

Agnieszka Pietrzak

PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

1. Wstęp

Wzrastające koszty ochrony zdrowia stanowią nie tylko problem finansowy, ale również społeczny. Wiele krajów, w obliczu nieefektywności funkcjonujących systemów finansowania usług zdrowotnych, poszukuje nowych rozwiązań, mogących złagodzić istniejące niedobory.

Jedną z dróg rozwiązania problemu szczupłości zasobów jest ograniczanie pakietu świadczeń dostępnych w ramach systemu ochrony zdrowia i częściowe „przerzucanie” kosztów świadczeń na pacjentów. Działania takie sprzyjają rozwojowi rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, które bądź finansują świadczenia niedostępne, bądź oferują wyższy standard usług.

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych aspektów funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej. Rynek ten, jak dotąd, odgrywa marginalną rolę, nie tylko w sensie objętej populacji, ale również ze względu na udział w finansowaniu ochrony zdrowia. W obecnej sytuacji w ochronie zdrowia należy jednak prognozować jego szybki wzrost.

2. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – cechy charakterystyczne

Wyznawcy liberalnej polityki gospodarczej postrzegają mechanizm rynkowy jako najbardziej skuteczny mechanizm alokacji zasobów. Wiele doświadczeń potwierdza tę tezę – wolna konkurencja pozytywnie wpływa na poziom cen i jakość produktów i usług. Często jednak pomija się szereg warunków, które powinny być spełnione, aby mechanizm rynkowy działał skutecznie.

Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem specyficznym, na którym mechanizm rynkowy działa zawodnie. Za podstawową przyczynę należy uznać asymetrię in-

formacji, powodującą, że pacjent, jako nabywca usług zdrowotnych, nie dysponuje informacjami pozwalającymi dokonywać racjonalnych wyborów. Tym samym popyt na usługi zdrowotne zgłaszany przez pacjentów jest stymulowany przez stronę podażową (*supply-driven*) – dostawców usług zdrowotnych. Wiele wysiłków reformatorów jest skierowanych na odwrócenie tej zależności (*demand-driven*) [11].

Jedną z możliwych form finansowania usług zdrowotnych jest ubezpieczenie (abstrahując od rozróżnienia pomiędzy ubezpieczeniem obowiązkowym i dobrowolnym). Ze względu na charakter oferowanych produktów, rynek ubezpieczeń zdrowotnych cechuje się wieloma niedoskonałościami (zob. tab. 1).

Tabela 1. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń zdrowotnych

Rodzaj nieprawidłowości	Konsekwencje	Środki zapobiegawcze	Rezultaty
Odwrócona selekcja	- niewielka liczba ubezpieczonych osób - małe grupy ubezpieczonych oparte na analizie ryzyka	- edukacja zachęcająca do indywidualnego ubezpieczania się - ulgi podatkowe - obowiązkowe powszechne ubezpieczenie - ubezpieczenie przez cały okres życia	- nieefektywne - nieefektywne - efektywne - efektywne
Selekcja ryzyka	brak możliwości ubezpieczenia dla osób niepełnosprawnych, chorych, starszych i biednych	- otwarty dostęp - zasada solidarności - indywidualne premie oparte na ocenie ryzyka	- umiarkowanie efektywne - umiarkowanie efektywne - technicznie trudne do realizacji
Monopol lub oligopol	- nadmierne zyski ubezpieczycieli - niska jakość produktów - zbyt mała podaż	ustawodawstwo antymonopolowe	efektywne
Hazard moralny	nadmierna konsumpcja usług przez ubezpieczonych	- potrącenia lub współubezpieczenie - listy oczekujących <i>gatekeeper</i>	- umiarkowanie efektywne - niezadowolenie pacjentów - niezadowolenie pacjentów

Źródło: [7, s. 110].

