

## Wymogi prawne dla wprowadzenia niepublicznego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

Maciej Dercz

*Ustanawiając system ubezpieczenia zdrowotnego o charakterze obowiązkowym, nie stworzono, pomimo sugerowania takiego rozwiązania przez większość ekspertów, systemowych ram prawnych dla wprowadzenia dodatkowego ponadobowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W artykule został omówiony temat aktualnych możliwości dodatkowego zdrowotnego ubezpieczenia się oraz propozycji potencjalnych możliwości zmian obecnego stanu prawnego w tym zakresie.*

Od początku krystalizowania się idei wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego analizowano i dyskutowano nad możliwościami i kierunkami rozwiązań, które byłyby najbardziej efektywne i korzystne zarówno dla pacjentów jak i placówek służby zdrowia, ale także i najmniej kosztowne z punktu widzenia finansów publicznych. W trakcie wieloletnich prac analizowano różne warianty organizacji systemu ubezpieczeń zdrowotnych, rozważając w szczególności, z ilu i jakich elementów tenże system miałby się składać. Rozstrzygnięcia wymagała m. in. kwestia, do kogo i na jakich zasadach mają trafiać środki finansowe (składki) pobierane od ubezpieczonych oraz czy i na jakich zasadach mogłyby wpływać do systemu środki dodatkowe. Rozwiązaniem, jakie w tej mierze proponowano, było m. in. wprowadzenie prywatnego czy też dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

W efekcie przyjęta została ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999r.

Stworzony na podstawie wskazanego aktu system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oparto na jednym elemencie składowym (nazywanym przez niektórych teoretyków umownie „filarem”), w którym całość obowiązkowej składki wnoszonej przez ubezpieczonego wpływa do jednej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. System ten ponadto bazował tylko na wyraźnie określonej kategorii instytucji ubezpieczeniowych, jakimi stały się kasy chorych. Instytucje te, na gruncie pierwotnych zapisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, posiadały wyłączność (monopol) na dysponowanie środkami finansowymi pochodzącymi ze składek ubezpieczonych. Przywołana ustawa nie przewidywała bowiem innych, poza kasami chorych, instytucji ubezpieczeniowych, które mogłyby gospo-

darować środkami finansowymi pochodzącymi z tych składek. Generalnie wprowadzone rozwiązania organizacyjno-finansowe uznać należy za bardzo uproszczone oraz, jak się wydaje, nie wychodzące naprzeciw rzeczywistym potrzebom i oczekiwaniom.

Ustanawiając system ubezpieczenia zdrowotnego o charakterze obowiązkowym, nie stworzono, pomimo sugerowania takiego rozwiązania przez większość wypowiedzających się na ten temat fachowców, systemowych ram dla wprowadzenia dodatkowego ponadobowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeszcze przed datą wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dostrzeżono, iż rozwiązania tam przewidziane zdecydowanie odbiegają od rozwiązań optymalnych. M. in. dlatego podjęto kroki w celu jej nowelizacji. Nastąpiło to na mocy ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. 117, poz. 756, z późn. zm.). W wyniku nowelizacji wprowadzono do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dodatkowy art. 4a, który przewidywał, iż „ubezpieczony może realizować obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego w innej niż Kasa Chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, działającej na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli instytucja ta:

- 1) zapewnia zakres świadczeń zdrowotnych nie mniejszy niż zagwarantowany ustawą (tzn. ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym – przyp. aut.),
- 2) obejmuje ubezpieczeniem każdą zgłaszającą się osobę bez względu na czynniki ryzyka,
- 3) nie różnicuje wysokości składki w zależności od czynników ryzyka,
- 4) działa na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i nie różnicuje składki w zależności od regionu,
- 5) obejmuje ubezpieczeniem członków rodziny osoby opłacającej składkę,
- 6) uzyskała zgodę Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na realizację zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”.

Dalej przepis ten przewidywał, iż instytucje ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie realizacji zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego podlegać będą nadzorowi i kontroli Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Ustawa ponadto stanowiła, iż Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych będzie mógł cofnąć zgodę na realizację zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli instytucja ubezpieczenia zdrowotnego nie będzie realizować przepisów tego artykułu, tj. pkt. 1-5, i nie zapewni ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą.

