

Monika Kielbasa

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

STRUKTURA RYNKU PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W UNII EUROPEJSKIEJ

1. Wstęp

W światowej gospodarce dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne odgrywają dość istotną rolę. W Polsce, niestety, nie ma wciąż regulacji, które pozwoliłyby na ich swobodny rozwój. Podstawową barierą rozwoju tych ubezpieczeń na gruncie polskim jest brak koszyka świadczeń gwarantowanych. Nie jest sprecyzowane, za jakie świadczenia medyczne obywatel powinien zapłacić, a jakich może oczekiwać bezpłatnie. Obecnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie mogą swobodnie konkurować z publicznym systemem opieki zdrowotnej. Wykorzystanie doświadczeń z innych państw może być pomocne przy budowie polskiego systemu opieki medycznej [6].

Na rynkach większości państw członkowskich Unii Europejskiej zachodzą znaczne zmiany w sektorze ochrony zdrowia, zwłaszcza w sferze jego finansowania. Ostatnio daje się zauważyć tendencja do wzrostu udziału środków prywatnych w finansowaniu świadczeń medycznych w formie zarówno bezpośrednich dopłat pacjentów do usług, jak i składek na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Żadnego z państw członkowskich nie stać na to, aby zapewnić swoim obywatelom nieograniczony i bezpłatny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast Polska pod względem zamożności, a tym samym możliwości finansowych, nie należy do czołówki, co jedynie utwierdza w przekonaniu, że konieczne jest ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz wskazanie obywatelom, za jakie usługi będą musieli zapłacić, niestety, z własnej kieszeni. Z pewnością nie jest to zadanie łatwe, jednakże konieczne z perspektywy dalszego funkcjonowania ochrony zdrowia.

W artykule została naszkicowana struktura rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Unii Europejskiej. Wskazane zostały możliwe kierunki jego roz-

woju oraz wiążące się z tym problemy. Celem artykułu jest wywołanie dyskusji nad ewentualnym przeniesieniem pewnych rozwiązań na grunt Polski oraz potwierdzenie konieczności dokonania pewnych zmian systemowych. Wszyscy widzą potrzebę reform w systemie ochrony zdrowia, jednak dzisiaj nie widać partii, która ciężar takich zmian mogłaby dźwignąć. Potrzeba nie lada odwagi, aby oficjalnie przyznać, że państwo nie gwarantuje pełnej opieki zdrowotnej swoim obywatelom. Być może doświadczenia pozostałych państw pomogą nam odnaleźć optymalne rozwiązanie oraz uniknąć błędów.

Ze względu na ograniczone ramy artykułu pominięty został podział dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na komplementarne, substytucyjne i dodatkowe (suplementarne).

2. Typy ubezpieczycieli

Zakłady ubezpieczeń, oferujące dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w Unii Europejskiej, można podzielić ze względu na ich status prawny oraz na stopień ich specjalizacji w sprzedaży ubezpieczeń zdrowotnych.

Jeżeli chodzi o status prawny, to można wyróżnić: towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz stowarzyszenia zarządzające składkami uczestników [5, s. 48] (mające charakter niekomercyjny), a także przedsiębiorstwa komercyjne (działające w celu osiągnięcia zysku). Podział na organizacje *non-profit* i *for-profit* (wzajemne i komercyjne), ważny nie tylko ze względu na motywację działania, w wielu krajach wpływa na obciążenia podatkowe. Organizacje *non-profit* w Unii Europejskiej mają bardzo długą historię, jeżeli chodzi o zaangażowanie w problemy społeczne. Ich charakterystyczną cechą jest działanie na zasadach solidaryzmu. AIM¹ (The Association Internationale de la Mutualité) definiuje solidarność jako mechanizm, który umożliwia każdemu dostęp do świadczeń, w zależności od potrzeby oraz adekwatnie do posiadanych środków finansowych.

Obecnie AIM skupia 45 narodowych federacji reprezentujących 32 kraje. Zapewnia ona społeczne ubezpieczenie na wypadek choroby oraz wystąpienia innego rodzaju ryzyka ponad 155 mln ludzi – albo przez uczestniczenie bezpośrednio w zarządzaniu obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, albo przez oferowanie alternatywnego lub dodatkowego ubezpieczenia. AIM „dąży do tego, by zapewnić każdemu dostęp do wysokiej jakości opieki bez względu na wiek, płeć, stan zdrowia, dochód lub też inne społeczne, zawodowe, religijne albo etniczne kryterium” [4]. Jednakże w chwili obecnej istnieje znaczna różnica w stopniu, w jakim zasada solidarności jest realizowana przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz stowarzyszenia zarządzające składkami uczestników w różnych państwach członkowskich.

