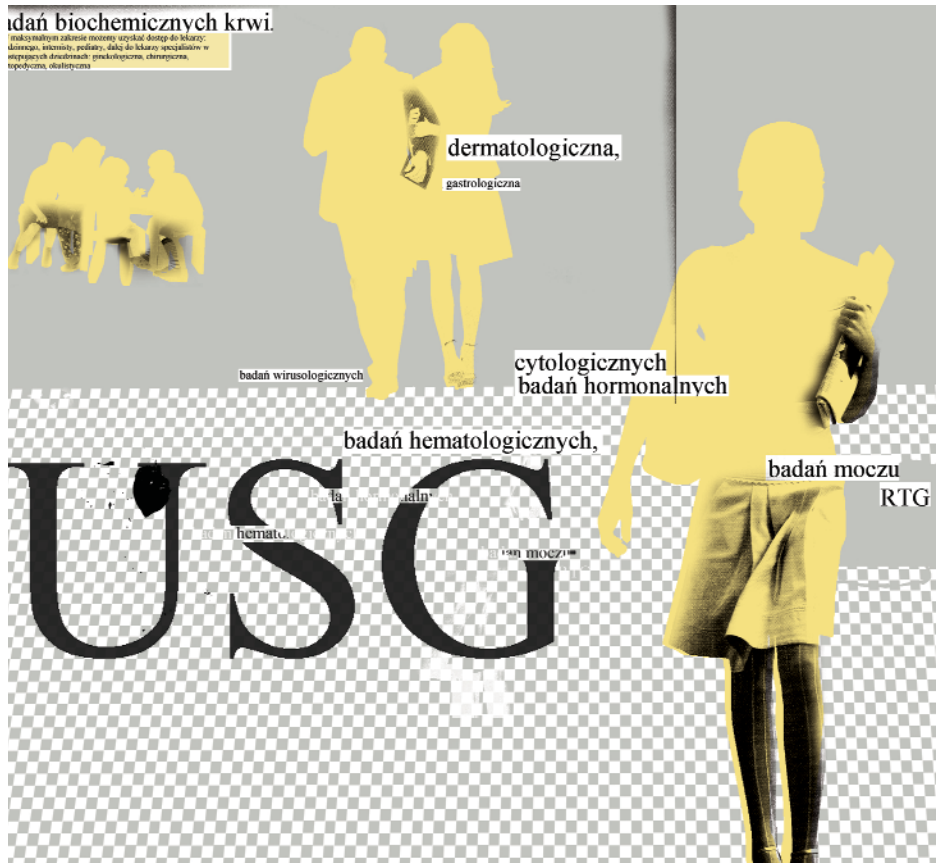


udań biochemicznych krwi.

inaczej młodym zabraknie mocznicy uzyskać dostęp do lekarzy: kardiologa, internisty, pediatry, denty, dietety, seksuologa w niepełnych dziedzinach: ginekologiczna, chirurgiczna, topiarska, ciastkarska

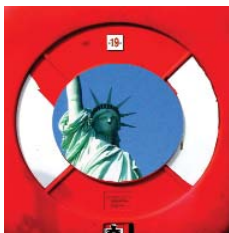


Świat brokerów

– ubezpieczenia dodatkowe w wybranych krajach

USA

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne dominują w systemie ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych. W USA korzysta z nich prawie 65 proc. obywateli. Około 90 proc. umów to ubezpieczenia grupowe, nabywane przez pracodawców, którzy partycypują w składkach. Warto przy tym przypomnieć, że publicznymi programami zdrowotnymi typu *Medicare* i *Medicaid* objętych jest 23 proc. Amerykanów, głównie o niskich dochodach oraz ludzi w podeszłym wieku. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są oferowane przede wszystkim przez tzw. organizacje zintegrowanych świadczeń zdrowotnych (*Health Maintenance Organizations*), których udział w zebranych składkach wynosi 73 proc., natomiast udział firm ubezpieczeniowych sięga 27 proc. Funkcjonowanie HMO jest oparte na odmiennej niż w wypadku tradycyjnych ubezpieczeń konstrukcji, polegającej na tym, że HMO pełni jednocześnie funkcję ubezpieczyciela i dostawcy usług, ograniczając tym samym swobodę wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Znaczące obniżenie kosztów usług oferowanych przez HMO upowszechniło tego typu działalność nie tylko na rynku amerykańskim, ale również w niektórych krajach europejskich.



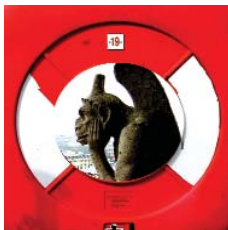
RFN

W Niemczech kryterium wyłączenia z systemu publicznego mogą być wysokie dochody bądź wykonywany zawód. Obowiązkiem ubezpieczenia w kasach ubezpieczeń zdrowotnych objęci są ci pracownicy, których dochód roczny nie przekracza 75 proc. aktualnej podstawy wymiaru składki określonej dla ubezpieczeń emerytalno-rentowych. Poza systemem pozostaje część osób prowadzących własną działalność gospodarczą i z mocy prawa wykluczonych z systemu publicznego, oraz ludzie podejmujący dobrowolnie decyzję o przejściu do systemu prywatnych ubezpieczeń, o ile uzyskują dochody brutto powyżej 45 tys. euro. Udział prywatnych źródeł w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia wynosi 25 proc., z czego z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych 12,5 proc. Świadczenia w prywatnych ubezpieczeniach *substytucyjnych* muszą obejmować taki sam zakres, jak świadczenia w systemie publicznym. Natomiast ubezpieczenia *uzupełniające* i *dotatkowe*, słabiej rozwinięte w systemie niemieckim z uwagi na szeroki zakres świadczeń z ubezpieczeń publicznych lub prywatnych *substytucyjnych*, obejmują głównie usługi opieki ambulatoryjnej, stomatologicznej bądź zryczałtowane świadczenia za pobyt w szpitalu i szerszy dostęp do specjalistów, bądź za podniesienie standardu pokoiw szpitalnych. W niemieckim sektorze ubezpieczeń prywatnych funkcjonuje ok. 50 zakładów ubezpieczeń specjalizujących się w ubezpieczeniach zdrowotnych.