Ratio legis wprowadzenia przedstawionego zapisu, jak wynika z uzasadnienia do ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, było umożliwienie realizowania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego przez inną niż kasa chorych, prywatną instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, co miało na celu ograniczenie monopolu kas chorych i dopuszczenie – w interesie ubezpieczonych – konkurencji między ubezpieczycielami.

W ocenie projektodawców wskazanej normy zapewnienie przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego osobom ubezpieczonym porównywalnych z kasami chorych warunków, bez zmniejszenia zakresu świadczeń zdrowotnych, zapobiec miało wybiórczemu przyjmowaniu przez nie osób o niskim poziomie ryzyka ubez-

pieczenia. Wprowadzenie takiego rozwiązania miało ponadto umożliwić ubezpieczonym dokonywanie wyboru instytucji, która zapewni im wyższy standard świadczonych usług. Jak z powyższego wynika, zmiana ograniczała się do jednej sfery funkcjonowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. rozszerzenia kategorii instytucji ubezpieczeniowych, funkcjonujących w systemie. Jednak nadal system ten funkcjonować miał w oparciu o jeden filar. Istotną zaletą art. 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w kształcie przedstawionym powyżej, było natomiast wyraźne wskazanie przepisów, w oparciu o które miały funkcjonować instytucje ubezpieczenia zdrowotnego. Była to ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 z późn. zm.).

Wprowadzenie w życie unormowań stwarzających warunki do działalności prywatnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego odłożono jednak w czasie. Przewidziano bowiem 3 letnie *vacatio legis* wejścia w życie art. 4a, co zgodnie z wolą ustawodawcy, miało nastąpić dopiero z dniem 1 stycznia 2002 r. Zatem dopiero z tą datą mógł faktycznie powstać rynek ubezpieczeń zdrowotnych. Tak długi (trzyletni) okres oczekiwania na wejście w życie miał, w ocenie inicjatorów nowelizacji, umożliwić kasom chorych przygotowanie się do podjęcia konkurencji, prywatnym ubezpieczycielom natomiast pozwolić na poczynienie stosownych przygotowań do wejścia na rynek.

Przedstawiony zapis nigdy jednak nie wszedł w życie. Nastąpiła bowiem kolejna zmiana unormowań zawartych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w efekcie której proces tworzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych został zablokowany. Wniesiony do sejmu poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przewidywał nawet skreślenie art. 4a. Projektodawcy występując z taką inicjatywą ustawodawczą, twierdzili, powołując się na o doświadczenia międzynarodowe oraz wiedzę o niedoskonałości rynku ochrony zdrowia, iż skreślenie art. 4a zapobiegnie powstaniu kolejnych (prywatnych) instytucji zarządzających publicznymi środkami, co stwarzać miało, w ich ocenie, groźbę rozwarstwienia systemu i generacji niepotrzebnych kosztów. Jak zapisano w uzasadnieniu projektu ustawy, istniało niebezpieczeństwo, że w publicznych kasach chorych pozostaną osoby o niższych dochodach, często chorujące i wymagające większych nakładów, co doprowadzić miało, zdaniem projektodawców, do głębokiego kryzysu finansowego systemu ochrony zdrowia.

Ostatecznie jednak w wyniku prac parlamentarnych art. 4a nie został skreślony, a nadano mu jedynie inną treść. W oparciu o uchwaloną ostatecznie ustawę z 30 listopada 2000 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 122, poz. 1311), która weszła w życie 1 stycznia 2001 r., art. 4a otrzymał brzmienie, zgodnie z którym „realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż kasy chorych instytucje ubezpieczeniowe ureguluje odrębna ustawa”. W skutek przedstawionej zmiany stanu prawnego wprowadzenie na rynek ubezpieczeń zdrowotnych instytucji prywatnych odłożono na bliżej nieokreśloną przyszłość, uzależniając je od wydania odrębnej ustawy, która uregulowała by zasady funkcjonowania i organizacji tych ubezpieczycieli.