Jedną z podstawowych nieprawidłowości jest zjawisko **odwróconej selekcji**. Większe zainteresowanie ubezpieczeniem zdrowotnym przejawiają zwykle osoby o gorszym stanie zdrowia, przy czym osoba zainteresowana zazwyczaj faktyczny stan zdrowia ukrywa. Prowadzi to do sytuacji, w której ubezpieczone są niewielkie grupy osób, generujące potencjalnie większe koszty dla ubezpieczycieli. Osoby zdrowe są najczęściej mniej zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczeniowej. Problem ten zazwyczaj rozwiązuje się przez wprowadzenie obowiązkowego, powszechnego ubezpieczenia, co znacznie poprawia strukturę ryzyka w ubezpieczonej grupie.

Kolejnym niekorzystnym zjawiskiem jest **selekcja** potencjalnych ubezpieczonych **na bazie oceny ryzyka**. Prowadzi to do sytuacji, w której osoby o większych potrzebach zdrowotnych (gorszy stan zdrowia) bądź nie mają w ogóle możliwości zawarcia ubezpieczenia, bądź wysokość składki skalkulowanej na bazie ryzyka jest niemożliwa do zaakceptowania, co sprawia, że pewne grupy w społeczeństwie są „nieubezpieczalne”. Proponowanym rozwiązaniem jest najczęściej kalkulowanie składki w stosunku do wysokości dochodu, a nie na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, czyli zastosowanie zasady solidarności społecznej (generalnie jest to możliwe przy powszechnym i obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym bądź ubezpieczeniu grupowym).

Z punktu widzenia ubezpieczonych niekorzystna jest sytuacja, gdy na rynku ubezpieczeniowym po stronie podaży dominuje jeden podmiot (**monopol**) lub niewielu ubezpieczycieli kontrolujących rynek (**oligopol**). Nie jest to zagrożenie charakterystyczne wyłącznie dla rynku ubezpieczeń zdrowotnych, prowadzi jednak do pogorszenia jakości usług i wzrostu cen.

Hazard moralny jest zjawiskiem charakterystycznym dla rynku ubezpieczeń w ogóle. Oznacza podejmowanie ryzykownych zachowań przez osoby ubezpieczone lub, w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych, nadmierne, w stosunku do potrzeb, korzystanie z usług zdrowotnych.

Organizacja systemu finansowania usług zdrowotnych wyłącznie na bazie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego występuje stosunkowo rzadko. Nie znaczy to, że system ten jest pozbawiony pewnych zalet, takich jak:

- **swoboda wyboru świadczeniodawcy** (w praktyce jednak często ograniczana w instytucjach koordynowanej opieki [14]),
- **powiązanie wydatkowania środków z konsumpcją usług**.

Częściej jednak przywoływane są wady takiego rozwiązania, przedstawione w tab. 1, które sprawiają, że rynek ten wymaga głębokiej regulacji i kontroli [5, s. 5].

Do krajów, które przyjęły prywatne ubezpieczenie zdrowotne jako podstawę finansowania usług zdrowotnych, należą m.in. USA (obok istniejących planów ubezpieczeniowych Medicare i Medicaid). Ze względu na wysokie koszty funkcjonowania oraz liczbę osób pozostających bez dostępu do świadczeń (ok. 15% populacji) system ochrony zdrowia jest często nazywany „non-systemem” [18].

Według danych *Human Development Report* (2001) wydatki *per capita* na usługi zdrowotne w USA wynosiły w 2000 r. 4499 PPP USD. Dla porównania w Wielkiej Brytanii i Niemczech w analogicznym okresie wynosiły odpowiednio 1804 PPP USD i 2768 PPP USD. Działania na rzecz ograniczenia kosztów funkcjonowania systemu zostały uznane w związku z tym za priorytetowe [1].

3. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w krajach Unii Europejskiej

Prywatne dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne może być rozważane jako podstawowa forma organizacji systemu ochrony zdrowia. Ze względu jednak na wskazane wady rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ma w większości krajów charakter uzupełniający w stosunku do systemu podstawowego, organizowanego przez państwo, bądź w formie państwowej służby zdrowia finansowanej z podatków ogólnych (model Beveridge'a), bądź powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (model Bismarcka).