¹ AIM jest to ugrupowanie autonomicznego ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego, ochronna organizacja działająca według zasad solidarności i niedochodowej orientacji.

Organizacje *non-profit* są obecne w większości państw członkowskich (wyjątkami są Austria oraz od kilku lat Finlandia). Zdominowały one rynek w wielu krajach, np.: Belgii, Danii, Francji, Irlandii, Luksemburgu i Holandii. Przyczyną takiego stanu są głównie uwarunkowania historyczne. Niemniej jednak udział tych organizacji w rynku VHI² w niektórych państwach członkowskich spada, szczególnie w Finlandii (gdzie jest już znikomy), Danii, Wielkiej Brytanii i we Francji. W Wielkiej Brytanii w 1990 r. organizacje *non-profit* posiadały ok. dwie trzecie rynku, jednak kiedy w 1999 r. drugie największe stowarzyszenie (i drugi największy dobrowolny ubezpieczyciel zdrowia) zostało nabyte przez komercyjne przedsiębiorstwo (AXA Sun Alliance), ich udział zmniejszył się do 50% (BUPA samodzielnie posiada 40% rynku). We Francji towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (*mutuelles*) w latach 1980-1996 zwiększyły swój udział w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną z 5 do 7%. W tym samym czasie udział komercyjnych ubezpieczycieli wynosił 3% [8, s. 70]. Od tego czasu jednak udział wzajemnych stowarzyszeń w rynku nieznacznie spadł; w tej chwili odpowiadają one za 61% całkowitego rynku VHI, biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych mieszkańców. Komercyjni ubezpieczyciele odpowiadają za 22%, a stowarzyszenia zarządzające składkami uczestników (*instituts de prévoyance*) za 17% [8].

Rynek irlandzki jest zdominowany przez Vhi Healthcare (poprzednio Voluntary Health Insurance Board or VHIB), który został założony w 1957 r. jako *non-profit quasi-public*, ale niezależny podmiot i rozwijał się jako monopolista aż do momentu, kiedy to rynek został otworzony dla konkurencji (1994 r.). Stało się tak w związku z koniecznością dostosowania się do trzeciej dyrektywy UE [2]. Od czasu, gdy organizacja BUPA Ireland weszła na rynek w 1996 r., zyskała w nim 14% udziału. „Biała księga” rządu irlandzkiego (*White paper*) z 1999 r. na temat VHI zawierała plany przekształcenia Vhi Healthcare w państwową spółkę akcyjną (*state-owned public limited company*), z pełną handlową swobodą, w nadziei, że prywatyzacja przedsiębiorstwa uwolni go od wpływu irlandzkiego Ministerstwa Zdrowia (Department of Health and Children) i zmusi do gry rynkowej [5].

Trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż na życie nie wprowadza podziału zakładów ubezpieczeń, w związku z czym zakazuje się odmiennego traktowania przedsiębiorstw działających na zasadach *non-profit* i *for-profit*. Mimo wszystko różnice w traktowaniu dawały się jeszcze zauważyć w 2003 r. Na przykład ubezpieczyciele działający na zasadzie *non-profit* w Belgii, Francji i Luksemburgu byli zwolnieni z podatku od składki ubezpieczeniowej (*the insurance premium tax*), który był pobierany od polis sprzedawanych przez komercyjnych ubezpieczycieli. Dopiero decyzja Komisji Europejskiej, poparta wyrokiem sądu (Europejski Trybunał Sprawiedliwości), zmusiła te kraje do zmian uregulowań podatkowych. Państwa członkowskie używające narodowych praw podatkowych w celu

² VHI (*voluntary health insurance*) – dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

preferowania niekomercyjnych kosztem komercyjnych ubezpieczycieli naruszają prawo konkurencji UE.

Niemcy są jedynym państwem członkowskim, w którym zastępcze dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne VHI są całkowicie sprzedawane przez specjalistyczne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych. Niemiecki organ nadzorczy pozwolił na sprzedaż VHI jedynie przez ubezpieczycieli specjalizujących się w zdrowiu, aby ochronić posiadaczy polis od niewypłacalności powstającej z tytułu prowadzenia innego biznesu (pozostałej działalności ubezpieczeniowej) [8].