Przewidziana w art. 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym odrębna ustawa nie została jednak wydana. Parlament oczekując od rządu konkretnych propozycji legislacyjnych w tej mierze nie podjął bowiem żadnych skutecznych inicjatyw w kierunku jej uchwalenia. Ostatecznie, wraz z utratą mocy ustawy

o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, utracił moc przytoczony art. 4a, co definitywnie przekreśliło szansę realizacji przewidzianych w nim unormowań.

Do 1.10.2004 r. materię związaną z ubezpieczeniem zdrowotnym regulowała ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.), która to uchyliła i zastąpiła poprzednio obowiązującą ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Nie można jednak nie zaznaczyć, iż jak stwierdził w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny, system świadczeń zdrowotnych utworzony w wyniku wejścia w życie tej ustawy był niekonstytucyjny. Zdaniem TK, zespół norm kształtujących kompetencje i prawne instrumenty działania oraz status prawny NFZ, zawartych w zakwestionowanej ustawie, utworzył system dysfunkcyjny w stopniu uniemożliwiającym rzetelne i sprawne realizowanie określonych zadań państwa w sferze ochrony zdrowia. TK swoją decyzję co do faktycznego uchylenia tej ustawy w całości uzasadnił m.in. jej sprzecznością z konstytucyjnymi zasadami, w szczególności takimi jak zasada pomocniczości czy też zasada równego dostępu do świadczeń medycznych finansowanych z publicznych środków.

Obecnie zagadnienie to zostało unormowane ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr.210 poz.2135 – dalej zwana ustawą o świadczeniach gwarantowanych). Ze względu na zbyt krótki czas obowiązywania tych przepisów, nie można dokończyć jeszcze oceny praktycznych efektów zakładanej przez ustawodawcę, po wejściu powyższego aktu prawnego w życie, lepszej efektywności systemu publicznej ochrony zdrowia a także zwiększenia dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Pomimo dokonania kilku formalnych zmian regulacji tej materii istota rozwiązań organizacyjno-finansowych, zawartych w poprzednich przepisach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jak i w obecnej ustawie o świadczeniach gwarantowanych, w zakresie zasad podlegania ubezpieczeniu nie zawiera istotnych różnic. Nie można uznać także za fundamentalne zmian odnoszących się do zakresu rzeczowego świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawowa zmiana dotyczy natomiast określenia podmiotów realizujących zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Poprzednio bowiem były to regionalne oraz branżowe kasy chorych, będące instytucjami samorządowymi, reprezentującymi ubezpieczonych, obecnie natomiast działa powołany do życia od 1.04.2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest państwową jednostką organizacyjną. Przeprowadzono zatem zabieg daleko idącej centralizacji oraz upolitycznienia tej instytucji, zastępując kilkanaście kas chorych jedną scentralizowaną instytucją. Podjęta w nowej ustawie o świadczeniach gwarantowanych próba wzmocnienia roli oddziałów regionalnych NFZ nie przynosi, mimo pewnych pozornych zabiegów legislacyjnych, oczekiwanej decentralizacji zarządzania zasobami finansowymi funduszu.

Narodowy Fundusz Zdrowia, jak wynika z obecnie obowiązującej materii ustawy, w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządza środkami finansowymi, przekazywanymi na podstawie ustawy, oraz zawiera w tym zakresie stosowne umowy ze świadczeniodawcami. Instytucja ta finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. Narodowy Fundusz Zdrowia, podobnie jak poprzednio kasy chorych,

jest monopolistą w zakresie dysponowania środkami finansowymi (składkami) przekazywanymi przez ubezpieczonych w ramach obowiązkowego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Obecnie obowiązująca ustawa nie przewiduje bowiem możliwości funkcjonowania innych niż Narodowy Fundusz Zdrowia instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, które gospodarowałyby środkami finansowymi pochodzącymi z tych składek. W aktualnie obowiązującej ustawie nie znalazły się takie rozwiązania legislacyjne, jakie chociażby wynikały z art. 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zatem każdy, kogo ustawa o świadczeniach gwarantowanych zaliczy do kręgu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, jest zobligowany do płacenia składek na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia, niezależnie od tego, czy korzysta ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez tę instytucję, czy też nigdy z takich świadczeń nie korzystał i korzystać nie zamierza (kwestią innego typu jest możliwość dobrowolnego ubezpieczenia w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego osób, które nie spełniają warunków wejściowych do systemu).

