

DANIEL ERYK LACH

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE NA TLE ROZWIĄZAŃ PRZYJĘTYCH W SYSTEMACH WYBRANYCH PAŃSTW

I. WPROWADZENIE

System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje obowiązek ubezpieczeniowy dla licznych i zróżnicowanych grup ludności. Jednak już sama metoda kazuistycznego wymieniania podmiotów zobowiązanych do przystąpienia do ubezpieczenia doprowadziła do pominięcia niektórych grup społecznych. Takie zachowanie ustawodawcy było jednak z pewnością celowe, mimo bowiem deklarowanej w nazwie systemu powszechności, ubezpieczenie zdrowotne wywodzi się przecież z ubezpieczeń robotniczych, adresowanych do jasno określonej grupy niezamożnych pracowników najemnych. Dążąc do objęcia dobrodziejstwem ubezpieczenia zdrowotnego coraz liczniejszych grup społecznych, ustawodawca stworzył szeroki katalog podmiotów objętych obowiązkiem ubezpieczeniowym, przyznając jednocześnie wszystkim pozostałym obywatelom prawo do dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne znane jest w wielu z głównych systemów światowych. W przypadku zaś modelu realizowanego np. w USA zwanego modelem rezydualnym¹ ma nawet kluczowe znaczenie. Występuje jednak także w systemach realizujących model ubezpieczeniowy czy zaopatrzeniowy, pełniąc ważną funkcję uzupełniającą i pomocniczą. Znaczenie ubezpieczenia dobrowolnego zależy oczywiście od kształtu obowiązkowego czy też powszechnie obowiązującego krajowego systemu ochrony zdrowia, można jednak określić jego główne zadania. W przypadku systemów ubezpieczeniowych jedną z cech je wyróżniających jest m.in. dość wąski zakres podmiotowy systemu, spowodowany historycznie przyjętym pracowniczym charakterem, a także licznymi wyłączeniami i limitami ograniczającymi dobrodziejstwa ubezpieczenia społecznego do źle i średnio sytuowanych osób. Ubezpieczenie dobrowolne stanowi zatem możliwość przystąpienia do ubezpieczenia także dla tych osób, na których nie spoczywa taki obowiązek, względnie których poziom dochodów zwalniałby ich od przymusu przystąpienia do wspólnoty ubezpieczeniowej. Mechanizm ten, w pełni szanując swobodę podejmowania decyzji przez zainteresowanych, pomaga w realiza-

¹ Patrz np.: G. Magnuszewska Otulak, *Rozwój systemu zabezpieczenia społecznego w Wielkiej Brytanii. Raport Beveridge'a*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, z. 3(364), Warszawa 1992 oraz odwołania do: R. Titmuss, *Social Policy. An Introduction*, London 1974, s. 30; H. L. Wilensky, Ch. Labeaux, *Industrial society and social welfare*, New York 1958, s. 138, a także W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w państwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 317 - 320.

cji idei zabezpieczenia społecznego dla możliwie szerokich warstw obywateli, poszerzając krąg ubezpieczonych. Problem ten nie dotyczy systemów zaopatrzeniowych, obejmujących swym zasięgiem całość populacji, niezależnie od poziomu i sposobu uzyskiwania dochodów. Skąpość środków finansowych i szerokie grono adresatów systemu powoduje jednak jego przeciążenie, czego skutkiem są np. kolejki i wydłużony czas oczekiwania na niektóre badania lub zabiegi, a także stosunkowo niski standard spełniania niektórych świadczeń. Znaczenie ubezpieczeń dobrowolnych polega wówczas na możliwości spełnienia danego świadczenia poza oficjalną służbą zdrowia, bez kolejki i w lepszych warunkach, na koszt ubezpieczyciela w zakładzie niepublicznym. Należy też pamiętać, że zarówno systemy ubezpieczeniowe, jak i zaopatrzeniowe przewidują szereg rozmaitych opłat, dopłat i innych obciążeń finansowych. Ubezpieczenie dobrowolne pozwala na sfinansowanie takiego dodatkowego udziału własnego osoby uprawnionej w kosztach spełnianych świadczeń.

Powstaje zatem pytanie, do jakich zadań zostało powołane istniejące w polskim systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczenie dobrowolne. Czy poszerza ono i tak już obszerny zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego? Może pozwala na podniesienie standardu usług i skrócenie czasu oczekiwania na niektóre zabiegi? Co z dodatkowymi opłatami obciążającymi ubezpieczonych? Watpliwości dotyczą nie tyle samej instytucji prawnej dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, którą można przecież zreformować, dostosować do istniejących realiów, uwzględniając oczekiwania stron i ich możliwości finansowe, co racjonalności działania prawodawcy, proponującego zapisy praktycznie pozbawione znaczenia. Kompletność i trwałość systemu zależą od wszystkich jego elementów, co oznacza konieczność przemyślanego i kompetentnego jego tworzenia, zwłaszcza w szczegółach.

II. DOBROWOLNE A PRZYMUSOWE UBEZPIECZENIE W SYSTEMACH UBEZPIECZENIOWYCH

1. „Wolność” ubezpieczenia a ubezpieczenie dobrowolne w systemie niemieckim

Niemiecki system ubezpieczenia na wypadek choroby zawiera rozwiązania uzupełniające zapisy obowiązkowego systemu ubezpieczeniowego. Równoległe do systemu przymusowego ubezpieczenia chorobowego powstało szereg prywatnych instytucji ubezpieczeniowych oferujących także ubezpieczenie na wypadek choroby, oparte jednak o zasady rządzące ubezpieczeniami prywatnymi². Dlatego też literatura podkreśla, że nie należy traktować takich prywatnych instytucji ubezpieczeniowych jako kas chorych³, a ubezpieczenia przez nie oferowane nie należą do dobrowolnych ubezpieczeń oferowanych w systemie ustawowych kas chorych.

² Por. K. Wiśniewska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Niemczech*, w: *Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, „Studia i materiały” zeszyt 3, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1993, s. 41 i n.

³ Por. B. Schulin (wyd.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, Band 1, *Krankenversicherungsrecht*, Beck, München 1994, s. 564.