Legislacja, przenosząc trzecią dyrektywę do niemieckiego prawa, formalnie obaliła tę regułę (art. 5 tejże dyrektywy). Jednak rząd niemiecki dodał nowe zabezpieczenie do rodzimego, społecznego prawa, zakazując pracownikom, za których pracodawcy opłacali składkę korzystania z usług ubezpieczycieli łączących zdrowie z innymi typami ubezpieczenia. Komisja Europejska uznała to za pośrednie naruszenie dyrektywy i wysłała tzw. umotywowaną opinię do Niemiec w 1996 r. Wobec braku zadowalającej odpowiedzi ze strony rządu niemieckiego, Komisja Europejska skierowała Niemcy do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (European Court Justice – Case C – 298/01). Zasada oddzielenia VHI od innych typów ubezpieczenia nie odnosi się do zagranicznych zakładów ubezpieczeń oferujących polisę zdrowotne (zostało to wymuszone przez Komisję Europejską i wyrok sądu) [8].

W innych krajach udział specjalistycznych ubezpieczycieli zdrowia waha się od 0 w Austrii i Portugalii do 0,8% we Włoszech, 4,3% w Belgii, 5,6% we Francji i do ponad jednej trzeciej w Zjednoczonym Królestwie (36%) i prawie do połowy w Holandii (47,2%). Niektóre rodzaje zakładów ubezpieczeń są bardziej skłonne do tego, aby wyspecjalizować się w zdrowiu. We Francji np. więcej niż połowa ze wszystkich wzajemnych stowarzyszeń specjalizuje się w problematyce zdrowia. W 1999 r. z 8,9 mld euro składki na VHI aż 8,3 mld euro zebrały wzajemne stowarzyszenia [8].

3. Liczba zakładów ubezpieczeń

W 1998 r., według ostatniego sprawozdania, 54,9% wszystkich składek na VHI w Europie zarobiło 25 przedsiębiorstw, z których 17 to zakłady ubezpieczeń z Niemiec³ (Rebeka, DKKV, Allianz i Signal Iduna). Na piątej pozycji plasuje się ubezpieczyciel brytyjski. Istnieje znaczna różnica, jeżeli chodzi o liczbę zakładów ubezpieczeń działających w każdym państwie członkowskim. Niektóre narodowe rynki są wysoce skoncentrowane (np.: Irlandia, Dania, Finlandia, Austria, Grecja i Wielka Brytania), natomiast Francja, Włochy i Hiszpania mają największe rozdrobnienie przedsiębiorstw (więcej niż 100 w każdym kraju). Jednak sama liczba zakładów ubezpieczeń nie może być miernikiem wielkości rynku ubezpieczeń.

³ Niemcy są największym rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych w Europie.

W 1990 r. na rynkach wielu państw członkowskich dała się zauważyć tendencja do silnej koncentracji zakładów ubezpieczeń. Na przykład w Hiszpanii w 1981 r. było 269 ubezpieczycieli sprzedających VHI i 135 ubezpieczycieli w 1991 r., a obecnie wskaźnik ten spadł do ok. 100. Liczba ubezpieczycieli spadła również we Włoszech (z 125 w 1997 r. do 104 w 2000 r.), Luksemburgu (z 13 do 14 komercyjnych ubezpieczycieli w 1990 r. do 11 w 2001 r.) i w Portugalii (z 45 ubezpieczycieli w 1996 r. do 39 w 1999 r.). Ten sam schemat został zaobserwowany w Austrii i Grecji [8].

Udział trzech największych ubezpieczycieli zdrowotnych w rynku jest największy w Irlandii (100%), Luksemburgu (92% z komercyjnych ubezpieczycieli), Austrii (84%), Szwecji (80-90%), Wielkiej Brytanii (75%), Finlandii (62% komercyjnych ubezpieczycieli) i Francji (59,5% komercyjnych ubezpieczeń). Rynki VHI są dużo mniej skoncentrowane w Portugalii (31,6%), Włoszech (33%) i Belgii (49% z komercyjnych ubezpieczeń). W Grecji stosunkowo wysoki jest udział pięciu największych ubezpieczycieli (70,4%).