Ustawa przewiduje, co do zasady, dla wszystkich ubezpieczonych jednolitą określoną procentowo wysokość składki, którą nalicza się od określonej w ustawie podstawy wymiaru. W zamian ubezpieczeni w istocie mają jednakowe prawa, jeżeli chodzi o standard i zakres udzielanych w ramach ubezpieczenia świadczeń.

Określając zakres świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, wskazana ustawa stanowi, iż świadczeniobiorcy, a w tym ubezpieczeni, mają, na zasadach tam określonych, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

- 1) badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
- 2) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
- 3) podstawową opiekę zdrowotną;
- 4) świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
- 5) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- 6) rehabilitację leczniczą;
- 7) świadczenia stomatologiczne;
- 8) leczenie szpitalne;
- 9) świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 10) leczenie w domu chorego;
- 11) badanie i terapię psychologiczną;
- 12) badanie i terapię logopedyczną;
- 13) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną;
- 14) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
- 15) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
- 16) opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią;
- 17) opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- 18) opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;

- 19) leczenie uzdrowiskowe;
- 20) zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
- 21) transport sanitarny;
- 22) ratownictwo medyczne.

Nie każde jednak świadczenia, które można zaliczyć do wskazanych powyżej kategorii przysługują ubezpieczonemu. W dalszych przepisach ustanowiono bowiem wyjątki, wskazujące, jakie świadczenia w ramach ubezpieczenia nie są należne. Mianowicie ubezpieczonym nie przysługują:

- 1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

Ponadto kolejna norma wynikająca z ustawy (art. 17) stanowi, iż ubezpieczonym – i innym uprawnionym świadczeniobiorcom – na podstawie ustawy nie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej określone w wykazie, stanowiącym załącznik do ustawy. Norma ta zatem przewiduje istnienie tzw. koszyka negatywnego – świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych. Do świadczeń wymienionych w tym zbiorze należą:

- I. Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:
  - 1) szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych;
  - 2) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
  - 3) operacje zmiany płci;
  - 4) świadczenia w zakresie akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego;
  - 5) zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym niezwiązane z chorobą podstawową, będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
  - 6) poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności;
  - 7) poradnictwo psychoanalityczne;
  - 8) ozonoterapia;
  - 9) autoszczepionki;
  - 10) magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego;
  - 11) laseropunktura;
  - 12) akupresura;
  - 13) zooterapia;

- 14) diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.
- II. Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania:
- 1) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego:
    - a) leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego,
    - b) diagnostyka i leczenie zaburzeń smaku,
    - c) zastosowanie komory hiperbarycznej w leczeniu stwardnienia rozsianego,
    - d) podawanie baclofenu pompą infuzyjną, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna;
  - 2) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu wydzielania wewnętrznego – endoskopowa, transorbitalna dekompresja w ophthalmopatii Gravesa-Basedowa, z wyłączeniem przypadków ratowania wzroku z powodu udokumentowanego ucisku na nerw wzrokowy;
  - 3) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gałki ocznej:
    - a) chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku,
    - b) stymulacja laserowa plamki żółtej,
    - c) alloplastyka tętnic skroniowych;
  - 4) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu sercowo-naczyniowego – wszczępienie defibrylatora dwujamowego z funkcją defibrylacji przedsionkowej i komorowej;
  - 5) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego – bankowanie własnej krwi pępowinowej noworodka;
  - 6) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu trawiennego:
    - a) badanie przewodności pokarmowej za pomocą kapsułki endoskopowej,
    - b) usunięcie guzków krwawniczych (żyłaków odbytu) metodą Longo,
    - c) hydrokolonoterapia;
  - 7) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie męskich narządów płciowych:
    - a) pobierania nasienia z najądrza,
    - b) obliteracja żyły jądrowej metodą fluoroskopową,
    - c) wszczępienie protez prącia;
  - 8) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie powłok ciała – otyłość, z wyjątkiem otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o wartości BMI powyżej 40 leczonej metodami zabiegowymi;
  - 9) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie zabiegów diagnostycznych – pozytronowa tomografia emisyjna, z wyjątkiem przypadków:
    - a) pojedynczego przerzutu o nieznanym punkcie wyjścia w celu lokalizacji guza pierwotnego przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami,
    - b) pojedynczego guzka płuca w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami,
    - c) niedrobnokomórkowego raka płuca w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,