Niemiecki Kodeks Socjalny (SGB) w księdze V przewiduje poza przymusowym ubezpieczeniem również inne możliwości korzystania z dobrodziejstw ubezpieczenia chorobowego. § 6 SGB V definiuje pojęcie „wolności ubezpieczeniowej” (*Versicherungsfreiheit*). Zgodnie z tym przepisem, znowelizowanym od 01.01.2003, wolność ubezpieczeniowa przysługuje pracownikom, których regularny dochód roczny przekracza aktualizowaną co roku kwotę graniczną ustaloną dla ubezpieczenia chorobowego (*Jahresarbeitsentgeltgrenze*)⁴, z wyłączeniem niektórych, wymienionych w zamkniętym katalogu, grup zawodowych oraz studentom i duchownym. Wolność ubezpieczeniowa przysługuje następnie żyjącym krewnym urzędników, sędziów, żołnierzy, duchownych i nauczycieli w szkołach niepublicznych, wymienionych wcześniej, jeżeli otrzymywana renta będąca podstawą obowiązku ubezpieczeniowego wynika jedynie z ubezpieczenia zmarłych osób wymienionych wcześniej. Uzupełniając ten zapis, statuuje się następnie wolność ubezpieczeniową dla osób wykonujących pracę w ramach tzw. ograniczonego zatrudnienia (*geringfügige Beschäftigung*), określonego w przepisach § 8 czwartej księgi SGB, z wyjątkiem zatrudnienia w ramach szkolenia zawodowego oraz zatrudnienia określonego w innych przepisach szczególnych. Taki katalog osób korzystających z wolności ubezpieczeniowej rozumianej jako zwolnienie z obowiązku ubezpieczeniowego w pełni oddaje charakter niemieckiego ubezpieczenia na wypadek choroby. Podstawową przesłanką, odnoszącą się do pracowników, stanowiących trzon ubezpieczeń społecznych, jest wysokość wynagrodzenia w skali roku. Ustawodawca uznał, że w stosunku do tych pracowników, których dochód przekracza 75% kwoty stanowiącej podstawę naliczania składki w ubezpieczeniu emerytalnym, narzucanie przymusu ubezpieczeniowego jest niecelowe. Decyzja o pozostaniu w ubezpieczeniu lub o rezygnacji z niego należy do pracownika. Drugą liczną i ważną społecznie grupą osób korzystających ze zwolnienia od obowiązku ubezpieczeniowego są urzędnicy państwowi, sędziowie, żołnierze i inni funkcjonariusze, ale tylko w wypadku, gdy na mocy przepisów szczególnych przysługuje im, tradycyjne dla tej grupy osób, zaopatrzenie na wypadek choroby. Ważne jest również wyłączenie przymusu dla zarobkujących studentów. Należy bowiem pamiętać, że drobne, czasowe zarobkowanie stanowi podstawę utrzymania wielu studentów i uznany element ich statusu społecznego, związany z ulgami podatkowymi zarówno dla nich, jak i zatrudniających ich pracodawców. Tym samym obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe pozostaje ubezpieczeniem pracowniczym, skierowanym do osób o niewysokich dochodach, realizując założenia programowe modelu ubezpieczeniowego.

Poza osobami, które, zwolnione z obowiązku ubezpieczeniowego nie muszą należeć do ustawowego systemu ubezpieczenia chorobowego, SGB V

⁴ Na rok 2003 kwota ta wynosi 45 900 euro rocznie, czyli 3825 euro miesięcznie, co oznacza jej systematyczny wzrost w stosunku do lat ubiegłych, gdy kwotę graniczną dla uzyskania „wolności ubezpieczeniowej” stanowił dochód przekraczający 75% kwoty granicznej ustalonej dla potrzeb ubezpieczenia emerytalnego (*Beitragsbemessungsgrenze*), który w roku 2002 określono na 3375 euro (6600,93 DM) miesięcznie, podczas gdy w roku 2001 wynosiła ona 6375 DM miesięcznie, przy czym w przypadku tzw. „nowych krajów związkowych”, a więc terenów byłej NRD, granica ta była jeszcze niższa i wynosiła 5400 DM miesięcznie. Źródło: Oficjalna strona internetowa Federalnego Ministerstwa Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego RFN (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*) www.bmgesundheit.de, *Informacje prasowe*, publikacja nr 141/2001 oraz informacja z dnia 17.12.02.

wymienia także osoby, które nie będąc do tego zobligowane, mogą dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie przewidziane jest dla osób, które przestały być objęte obowiązkiem ubezpieczeniowym, a w okresie ostatnich pięciu lat należały do ubezpieczenia przez co najmniej 24 miesiące, albo bezpośrednio przed wystąpieniem z ubezpieczenia były ubezpieczone nieprzerwanie przez 12 miesięcy, dalej dzieci – członkowie rodziny ubezpieczonego, którzy stracili prawo do współubezpieczenia, względnie nigdy ubezpieczeni nie byli ze względu na przepis ustępu 3 § 10 SGB V, tzn. gdy małżonek będący rodzicem tych dzieci sam nie jest członkiem kasy chorych, a jego całkowity, regularny dochód miesięczny przekracza 1/12 wspomnianej wcześniej kwoty stanowiącej podstawę naliczania składki w ubezpieczeniu emerytalnym, a także jest stale wyższy niż całościowy dochód małżonka będącego członkiem kasy. Jak widać ustawodawca zabezpiecza się tutaj przed możliwościami nadużycia i korzystania z dobrodziejstw ubezpieczenia chorobowego przez osoby dobrze sytuowane. Dobrowolnie mogą się również ubezpieczać te osoby, które byłyby zwolnione z obowiązku ubezpieczeniowego ze względu na wysokość ich dochodów, a dotyczy to ich pierwszej pracy, a także osoby ciężko upośledzone, jeżeli któreś z ich rodziców, względnie małżonek był w przeciągu ostatnich pięciu lat przed ich akcesem ubezpieczony co najmniej trzy lata, chyba, że ich członkostwo było niemożliwe ze względu na upośledzenie oraz osoby, których członkostwo ustało w związku z zatrudnieniem za granicą, jeżeli w ciągu dwóch miesięcy od powrotu kraju podejmą pracę. Krąg potencjalnych adresatów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w ramach ustawowego systemu kas chorych jest zatem dość szeroki. Byli członkowie kas chorych, którzy nie podlegają już obowiązkowi ubezpieczeniowemu to przecież nie tylko korzystający z „wolności ubezpieczeniowej” pracownicy o wysokich dochodach, ale także pracownicy, którzy rozpoczęli prowadzenie działalności gospodarczej itp.

Przepisy ograniczające obowiązek ubezpieczeniowy i statuujące równocześnie prawo kontynuowania ubezpieczenia w stosunku do wymienionych osób (§ 6 SGB V), a także upoważniające wymienione grupy osób do dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia (§ 9 SGB V) mają za zadanie poszerzyć grono osób korzystających z dobrodziejstwa ubezpieczenia chorobowego. Pozostając bowiem w swej istocie ubezpieczeniem pracowniczym, skierowanym do osób utrzymujących się z pracy najemnej, ubezpieczenie chorobowe w Niemczech skierowane jest również do osób, których status uległ zmianie. Możliwość dobrowolnego przystąpienia obwarowano wprawdzie licznymi ograniczeniami, jak konieczność pozostawania w ubezpieczeniu przez określony czas itp., ale, jak można domniemywać, celem wprowadzenia tych rygorów jest dążenie do zachowania pierwotnego, pracowniczego i przymusowego, charakteru systemu ubezpieczeń chorobowych, przeciwdziałanie przekształcaniu go w system powszechny, obejmujący grupy społeczne tradycyjnie wyłączone z zakresu obowiązywania przepisów ustawowego ubezpieczenia chorobowego⁵. Tendencje te wzmocniło wprowadzenie ubez-

