządkowanym systemie ochrony zdrowia, w poszczególnych jego segmentach, funkcjonują trzy rodzaje produktów (nieubezpieczeniowe,



Tablica 1. Organizacja ochrony zdrowia

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 42, według: R. Holly, *Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych. Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

quasi-ubezpieczeniowe i ubezpieczeniowe), które ponadto – oferowane w ramach poszczególnych segmentów systemu – zamiast się wzajemnie uzupełniać i wspierać, absurdalnie ze sobą konkurują.

Założenia „właściwe” do konstrukcji optymalnego dla Polski modelu to te, które winniśmy wyprowadzić

z politykospołecznych wartości interpretowanych zgodnie z naszą narodową tradycją kulturową oraz aktualnymi społecznymi potrzebami i oczekiwaniami. Niestety, na obecnym etapie transformacji społeczno-politycznej i gospodarczej w Polsce wciąż brakuje nie tylko konkretnej koncepcji i jednoznacznych zasad, ale nawet idei, ogół-

nych kryteriów i założeń pozwalających na właściwe interpretowanie i godzenie (pro)społecznych wartości i celów z politycznymi (a przynajmniej głęboko upolitycznionymi) regulami rynku. Dlatego nie mamy jednoznacznie wyartykułowanej doktryny zdrowotnej, której instytucjonalizację stanowi właśnie system ochrony zdrowia. W tej sytuacji, projektując model zabezpieczenia zdrowotnego i odpowiednią dlań strukturę instytucji, przedsiębiorstw i organizacji interesariuszy składających się na system ochrony zdrowia, możemy jedynie odwoływać się do deklaratywnie zapisanych w art. 20 konstytucji ustrojowych zasad społecznej gospodarki rynkowej. Przyjmujemy bowiem, że nawet z tak ogólnie określonych zasad ustrojowych państwa możemy wyprowadzić na użytek polityki i praktyki społeczno-gospodarczej postulat godzenia idei państwa opiekuńczego z akceptacją i wdrażaniem reguł i mechanizmów rynkowych. W odniesieniu do organizacji ochrony zdrowia problem sprowadza się więc do pytania, w jaki sposób należy skonstruować etatystyczno-rynkową organizację instytucji, przedsiębiorstw i interesariuszy tworzącą skuteczny i efektywny system ochrony zdrowia, działający zgodnie z regulami partnerstwa publiczno-prywatnego.

Katalog wartości ubezpieczeniowych jako proteza dla ułomnego modelu ochrony zdrowia w Polsce

Kluczem do wyjścia z trwającego już dwie dekady impasu w tym zakresie może być konsekwentne zastosowanie idei i metody ubezpieczenia – nadanie systemowi ochrony zdrowia charakteru w pełni ubezpieczeniowego.

Idea ubezpieczenia, ze względu na to, że nie ma doktryny zdrowotnej, może bowiem stanowić specyficzny substytut owej doktryny właśnie dzięki temu, że składają się na nią te same prospołeczne wartości, na których opiera się współczesna polska i europejska polityka społeczna i zdrowotna – przynajmniej na poziomie postulowanych ogólnych celów i zasad ich osiągania. Rozumienie wartości, z których wyrosła idea ubezpieczenia i które współcześnie ją konstytuują, okazuje się nawet bardziej jednoznaczne i dające większe możliwości ich operacjonalizowania na użytek praktyki – przede wszystkim przy konstruowaniu systemu ochrony zdrowia oraz formułowaniu zasad funkcjonowania tego systemu, albowiem podstawowy katalog rzeczonych wartości i zasad tworzą:

- solidaryzm (ze wszystkimi członkami wspólnoty ryzyka);
- równość (praw wszystkich członków wspólnoty ryzyka, szczególnie w dostępie do świadczeń oraz zobowiązań, na ogół proporcjonalnych do wnoszonego ryzyka);
- wolność (wyboru wspólnoty ryzyka, a przede wszystkim wyboru rodzaju, zakresu i sposobu wyboru ubezpieczenia; wyboru produktu ubezpieczeniowego najbardziej właściwego dla interesu, który ma chronić);
- tolerancja (różnorodności potrzeb, interesów, dążeń przejawiających się we wspólnocie ryzyka);

