

Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Propozycja rozwiązań



Warszawa, styczeń 2008

Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń

Marcin Ajewski
Małgorzata Bielecka
Stanisław Borkowski
Grzegorz Brenda
Dorota Fal
Krzysztof Grzyliński
Paweł Kalbarczyk
Grzegorz Krasiński
Jakub Owoc



Przygotowany przez:

Fundacja Naukowa Instytut Badań Strukturalnych

Agnieszka Chłoń-Domińczak (do sierpnia 2007 r.)
Łukasz Bentkowski
Ireneusz Pawłowski
Dorota Poznańska



Spis treści

WSTĘP	5
EXECUTIVE SUMMARY	7
1. STAN OBECNY – DIAGNOZA I PERSPEKTYWY	15
1.1. DIAGNOZA	15
1.2. USYTUOWANIE PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH NA RYNKU UBEZPIECZEŃ	16
1.3. OBECNE WYDATKI PRYWATNE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W POLSCE	17
1.4. PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W POLSCE W KONTEKŚCIE BADAŃ OPINII SPOŁECZNEJ	20
1.5. PRZESŁANKI DLA BUDOWANIA MODELU SYSTEMU PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH	21
2. PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE – PROPONOWANY MODEL	23
2.1. ZAŁOŻENIA SYSTEMU PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH	23
2.2. KONSTRUKCJA SYSTEMU	27
2.2.1. WYBÓR RODZAJU UBEZPIECZENIA	27
2.3.2. PRODUKT UBEZPIECZENIOWY	28
2.3.3. OKREŚLANIE WYSOKOŚCI STAWEK KAPITACYJNYCH	29
2.3.4. USTALANIE WYSOKOŚCI SKŁADKI DODATKOWEJ	31
2.3.4. REZERWY	32
2.3.5. FINANSOWANIE POLIS DLA DZIECI W RODZINACH WIELODZIELNYCH	32
2.3.6. POWSTAWANIE I USTANIE UBEZPIECZENIA	33
2.3.7. NADZÓR I REGULACJA	34
2.4. ZASADY WSPÓŁPRACY Z INSTYTUCJAMI PUBLICZNYMI I ŚWIADCZENIODAWCAMI	35
2.4.1. UBEZPIECZENIE I POBÓR SKŁADKI	36
2.4.2. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	38
2.4.3. MODEL PRZEPŁYWÓW FINANSOWYCH	39
2.4.4. PRZEPŁYW INFORMACJI I RAPORTOWANIE	40
2.5. KORZYŚCI Z WPROWADZENIA PROPONOWANEGO MODELU	45
2.6. OCENA POTENCJALNYCH ROZMIARÓW RYNKU	46
3. OKREŚLENIE OBSZARÓW WYMAGAJĄCYCH ZMIAN LEGISLACYJNYCH	48

3.1. STANOWISKO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO CO DO KONSTRUKCJI SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE	48
3.2. ZMIANY W ZAKRESIE KONSTRUKCJI PŁATNIKÓW	50
3.3. ZMIANY PO STRONIE ŚWIADCZENIODAWCÓW	53
3.4. NADZÓR I REGULACJA	54
3.5. WSTĘPNA OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)	54
3.6. DALSZE DZIAŁANIA ORAZ PROPOZYCJA HARMONOGRAMU	57
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>59</u>
<u>ZAŁĄCZNIK 1. DOTYCHCZASOWE PROPOZYCJE BUDOWY SYSTEMU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE</u>	<u>60</u>
<u>ZAŁĄCZNIK 2. DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE</u>	<u>64</u>
A.1 FUNKCJONOWANIE PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W WYBRANYCH KRAJACH OECD	64
A.2. PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W KONTEKŚCIE PRAWA WSPÓLNOTOWEGO	104
<u>ZAŁĄCZNIK 3. DŁUGOOKRESOWA PROJEKCJA PRZYCHODÓW SEKTORA PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH</u>	<u>108</u>
<u>ZAŁĄCZNIK 4. PRZYCHODY I KOSZTY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</u>	<u>112</u>