- d) ziarnicy i chłoniaków nieziarniczych w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
- e) choroby wieńcowej w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/przeciwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań,
- f) przed transplantacją serca w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach,
- g) padaczki w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach,
- h) mięsaków tkanek miękkich w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu,
- i) raka piersi w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko,
- j) raka jajnika w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu,
- k) raka tarczycy w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- l) podejrzenia przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- m) planowania radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach,
- n) radiochirurgicznego leczenia raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować.

Świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co do zasady, udzielać mogą podmioty, które zawarły z Funduszem stosowne umowy, i tylko spośród tych podmiotów ubezpieczony może dokonać wyboru. Zatem przy obecnych rozwiązaniach ubezpieczony nie może liczyć na refundację przez Fundusz kosztów świadczenia w placówce, która nie ma zawartego kontraktu z Funduszem, nawet w sytuacji gdy ubezpieczony nie może otrzymać na satysfakcjonujących warunkach świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, który podpisał stosowny kontrakt z Funduszem.

Jak z powyższego wyliczenia wynika, na gruncie obecnych unormowań prawnych w ramach powyższego systemu funkcjonują jedynie obowiązkowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast nie ma nadal jednoznacznych podstaw prawnych do funkcjonowania prywatnych instytucji ubezpieczeniowych. Brak jest bowiem rozwiązań systemowych dających możliwość funkcjonowania precyzyjnie zdefiniowanego dodatkowego (ponadobowiązkowego) ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.



Możliwość funkcjonowania pewnego rodzaju namiastki ubezpieczeń zdrowotnych, działających w ograniczonym zakresie i w niezbyt precyzyjnie określonych formach prawnych, daje ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), która normuje działalność instytucji ubezpieczeniowych oraz charakter oferowanych przez nie rodzajów ubezpieczeń. Zgodnie z zawartą w art.3 tej ustawy definicją działalność ubezpieczeniowa polega na wykonywaniu czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Legalna definicja zdarzenia losowego unormowana została w art. 2 pkt 18 wskazanej ustawy, gdzie zostało określone, iż jest to niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Jako podejmowanie czynności ubezpieczeniowych, o których mowa w wskazanym wyżej przepisie, ustawa o działalności ubezpieczeniowej (art. 3 ust. 3 pkt 1) zalicza między innymi zawieranie umów ubezpieczenia. Cechy tych umów zostały precyzyjniej określone w Kodeksie cywilnym. W art. 805 Kc zostało unormowane, iż przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Ze względu na powyższy kontekst, można wysnuć tezę, iż wszelkie stosunki prawne, które spełniają powyższe warunki, uznane mogą zostać, niezależnie od ich nazwy, za czynności o charakterze ubezpieczeniowym.

Poza przedstawionymi powyżej formami ubezpieczenia pojawiają się w Polsce także systemy abonamentowe, które rozwijają się równolegle do rozwiązań ubezpieczeniowych. Firmy oferujące taką usługę (zwykle są to centra medyczne) określane są jako quasi ubezpieczeniowe. Formalnie oferowane przez nie abonamenty nie są polisami ubezpieczeniowymi, chociaż posiadają cechy ubezpieczenia.