W 1990 r. ustawowy fundusz chorobowy w Holandii uzyskał zezwolenie na oferowanie uzupełniających i dodatkowych (suplementarnych) VHI oraz na połączenie się z dobrowolnymi ubezpieczycielami zdrowia. Doprowadziło to do znaczących połączeń, które zmniejszyły liczbę funduszy chorobowych o prawie 50% (z 53 do 27), i to pomimo wejścia 6 nowych funduszy. Pozwoliło to na zdecydowaną poprawę jakości oferowanych ubezpieczeń, a także w znacznym stopniu zwiększyło popularność wśród klientów oferty łączącej ubezpieczenie obowiązkowe z ubezpieczeniem dobrowolnym (oferta kompleksowa). W tym samym czasie wprowadzono w Holandii regulację umożliwiającą wykorzystanie środków publicznych (składek obowiązkowych) do rozwoju ubezpieczeń dobrowolnych (dodatkowych) [5, s. 49]. Obecnie rynek jest zdominowany przez trzy konglomeraty ubezpieczeniowe, z których dwa są też największymi zakładami ubezpieczeń nie na życie (i innych niż na życie – Ohra i Achmea) [8].

Rząd duński wprowadził regulacje prawne uniemożliwiające ubezpieczycielom, którzy jednocześnie dostarczają dobrowolne i ustawowe ubezpieczenia zdrowotne, korzystanie ze środków publicznych w celach komercyjnych (*private business*).

4. Indywidualne i grupowe polisy ubezpieczenia zdrowotnego

Jednym z ważniejszych kryteriów podziału dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest zasięg ochrony ubezpieczeniowej, w związku z czym można wyróżnić ubezpieczenia indywidualne i grupowe.

Polisy grupowe są popularne wśród zakładów ubezpieczeń z trzech głównych powodów [8]:

1) mają one niższy koszt jednostkowy i dostarczają znacznych korzyści, przy niewielkich nakładach,

2) próba zredukowania składki oraz przedstawienia korzystnych warunków dla grup sprawia, że ubezpieczyciele automatycznie poszukują (obejmują ochroną) młodszej, zdrowszej i bardziej jednorodnej (homogenicznej) populacji,

3) w przypadku ubezpieczeń grupowych istnieje większe prawdopodobieństwo, że pracodawca, który wykupił dla swoich pracowników takie ubezpieczenie, będzie lojalnym i „stabilnym” klientem.

Różnica między polisami grupowymi i nabytymi przez osoby indywidualne polega również na sposobie kalkulacji składki ubezpieczeniowej. W przypadku ubezpieczeń grupowych składka jest kalkulowana dla całej grupy (*underwriting grupy*), natomiast w przypadku ubezpieczeń indywidualnych jest ona szacowana na podstawie poziomu jednostkowego ryzyka. W związku z tym składka w ubezpieczeniach grupowych jest zdecydowanie niższa w porównaniu z ubezpieczeniami indywidualnymi, podobnie zresztą jak w przypadku grupowych ubezpieczeń na życie.

Stosunkowo niski poziom popytu indywidualnego na VHI w wielu państwach członkowskich zmusił zakłady ubezpieczeń do skoncentrowania się na sprzedaży polis grupowych. W 1980 r. dostrzeżono szybką ekspansję rynku polis grupowych, w szczególności na terenie kilku państw członkowskich. Tendencja do zwiększania obrotów (sprzedaży) polis grupowych trwała do 1990 r., chociaż w nieznacznie wolniejszym tempie. Dane tabeli 1 pokazują, że polisy grupowe aktualnie stanowią większość polis VHI w Szwecji, Irlandii, Portugalii, Grecji i Wielkiej Brytanii, więcej niż połowę ze wszystkich polis w Holandii i prawie połowę wszystkich polis we Francji. Polisy grupowe nie odgrywają znaczącej roli w Hiszpanii (15 do 18% z polis VHI), Austrii albo Niemczech (6,6%), natomiast bardzo mały ich udział stwierdza się w Danii i Finlandii. W niektórych krajach komercyjne polisy VHI są częściej nabywane przez grupy niż przez osoby indywidualne (73,6% komercyjnych polis VHI w Belgii w 1998 r. i większość komercyjnych polis VHI w Danii).

Grupowe polisy mogą być opłacane w całości przez pracodawcę albo przez samego pracownika bądź też po części i przez pracodawcę, i przez pracownika (tab. 1).