⁵ Por. W. Gitter, *Strukturen der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung*, „Die Sozialegerichtsbarkeit”, Heft 3 März 1991, s. 86 - 87.

pieczenia chorobowego jako V księgi kodeksu socjalnego (SGB) ustawą z dnia 20.12.1988 o reformie strukturalnej w opiece zdrowotnej (*Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen*, BGBl. I 2477), gdzie ustawodawca jednoznacznie odrzucił wcześniejsze próby objęcia ubezpieczeniem chorobowym tzw. drobnych przedsiębiorców (*kleine Selbständigen*), i skoncentrował się na pracownikach jako głównym adresacie systemu. Motywacje ustawodawcy zostały wprawdzie zakwestionowane przez doktrynę, która podkreślała, że w odniesieniu do drobnych przedsiębiorców potrzeba objęcia ich ochroną jest *de facto* podobna jak w przypadku pracowników najemnych, nie doprowadziło to jednak do zmiany przepisów SGB⁶. Ograniczenia przewidziane dla ubezpieczenia dobrowolnego sprowadzają się w gruncie rzeczy do stworzenia możliwości kontynuacji ubezpieczenia, względnie ponownego do niego przystąpienia. Doktryna wyraża pogląd, że takimi zapisami starano się zapobiec sytuacjom „wślizgiwania się” pewnych osób do wspólnoty ubezpieczeniowej, które po opłaceniu kilku składek nabywałyby stosowne uprawnienia i mogłyby żądać spełnienia dużej ilości drogich świadczeń⁷.

2. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w systemie austriackim

Zgodnie z zasadą uniwersalności, tożsamą ze znaną w polskiej literaturze problemu zasadą powszechności, austriacki system obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego dąży do objęcia swym działaniem wszystkich obywateli⁸. Luki, które w nim jednak występują, uzupełnia i zamyka system dobrowolnych ubezpieczeń, subsydiarny wobec rozwiązań obowiązkowych⁹. Doktryna austriacka podkreśla z całą mocą funkcję uzupełniającą systemu ubezpieczeń dobrowolnych, dotyczących zresztą nie tylko ubezpieczenia chorobowego, ale również pozostałych ubezpieczeń społecznych¹⁰. Mówi się przy tym stanowczo, że pojęcie dobrowolności oznacza tylko tyle, że przystąpienie do ubezpieczenia zależy od złożenia przez zainteresowanego stosownego oświadczenia woli. Instytucja ubezpieczeniowa, będąca adresatem takiego oświadczenia, musi jednak, w przypadku spełnienia ustawowych przesłanek, wniosek zainteresowanego przyjąć i ubezpieczyć go na określonych w przepisach zasadach. Dobrowolność jest zatem przywilejem tylko jednej strony, a prawa i obowiązki stron stosunku ubezpieczeniowego nie są przedmiotem pertraktacji, lecz wynikają ze stosownych norm prawnych¹¹. Mimo jednolicie określonego zadania, jakie spełniają ubezpieczenia dobrowolne, w różnych ustawach ubezpieczeniowych odnoszących się do różnych podmiotów oraz regulujących odmienne ubezpieczenia społeczne usta-

⁶ Por. op. cit., s. 87.

⁷ Por. op. cit., s. 88.

⁸ Por. T. Tomandl, *Grundriß des österreichischen Sozialrechts*, Wien 1989, s. 32.

⁹ Por.: K. Grillberger, *Österreichisches Sozialrecht*, Wien-New York 1990, s. 16; H. Krejci, *Das Sozialversicherungsverhältnis*, Wien 1977, s. 283 i n.; T. Tomandl, *Grundriß...*, s. 64.

¹⁰ Por. H. Krejci, *Das Sozialversicherungsverhältnis*, s. 283 i n.

¹¹ Por.: op. cit., s. 283 i n.; K. Grillberger, *Österreichisches...*, s. 16.

wodawca i literatura posługuje się wielością nazw, dokładniej i trafniej oddających charakter konkretnej instytucji.

W ustawie o ubezpieczeniu społecznym (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG*), regulującej ubezpieczenie chorobowe pracowników zatrudnionych na terenie Austrii mamy do czynienia z ubezpieczeniem dobrowolnym określonym mianem samoubezpieczenia (*Selbstversicherung*). Taką możliwość mają przede wszystkim studenci, którym ze względu na wiek nie przysługuje już status dziecka-członka rodziny ubezpieczonego, a którzy za niewielką opłatą mogą samodzielnie przystąpić do ubezpieczenia chorobowego. Drugą ważną grupą adresatów instytucji samoubezpieczenia są osoby zwolnione z obowiązku ubezpieczeniowego ze względu na wykonywanie pracy w ramach tzw. ograniczonego zatrudnienia (*geringfügige Beschäftigung*). Mogą one przystąpić do ubezpieczenia chorobowego zgodnie z § 16 ASVG, ewentualnie w sytuacji, gdy są zatrudnione u wielu pracodawców, u każdego w ramach „ograniczonego zatrudnienia”, w sumie jednak przekraczają limity przewidziane dla takiego rodzaju zatrudnienia, mogą, zgodnie z § 19a ASVG, przystąpić do ubezpieczenia chorobowego i emerytalnego¹².

Inną formą ubezpieczenia dobrowolnego jest kontynuacja obowiązkowego ubezpieczenia, mimo, że obowiązek taki w odniesieniu do konkretnej osoby już nie istnieje. Niektórzy autorzy austriaccy określają to mianem *Weiterversicherung* i traktują jako podkategorię samoubezpieczenia, część z nich kwestionuje natomiast istnienie tej instytucji w ubezpieczeniu chorobowym, podkreślając, że kontynuacja nie ma miejsca tam, gdzie możliwe jest samoubezpieczenie¹³. Zgodnie z przepisami § 16 i 17 ASVG chodzi tu bowiem o ubezpieczenie wynikające wyłącznie z inicjatywy zainteresowanego. Oponenci podkreślają jednak bezpośredni związek z wcześniejszym ubezpieczeniem obowiązkowym jako cechę charakterystyczną *Weiterversicherung*¹⁴. Podobnie jak w niemieckim systemie ubezpieczenia chorobowego również ustawodawca austriacki szczegółowo opisał przesłanki umożliwiające kontynuację ubezpieczenia, w celu uniemożliwienia nadużyć.

Także ustawy o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą (*Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG*), i o ubezpieczeniu społecznym rolników (*Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG*) regulują ubezpieczenie dobrowolne w odniesieniu do ubezpieczenia chorobowego, przewidując możliwość kontynuacji ubezpieczenia obowiązkowego zgodnie z §§ 8, 12 GSVG i § 8f BSVG¹⁵. Instytucja ta natomiast obca jest ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym i wypadkowym urzędników (*Beamten Krank- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG*)¹⁶. Pozbawienie osób, które utraciły status urzędniczy możliwości kontynuacji na poprzednich zasadach jest, jak się wydaje, kolejnym elementem podkreślenia wyjątkowości statusu funkcjonariuszy państwowych.