” W polskim, nieuporządkowanym systemie ochrony zdrowia, w poszczególnych jego segmentach funkcjonują trzy rodzaje produktów: nieubezpieczeniowe, quasi-ubezpieczeniowe i ubezpieczeniowe ”

- sprawiedliwość (przy dystrybucji funduszy na świadczenia i inne koszty, na poszczególne rodzaje świadczeń, przy dokonywaniu szacunku szkód/strat i należnych rekompensat);
- słuszność (w wypadku decyzji o kolejności neutralizowania ryzyk i/lub zdarzeń; o preferowaniu określonych rodzajów i sposobów neutralizacji ryzyka; o preferowaniu określonych interesów, które ubezpieczenie ma chronić);
- efektywność (głównie ekonomiczna: przewaga korzyści z ubezpieczenia nad kosztami, jakie w związku z ubezpieczeniem muszą być poniesione).

Zasady

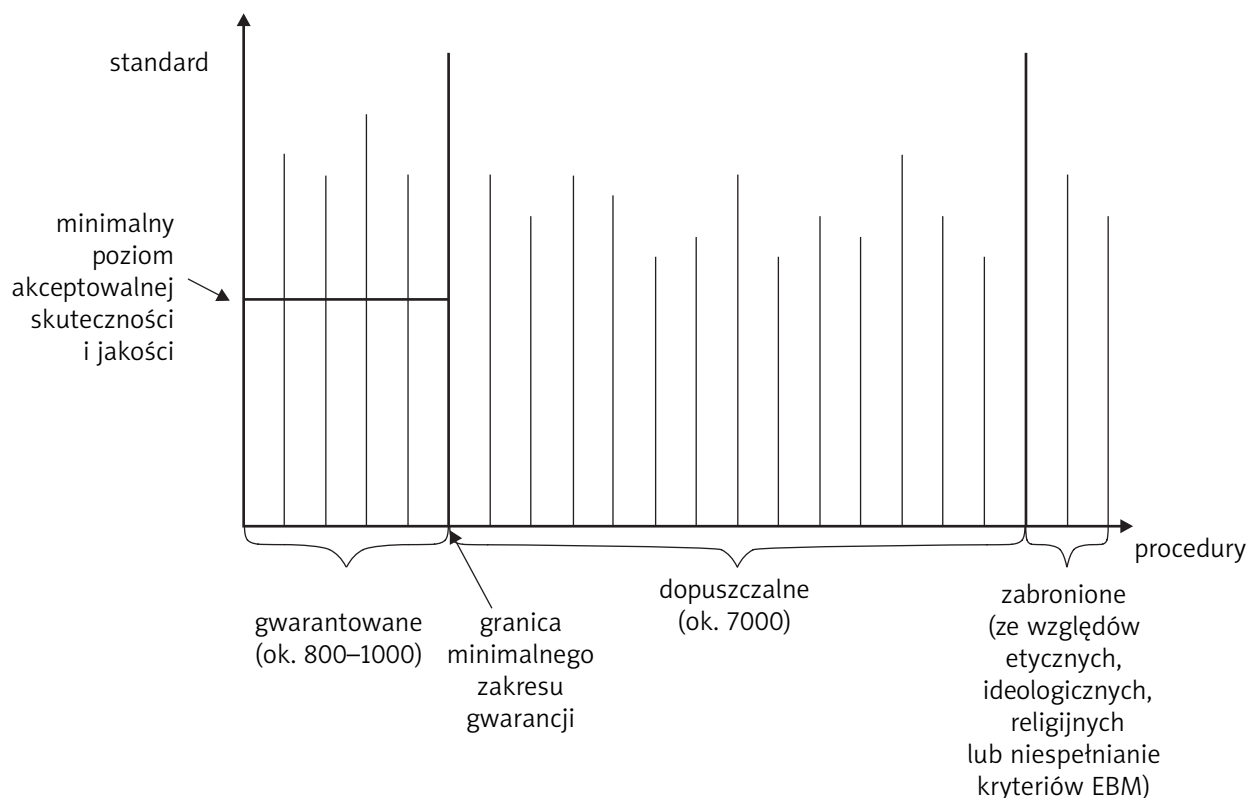
Ponadto za integralną część katalogu ubezpieczeniowych imponderabiliów należy uznać dwie komplementarne zasady podmiotowości ubezpieczenia:

- interesu (ubezpieczeniowego) – pozwalającą określić, komu faktycznie określony rodzaj ubezpieczenia może/powinien służyć;
- realności (ubezpieczenia) – określającą stopień, w jakim dany rodzaj ubezpieczenia może/powinien realnie chronić rzeczywiste interesy ubezpieczonego w danych okolicznościach i na określonych warunkach (R. Holly, Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce, KIU, Warszawa 2013, s. 258-259).

Zauważmy, że konstruowany na podstawie wymienionych wartości i zasad publiczno-prywatny system ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym dobrze koresponduje z celami powszechnej ochrony zdrowia oraz postulatami współczesnych koncepcji zdrowia publicznego. Ubezpieczenie bowiem jest właśnie ideą wspólnego wysiłku wszystkich członków wspólnoty danego ryzyka solidarnie przeciwdziałających zagrożeniom, jakie wiążą się z tym ryzykiem oraz z negatywnymi skutkami owych zagrożeń. Trudno zaś o bardziej powszechne zagrożenie niż to, które wiąże się z ryzykiem utraty zdrowia. Trudno też o większą, bardziej jednorodną wspólnotę ryzyka.

Koszyk gwarantowanych świadczeń jako substytut doktryny zdrowotnej

Wobec kontestowanych tutaj braków doktryny zdrowotnej zakres i sposób realizacji celów publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia o charakterze



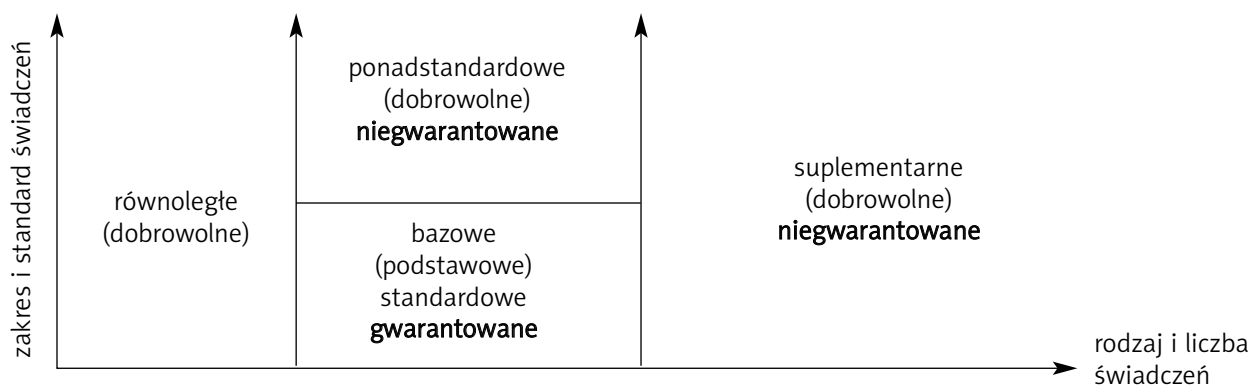
Rycina 1. Model „pozytywno-restrykcyjnego” koszyka gwarantowanych procedur medycznych przyjęty przez pierwszy pięciosobowy „zespół ds. koszyka” powołany przez ministra Z. Religę

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 62, według: R. Holly, *Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych. Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

ubezpieceniowym najlepiej określa konstrukcja koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Prześledźmy to na przykładzie „pozytywno-restrykcyjnego” koszyka gwarantowanych procedur medycznych (ryc. 1.).