Znaczny wzrost sprzedaży polis VHI w Wielkiej Brytanii w latach 90. był spowodowany wzrostem sprzedaży polis grupowych opłacanych przez pracodawców (obecnie ok. 69% ubezpieczeń jest opłacanych bezpośrednio przez pracodawcę). Prawie co trzecia z polis grupowych jest w pełni albo częściowo opłacona przez samych pracowników. Prawdopodobieństwo ubezpieczenia opłaconego przez pracodawcę rośnie w miarę wzrostu dochodu pracowników. Zjawisko to występuje zwykle z dwóch przyczyn:

1) osoby na wyżej opłacanych stanowiskach zwykle negocjują dodatkowe, pozaślacowe świadczenia,

2) pracodawcy bardziej się troszczą o zdrowie osób zajmujących ważne, najwyżej opłacane stanowiska.

Tabela 1. Polisy indywidualne i grupowe w zakresie VHI w 2000 r. eee

Kraj	Polisy nabywane przez grupy (pracodawców)	Czy polisy grupowe są opłacane przez pracodawców?	Polisy nabywane i opłacane przez osoby indywidualne
Austria	29,2% (zyskany udział w rynku 1996-2000)	Tak	70,8% dochodu ze składki (2000 r.)
Belgia	Niektóre polisy komercyjne	Niektóre polisy grupowe	Wszystkie wzajemne i prawie wszystkie polisy komercyjne
Dania	80% – polisy komercyjne	Tak (niektóre formy zatrudnienia – kontrakty)	Prawie wszystkie polisy sprzedane w Danii (wzajemne stowarzyszenie)
Francja	23,6% – obligatoryjny charakter (1998 r.) 25,2% dobrowolny charakter (1998 r.)	Częściowo albo w pełni (przymusowe); częściowo (dobrowolne)	46,8% (1998 r.)
Niemcy	Bardzo mało	–	Prawie wszystkie
Grecja	Powiększył się o 106,1% (1989-1995)	Tak	Powiększył się o 64,1% (1989-1995)
Irlandia	75-80% (2000 r.)	20-25% (2000 r.)	20-25% (2000 r.)
Włochy	26,3% (1999 r.); w 1994 r. tylko 24% firm nie oferowało żadnych polis grupowych	Tak	53,3% handlowe – komercyjne (1999 r.) 20,3% <i>mutuals</i> – wzajemne (1999 r.)
Luksemburg	5% z komercyjnych polis (2000 r.)	–	100% <i>mutuals</i> – wzajemne (2000 r.) 95% handlowe (2000 r.)
Holandia	Więcej niż 50% (2000 r.)	–	Mniej niż 50% (2000 r.)
Portugalia	71% (1998 r.)	Większość polis grupowych	29% (1998 r.)
Hiszpania	15-18% (1998 r.)	Tak, dla starszego kierownictwa; niektóre dla innych pracowników	82-85% (1998 r.)
Szwecja	90%	Tak	10%
Wielka Brytania	69,5% osób ubezpieczonych (polisy opłacane przez pracodawcę – 2000 r.)	Niektóre polisy grupowe	30,5% osób ubezpieczonych (polisy opłacone dla osób indywidualnych i przez osoby indywidualne oraz przez pracowników w 2000 r.)

Źródło: [8].

Szacuje się, że w Wielkiej Brytanii 46% kadry zarządzającej i średniego szczebla kierownictwa ma wykupione ubezpieczenie przez pracodawcę, natomiast tylko 4% robotników wykwalifikowanych i 1% robotników niewykwalifikowanych [5, s. 49].

W Irlandii proporcja polis VHI nabywanych przez grupy zwiększyła się od połowy 1990 r. z 70% do 75-80%, chociaż tylko 20-25% ze wszystkich polis VHI było opłacanych przez pracodawców. Wzrost sprzedaży polis grupowych może zostać przypisany trwałemu rozwojowi gospodarczemu, obecności wielonarodowych korporacji oraz upustom nawet do 10% (maksymalny dopuszczalny regulaminowo upust).