¹² Por.: K. Grillberger, *Österreichisches...*, s. 16, 26; T. Tomandl, *Grundriß...*, s. 64 - 65.

¹³ Por.: K. Grillberger, *Österreichisches...*, s. 16, 26; T. Tomandl, *Grundriß...*, s. 64 - 65.

¹⁴ Por. T. Tomandl, *Grundriß...*, s. 64.

¹⁵ Por. K. Grillberger, *Österreichisches...*, s. 17.

¹⁶ Por. T. Tomandl, *Grundriß...*, s. 64.

Zupełnie inną instytucją ubezpieczenia dobrowolnego jest ubezpieczenie dodatkowe (*Zusatzversicherung*), znane jedynie w przepisach ustawy o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą (*Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG*). Umożliwia ono uzyskanie przez te osoby świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego na wypadek utraty zarobków w związku z chorobą, przede wszystkim zasiłku chorobowego, a także zasiłku dobowego (*Taggeld*) i tygodniowego (*Wochengeld*). Dodatkowe ubezpieczenie, w zależności od postanowień statutowych, może również odnosić się do rodziny osoby prowadzącej działalność gospodarczą (§ 9, 79a GSVG).

Poza ubezpieczeniem samodzielnym, kontynuacją dotychczasowego obowiązkowego ubezpieczenia oraz ubezpieczeniem dodatkowym w austriackim systemie ubezpieczeń społecznych wyróżnia się także dodatkowe ubezpieczenie podwyższające (*Höherversicherung*). Nie jest ono znane w ubezpieczeniu chorobowym, a jedynie w ubezpieczeniach emerytalnych, gdzie umożliwia zainteresowanym opłacanie podniesionych, w stosunku do powszechnie obowiązujących, składek w zamian za otrzymanie w przyszłości wyższych świadczeń¹⁷.

Jak widać, nawet w niemal kompletnym systemie austriackim znaleźć można zastosowanie dla dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń. Cenne jest zwłaszcza wprowadzenie stosownej terminologii dla każdego z rodzaju tych ubezpieczeń, która podkreśla jego cel i funkcję w austriackim systemie ubezpieczeń społecznych. W ubezpieczeniu chorobowym najistotniejsze znaczenie ma rozszerzenie w ten sposób kręgu ubezpieczonych podmiotów, dając niektórym grupom społecznym możliwość przystąpienia do ubezpieczenia i korzystania z jego dobrodziejstw mimo ustania obowiązku ubezpieczeniowego lub utraty statusu osoby współubezpieczonej. Ważna jest jednak również możliwość uzyskania dodatkowych, pozostających poza katalogiem świadczeń gwarantowanych, świadczeń pieniężnych, poszerzenia przedmiotowego kręgu ubezpieczenia. Jest to istotne przede wszystkim w stosunku do drobnych przedsiębiorców, których pozycja jest na tyle słaba, że choroba powoduje znaczny uszczerbek w ich dochodach i majątku. Możliwość do ubezpieczenia się w celu otrzymywania podwyższonych świadczeń pieniężnych słusznie jest jednak zarezerwowana tylko dla ubezpieczeń emerytalnych i nie odnosi się do wypłat zasiłków chorobowych, gdyż ich zadaniem jest rekompensata utraconego zarobku, a nie zapewnienie ubezpieczonemu wyższej niż zwykle stopy życiowej. Zasadne mogłoby być natomiast wprowadzenie ubezpieczenia dodatkowego, gwarantującego np. wyższy standard świadczeń rzeczowych ubezpieczenia chorobowego, choć należy też pamiętać, że mogłoby to naruszyć jedną z głównych zasad konstruujących system austriackiego ubezpieczenia społecznego – zasadę socjalnego wyrównania (*Grundsatz des sozialen Ausgleichs*) rozumianej jako połączenie idei solidarności społecznej realizowanej poprzez uniezależnienie wysokości stawki od indywidualnych cech konkretnej osoby oraz zerwanie z zasadą ekwiwalentności składek¹⁸.

¹⁷ Por.: K. Grillberger, *Österreichisches...*, s. 17; H. Krejci, *Das Sozialversicherungsverhältnis*, s. 288 - 306; T. Tomandl, *Grundriß...*, s. 65.

¹⁸ Por. H. Krejci, *Das Sozialversicherungsverhältnis*, s. 17.

III. FUNKCJA UZUPEŁNIAJĄCA UBEZPIECZEŃ DOBROWOLNYCH W BRYTYJSKIM SYSTEMIE NATIONAL HEALTH SERVICE

Wydawałoby się, że w brytyjskim wszechstronnym (*comprehensive*) i powszechnym systemie Narodowej Służby Zdrowia brak jest miejsca na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Jest jednak inaczej. Począwszy od lat sześćdziesiątych trwa ekspansja instytucji organizujących opiekę zdrowotną poza granicami NHS, a liczba ubezpieczonych dodatkowo Brytyjczyków wynosiła w końcu lat osiemdziesiątych ponad 6 milionów osób, co stanowi około 12% populacji¹⁹. Systemy dodatkowych ubezpieczeń zorganizowane są w rozmaity sposób, od instytucji o charakterze non-profit, często religijnych lub dobroczynnych, poprzez ubezpieczenia niekomercyjne, o charakterze ubezpieczeń wzajemnych do instytucji prywatnych, komercyjnych ubezpieczeń. Znakomita większość ubezpieczonych wybiera towarzystwa ubezpieczeniowe nie nastawione na zysk, określane mianem *provident association*. Nadwyżki ze swojej działalności instytucje te zwracają swoim ubezpieczonym, zmniejszając składki, względnie przeznaczają na inwestycje i rozbudowę własnej sieci placówek opieki zdrowotnej²⁰. Początki największej tego rodzaju instytucji – BUPA (*British United Provident Association*), kontrolującej wspólnie z inną firmą około 80% rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Wielkiej Brytanii, sięgają jeszcze czasów obowiązkowych ubezpieczeń. Wówczas były to odrębne instytucje ubezpieczeń dodatkowych, chroniących przed kosztami prywatnej opieki medycznej. Wizja pojawienia się NHS spowodowała, że instytucje te połączyły się i nadal realizowały swe zadania w zupełnie zmienionych warunkach²¹.

Instytucje dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego proponują trzy formy uczestnictwa: ubezpieczenie indywidualne, rodzinne oraz grupowe. Jednym z impulsów rozwoju systemu ubezpieczeń dodatkowych był zapis nakazujący pracodawcom w branży morskiej zapewniać swym pracownikom dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek choroby. Dziś ubezpieczenia grupowe są często dodatkowym elementem wynagrodzenia oferowanym przez pracodawcę, przyciągającym najlepszych pracowników i motywującym ich do pracy. Również związki zawodowe wspierają rozwój ubezpieczeń grupowych. Dziś około 30% ubezpieczonych to członkowie programów ubezpieczeń grupowych²².