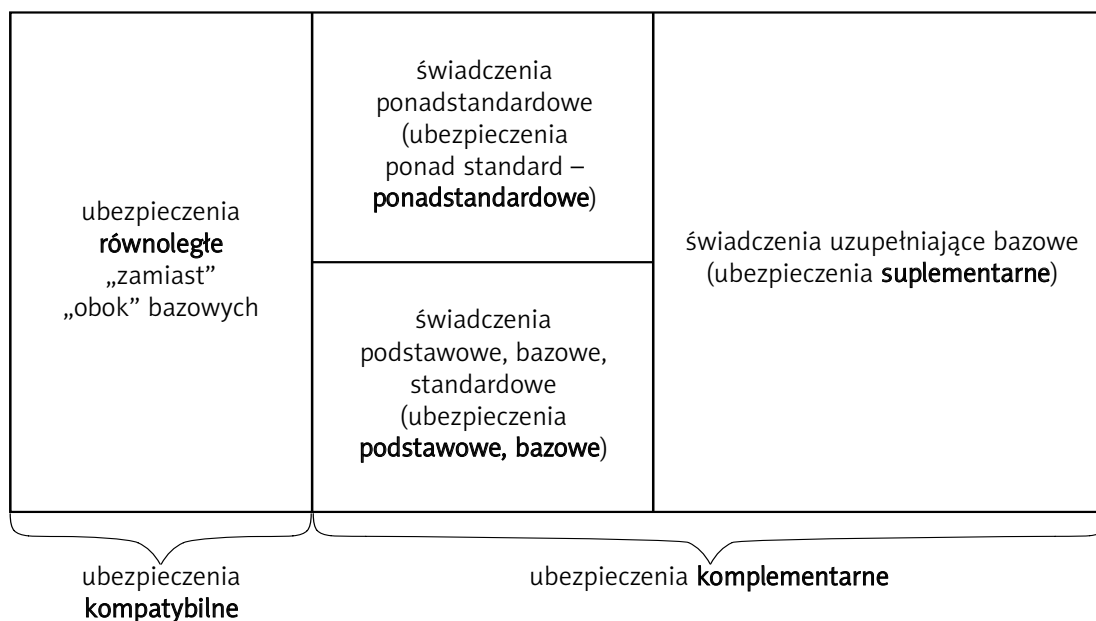
Zaletą tego modelu jest wyraźne wyodrębnienie świadczeń zdrowotnych o różnym zakresie i charakterze: podstawowym (bazowym) i uzupełniającym (umożliwiającym dostęp do procedur bardziej zróżnicowanych i o wyższym standardzie na zasadach komercyjnych).

Poszczególnym zakresom świadczeń wydzielonych ze względu na specyfikę realizowanych przez nie celów można przypisać różne, najbardziej dla nich właściwe, aczkolwiek w każdym wypadku w pełni ubezpieczeniowe sposoby ich dystrybuowania i finansowania (ryc. 2.).



Rycina 2. Świadczenia gwarantowane i niegwarantowane w koszyku „pozytywno-restrykcyjnym” właściwym dla ubezpieczeniowego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 193.



Rycina 3. Rola i miejsce poszczególnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz zakresy możliwych do oferowania przez nie świadczeń wynikające z konstrukcji „pozytywno-restrykcyjnego” koszyka świadczeń gwarantowanych

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 193.

Dzięki rozróżnieniu świadczeń ujawniają się właściwe dla realizacji specyfiki różnych celów ochrony zdrowia, odpowiednie dla tych celów rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych różniące się sposobem gromadzenia funduszy ubezpieczeniowych, obligatoryjnością – dobrowolnością, zasadami pozyskiwania składki, kryteriami i procedurami uznawania świadczeń jako należnych, sposobem dystrybucji świadczeń (ryc. 3.).

Rodzaje, charakter i wzajemne relacje ubezpieczeń zdrowotnych w postulowanej organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce

Ze względu na rolę, jaką dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogą odgrywać w systemie ochrony zdrowia, wyróżniamy zatem trzy ich rodzaje: zastępujące, uzupełniające i ponadzakresowe.

Każde z ubezpieczeń dodatkowych może występować w ramach poszczególnych grup rodzajowych ubezpieczeń zdrowotnych wyróżnianych ze względu na (1) przyczynę realizacji ryzyka utraty zdrowia (ubezpieczenia chorobowe i pozachorobowe) oraz (2) sposób neutralizacji ryzyka utraty zdrowia (medyczne, rentowe, opiekuńcze, wypadkowe) (tab. 2.).