Wstęp

Celem raportu jest przedstawienie koncepcji rozwoju systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Obecnie ubezpieczenia zdrowotne stanowią niewielką część rynku ubezpieczeń, a także niewielką część ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce. Jednocześnie udział prywatnych pieniędzy w wydatkach na ochronę zdrowia jest bardzo wysoki – są to koszty leków, płatnych wizyt prywatnych, a także tzw. „dowody wdzięczności”. Coraz więcej Polaków korzysta prywatnie ze służby zdrowia.

Biorąc pod uwagę skalę wydatków zdrowotnych w budżetach Polaków, dobrze zaprojektowany system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych daje szansę lepszego wykorzystania już wydawanych środków. Przyniesie on także korzyści w postaci zwiększenia dostępu do opieki zdrowotnej i poprawy jej jakości.

Poszerzenie dotychczasowego zakresu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również zwiększenie roli zakładów ubezpieczeń jako płatników w systemie opieki zdrowotnej może przynieść szereg korzyści wszystkim uczestnikom systemu ochrony zdrowia. Przede wszystkim przyszłym klientom, którzy będą mieli możliwość dostępu do lepszej opieki zdrowotnej na wszystkich jej poziomach. Jednocześnie nie będą musieli za to płacić „podwójnie” – tak jak to się często dzieje obecnie. Oferowane im usługi zdrowotne będą lepiej dostosowane do ich oczekiwań.

Ubezpieczenia zdrowotne, na które złożą się składki z ubezpieczenia obowiązkowego i dodatkowego, to także możliwość poprawy efektywności funkcjonowania świadczeniodawców – zakładów opieki zdrowotnej. Po pierwsze, otrzymają oni strumień dodatkowych środków w zamian za usługi realizowane w ramach ubezpieczeń prywatnych. Po drugie, stworzone zostaną bodźce ekonomiczne do lepszego wykorzystania istniejących zasobów, a co także ważne – będą one wykorzystywane w większym stopniu niż dotychczas. Dodatkowo, wprowadzenie takiego systemu może udoskonalić obecne sposoby wyceny kosztów poszczególnych procedur medycznych. W efekcie można oczekiwać poprawy efektywności funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ograniczenia zapotrzebowania na pomoc publiczną kierowaną do tych instytucji.

Korzyści może również odczuć Narodowy Fundusz Zdrowia, gdyż część kosztów świadczeń może być przejęta przez środki pochodzące z ubezpieczeń prywatnych. W efekcie można oczekiwać, iż ogólna liczba świadczeń udzielanych pacjentom zwiększy się. Oznacza to, że wprowadzenie systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może pośrednio przyczynić się do poprawy dostępności i jakości opieki zdrowotnej nie tylko w przypadku osób objętych ubezpieczeniem dobrowolnym, ale i wszystkich ubezpieczonych.

Rekomendacje przedstawione w niniejszym raporcie są stanowiskiem Polskiej Izby Ubezpieczeń, który może stanowić głos w debacie na temat kierunków rozwoju sektora ubezpieczeń zdrowotnych. Raport składa się z trzech rozdziałów. W pierwszym prezentujemy krótką diagnozę obecnego stanu systemu opieki zdrowotnej w Polsce wraz ze wskazaniem przesłanek dla budowy systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W drugim – przedstawiono założenia oraz konstrukcję proponowanego modelu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Założenia te uwzględniają zarówno dotychczasową debatę na temat prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak i doświadczenia międzynarodowe. Rozdział ten zawiera również opis możliwych rozwiązań dotyczących współpracy pomiędzy instytucjami oferującymi prywatne ubezpieczenia zdrowotne i instytucjami publicznymi (Narodowy

Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych) oraz świadczeniodawcami. Prezentujemy również szacunki dotyczące potencjalnej wielkości rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W trzecim rozdziale przedstawiony jest zakres potencjalnych zmian ustawowych, które związane są z wdrożeniem zaproponowanego modelu do porządku prawnego w Polsce. Ze względu na charakter propozycji, która obejmuje zarówno sektor publiczny, jak i prywatny, zaproponowane działania wymagają odpowiednich dostosowań wszystkich uczestników docelowego systemu. Rozdział ten zawiera także wstępną ocenę skutków regulacji wdrożonych zmian, a także proponowany harmonogram działań.