Badania przeprowadzone w 1992 r. wykazały, że 35% francuskich gospodarstw domowych nabyło indywidualnie uzupełniającą polisę VHI, natomiast 49% to polisy grupowe. Udział polis grupowych został oceniony w 1998 r. na 61,1% i na 48,8% w 2000 r. Francuskie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych dominują na rynku indywidualnych polis VHI (mają 60% udziału w całkowitym rynku VHI). Komercyjni ubezpieczyciele coraz bardziej kierują się w stronę sektora indywidualnego, jednakże jest im bardzo trudno współzawodniczyć z towarzystwami ubezpieczeń wzajemnych, częściowo z powodu finansowych korzyści przyznanych TUV-om oraz częściowo z powodu ich historycznego zaangażowania w sektor emerytalny.

W Portugalii realny wzrost rynku VHI w latach 1996-1999 był w dużej mierze skutkiem wzrostu sprzedaży polis grupowych, natomiast polisy grupowe w Holandii wzrosły z 34,5% wszystkich polis (1980 r.) do 46,6% (1990 r.) i 53,8% (1998 r.).

5. Finansowanie ochrony zdrowia

Gdybyśmy chcieli dokonać przeglądu systemów finansowania ochrony zdrowia w krajach UE, moglibyśmy stwierdzić, iż w Europie nie ma jednego wzorcowego i godnego naśladowania modelu organizacji i finansowania ochrony zdrowia.

Systemy ochrony zdrowia w krajach członkowskich oparte są na mieszanych źródłach finansowania, jednak należy zauważyć, że w większości krajów podstawowym źródłem są fundusze publiczne. Poza środkami publicznymi istotną rolę jako źródło finansowania odgrywają również środki pochodzące z dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń, a także bezpośrednie dopłaty dokonywane przez samych pacjentów (tab. 2 i 3).

Tabela 2. Źródła finansowania opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej

Kraje	Dominujący system finansowania	Główny dodatkowy system finansowania
Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Szwecja, Hiszpania, Wielka Brytania	Publiczny: dochody podatkowe	Prywatne dobrowolne ubezpieczenia, bezpośrednie opłaty
Dania, Portugalia	Publiczny: dochody podatkowe	Bezpośrednie opłaty
Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Luksemburg	Publiczny: obowiązkowe ubezpieczenia	Prywatne dobrowolne ubezpieczenia, bezpośrednie opłaty, publiczne: dochody podatkowe
Holandia	Mieszane: obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i prywatne dobrowolne ubezpieczenia	Publiczne: system podatkowy, bezpośrednie opłaty

Źródło: [8].

Tabela 3. Dane dotyczące wydatków na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej w 2001 r.

Kraj	Wydatki ogółem na ochronę zdrowia jako % PKB	% populacji zadowolonych z systemu ochrony zdrowia (1999 r.)*	% wydatków na ochronę zdrowia finansowanych ze środków publicznych		% wydatków na ochronę zdrowia finansowanych ze środków prywatnych		
			ogółem	z ubezpieczeń społecznych	ogółem	z ubezpieczeń prywatnych	z odpłatności pacjentów
Austria	8,0	83,4	69,3	42,8	30,7	7,2	18,8
Belgia	8,9	77,0	71,7	55,6	28,3	1,9	16,6
Dania	8,4	75,8	82,4	0,0	17,6	1,9	16,0
Finlandia	7,0	74,3	75,6	15,7	24,4	2,0	20,2
Francja	9,6	78,2	76,0	73,3	24,0	12,7	10,2
Niemcy	10,8	49,9	74,9	68,8	25,1	8,4	10,6
Grecja	9,4	18,6	56,0	19,6	44,0	1,9	32,5
Irlandia	6,5	47,7	76,0	0,8	24,0	6,8	13,2
Włochy	8,4	26,3	75,3	0,2	24,7	0,9	20,3
Luksemburg	6,0	71,6	89,9	69,8	10,7	1,5	7,5
Holandia	8,9	73,2	63,3	59,4	36,7	15,6	8,8
Portugalia	9,2	24,1	69,0	4,7	31,0	1,3	18,1
Hiszpania	7,5	47,6	71,4	6,6	28,6	4,0	23,7
Szwecja	8,7	58,7	85,2	0,0	14,8	0,0	14,8
W. Brytania	7,6	55,7	82,2	0,0	17,8	3,1	9,8

Źródło: [8].