Ubezpieczenie jako neutralizacja ryzyka (utrata zdrowia)

Ubezpieczenie jako metoda neutralizacji ryzyka musi obejmować wszystkie przyczyny zdarzeń, a także same zdarzenia i ich skutki, zagrażające interesom zdrowotnym (1) całych zbiorowości społecznych i (2) jednostek – członków danej zbiorowości. Nie może zatem

ograniczać się do (re)kompensowania powstałych szkód/strat, ale także (a może nawet przede wszystkim) nie dopuszczać do zdarzeń, w wyniku których szkody/straty powstają. Konstatacja ta prowadzi do reinterpretacji powszechnego rozumienia (i definiowania) ubezpieczenia jako instrumentu (głównie finansowego) służącego (re)kompensowaniu szkód/strat powstających w wyniku zrealizowania się ryzyka. W nowej, szerszej interpretacji wynikającej z rozumienia ubezpieczenia jako metody neutralizowania ryzyka (a nie tylko jego finansowego rekompensowania) jest ono instrumentem pozwalającym również (przede wszystkim) zapobiegać niepożądanym zdarzeniom i/lub stymulować przebieg tych zdarzeń (głównie ich kierunek i dynamikę). Takie rozumienie ubezpieczenia wydaje się też najbliższe celom ochrony zdrowia przyjmowanym w ramach wszystkich segmentów systemu ochrony zdrowia. Rzeczonemu rozumieniu ubezpieczenia w proponowanej tutaj interpretacji winna odpowiadać stosownie rozszerzona oferta produktowa ubezpieczeń zdrowotnych, obejmująca zarówno świadczenia służące profilaktyce i prewencji, jak też restytucji zdrowia (tab. 3.).

Ubezpieczenia zdrowotne w postulowanym publiczno-prywatnym systemie ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym

Mając na uwadze przedstawione zasady włączania idei i metody ubezpieczenia do organizacji ochrony zdrowia w Polsce oraz kryteria i sposoby wyodrębniania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych właściwie służących określonym celom zabezpieczenia zdrowotnego, można podjąć próbę określenia zależności zachodzących



Tablica 2. Grupy rodzajowe ubezpieczeń zdrowotnych

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 184.

między wyróżnionymi rodzajami tych ubezpieczeń oraz ich klasyfikacji.

Z przedstawionych ogólnych założeń w pełni ubezpieczeniowej organizacji ochrony zdrowia w Polsce wyraźnie wynikają zasady, konieczne do spełnienia warunki, możliwe sposoby i najbardziej właściwe procedury włączania do tej organizacji nie tylko jakichkolwiek nowych członów zmieniających jej strukturę, lecz także nowych rozwiązań organizacyjno-zarządczych czy finansowych. Przede wszystkim włączanie do struktury systemu ochrony zdrowia nowych elementów musi uwzględniać ich bezpośredni i pośredni wpływ na skuteczność i efektywność realizacji odmiennych celów i zadań dwóch podstawowych sektorów tego systemu: publicznego – leczenie dla zdrowia, i prywatnego – leczenie dla pieniędzy (generowanie zysku poprzez/dzięki leczeniu). Przypomnijmy, że bezwzględny warunkiem efektywności systemu ochrony zdrowia jest przede wszystkim komplementarność (wzajemne uzupełnianie się i wspieranie) obu sektorów. Wprowadzanie jakichkolwiek nowych elementów czy rozwiązań organizacyjno-zarządczych lub

finansowych w naturalny sposób narusza dotychczasowe relacje między sektorami, co w efekcie prowadzi do zmiany (1) zakresu ochrony ubezpieczeniowej, (2) różnorodności oferowanych i wykonywanych świadczeń zdrowotnych, (3) jakości świadczeń, (4) dostępności świadczeń, (5) kosztów wytwarzania świadczeń i (6) ceny nabycia świadczeń. Wpływ nowych członów wprowadzonych do struktury ochrony zdrowia (podobnie jak nowych rozwiązań organizacyjnych) na skuteczność realizacji celów i zadań oraz na efektywność tej ochrony może być zarówno korzystny, jak i niekorzystny; co więcej, korzystnemu wpływowi na jakość świadczeń może towarzyszyć niekorzystny wpływ na ich dostępność i/lub cenę. Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do zakresu, różnorodności czy kosztów wytwarzania świadczeń.