Raport uzupełniony jest o szereg załączników. Pierwszy z nich prezentuje dotychczasowe propozycje budowy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Drugi przedstawia doświadczenia międzynarodowe, które są istotnym źródłem poszukiwania sprawdzonych praktyk. Dlatego też w załączniku tym prezentujemy doświadczenia kilku krajów OECD, w których funkcjonują systemy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Zaprezentowane modele uwzględniają reformy wprowadzone w perspektywie ostatnich kilku lat, a więc wychodzące naprzeciw wyzwaniom, przed jakimi stoją systemy ochrony zdrowia na świecie.

W załączniku nr 3 przedstawiamy długoterminową projekcję przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Załącznik nr 4 zawiera zestawienie przychodów i kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Executive Summary

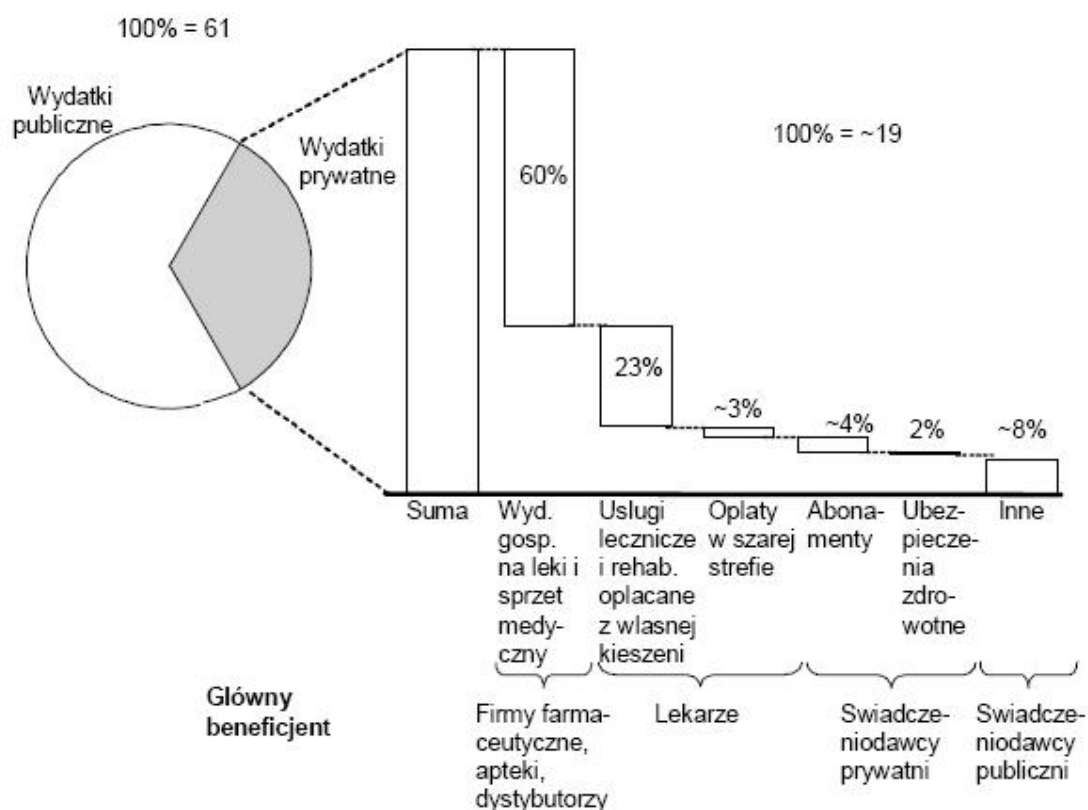
Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Pomimo rosnącego poziomu składki powszechne ubezpieczenia zdrowotne oraz wzrostu przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego skutkiem rosnących zarobków oraz spadku bezrobocia, w systemie ochrony zdrowia w Polsce stale obecny jest niedobór środków. Skutkuje to długim oczekiwaniem pacjentów na liczne świadczenia zdrowotne lub, w sytuacji ich realizacji przez świadczeniodawców ponad zakontraktowane wielkości, rosnącym zadłużeniem większości publicznych placówek służby zdrowia. Do wymienionych problemów należy dodać utrzymującą się, w pełni uzasadnioną, presję pracowników na wzrost wynagrodzeń.