Proponowane przez te firmy rozwiązania funkcjonują w ramach świadczeń medycyny pracy. Zgodnie bowiem z ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. Nr 96, poz. 593, z późn. zm.) na pracodawcy spoczywa obowiązek m. in. objęcia pracowników profilaktyczną opieką zdrowotną, badaniami wstępnymi i okresowymi. Pracodawcy realizując ten obowiązek, wykupują na rzecz pracowników określony pakiet świadczeń zdrowotnych formalnie realizowanych w ramach medycyny pracy. Często celem tego działania jest zapewnienie pracownikowi ochrony zdrowia, jaką mógłby uzyskać w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Rozwiązanie tego typu (choćby lepsze niż żadne) jest swego rodzaju konstrukcją sztuczną i jak się wydaje nie najlepszą.

Oferowane są również abonamenty indywidualne, jednakże w tym przypadku miesięczne opłaty są zdecydowanie wyższe, a kwalifikacje do objęcia ochroną także rodziny bardziej zaostrzone. Niektóre centra medyczne uzależniają sprzedaż abonamentu indywidualnego od posiadania przez zainteresowanego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wówczas pacjent ma zapewniony wyższy standard świadczonych usług medycznych.

Zakup abonamentu następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej.

W ramach abonamentów oferowane są różne opcje, w zakresie których, zależnie od ich ceny, oferowany jest określony zakres usług medycznych. Zwykle podstawowe opcje abonamentu gwarantują badania okresowe, możliwość korzystania

z usług lekarza internisty, określonych specjalistów, a także zniżki u stomatologa i pozostałych specjalistów oraz określone szczepienia. Opcje abonamentu o najszerszym zakresie obejmują takie usługi jak kompleksowa opieka specjalistyczna, bezpłatne usługi stomatologiczne czy też domowe wizyty lekarskie.

Liczba usług i ich wartość w ramach wykupionego abonamentu nie jest limitowana. Ponadto zwykle nie prowadzi się badań wstępnych określających stan zdrowia klienta i nie uzależnia się od tego stawki za abonament. Brak też na ogół podziału na grupy wiekowe.

Pracownicy korzystający z abonamentów mogą za własne pieniądze wykupić także dodatkowe usługi, jak też wykupić świadczenia dla rodziny. Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu nie jest powiązana z przepływem pieniędzy pomiędzy firmą sprzedającą abonament a pacjentem.

Przedstawione powyżej formy stanowią obecne rozwiązania konkurencyjne. Instytucje ubezpieczeniowe podnoszą, iż systemy abonamentowe naruszają prawo, ponieważ abonament jest faktycznie ubezpieczeniem, a firmy je sprzedające nie posiadają wymaganych licencji, co stanowi naruszenie prawa. Ponadto instytucje ubezpieczeniowe zarzucają, iż systemy abonamentowe blokują rozwój rynku ubezpieczeń. To ostatnie jest o tyle trafne, iż firmy abonamentowe ponoszą niższe koszty działania. Firmy ubezpieczeniowe zobligowane są m. in. do tworzenia rezerw na wypadek konieczności realizacji polisy, co nie dotyczy firm oferujących abonamenty. Na cenę abonamentu istotnie wpływa także okoliczność, iż firma, która kupuje abonament dla pracowników, wpłaconą składkę wlicza w koszt uzyskania przychodu (w tej kwestii po ostatnich nowelizacjach ustaw podatkowych występują poważne wątpliwości interpretacyjne). Natomiast w sytuacji zakupu ubezpieczenia grupowego pracodawca zobowiązany jest od zapłaconych składek odprowadzić podatek i składki na ZUS, ponieważ składka taka traktowana jest jako dodatkowe wynagrodzenie pracownika. Wszystko to powoduje, iż polisa jest droższa od abonamentu.

Przedstawione wyżej formy organizacyjno-prawne korzystania przez świadczeniodawców z możliwości uzyskania dodatkowych (poza wynikającymi z powszechnego ubezpieczenia) świadczeń medycznych nie stanowią rozwiązania docelowego i nie spowodowały istotnego zwiększenia satysfakcji ani pacjentów, ani personelu medycznego.

Obydwa wcześniej omawiane rozwiązania nie są w żaden sposób powiązane z systemem powszechnego ubezpieczenia w NFZ, a świadczeniobiorcy samodzielnie opłacają z własnych środków – lub za nich robią to ich pracodawcy – usługi w znacznej części faktycznie raz już opłacone.