Jak reformować polski system ochrony zdrowia

W tej sytuacji trudno przewidywać i oczekiwać, że skuteczność i efektywność realizacji celów i zadań systemu ochrony zdrowia poprawi się lub pogorszy w wyni-

Tablica 3. Aktywne i reaktywne ubezpieczenia zdrowotne oraz przynależne im rodzaje świadczeń zdrowotnych

Ubezpieczenia	Świadczenia zdrowotne	
aktywne (profilaktyczne, prewencyjne)	profilaktyczno-prewencyjne	<ul style="list-style-type: none"> • profilaktyczne • diagnostyczne • prewencyjne • zabiegowe – zachowawcze
	naprawcze	<ul style="list-style-type: none"> • zabiegowe – naprawcze • rehabilitacyjne • rewalidacyjne • paliatywne • zachowawcze
reaktywne (pasywne, restytucyjne)	pielęgnacyjno-opiekuńcze	<ul style="list-style-type: none"> • pielęgnacyjne • opiekuńcze • reorientacji zawodowej • paliatywne • <i>assistance</i> (med.) • <i>concierge</i> • hospicyjne
	wypadkowe	<ul style="list-style-type: none"> • ratownicze (med.) • opiekuńczo-pielęgnacyjne • psychologiczne • rehabilitacyjne • <i>assistance</i> (med.) • <i>concierge</i> • finansowe
	rentowe	<ul style="list-style-type: none"> • rentowe

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 198.

ku włączenia doń określonych rozwiązań organizacyjno-zarządczych importowanych z mniej lub bardziej odległych krajów, nawet jeżeli rozwiązania te znakomicie się sprawdzają jako elementy tamtejszych systemów. To samo odnosi się do każdej innej nowej inicjatywy czy oferty zgłaszanej przez któregośkolwiek z interesariuszy polskiego systemu ochrony zdrowia.

Sprawnie działający, wydolny system ochrony zdrowia nie jest bowiem zbiorem eklektycznie dobranych elementów, które same w sobie są najlepsze lub są najlepsze w opinii tych, którzy zabiegają o ich włączenie do systemu. Poprawa skuteczności i efektywności systemu ochrony zdrowia może następować jedynie w wyniku jego planowego, racjonalnego restrukturyzowania zorientowanego na jego własne cele, zgodnego z jego charakterem, a także z regułami określającymi zasady jego konstrukcji oraz sposób funkcjonowania. Nie można się ludzić, że stanie się to samo, ani też że nastąpi to w wyniku gromadzenia opinii, stanowisk i postulatów zgłaszanych przez poszczególnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia, które po ich uzgodnieniu i połączeniu, same niejako złożą się na nowy, właściwy dla Polski, skuteczny i efektywny system ochrony zdrowia. Jedynie dysponując jednoznacznie określonym rozwiązaniem modelowym i wyni-

kającą zeń doktryną zdrowotną, można podejmować negocjacje z poszczególnymi interesariuszami na temat ich roli i miejsca w tym modelu. Zatem klucz do przerwania impasu jest u ustawodawcy, który restrukturyzując obecny system ochrony zdrowia, winien zdecydować, czy, ile i jakich ubezpieczeń w nim być powinno, i tak zaprojektować jego przyszły kształt i zasady funkcjonowania, by poszczególne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych stały się w pełni komplementarnymi elementami struktury systemu. Sprawą ubezpieczycieli, głównie prywatnych zakładów ubezpieczeń, jest natomiast przygotowanie takich rozwiązań, zasad partycypacji w systemie ochrony zdrowia, by były na miarę oczekiwań zarówno projektodawców, jak i beneficjentów systemu, w taki sposób, by ich propozycje i oczekiwania wynikające z partykularnych interesów nie pogłębiały impasu. Pozostaje więc tylko mieć nadzieję, że dostateczna już chyba świadomość uwarunkowań realizacji własnych (również tych partykularnych) dalekosiężnych celów i interesów sprawi, że zarówno politykom, jak i ubezpieczycielom nie zabraknie determinacji i dalekowszrocznej wyobraźni (R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 96).

Romuald Holly