Proponowane ubezpieczonym świadczenia są podobne we wszystkich instytucjach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i obejmują przede wszystkim zwrot kosztów honorariów lekarskich, badań, leczenia i zakwaterowania szpitalnego, leków i zabiegów, a także opieki domowej. Brak przy tym ograniczeń czy limitów co do wysokości kosztów, względnie ilości

¹⁹ Por.: H. Elwell, *National Health Service – the road to recovery*, Centre for Policy Studies, „Policy Study” No. 78, London 1986, s. 26 - 27; M. Dziubińska-Michalewicz, *System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii*, w: *Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, red. S. Golinowska, „Studia i materiały”, zeszyt 3, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1993, s. 131, 164 - 166.

²⁰ Por. M. Dziubińska-Michalewicz, *System...*, s. 166.

²¹ Por. op. cit., s. 166, 176.

²² Por. op. cit., s. 166.

świadczeń. Nie zwraca się natomiast kosztów konsultacji z lekarzem rodzinnym NHS. Wizyta u niego jest jednak pierwszym etapem postępowania, gdyż skierowanie od lekarza rodzinnego uprawnia do wizyty pracującego dla danej firmy lub prowadzącego własną praktykę specjalisty²³. Niektóre z podmiotów dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dysponują własną bazą leczniczą (np. BUPA), co pomaga im obniżyć koszty spełnianych świadczeń, inne posiłkują się bazą NHS lub komercyjnymi placówkami opieki zdrowotnej²⁴. Na marginesie ubezpieczeń zdrowotnych należy też wspomnieć o dodatkowych, prywatnych ubezpieczeniach chorobowych, gwarantujących w określonych przypadkach pewne świadczenia pieniężne wyrównujące ubytki w dochodach spowodowane utratą zdrowia. Instytucje te mają jednak charakter wyłącznie lokalny i obejmują około 2% populacji, w większości osoby starsze²⁵.

Dodatkowe ubezpieczenia utrzymują się ze składek opartych o indywidualne ryzyko (wyznaczone przede wszystkim wiekiem ubezpieczonego), stan cywilny oraz wybrany pakiet usług lub poziom referencyjny, kategorię szpitala. Uwzględnia się również czy składka płacona jest w ratach, czy w całości. Widać więc wyraźnie, że nawet instytucje o charakterze non-profit naliczają składkę w oparciu o takie same kryteria, jak prywatne ubezpieczenia komercyjne. Różnica sprowadza się raczej do wysokości składki, która w przypadku *provident association* jest niższa nie tylko dlatego, że nie zawiera prowizji ubezpieczyciela, ale także dzięki redukowaniu kosztów administracyjnych oraz kosztów samych świadczeń zdrowotnych, co wynika z rozbudowy sieci własnych placówek opieki zdrowotnej. Inną drogą, stosowaną coraz częściej przez instytucje ubezpieczeniowe, jest odchodzenie od prostego zwrotu kosztów spełnionych świadczeń na rzecz bezpośrednich negocjacji ze świadczeniodawcami i kontraktowania usług²⁶.

W odróżnieniu od systemów opartych o model ubezpieczeniowy dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w systemie brytyjskim nie mają na celu rozszerzenia kręgu osób korzystających z dobrodziejstw systemu, zwiększenia dostępności świadczeń czy zminimalizowania ich dodatkowych kosztów. NHS gwarantuje przecież wszystkim wszechstronne i bezpłatne świadczenia. Te zalety są jednak równocześnie wadą. System Narodowej Służby Zdrowia, nastawiony na spełnianie świadczeń masowo i w szerokim zakresie, cierpi równolegle na masowość, niedokładność, pośpiech, a zarazem długie okresy oczekiwania na niektóre zabiegi lub badania. Jak podkreśla literatura, powodami dla których Brytyjczycy przystępują do dodatkowych systemów opieki zdrowotnej są przede wszystkim faktyczna swoboda wyboru lekarza, eliminacja kolejek do specjalistów, a także oczekiwania na specjalistyczne badania, zabiegi i operacje, wysoki standard spełnianych świadczeń, użycie nowoczesnych technik, technologii i sprzętu, jak również, co nie mniej istotne, intymność i poszanowanie godności pacjenta²⁷. Kata-

²³ Por. op. cit., s. 167 - 168.

²⁴ Por. op. cit., s. 169.

²⁵ Por. op. cit., s. 174.

²⁶ Por. op. cit., s. 170 - 173.

²⁷ Por. op. cit., s. 165.

log ten nie może dziwić, zawiera on przecież te same powody, dla których zdecydowano się w naszym kraju na rezygnację z systemu zaopatrzeniowego i wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Równocześnie jednak widać wyraźnie jak dalece odbiega przeznaczenie systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Wielkiej Brytanii od raczej uzupełniających ubezpieczeń towarzyszących systemowi niemieckiemu i austriackiemu.

IV. DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W POLSKIM SYSTEMIE POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Jak zatem na tle przedstawionych rozwiązań, które uznać można za charakterystyczne dla konkretnych modeli organizacji ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, prezentuje się polskie dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne? Możliwość dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia przewidziana jest w przepisie ustępu 1 artykułu 2 ustawy o puz i odnosi się do tych osób, które nie są do tego zobligowane na mocy stosownych przepisów ustawy. Po rozbudowanym artykule 8 ustawy o puz, definiującym i opisującym wiele grup społecznych, od bardzo licznych i urozmaiconych, jak np. pracownicy, do bardzo małych, jak np. słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, artykuł 9 tejże ustawy w ustępie 1 stanowi, że ubezpieczać się dobrowolnie, na podstawie pisemnego wniosku, może osoba nie wymieniona w artykule 8. Kogo zatem nie obejmuje swymi zapisami przepis artykułu 8 ustawy o puz? Niewątpliwie pierwszą grupą osób, jaka przychodzi na myśl, to osoby niepracujące, nieprowadzące gospodarstwa rolnego ani działalności pozarolniczej nie będące funkcjonariuszami państwowymi i nie uzyskujące dochodu w postaci stypendiów, zasiłków lub świadczeń w ramach instytucji zabezpieczenia społecznego. Mowa tu zatem z jednej strony o rentierach, dziedzicach fortun, spędzających czas na przyjemnościach będących udziałem ludzi majątnych, z drugiej zaś o osobach pozostających bez pracy i innych źródeł utrzymania, które utraciły jednak status bezrobotnego w myśl ustawy z dnia 14 grudnia 1994 o zatrudnianiu i przeciwdziałaniu bezrobociu (tekst jednolity Dz. U. 01, Nr 6, poz. 56), i w związku z tym, obowiązkowi ubezpieczenia już nie podlegają. O ile pierwsza z wymienionych grup istnieje raczej w złudnym świecie seriali i kolorowych czasopism niż w polskiej rzeczywistości i jej sytuacja materialna pozwala w razie konieczności na wszechstronną opiekę zdrowotną na wysokim poziomie, bez konieczności odwiedzania lekarza kasy chorych, to osoby należące do drugiej grupy osób, stanowią bez wątpienia liczniejsze grono, zasługujące na uwagę ustawodawcy. Artykuł 9 przewiduje jednak w ustępie 2, że podstawą wymiaru składki osób ubezpieczających się dobrowolnie jest kwota deklarowanego dochodu, nie niższa jednak niż kwota odpowiadająca przeciętnemu wynagrodzeniu. Spory procent osób normalnie zatrudnionych i zarobkujących nie zbliża się w swoich dochodach do ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w „Monitorze Polskim” przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, jak za-