W krajach Unii Europejskiej można wskazać następujące typy dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (kryterium podziału jest relacja z podstawowym systemem finansowania ochrony zdrowia) [7, s. 129-131]:

- ubezpieczenie o charakterze **komplementarnym**,
- ubezpieczenie o charakterze **suplementarnym**,
- ubezpieczenie o charakterze **substytucyjnym**.

Ubezpieczenie o charakterze **komplementarnym** pokrywa koszty świadczeń, nie objętych podstawowym systemem finansowania usług zdrowotnych. Ubezpieczenie komplementarne zazwyczaj:

- pokrywa koszty usług, które nie są objęte finansowaniem (koszyk świadczeń gwarantowanych) (badania, zabiegi chirurgiczne, transport medyczny, leki itp.) lub
- zapewnia wyższy standard świadczeń (np. samodzielny pokój w szpitalu, materiały stomatologiczne), lub
- pokrywa koszty dopłat i współfinansowania.

Zakres, w jakim **ubezpieczenie komplementarne** pokrywa świadczenia zależy przede wszystkim od zakresu usług zdrowotnych, jakie oferuje system podstawowy. Im pakiet świadczeń gwarantowanych jest mniejszy, tym możliwości rozwoju ubezpieczenia komplementarnego szersze. Pewien wyjątek stanowi ubezpieczenie kosztów leczenia stomatologicznego – mimo że zwykle system podstawowy oferuje stosunkowo wąski zakres świadczeń (bądź wcale), oferta ubezpieczenia prywatnego w tym zakresie pozostaje w krajach UE uboga, czego powody nie są do końca jasne. W wielu krajach europejskich w systemie podstawowym pacjent musi wносить dodatkowe opłaty lub dopłaty do świadczeń. Korzystając z ubezpieczenia komplementarnego, pacjent ma możliwość pokrycia również tych dodatkowych wydatków. Wielkość tych dopłat oraz kategorie świadczeń są zróżnicowane w poszczególnych krajach (tab. 2).

Ubezpieczenie suplementarne występuje głównie w krajach, w których funkcjonuje model państwowej służby zdrowia (Wielka Brytania, Grecja, Włochy, Hiszpania, Portugalia). Jego funkcja polega przede wszystkim na:

- zwiększeniu możliwości wyboru świadczeniodawcy,
- zwiększeniu dostępności do usług.

Ubezpieczenie suplementarne niejako dubluje, w pewnym określonym obszarze, istniejący system finansowania świadczeń – pokrywa te same rodzaje ryzyka, rozszerzając wybór świadczeniodawcy, zwłaszcza jeżeli system podstawowy nakłada w tym zakresie ograniczenia. Zwykle obejmuje świadczenia, których liczba jest w systemie limitowana, co prowadzi to tworzenia *list kolejkowych* (*waiting lists*). Posiadanie prywatnego ubezpieczenia umożliwia skorzystanie ze świadczeń bez konieczności oczekiwania. Najczęściej dotyczy to zabiegów chirurgicznych.

Dobrym przykładem jest tu Wielka Brytania. Ograniczenia budżetowe powodują limitowanie dostępu do specjalistycznych świadczeń. Ocenia się, że co roku ponad 1 mln pacjentów oczekuje na zabiegi medyczne, z czego ok. 95% czeka powyżej 12 miesięcy [17]. Jedną z dróg rozwiązania tego problemu jest wspieranie przez państwo rozwoju sektora prywatnych ubezpieczeń. Istotne jest również, że osoby korzystające z prywatnych ubezpieczeń nie tracą prawa do korzystania z usług publicznej służby zdrowia [4]. Przykład Wielkiej Brytanii nie jest odosobniony – listy kolejkowe powstają nie tylko w krajach z systemem publicznej służby zdrowia, ale również w tych, w których funkcjonuje model powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. We Włoszech, gdzie sektor prywatny stale rośnie, głównym celem podejmowania prywatnego ubezpieczenia jest uniknięcie list kolejkowych [6] (tab. 2).