Wiodącą zasadą obecnie obowiązującej ustawy o świadczeniach gwarantowanych, mimo dokonania prób wzmocnienia roli i znaczenia regionalnych oddziałów NFZ, jest scentralizowany nadzór nad podejmowaniem decyzji o wyborze świadczeniodawcy. W znacznej części jej przepisów widać dążenie do wydatnego zmniejszenia działania mechanizmu rynku i konkurencji. Nie występuje on przy zawieraniu umów, które mają podlegać uzgodnieniom (zasada konsensusu) między płatnikiem, świadczeniodawcą i organizatorem. Nie zawarto w niej bodźców do wyzwalania inicjatyw lokalnych (pochodzących od podmiotów niepublicznych oraz od samorządów terytorialnych), co było nadzieją wcześniej przeprowadzanych zmian decentralizacyjnych. Przyjęte rozwiązania nie zawierają pozytywnych bodźców zachęcających niepublicznych przedsiębiorców do inwestowania w sek-

tor lecznictwa zamkniętego. Prywatna opieka stacjonarna nie została uwzględniona w projektowanej sieci szpitali – tak jakby system publiczny miał dosyć kapitału, by rozwiązywać wszystkie problemy. W nowej sytuacji inicjatywy i bodźce mają płynąć jedynie z góry na dół i to ma zapewnić spójność i jednolitość systemu.

Przygotowując założenia dla funkcjonowania scentralizowanego systemu Narodowego Funduszu Zdrowia, zapomniano, że jednym z podstawowych problemów obecnego stanu ochrony zdrowia w Polsce jest brak czytelnego systemu finansowania całego sektora ochrony zdrowia, a w tym zwłaszcza brak zachęt finansowych dla podmiotów niepublicznych do przejmowania funkcji wykonawcy świadczeń medycznych w lecznictwie zamkniętym przy powszechnej faktycznej akceptacji dla funkcjonowania w nim „szarej strefy”. Scentralizowanie na poziomie krajowym w jednym ręku funkcji płatnika, nadzorca i kontrolera, a niejednokrotnie również świadczeniodawcy, wzmacnia tylko nieformalny „układ” i prowadzi zarazem do znacznego obciążania finansowego pacjentów i ich rodzin. Dalsze utrzymywanie takiej sytuacji sprzyja naruszeniu wynikającej z Konstytucji zasady równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej z publicznych środków.

Jedną z alternatyw dla obecnego sprzyjającego korupcji „systemu” jest szybkie wprowadzenie i promowanie uzupełniającego (dodatkowego) zdrowotnego ubezpieczenia prywatnego, opartego na podstawach wynikających wprost z zapisów ustawowych. Z punktu widzenia legislacyjnego jest to możliwe przez umieszczenie w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ odrębnego rozdziału, poświęconego ubezpieczeniom uzupełniającym (jednak wówczas musiałyby ulec zmianie tytuł ustawy). Możliwe jest także rozwiązanie polegające na zawarciu w ustawie o świadczeniach gwarantowanych ogólnych zapisów określających relacje zachodzące między podstawowym ubezpieczeniem powszechnym a ubezpieczeniem uzupełniającym wraz z odesłaniem do szczegółowego uregulowania funkcjonowania tego ostatniego w odrębnej ustawie. W obydwu przypadkach powinno nastąpić szczegółowe określenie podmiotowego i przedmiotowego zakresu uregulowania funkcji ubezpieczycieli oraz praw i obowiązków ubezpieczonych.

Inicjatywa wprowadzenia takich rozwiązań finansowo-organizacyjnych może pochodzić od Ministra Zdrowia (po uprzedniej konsultacji z Ministrem Finansów). Można jednak brać pod uwagę wystąpienie z podobną inicjatywą komisji parlamentarnych, Prezydenta RP czy grupy obywateli. Zagadnienie to, ze względu na zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia dotyczące podjęcia od 2005 r. działań zmierzających do przygotowania w miejsce obecnie nie zbyt dobrze i w pośpiechu przygotowanej ustawy – nowej regulacji prawnej normującej dostęp do świadczeń zdrowotnych, staje się niezwykle aktualne.