tem osoba pozbawiona dochodów może pozwolić sobie na opłacenie składki w astronomicznej dla niej wysokości? Odpowiednio niższe kwoty, zależne bowiem od wysokości stałego zasiłku z pomocy społecznej, przewidziano dla ubezpieczających się dobrowolnie cudzoziemców – studentów i doktorantów, a także osób duchownych oraz kandydatów do stanu duchownego lub zakonnego będących cudzoziemcami i przebywających na terytorium RP na podstawie wizy pobytowej i posiadających kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu.

Analiza artykułu 8 i 9 ustawy o puz pozwala więc postawić tezę, że instytucja dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nie znajduje w aktualnym stanie prawnym i faktycznym adresatów²⁸. W znanych systemach opartych o ubezpieczeniowy model organizacyjno-finansowy ubezpieczenie dobrowolne służy dwóm zasadniczym celom. Po pierwsze, chodzi o zagwarantowanie rozszerzonego zakresu świadczeń lub ograniczenie dopłat pozwalających na uzyskanie świadczeń wybiegających poza minimalne standardy, po drugie zaś, o rozszerzenie kręgu osób ubezpieczonych. Jeżeli bowiem tradycyjnie ubezpieczenie dotyczy przede wszystkim osób utrzymujących się z pracy najemnej, to oferta przystąpienia do ubezpieczenia dobrowolnie, na takich samych prawach i przywilejach, może okazać się bardzo nęcąca dla tych grup drobnych przedsiębiorców, rolników, zleceniobiorców, agentów i pozostałych osób, które ze względu na samodzielność lub wysokość dochodów zostały z ubezpieczenia o charakterze pracowniczym wyłączone, a których sytuacja finansowa motywuje je do przystąpienia do wspólnoty ubezpieczającej się na wypadek ryzyka utraty zdrowia²⁹. Z drugiej zaś strony, większość systemów wspiera swoje finanse szeregiem dopłat obciążających bezpośrednio korzystającego ze świadczeń pacjenta, stąd też popularność rozwiązań, które zapewniają bezpłatny dostęp do pełnej palety świadczeń, względnie poszerzają gwarantowany systemowo zakres świadczeń. Ponieważ rozszerzenie zakresu podmiotowego raczej nie wchodzi w rachubę jako cel regulacji, należy zastanowić się, na ile stosunek ubezpieczenia dobrowolnego pozwala na korzystanie z dodatkowych lub bezpłatne korzystanie z dodatkowo odpłatnych świadczeń. Powstaje zatem pytanie; jaka jest treść stosunku dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, czym różni się on od ubezpieczenia obowiązkowego?

Stosunek dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego powstaje, zgodnie z artykułem 9 ustawy o puz, w dniu wskazanym w umowie zawartej przez zainteresowaną osobę i kasę chorych, w której osoba ta złożyła stosowny wniosek. Jak wynika jednak z przepisów ustawy, dobrowolność dotyczy nie tylko potencjalnego ubezpieczonego, ale, w odróżnieniu od systemu asutriackiego, również instytucji ubezpieczeniowej. Nigdzie nie zapisano bowiem obowiązku kasy chorych przyjęcia w swe szeregi osoby składającej wniosek o ubezpieczenie dobrowolne. Co więcej, podstawą nawiązania stosunku ubezpieczeniowego jest umowa pomiędzy stronami, co sugerowałoby,

²⁸ Można oczywiście wskazać na kilka wyjątków, jak np. marynarze pracujący na statkach obcych armatorów, która to kwestia była omawiana w prasie, ale mowa tu o niemalże jednostkowych przypadkach.

²⁹ Odnośnie innych problemów związanych z instytucją dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego patrz: J. Zdanowska, *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne*, PUSiG 2000, nr 2, s. 13 - 16.

że kasa chorych, korzystając z zasady wolności umów, może odmówić zawarcia kontraktu z konkretną osobą. Także zapis ustępu 1 artykułu 9 ustawy o puz sugeruje, że samo złożenie wniosku, jak można rozumieć tożsame z oświadczeniem woli zainteresowanego, jest niewystarczające, stanowiąc, że „osoba [...] może ubezpieczać się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku [...], a nie, że na podstawie wniosku się ubezpiecza [podkreślenia moje – D.E.L.]”. Wobec wąskiego potencjalnego grona adresatów instytucji dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, a także złej sytuacji finansowej części z nich można się zatem spodziewać, że kasy chorych, dbające o już ubezpieczonych przymusowo, nie będą zainteresowane zawieraniem umów o ubezpieczenie dobrowolne z niektórymi osobami, tym bardziej, że ustęp 4 artykułu 9 ustawy o puz stanowi, iż objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym oznacza równocześnie współubezpieczenie członków rodziny. Dowodem na fakt, że ustawodawca również obawiał się nadużywania możliwości dobrowolnego ubezpieczania się przez osoby bez zaplecza finansowego, jedynie w celu skorzystania ze świadczeń, jest przepis ustępu 7 artykułu 9 ustawy o puz, który pozwala kasom chorych uzależnić ubezpieczenie zainteresowanego od wpłacenia przez niego kwoty, odpowiadającej wielokrotności naliczonej dla danej osoby składki miesięcznej, choć tylko w tym wypadku, gdy dana osoba nie była dotąd członkiem kasy chorych lub przerwa w jej ubezpieczeniu zdrowotnym trwała dłużej niż 3 miesiące.