Dlatego reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce wymaga takich rozwiązań, które przy dopływie dodatkowych środków poprawią jego efektywność finansową, racjonalność wykorzystania środków oraz przede wszystkim opiekę zdrowotną, dzięki wyższej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Polska Izba Ubezpieczeń proponuje wprowadzenie takich zmian systemowych, które pozwolą na **konkurencję pomiędzy płatnikami za świadczenia zdrowotne**. Uważamy, że optymalnym rozwiązaniem mogącym poprawić finansową sytuację polskiego systemu ochrony zdrowia, na co wskazują także doświadczenia międzynarodowe, jest **dopuszczenie do zarządzania środkami publicznymi pochodzącymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obok funduszy publicznych, także funduszy prywatnych (w tym przypadku zakładów ubezpieczeń)**. Tak wytworzona konkurencja na poziomie płatników, doprowadzi do podniesienia efektywności systemu, gdyż każda osoba, spełniająca kryteria przystąpienia do prywatnego zakładu ubezpieczeń zdrowotnych, będzie jego klientem, a nie petentem, jak to ma miejsce obecnie w Narodowym Funduszu Zdrowia. **Zwiększenie liczby instytucji zarządzających składką zdrowotną doprowadzi w konsekwencji do poprawy jakości i organizacji dostarczanych świadczeń zdrowotnych.**

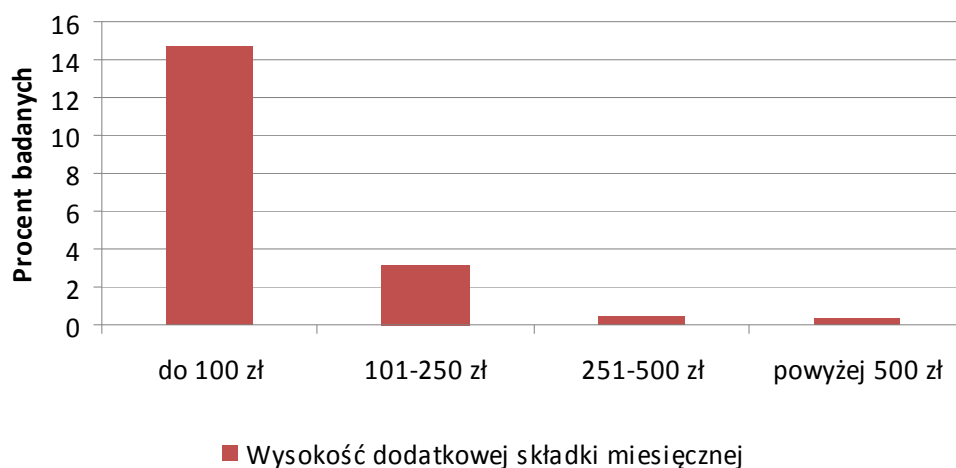
Wykres 1. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce w 2005 roku, w mld PLN.



Źródło: GUS, obliczenia własne.