Ubezpieczenie o charakterze substytucyjnym występuje w sytuacji, kiedy pewne grupy zawodowe są wyłączone z podstawowego systemu. Dotyczy przede wszystkim systemów opartych na powszechnych obowiązkowym ubezpieczeniu. Obejmuje najczęściej dwie grupy osób:

- osoby, które mają możliwość zrezygnowania z obowiązkowego ubezpieczenia (opcja *opt-out*),
- osoby, należące do grup zawodowych ustawowo wyłączonych z powszechnego ubezpieczenia.

Pośród krajów Unii Europejskiej wyłączenia tego typu występują w Niemczech, Holandii, Hiszpanii i Belgii.

Najszerzy zakres wyłączeń występuje w Niemczech. Z obowiązkowego ubezpieczenia mogą zrezygnować osoby, które przekroczyły pułap zarobków ubezpieczenia ustawowego (w roku 2000: 77 400,00 DEM dla mieszkańców zachodnich landów i 63 900,00 DEM dla mieszkańców wschodnich landów¹). Z systemu wyłączone są osoby, które prowadzą działalność gospodarczą, oraz pracujący (emerytowani) urzędnicy i pracownicy sfery publicznej (nauczyciele, profesorowie, pracownicy ministerstw itd.). Osoby te mogą uczestniczyć w systemie powszechnym

¹ Bundesministerium für Gesundheit, 2000.

na zasadzie dobrowolności. W przypadku rezygnacji z obowiązkowego ubezpieczenia powrót do systemu jest jednak ograniczony [16, s. 29-30].

Ubezpieczenia prywatne w Niemczech, ze względu na konkurencję, jaką stwarza ubezpieczenie obowiązkowe, oferują zwykle większy zakres świadczeń. W przypadku dobrze zarabiających młodych, niezależnych osób ubezpieczenie prywatne może być często korzystniejsze, ponieważ składka premiuje młody wiek i dobry stan zdrowia [13].

Tabela 2. Przykłady korzyści z komplementarnego i suplementarnego dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w krajach UE

Kraj	Ubezpieczenie komplementarne	Ubezpieczenie suplementarne
1	2	3
Austria	pobyt w szpitalu (opłata dzienna) terapię alternatywne	wizyty lekarskie dodatkowe koszty szpitalne szybszy dostęp do usług/zwiększony wybór
Belgia	dopłaty do świadczeń koszty opieki (utrata samodzielności)	dodatkowe koszty szpitalne
Dania	dopłaty do leków, stomatologii, fizjoterapii, okularów itd.	dostęp do leczenia w prywatnych szpitalach w Danii i za granicą
Finlandia	część kosztów szpitalnych transport medyczny	prywatna opieka dla dzieci szybszy dostęp zwiększony wybór świadczeniodawców
Francja	dopłaty do świadczeń świadczenia niegwarantowane w publicznym systemie pomoc w domu pobyt w szpitalu (opłata dzienna)	szybszy dostęp do konsultacji specjalistycznych prywatny pokój w szpitalu
Niemcy	opieka (pozaszpitalna) stomatologia świadczenie pieniężne za czas pobytu w szpitalu	wybór specjalisty wyższy standard w szpitalu
Grecja	świadczenie pieniężne za czas pobytu w szpitalu	szybszy dostęp wybór prywatnych świadczeniodawców i zakwaterowania
Irlandia	wizyty domowe (lekarz rodzinny), konsultacje specjalisty, prześwietlenia i inne alternatywne terapie (pozaszpitalne) pobyt w szpitalu (opłata dzienna) leki (w szpitalu), prześwietlenia, badania laboratoryjne konsultacje szpitalne specjalistów, opieka dzienna w domu opieka dla kobiet w ciąży i w położu pobyt w domu opieki	prywatne łóżko w szpitalu (publicznym lub prywatnym), w tym chirurgia „jednego dnia”