Znaczący w tym kontekście jest też przepis ustępu 3 artykułu 9 ustawy o puz, zgodnie z którym ustanie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego następuje w dniu rozwiązania umowy zawartej między ubezpieczonym a kasą chorych, względnie po upływie 30 dni nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek, chyba, że zaległość nie przekracza równowartości miesięcznej kwoty składki. O ile ta druga możliwość rozwiązania stosunku dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi swoisty straszak na nieuczciwych członków kasy chorych i jest przepisem o charakterze dyscyplinującym, to pojęcie „rozwiązania umowy” należałoby doprecyzować. Jeżeli bowiem ustawodawca miał na myśli tylko rozwiązanie umowy z upływem czasu, na jaki była zawarta, to celowe byłoby podanie np. limitów okresów trwania zawieranych umów, a także możliwości wypowiedzania takich umów, w trosce o interes ubezpieczonego i ubezpieczyciela. Za taką interpretacją przemawia właśnie regulacja uzależniająca trwanie umowy ubezpieczeniowej od opłacania składki. Rozwiązanie umowy należy jednak, jak sądzę, interpretować szerzej, to znaczy nie tylko jako rozwiązanie „się” umowy okresowej, ale także rozwiązanie umów na skutek oświadczeń woli jednej ze stron (za okresem wypowiedzenia lub bez jego zachowania) lub zgodnych oświadczeń woli – za porozumieniem stron, używając terminologii prawa pracy. Przyjmując bowiem interpretację węższą musielibyśmy wykluczyć zawieranie umów na czas nieokreślony. Z drugiej jednak strony przepis uzależniający trwanie umowy ubezpieczeniowej od opłacania składki byłby wówczas absolutnie zbędny, dublując pierwszą możliwość, gdyż takie naruszenie przez ubezpieczonego jego podstawowych obowiązków uprawniałoby kasę chorych do bezzwłocznego wypowiedzenia umowy ubezpieczeniowej, czyli jej rozwiązania.

Umowa wiążąca ubezpieczonego z kasą chorych nie może jednak regulować treści stosunku ubezpieczonego, który wynika z norm ustawowych. Autonomia stron, podobnie jak w innych systemach, np. austriackim, jest tu wyłączona. Jedyne przepisy regulujące warunki stosunku ubezpieczeniowego – ustęp 2 artykułu 9 ustawy o puz – dokładnie określa, jakie kwoty są podstawą wymiaru składki dla osób ubezpieczonych dobrowolnie, statując, że jest to kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu, a w przypadku osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3 i 4, to jest cudzoziemców – studentów i słuchaczy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej oraz członków zakonów oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej oraz posiadający kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu, kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej. Pozostałe warunki stosunku ubezpieczeniowego są tożsame z ubezpieczeniem obowiązkowym, osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie jest w żadnym stopniu uprzywilejowana dodatkowymi świadczeniami czy też zwolnieniem z kosztów niektórych świadczeń. Ponosi ona również dodatkowe opłaty, tak samo jak osoby ubezpieczone obowiązkowo.

Jakie zatem funkcje pełni instytucja dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w polskim systemie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej? Nie służy ona z pewnością poszerzaniu zakresu gwarantowanych świadczeń, względnie redukcji kosztów ich otrzymania. Jej przeznaczeniem jest raczej umożliwienie kontynuacji ubezpieczenia w sytuacji utraty tytułu uzasadniającego obowiązek ubezpieczeniowy, względnie samoubezpieczenia, a zatem poszerzenia kręgu osób mogących korzystać z dobrodziejstw systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jak jednak wynika z analizy potencjalnych adresatów tej instytucji i doświadczeń praktyki, funkcja ta, wobec wysoko określonego pułapu podstawy wymiaru składki i ubóstwa ewentualnych zainteresowanych, jest iluzoryczna. Można wręcz przypuszczać, że ubezpieczenie dobrowolne zostało niejako automatycznie doklejone do mianowanego powszechnym systemem obowiązkowego, jako asekuracja na wypadek braków w kazuistycznym i stale uzupełnianym katalogu podmiotów zobowiązanych do przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego z artykułu 8 ustawy o puz. W przedstawionych systemach ubezpieczeń dobrowolnych funkcja poszerzająca zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia najlepiej widoczna jest w systemie niemieckim. Jest on jednak systemem pracowniczym, przeznaczonym dla osób utrzymujących się z pracy najemnej, nie obejmującym szerokich grup społecznych, jak na przykład drobnych przedsiębiorców, często potrzebujących pomocy i wsparcia ubezpieczeń społecznych równie bardzo, jak zatrudnieni. To oni są adresatami ubezpieczeń dobrowolnych, gdzie za stosunkowo małe obciążenie korzystają z ochrony w dość szerokim zakresie. W polskim systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego osoby te ubezpieczone są przymusowo, jak również i ci przedsiębiorcy, a także inne podmioty, którzy ze

względu na swoją sytuację finansową doskonale obyliby się bez ubezpieczenia zdrowotnego w istniejącym kształcie, a obciążająca ich składka nabiera dla nich charakteru obligatoryjnej daniny. W tym kontekście wspomnieć należy również, że w polskim systemie nie przewidziano także limitów ograniczających przymus ubezpieczeniowy i pozwalających ubezpieczonym zdecydować czy pozostaną w ubezpieczeniu, czy też zrezygnują z niego. W systemie niemieckim podstawową przesłanką korzystania z wolności ubezpieczeniowej jest kwota osiąganego dochodu, która, zdaniem ustawodawcy, powoduje, że nawet pracownik najemny jest w stanie sam zabezpieczyć sobie świadczenia zdrowotne w razie utraty zdrowia i nie musi być objęty szczególną ochroną. Nie ma racjonalnego powodu, aby regulacja taka nie mogła istnieć również w polskim systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wydaje się, że *de lege ferenda* należałoby postulować wprowadzenie do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub jakiegokolwiek mającego go zastąpić systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej opartego o idee właściwe modelowi ubezpieczeniowemu, instytucji zwolnienia z obowiązku ubezpieczeniowego wzorowanego na przepisach przewidzianych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Jeżeli bowiem ustawodawca był zdania, że osiąganie dochodu rocznego w granicach 250% średniego krajowego wynagrodzenia umożliwia zainteresowanemu zapewnienie sobie zadowalającego poziomu życia na emeryturze, to logiczną konsekwencją powinno być założenie, że osoby takie są w stanie zapewnić sobie również należytą opiekę medyczną. Rezygnując z nakładania na takie osoby obowiązku ubezpieczeniowego (od momentu przekroczenia limitu), można by, wzorując się na sprawdzonych rozwiązaniach niemieckich, umożliwić tym osobom kontynuowanie ubezpieczenia na dotychczasowych zasadach mimo przekroczenia limitu dochodów. Wydaje się pewne, że część z dobrze sytuowanych osób, zwłaszcza tych, których dochody nieznacznie przekraczają proponowaną granicę, chętnie kontynuowałaby ubezpieczenie dobrowolnie. Należy bowiem mieć na uwadze, że proponowany limit oznacza roczny dochód związany z przejściem w drugi próg podatkowy podatku dochodowego od osób fizycznych, czyli w praktyce dotyczy mniej niż 5% podatników – ubezpieczonych. Jak sądzę, również w wypadku zlikwidowania obowiązku ubezpieczeniowego w odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą spory ich procent ubezpieczałby się dobrowolnie. W olbrzymiej większości chodzi przecież o firmy o niewielkich dochodach i pozycji ekonomicznej niewiele odbiegającej od sytuacji pracownika najemnego (kwestia „samozatrudnienia”, uzależnienia ekonomicznego od konkretnego zleceniodawcy)³⁰.