Jednym w najistotniejszych do pokonania trudności przy wprowadzeniu powyższych rozwiązań organizacyjnych jest bariera ludzkiej mentalności i złych nawyków u osób, które zarządzają placówkami medycznymi. Niezbędne będzie więc stworzenie takich rozwiązań finansowo-organizacyjnych, w wyniku których osoby otrzymujące dotychczas nieoficjalne „wynagrodzenia” zamiast nich uzyskiwać będą rekompensatę w postaci np. premii nadzwyczajnej za efektywność lub, tak jak jest to przyjęte w innych krajach, tzw. ordynatorskich łózek. Takie działanie mogłoby przynieść same korzyści –doprowadziłoby to do sformalizowania i ujednolicenia systemu wynagradzania w opiece zdrowotnej, a także zwiększyłoby dostępność do opieki zdrowotnej dla całego społeczeństwa.

Do działań niezbędnych wraz z wejściem w życie postaw prawnych dla dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zaliczyłbym m.in.:

- dokonanie jasnego i precyzyjnego podziału zadań i odpowiedzialności pomiędzy różne szczeble władz publicznych (rząd, inne urzędy centralne, wojewodowie, samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne),
- wprowadzenie ogólnych standardów świadczeń i ich wyceny, jak również mechanizmów kontroli przestrzegania standardów,
- wprowadzenie powszechnej i obowiązkowej akredytacji świadczeniodawców,
- ustalanie ogólnych warunków kontraktów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- jasnego potwierdzenia równości statusu prawnego zakładu opieki zdrowotnej, zarówno publicznego, jak i niepublicznego (w odniesieniu do lecznictwa otwartego jak i do zamkniętego).

Prywatne instytucje ubezpieczeniowe same mogłyby ustalać składkę, jednak sposób i procedura ustalania jej wysokości winny być uregulowane ustawowo.

Przygotowując się do wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, należy określić, na jakich warunkach i w jaki sposób zachodzić miałyby wzajemne relacje między systemem podstawowym (umownie zwanym powszechnym) a dodatkowym (uzupełniającym).

System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego można traktować umownie jako pierwszy filar – firmy oferujące ubezpieczenia dodatkowe będą filarem drugim. Utworzony wówczas rynek nowych płatników mógłby radykalnie zmienić sytuację świadczeniodawców, którzy będą mogli negocjować kontrakty z różnymi płatnikami. Z drugiej strony postawione zostaną świadczeniodawcom większe wymagania, gdyż pieniąż rzeczywicie, tak jak obiecywano w 1998 r., „pójdzie za pacjentem”.

Można się spodziewać, że osoby posiadające dodatkowe ubezpieczenie nie będą chciały wcale korzystać ze świadczeń z pierwszego filara. Będą więc zainteresowane opuszczeniem systemu „powszechnego”. System ubezpieczenia w NFZ jest jednak w Polsce obowiązkowy i wszystkie osoby zobowiązane są przepisami do pozostania w nim. Dotychczas nie określono warunków „wychodzenia z systemu”, które mogłyby zostać tak sformułowane, aby były korzystne dla obu stron, czyli dla państwa oraz dla ubezpieczonego.

Należy także mieć na uwadze zachodzące w Polsce a wynikające z trwającej transformacji systemowej zjawiska socjologiczne, takie jak choćby osiąganie coraz wyższego poziomu rozwoju świadomości społecznej i zwiększenia się zamożności obywateli (co jest obiektywnym faktem, wynikającym chociażby z danych pochodzących z niedawnego spisu powszechnego), stwarzające konieczność ustanowienia w Polsce systemu pozwalającego ludziom lepiej sytuowanym korzystać ze świadczeń lepszych od tych dostępnych dla większości obywateli. Tendencja taka jest już widoczna w wielu krajach europejskich, a jej wynikiem jest wzrost znaczenia sektora prywatnych świadczeniodawców jak i ubezpieczycieli.

### Informacje o autorze

**Dr Maciej Dercz**, radca prawny, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, ekspert Instytutu Spraw Publicznych. E-mail: maciejdercz@post.pl.