Polska Izba Ubezpieczeń proponuje wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze dobrowolnym, ale przy takiej organizacji systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, aby w kolejnych latach, wraz ze wzbogacaniem się polskiego społeczeństwa, miały one charakter masowy, jak we Francji, Holandii czy Australii. Przeprowadzone w 2007 r. badania „Diagnoza Społeczna 2007” pokazuje, że 18,8% badanych deklaruje chęć skorzystania z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Większość z tych osób jest gotowa płacić nie więcej niż 100 zł miesięcznie. Obecnie prywatne wydatki Polaków na ochronę zdrowia wynoszą około 20 mld złotych, ale tylko nieznaczna część z tych środków trafia do świadczeniodawców publicznych. **Rozwiązanie proponowane przez PIU, w którym dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne miałyby charakter masowy** oznacza, że część ze środków stanowiących ubezpieczenia dodatkowe trafiłaby właśnie do świadczeniodawców publicznych, obsługujących w chwili obecnej Polaków korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Byłyby to z pewnością głównie szpitale, ale także specjalistyczne leczenie ambulatoryjne oraz centra diagnostyczne i rehabilitacyjne.

Wykres 2. Deklarowane zainteresowanie prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.



Źródło: Badania „Diagnoza społeczna 2007”.

Proponujemy, aby zakłady ubezpieczeń, obok zarządzania środkami pochodzącymi ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, mogły oferować prywatne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Ze względu na rodzaj prowadzonej działalności do zarządzania środkami pochodzącymi ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego upoważnione byłyby zakłady ubezpieczeń działu II posiadające licencję na prowadzenie ubezpieczeń grupy 2. Zdaniem Izby nie ma potrzeby tworzenia w Polsce odrębnego działu ubezpieczeń zdrowotnych. Istniejące obecnie prawo ubezpieczeniowe jest wystarczające, o czym świadczą oferty kilku zakładów ubezpieczeń działających już na rynku zdrowotnym.

Proponujemy wprowadzenie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, który składałby się z dwóch elementów:

- stawki kapitałowej pochodzącej ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- składki dodatkowej płaconej przez ubezpieczonego.

Osoby, które zdecydowałyby się na ubezpieczenie dodatkowe opłacane za siebie i swoją rodzinę, miałyby do wyboru szereg opcji ubezpieczeń dodatkowych oferowanych przez wybrany przez siebie prywatny zakład ubezpieczeń zdrowotnych, poczynając od ubezpieczenia w standardzie podstawowym, aż po standard najwyższy umożliwiający np. konsultacje i leczenie za granicą, w zależności od swoich potrzeb, preferencji i możliwości.

W celu uzyskania poprawy sytuacji finansowej w całym systemie ochrony zdrowia w Polsce, kierując się odpowiedzialnością społeczną i zasadą solidaryzmu proponujemy, aby środki publiczne pochodzące ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego za osoby, które zdecydowały się na kupno dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowiły odpowiedni procent stawki kapitałowej przypadającej na każdego ubezpieczonego, uprawnionego do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. **W modelu finansowania opieki zdrowotnej proponowanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń, zakład ubezpieczeń otrzymywałby za każdego ubezpieczonego stawkę kapitałową, płaconą z powszechnego**

ubezpieczenia zdrowotnego, oraz składkę dodatkową opłaconą przez ubezpieczonego w wysokości uzależnionej od standardu wybranego przez ubezpieczonego. Wartość obu elementów zależałaby od wieku i płci osoby ubezpieczonej. Stawka kapitacyjna byłaby ustalana w zależności od wydatków systemu publicznego na świadczenia dla osób w określonym wieku i płci. Zakłady ubezpieczeń otrzymywałyby 80% tak określonej stawki za osoby ubezpieczone w wieku od 4 do 65 lat, a w przypadku dzieci do lat 3 oraz osób powyżej 65 roku życia – 100% stawki.

Wysokość stawki kapitacyjnej ustalana byłaby przez nowo utworzony Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (na podstawie faktycznych wydatków funduszu publicznego), a przekazywana do zakładów ubezpieczeń zdrowotnych oraz publicznych funduszy zdrowia byłaby przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgodnie z ustalonym algorytmem.