Systemy o znacznie szerszym zasięgu podmiotowym, jak np. austriacki przewidują także ubezpieczenie dobrowolne w celu poszerzenia katalogu dostępnych ubezpieczonemu świadczeń, dając np. prawo dodatkowo ubez-

³⁰ Już ustawa z dnia 19 maja 1920 „o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby” (Dz. U. RP 1920, nr 44, poz. 272, s. 723) uzasadniając obowiązkowe ubezpieczenie dla chałupników „choćby używali własnych surowców i narzędzi pracy” nawiązywała do faktu wykonywania przez nich pracy stanowiącej główne źródło ich utrzymania „wyłącznie lub przeważnie dla jednego lub więcej przedsiębiorców”, odwoływała się zatem do kwestii ekonomicznego uzależnienia danego „samodzielnego” chałupnika.

pieczonemu przedsiębiorcy do świadczeń pieniężnych, normalnie przewidzianych głównie dla pracowników najemnych. Abstrahując od faktu, że polski system ubezpieczenia zdrowotnego nie przewiduje spełniania świadczeń pieniężnych, brak jest w nim także charakterystycznego dla austriackiego systemu ubezpieczenia społecznego różnicowania warunków ubezpieczenia w zależności od przynależności do danej grupy społecznej. Każdy ma prawo do równego dostępu do takich samych świadczeń. Można także zadać pytanie, dlaczego brak jest instrumentów służących minimalizowaniu kosztów ponoszonych bezpośrednio przez pacjenta przy korzystaniu ze świadczeń. Niektórzy ubezpieczeni, częściej korzystający ze świadczeń objętych dopłatami, względnie limitowanymi, z chęcią wykupiliby dodatkowe ubezpieczenie refundujące im w całości lub części poniesione koszty. Z drugiej zaś strony brak stosownych ofert na rynku może też wynikać z nieopłacalności takich ubezpieczeń, z punktu widzenia potencjalnych ubezpieczycieli. Należy jednak wspomnieć, że w ofercie niektórych towarzystw ubezpieczeniowych proponujących pracownicze ubezpieczenia grupowe pojawiają się świadczenia pieniężne związane z utratą przez pracownika zdrowia, jak np. dodatkowe świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, świadczenie w związku z „poważnym zachorowaniem”, przez co rozumie się przede wszystkim raka, zawał serca, udar mózgu, utratę narządów zmysłów itp. Są to jednak oferty komercyjnych towarzystw ubezpieczeń prywatnych, stąd też koszty takiego ubezpieczenia w stosunku do ewentualnych świadczeń kształtują się niezbyt korzystnie. Brak jest jednak nie tylko jakichkolwiek działań ustawodawcy tworzących lub zachęcających do tworzenia i uczestnictwa w dobrowolnych uzupełniających ubezpieczeniach zdrowotnych czy chorobowych, brak nawet koncepcji i dyskusji nie tylko nad kształtem takich instytucji, ale i miejscem dla ich funkcjonowania. Tymczasem powracająca co pewien czas, jak bumerang, koncepcja „koszyka” czy też „wykazu” podstawowych świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mogłaby odegrać kluczowe znaczenie w systemie obowiązkowego ubezpieczenia uzupełnionym o racjonalne ubezpieczenie dobrowolne. Poprzez opłacenie dodatkowej składki, na przykład w formie określonego kwotowo ryczałtu, osoby ubezpieczone mogłyby korzystać ze świadczeń niezamieszczonych w „koszyku”, względnie świadczeń podstawowych, zawartych w „koszyku”, lecz przeprowadzanych przy użyciu droższych, niestandardowych technologii lub leków. Składka na owe dodatkowe usługi mogłaby być opłacana na rzecz kasy chorych, możliwe też, że zainteresowanie jakiegoś rodzaju „pośrednictwem” okazałyby towarzystwa ubezpieczeniowe. Nie jest też wykluczone, że tego rodzaju dodatkowa składka stałaby się elementem pakietu socjalnego w przypadku niektórych pracodawców. Można oczekiwać, że zdefiniowanie „koszyka” podstawowych świadczeń zdrowotnych umożliwiłoby prowadzenie bardziej racjonalnej polityki finansowej kas chorych lub też innych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego tak, że zgłaszany wcześniej postulat zwolnienia osób o wyższych dochodach z obowiązku ubezpieczeniowego byłby z finansowego punktu widzenia możliwy do zrealizowania. W efekcie powstałby system adresowany przede wszystkim do osób źle i średnio sytuowanych, którym przysługi-

wałby stypizowany katalog świadczeń o podstawowym charakterze – świadczeń nie tyle tanich, raczej takich, na jakie system dążący do powszechności może sobie pozwolić. Jednocześnie jednak każdy ubezpieczony mógłby dokupić polisę gwarantującą świadczenia w „koszyku” nie zawarte, droższe lub o wysokim stopniu komplikacji, które jednak za pomocą systemu dodatkowego ubezpieczenia można by bez problemów sfinansować. Dodatkowo osoby zwolnione z obowiązku ubezpieczeniowego mogłyby kontynuować ubezpieczenie pomimo przekroczenia limitu dochodów. Powstaje pytanie, czy należałoby obciążać wówczas procentowo naliczaną składką całość ich dochodu, czy też na przykład poprzestać na kwotowo określonym ryczałcie, nie ma ono jednak zasadniczego znaczenia. Wydaje się jednak, że podjęcie dyskusji nad znaczeniem i miejscem ubezpieczenia dobrowolnego w systemie ubezpieczenia zdrowotnego jest konieczne, zwłaszcza w momencie przeprowadzania daleko idących zmian. Jednym z głównych argumentów jest potrzeba stworzenia sprawnego, spójnego wewnątrznie i opartego o racjonalne założenia finansowe systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Poza tym, nie negując znaczenia i potrzeby ubezpieczeń obowiązkowych, należy mieć na uwadze fakt, że ubezpieczenie dobrowolne jest tą instytucją, gdzie w pełni realizuje się podstawowa dla gospodarki wolnorynkowej zasada wolności jednostki, a także, gdzie jednostka ta świadomie może urzeczywistnić ideę solidarności społecznej, ideę o kluczowym znaczeniu dla modelu ubezpieczeniowego.

VOLUNTARY HEALTH INSURANCE AGAINST THE BACKGROUND OF SOLUTIONS IN CHOSEN COUNTRIES' SYSTEMS

S u m m a r y

The common health insurance system imposes a duty of insuring a number of varied entities. However, in the method of listing entities that are obliged to take out insurance some social groups were left out. This was certainly the intention of the legislator because although the insurance is called „common”, health insurance originates mainly from workers' insurance, addressed primarily to impecunious hired workers. With a view to encompassing more and more social groups with the benevolence of health insurance, the legislator has been expanding the list of entities obliged to take out health insurance, granting all the others the right for voluntary insurance.

This article, whose subject has not yet been dealt with in Polish literature, attempts to evaluate the Common Health Insurance Act of 6th February 1997, which allows the possibility of voluntary health insurance. The author's appraisal of the legislation is preceded by an account of relevant regulations in Germany, Austria, and Great Britain, all fully representative of the different types of health insurance systems.