1	2	3
Włochy	dopłaty do świadczeń stomatologia pobyt w szpitalu (opłata dzienna)	zwiększony wybór świadczeniodawcy zwiększony dostęp do prywatnych szpitali
Luksemburg	dopłaty szpitalne koszty przed- i pooperacyjne, rekonwalescencja protezy dentystyczne operacje chirurgiczne za granicą częściowy zwrot kosztów w przypadku zabiegów niefinansowanych	prywatny pokój w szpitalu
Holandia	stomatologia dopłaty do leków opieka poza granicami kraju alternatywne terapie	szybszy dostęp do opieki doraźnej i długoterminowej
Portugalia	stomatologia okulistyka dopłaty świadczenie pieniężne za czas choroby	dostęp do prywatnych świadczeniodawców
Hiszpania	stomatologia	zwiększony wybór świadczeniodawcy
Szwecja	zwrot dopłat leki stomatologia alternatywne terapie	dostęp do prywatnych szpitali szybszy dostęp do wybranych usług (pozaszpitalnych)
Wielka Brytania	świadczenie pieniężne za czas choroby stomatologia alternatywne terapie	szybszy dostęp do specjalistów i wybranych zabiegów wyższy standard w szpitalu

Źródło: [10, s. 63].

Holenderski system finansowania ochrony zdrowia zorganizowany jest na trzech poziomach [3]:

- ubezpieczenie oparte na *General Exceptional Medical Expenses Act* (AWBZ),
- ustawowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne oparte na *Health Insurance Act* (ZFW), ubezpieczenie substytucyjne na bazie *Access to Health Insurance Act* (WTZ), oraz *Civil Servants Act and the Police Act*,
- suplementarne ubezpieczenie zdrowotne.

Poziom pierwszy (AWBZ) jest obowiązkowy dla wszystkich – obejmuje ryzyko związane z opieką długoterminową i niepełnosprawnością. Poziom trzeci ma charakter dobrowolnego ubezpieczenia suplementarnego, który rozszerza zakres usług zdrowotnych ponad koszyk świadczeń gwarantowanych. Z punktu widzenia ubezpieczenia substytucyjnego interesujący jest poziom drugi – z ustawowego ubezpieczenia, obejmującego podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną oraz leczenie szpitalne i leki, wyłączone są, obok służb cywilnych i policji, następujące kategorie osób:

- pracownicy o wysokich dochodach (powyżej 30 700 euro w 2002 r.),

- osoby powyżej 65 roku życia (o dochodach powyżej 19 550 euro w 2002 r.),
- osoby prowadzące działalność gospodarczą (o dochodach powyżej 19 650 euro w 2002 r.).

Osoby wyłączone z ustawowego ubezpieczenia korzystają z substytucyjnych ubezpieczeń prywatnych na bazie WTZ. Są to ubezpieczenia prywatne, ale podlegające silnej regulacji ze strony państwa, przede wszystkim w zakresie zakresu gwarantowanych usług. Interesującym rozwiązaniem jest konieczność opłacania przez osoby korzystające z prywatnego ubezpieczenia tzw. suplementu WTZ nazywanego MOOZ, z którego środki są przeznaczone na dofinansowanie ubezpieczenia osób starszych w ramach ZFW. Suplement jest swoistym mechanizmem wyrównawczym – z ubezpieczenia ZFW korzystają osoby o niższych dochodach; dodatkowo nierówność pogłębia fakt, że stawki w ubezpieczeniu obowiązkowym ustalone są procentowo w stosunku do dochodów, natomiast w ubezpieczeniu na bazie WTZ – kwotowo. W 2002 r. suplement MOOZ wynosił 6,80 euro miesięcznie. Z ubezpieczenia komplementarnego korzysta w Holandii ok. 33% populacji, w tym pracownicy służby cywilnej i policji (2000 r.) [3].