Francja

System prywatnych ubezpieczeń uzupełniających świadczenia w systemie publicznym, najlepiej rozwinięty jest we Francji. Jeszcze niedawno miało je 92 proc. społeczeństwa. Obowiązkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi jest tam objęte 99 proc. populacji. Natomiast łączny odsetek wydatków zdrowotnych, pokrywanych ze źródeł prywatnych wynosi 23,5 proc. (w tym udział prywatnych ubezpieczeń był znaczący 12,4 proc.). Rozbudowany rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w tym kraju jest uwarunkowany zarówno czynnikami historycznymi, konstrukcją systemu ubezpieczeń publicznych, jak i preferencjami podatkowymi dla pracodawców. Celem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji jest zwrot opłat wnoszonych przez ubezpieczonych w ramach tzw. *współpłacenia* za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej i zwrot wydatków poniesionych na te kategorie świadczeń, które są objęte limitami kwotowymi w ramach publicznej opieki zdrowotnej, np. usługi optyczne czy dentystryczne. Ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, któremu przekazuje honorarium za świadczenia, po czym otrzymuje częściowy zwrot kosztów z systemu publicznego. W opiece ambulatoryjnej pacjent pokrywa tylko 25 proc. ceny świadczenia, pozostałą część zaś fundusz ubezpieczeniowy. W wypadku osób o niskich dochodach koszty dopłat ponosi opieka społeczna. Udział pacjentów w finansowaniu świadczeń (od 20 do 60 proc.) sprzyja rozwojowi rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Dominującą rolę w tym sektorze odgrywają ubezpieczenia wzajemne, oferowane przez tzw. *mutuelles* posiadające 60 proc. udziału w rynku. Komercyjne ubezpieczenia prywatne oferowane przez spółki ubezpieczeniowe mają 20 proc. udziału w rynku, podobnie jak instytucje emerytalne tzw. *provident institutions* (20 proc.). Ubezpieczenia dodatkowe gwarantują usługi o wyższym standardzie i ułatwiają dostęp do konsultacji specjalistycznych. W związku z chronicznym deficytem systemu publicznego zauważalne jest stopniowe przesuwanie finansowania na system komplementarnych ubezpieczeń prywatnych.



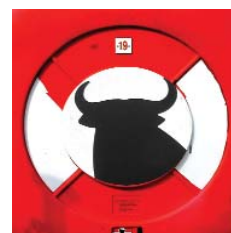
Wielka Brytania

Brytyjski system oparty jest na pełnej odpowiedzialności państwa za zapewnienie wszystkim obywatelom możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie uzasadnionym potrzebą zdrowotną. W tym celu utworzono w 1948 r. Narodową Służbę Zdrowia (*National Health Service – NHS*). Tak wiele świadczeń oferowanych przez system publiczny w istotny sposób wpływa na zakres ubezpieczeń prywatnych, które nie zastępują w większości wypadków ochrony gwarantowanej przez państwo. Ubezpieczenia *suplementarne* wypełniają niewielką lukę, wynikającą z wyłączenia niektórych usług z publicznego finansowania oraz objętych stosunkowo niewielkimi dopłatami, np. usługi stomatologiczne lub okulistyczne. Dlatego też jedynie 11,5 proc. społeczeństwa wykupiło prywatne polisy. 40 proc. z nich to ludzie wywodzący się z kadry kierowniczej, uzyskujący najwyższe dochody. Świadczenia z prywatnych ubezpieczeń to najczęściej zwrot kosztów drobnych zabiegów chirurgicznych, konsultacji specjalistycznych, badań laboratoryjnych, radiologicznych oraz usług szpitalnych (w tym szybszy dostęp do specjalistów i niektórych metod leczenia oraz podwyższony standard pokoiów w szpitalach publicznych). Na brytyjskim rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonują ubezpieczyciele prowadzący działalność komercyjną lub *non profit*. Do największych z nich należą BUPA z 40-proc. udziałem w rynku, PPP 27-proc. udział w rynku, *Norwich Union* (8 proc.) i *Standard Life Healthcare* – 5 proc. Udział prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem w Wielkiej Brytanii stanowi 19 proc., w tym zaledwie 3,2 proc. ubezpieczeń prywatnych.



Hiszpania, Austria, Holandia

Podobne rozwiązania zastosowano w Hiszpanii, Austrii i Holandii. W pierwszych dwóch krajach prywatnymi ubezpieczeniami *zastępczymi* obejmowane są wykluczone z ubezpieczenia powszechnego grupy zawodowe, np. adwokaci i duchowni w Hiszpanii, a weterynarze, notariusze oraz duchowni w Austrii. W Holandii natomiast prywatne ubezpieczenia *substytucyjne* obejmują osoby wykluczone z systemu publicznego z mocy prawa, z uwagi na wysokie dochody (ponad 30 tys. euro). W Hiszpanii udział prywatnych źródeł w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia stanowi 31 proc., z czego ubezpieczenia prywatne tylko 3,5 proc., w Austrii odpowiednio 30 i 7 proc. a w Holandii 32,5 i aż 23,9 proc.



Na podstawie: *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne* (Grażyna Sordyl, Joanna Niżnik, Portal Gazety Ubezpieczeniowej)