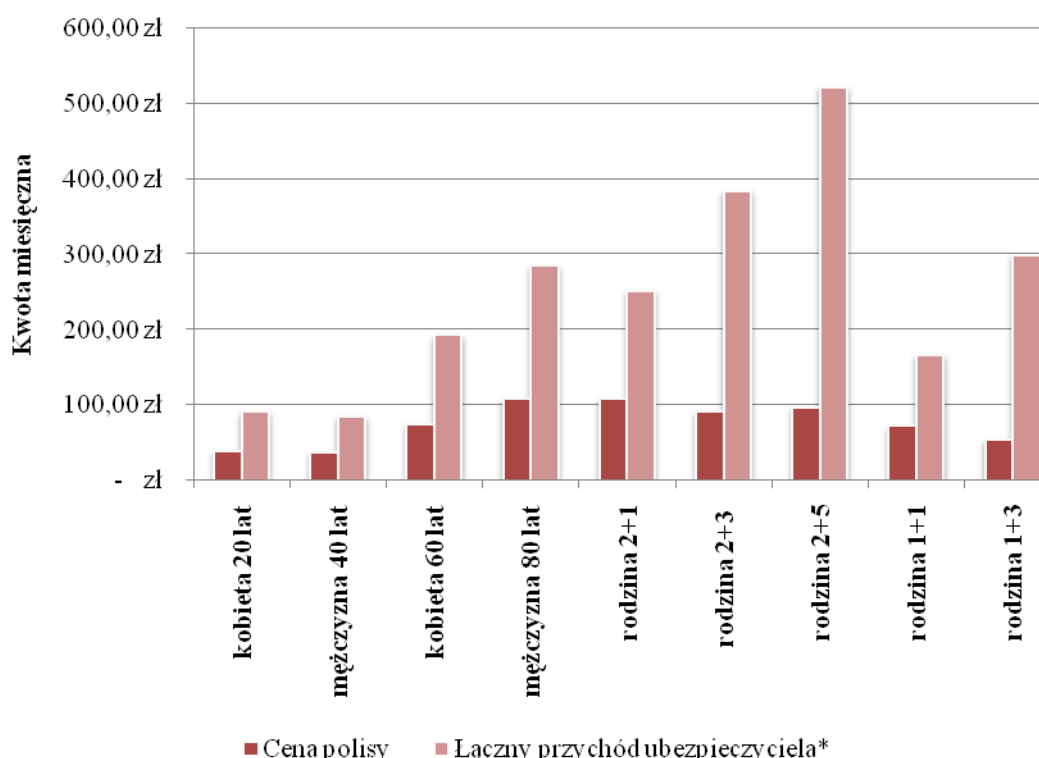
Za otrzymane środki, zakład ubezpieczeń oferowałby finansowanie kompleksowej opieki zdrowotnej oraz refundację cen leków w zakresie obowiązującym w Polsce, z wyłączeniem ratownictwa medycznego i procedur wysokospecjalistycznych, których finansowanie pozostałoby wyłączną domeną systemu publicznego.

Ubezpieczenie zdrowotne zawierane byłoby na rok kalendarzowy, a decyzję o przystąpieniu lub zmianie ubezpieczyciela podejmowane byłyby w poprzednim roku, do określonego ustawowo terminu. Początkowo, tj. w pierwszym roku funkcjonowania system będzie otwarty dla wszystkich uprawnionych do 65 roku życia, a następnie w kształcie docelowym będzie otwarty dla osób do np. 55 roku życia. Osoby, które przystąpią do jednego z prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, opłacając regularnie składkę dodatkową zgodnie z wybranym przez siebie standardem ubezpieczenia dodatkowego, będą mogły korzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez ten zakład do końca życia. Dla stabilizacji finansowej całego systemu proponujemy, aby w ciągu pierwszych trzech lat jego funkcjonowania nie można było zmieniać zakładu ubezpieczeń, a następnie zmiana częściej niż raz na dwa lata była odpłatna. Wysokość tej opłaty określiłby Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Zakłady ubezpieczeń, które nie weszłyby na rynek ubezpieczeń zdrowotnych później, niż w pierwszym roku funkcjonowania nowego systemu, miałyby obowiązek w pierwszym roku swojej działalności być otwarte (tak jak ich poprzednicy) dla osób uprawnionych do 65 roku życia. Taki mechanizm redukuje ryzyko dużych różnic w strukturze wiekowej klientów prywatnych funduszy zdrowotnych, które weszłyby na rynek w różnych latach.