Spośród wymienionych krajów zakres substytucyjnego prywatnego ubezpieczenia jest najwęższy w Hiszpanii. Nie występuje wyłączenie na bazie kryterium dochodowego. Z opcji wyjścia z systemu podstawowego, prowadzonego przez INSALUD (*Instituto Nacional de la Seguridad Social – National Institute for Health*) mogą skorzystać jedynie pracownicy służby cywilnej (4,6-9% populacji), którzy korzystają z planów ubezpieczeniowych w ramach MUFACE (*Mutual Funds for State Civil Servants*). Składki na prywatne ubezpieczenie dla tej grupy są dotowane przez państwo. Według różnych danych z możliwości przejścia do suplementarnego ubezpieczenia prywatnego korzysta od 50 do 88% uprawnionych [9, s. 38, 46].

Ubezpieczenie substytucyjne występuje również w belgijskim system ubezpieczeń zdrowotnych – ze względu na ograniczony zakres ubezpieczenia obowiązkowego dla osób prowadzących działalność gospodarczą. Około 85% (w 1999 r.) prowadzących działalność gospodarczą korzysta z tej formy ubezpieczenia. Ubezpieczenia suplementarne są oferowane przez instytucje ubezpieczenia obowiązkowego działającymi na zasadzie *not-for-profit* [8, s. 19, 25].

W krajach UE widoczne jest rosnące zainteresowanie rozwojem tego typu ubezpieczenia i niektóre kraje rozważają rozszerzenie możliwości korzystania z opcji *opt-out*, między innymi Włochy, gdzie rozważa się wprowadzenie talonów, z których będzie można korzystać na rynku prywatnych ubezpieczeń [6].

4. Rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej

Rozwój prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wymaga wystąpienia trzech czynników [10, s. 30-31]:

- istnienia popytu (awersja do ryzyka),
- możliwości sprzedaży ubezpieczenia po akceptowalnej cenie,
- technicznej możliwości sprzedaży ubezpieczenia.

Podstawową kwestią jest istnienie popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Na poziom popytu wpływa szereg czynników, m.in:

- prawdopodobieństwo zachorowania,
- potencjalne koszty związane z zachorowaniem,
- cena ubezpieczenia,
- poziom wykształcenia.

Wpływ tych czynników jest zróżnicowany w różnych krajach i w dużej mierze zależy od rodzimego systemu finansowania usług zdrowotnych. Z pewnością wpływ ma również poziom satysfakcji z funkcjonowania systemu – szczególnie możliwości uzyskania, w przypadku zachorowania, pomocy medycznej na satysfakcjonującym poziomie. Jeżeli chodzi o cenę ubezpieczenia, to należy wskazać na bardzo interesujący fakt – cena ubezpieczenia ma stosunkowo niewielki wpływ na poziom; badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i krajach UE wskazują, że popyt na prywatne ubezpieczenia jest nieelastyczny [7, s. 129-136]. Na pierwszy plan należy więc wysunąć kwestię edukacji.

Tabela 3. Prywatne wydatki na usługi zdrowotne jako % wydatków całkowitych

Kraj	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Anglia	16,1	17,1	20,1	20,1	19,8	19,0
Austria	28,2	29,4	29,1	28,6	30,0	30,3
Belgia	30,4	28,2	29,5	29,4	28,9	28,8
Dania	17,5	17,6	17,7	18,1	17,8	17,9
Finlandia	24,5	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9
Francja	23,9	23,9	23,8	24,0	23,9	24,0
Grecja	45,5	44,8	44,8	45,6	45,7	44,5
Hiszpania	29,1	28,9	28,9	29,5	29,8	30,1
Holandia	29,0	33,8	32,2	32,2	33,5	32,5
Irlandia	27,5	26,7	24,1	23,8	23,7	24,2
Luksemburg	7,6	7,2	7,6	7,6	7,1	8,1
Niemcy	23,3	23,2	24,7	25,2	25,2	24,9
Portugalia	38,3	35,3	35,2	32,5	29,3	28,8
Szwecja	14,8	15,2	15,7	16,2	22,2	22,7
Włochy	27,8	28,2	27,8	28,0	27,7	26,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych [15].