6. Podsumowanie

Struktura rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Unii Europejskiej jest bardzo zróżnicowana, podobnie zresztą jak cała organizacja i finansowanie systemu ochrony zdrowia. Można wyróżnić trzy formy prawne zakładów ubezpieczeń, które oferują ubezpieczenia zdrowotne: towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz stowarzyszenia zarządzające składkami uczestników (działające *non-profit*), a także przedsiębiorstwa komercyjne (działające w celu osiągnięcia zysku). W zależności od uwarunkowań historycznych, prawnych oraz podatkowych, w różnych państwach dominują inne typy zakładów ubezpieczeń.

Po analizie struktury rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach członkowskich można stwierdzić, że wśród sprzedawanych polis dominują polisy grupowe. Jest to bardzo cenna informacja z punktu widzenia ewentualnego wprowadzania w niedalekiej przyszłości prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynek Polski. Dużą rolę odgrywają zakłady ubezpieczeń działające *non-profit*. Natomiast w Polsce towarzystw ubezpieczeń wzajemnych (TUV) jest obecnie zbyt mało, aby to one mogły zająć dominującą pozycję w sprzedaży polis zdrowotnych.

W związku z tym, że żadne z państw nie może sobie pozwolić na finansowanie opieki zdrowotnej wyłącznie ze środków publicznych (nie stać na to nawet państw znacznie zamożniejszych od Polski), powinniśmy sobie zadać pytanie już dzisiaj, czy umożliwić rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, czy też wprowadzić bezpośrednie dopłaty pacjentów. Bardzo optymistyczne prognozy wskazują na możliwość osiągnięcia nawet 10 mld zł składek z tytułu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Jest to możliwe do zrealizowania w ciągu kilku lat od wdrożenia reformy. Jednak nawet połowa tej kwoty to tyle co całe dzisiejsze OC komunikacyjne i 1/3 tego, co zbierają wszystkie zakłady ubezpieczeń na życie [1, s. 8]. Problemem jednak okazuje się ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych, który stanowiłby podłoże pod rozwój tego rynku. Potrzeba wielkiej odwagi polityków, aby oficjalnie przyznali, że państwo nie gwarantuje pełnej opieki zdrowotnej swoim obywatelom. Społeczeństwo przywykło już do „złudnego”, bezpłatnego i nieograniczonego, dostępu do służby zdrowia, w związku z czym każda próba wprowadzenia dodatkowych opłat (bezpośrednich lub w formie składki ubezpieczeniowej) wzbudza niechęć i protesty.

Badania przeprowadzone na rynku polskim wskazują, że znaczna część naszego społeczeństwa jest gotowa ponieść koszty składki ubezpieczeniowej, w zamian za lepszy (bez kolejek) dostęp do świadczeń medycznych. Jednak czy nie są to tylko deklaracje? Wielką niewiadomą w dalszym ciągu pozostaje to, czy składka, którą kiedyś zaoferują towarzystwa ubezpieczeniowe, będzie do zaakceptowania przez nasze społeczeństwo. W tej chwili można jedynie obserwować to, co dzieje się w służbie zdrowia u naszych zachodnich sąsiadów, czerpać pomysły z ich doświadczeń w tym względzie i nie popełniać błędów, które oni niegdyś popełnili.

Literatura

- [1] Broda M.Z., *Na zdrowie*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” t. 3, nr 6, czerwiec 2006 r.
- [2] Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych administracyjnych, odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich i innych niż ubezpieczenia na życie, oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie).
- [3] *Health care system in UE. A comparative study*. European Parliament.
- [4] <http://www.aim-mutual.org/uk/index.htm>, 22.03.2006 r.
- [5] Kruszevska X., *Struktura rynku w Europie*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” t. 3, nr 3, marzec 2006 r.
- [6] *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach europejskich – Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii*, „Biuletyn Miesięczny KNUiFE” nr 3(68), marzec 2005 r.
- [7] *World Health Report 2003*, World Health Organization.
- [8] *Voluntary Health Insurance in European Union*, World Health Organization 2004 r.

MARKET STRUCTURE OF VHI IN THE EUROPEAN UNION

Summary

The author describes types of insurers selling VHI in the European Union and examines the extent to which VHI is purchased by groups rather than by individuals.

Voluntary health insurers in the European Union can be distinguished in terms of their legal status and in terms of their degree of specialization in health. In terms of legal status, three types of insurers are present in the EU market for VHI: mutual and provident associations (distinguished by their non-profit status) and commercial companies (distinguished by their for-profit status).

Germany is the only member state in which substitutive VHI is sold entirely by specialist health insurers.