Równie istotne dla rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w UE są regulacje prawne określające warunki działania towarzystw ubezpieczeniowych. Trzecia dyrektywa ubezpieczeniowa (ubezpieczenia niezyciowe) z roku 1992 (weszła w

życie w roku 1994) umożliwiła, poprzez rozszerzenie zakresu możliwych pokrywanych rodzajów ryzyk, szybszy rozwój dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczyciele uzyskali szerszą swobodę działania, poprzez zapewnienie możliwości:

- tworzenia oddziałów i agencji na terenie Wspólnoty,
- sprzedawania produktów na terenie całej Wspólnoty, bez konieczności tworzenia oddziałów (na zasadzie swobody świadczenia usług) [10, s. 41].

Z punktu widzenia rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych istotne również było:

- określenie zasad wydawania jednolitej licencji,
- zharmonizowanie minimalnych wymagań w zakresie nadzoru (w tym badań *a posteriori* zawartych umów ubezpieczeniowych) [2, s. 247-248].

Tabela 4. Wydatki na prywatne ubezpieczenie zdrowotne jako % wydatków całkowitych na zdrowie w krajach UE w latach 1980-1998

Kraj	1980	1985	1990	1995	1998
Anglia	1,3	2,5	3,3	3,2	3,5
Austria	7,6	9,8	9,0	7,8	7,1
Belgia	0,8	1,2	1,6	1,9	2,0
Dania	0,8	0,8	1,3	1,2	1,5
Finlandia	1,4	1,8	2,2	2,4	2,7
Francja	N	5,8	11,2	11,7	12,2
Grecja	N	N	0,9	N	N
Hiszpania	3,2	3,7	3,7	5,2	1,5
Holandia	N	11,2	12,1	N	17,7
Irlandia	N	N	N	N	9,4
Luksemburg	7,6	7,2	7,6	7,6	7,1
Niemcy	5,9	6,5	7,2	6,7	6,9
Portugalia	N	0,2	0,8	1,4	1,7
Szwecja	N	N	N	N	N
Włochy	0,2	0,5	0,9	N	N

Źródło: [7, s. 132].

Pomimo istnienia potencjalnych możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, m.in. w związku z liberalizacją rynku ubezpieczeń nieżyciowych, sektor ten odgrywa wciąż marginalną rolę w finansowaniu ochrony zdrowia.

Wprawdzie udział wydatków prywatnych w ogólnych wydatkach na zdrowie rośnie (tab. 3) – średnio w krajach UE udział ten wynosi 25,8% (2000 r.) – jednak dominują w tej kategorii bezpośrednie wydatki na dopłaty do świadczeń, leków, finansowanie usług nie objętych ubezpieczeniem. Wydatki na finansowanie składek na prywatne ubezpieczenie zdrowotne w 1998 r. wynosiły średnio tylko 6,10% całości wydatków na zdrowie w krajach UE (tab. 4).

5. Posumowanie

Wiele krajów Europy Zachodniej dąży do zmian polegających na odejściu od „monolitycznego” systemu zarządzanego przez państwo i finansowanego ze środków publicznych, do systemu o mieszanym finansowaniu, zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych. Pomimo tych starań w większości krajów ubezpieczenie nadal pełni niemal wyłącznie funkcję suplementarną, finansując świadczenia, których system podstawowy nie gwarantuje. Tym samym ubezpieczenia prywatne, jako źródło finansowania ochrony zdrowia, ma nadal marginalne znaczenie [12].

Rozwój ubezpieczeń prywatnych zależy w dużej mierze od regulacji krajowych. Można wskazać następujące prawidłowości:

- w sytuacji, gdy nie ma możliwości rezygnacji z opłacania składki (lub podatku) w systemie podstawowym, rozwój ubezpieczeń substytucyjnych jest ograniczony,
- dążenie do kontroli rosnących kosztów ochrony zdrowia, powoduje w wielu systemach ograniczanie zakresu świadczeń w ramach systemu ustawowego – stwarza to duże możliwości do rozwoju ubezpieczeń suplementarnych,
- niezadowolenie z funkcjonowania ochrony zdrowia przyczynia się do rozwoju ubezpieczeń o charakterze komplementarnym.

Zróźnicowanie systemów krajów stwarza bodźce o różnej sile i kierunkach oddziaływania. Niezależnie jednak od różnego tempa rozwoju prywatnych ubezpieczeń w poszczególnych krajach, wiele krajów postrzega rozwój tego sektora jako receptę na rozwiązanie problemu rosnących kosztów w systemach ustawowych.

Literatura

- [1] Antos J.R., *Comparing Medicare and Private Health Insurance Spending*, The Heritage Foundation, Policy Research and Analysis, 08.04.2003.
- [2] Ciamaga L., Latoszek E., Michalowska-Gorywoda K., Oręziak L., Teichmann E., *Unia Europejska*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- [3] *Dutch Health Care System*, Zorgverzekeraars Nederland (Association of Dutch Health Insurers) 2003.
- [4] Dziubińska-Michalewicz M., *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych nie zarządzanych przez państwo w Wielkiej Brytanii*, „Polityka Społeczna” 1992 nr 7.
- [5] *Facing the Challenges of Health Care Financing*, Background paper prepared for USAID Conference, Washington DC, 29-31 lipca 2002.
- [6] Fattore G., *A New Italian Government, Radical Changes for the Italian NHS?* „Euro Observer”, vol. 3, 2001 nr 2.
- [7] *Funding Health Care – Options for Europe*, red. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press. Buckingham – Philadelphia 2002.

- [8] *Health Care System in Transition. Belgium*, European Observatory on Health Care System 2000.
- [9] *Health Care System in Transition. Spain*, European Observatory on Health Care System 2000.
- [10] Mossialos E., Thomson S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission 2002.
- [11] Rijckmans M., Garretsen H., Van de Goor I., Bongers I., *Demand-orientation and Demand-driven Care, Conceptual Confusion in Health Care*, „Eurohealth”, vol. 8, Winter 2002/2003 nr 5.
- [12] Robinson R., *The Changing Public-private Mix in Health Care*, „Euro Observer” vol. 3, 2001 nr 2.
- [13] Sowada Ch., *Socjalne ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech a sprawiedliwość społeczna*, „Polityka Społeczna” 1998 nr 1.
- [14] Shi L., *Type of Health Insurance and the Quality of Primary Care Experience*, American Journal of Public Health, vol. 90, 2000 nr 12.
- [15] *The World Health Report 2002*, World Health Organization 2003.
- [16] *Ubezpieczenia chorobowe*, red. G. Ziegler, E. Gawlikowska, Wokół nas, Gliwice, 1991, s. 29-30.
- [17] *Waiting Times. Department of Health*, 2001.
- [18] Włodarczyk C., *HMO – amerykańska organizacja opieki zdrowotnej*, „Polityka Społeczna” 1992 nr 4.

PRIVATE HEALTH INSURANCE IN UE

Summary

The article presents the role of private health insurance in UE countries. In the first section basic information relative to health insurance is introduced. Second part is dedicated to presentation of private health insurance solutions which function in chosen UE member countries.

Dr Agnieszka Pietrzak jest asystentem w Katedrze Zarządzania Finansami Przedsiębiorstwa Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.