W celu zwiększenia dostępności do dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych rodzin wielodzietnych proponujemy, aby budżet Państwa opłacał część (lub całość) składki w standardzie podstawowym za każde dziecko w rodzinie z trójką lub większą liczbą dzieci. W ten sposób może zostać zniesiona bariera finansowa dostępu do ubezpieczeń dodatkowych, deklarowana, jako przeszkoda uniemożliwiająca wykupienie takiego ubezpieczenia w badaniu „Diagnoza społeczna 2007” przez rodziny, z co najmniej trojgiem dzieci, pomimo zainteresowania posiadaniem takiego ubezpieczenia.

Wykres 3. Symulacja cen polis i przychodów ubezpieczyciela.



*Suma stawki kapitacyjnej przekazywanej z ubezpieczenia powszechnego i ceny polisy pokrywanej bezpośrednio przez ubezpieczonego oraz ewentualnej dopłaty do ubezpieczenia zdrowotnego dzieci w rodzinach wielodzietnych.

Źródło: Obliczenia własne IBS.

W celu skoordynowania polityki lekowej i lepszej kontroli nad kosztami leków proponujemy, aby powstała nowa instytucja rozliczeniowa, która byłaby spółką akcyjną, utworzoną przez wszystkie publiczne i prywatne fundusze zdrowia. Pozwoli to na organizację jednego wspólnego systemu rozliczeń leków refundowanych, co z punktu widzenia kosztów ma niebagatelne znaczenie. Ponadto uważamy, że fundusze zdrowotne jako dysponenti środków na leki powinny mieć wpływ na kształt list leków refundowanych.

Proponowane przez Polską Izbę Ubezpieczeń zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce będą skutkowały:

- **zwiększeniem środków** na zakup świadczeń zdrowotnych dla całego społeczeństwa, bez podnoszenia poziomu podatków ani składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- **optymalizacją liczby świadczeń** zdrowotnych zakupywanych przez prywatne oraz publiczne fundusze zdrowotne poprzez dostosowanie ich liczby do realnych potrzeb ubezpieczonych;
- **ograniczeniem barier dostępu i szybszym rozładowywaniem kolejek do świadczeń**, które obecnie są skutkiem niedoboru środków i brakiem mechanizmów zarządzania na poziomie płatnika;
- **podniesieniem poziomu opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków**, poprzez zwiększenie dostępności i jakości świadczeń oraz wdrożenie mechanizmów związanych z zarządzaniem poziomem zdrowia ubezpieczonych w

dłuższej perspektywie przez zastosowanie programów badań profilaktycznych i promocji zachowań prozdrowotnych;

- **optymalizacją wykorzystania zasobów po stronie świadczeniodawców, m.in. dzięki większej liczbie kontraktowanych świadczeń;**
- **konkurencją wśród świadczeniodawców o kontrakty płatników, co powinno skutkować podniesieniem jakości i optymalizacją ceny udzielanych świadczeń.**

Proponowany system cechuje:

- **prostota jego konstrukcji**, w szczególności dzięki brakowi zastosowania systemu wyrównawczego, którego rolę pełni zasada podziału składek z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na stawki kapitacyjne zależne wyłącznie od płci i wieku;
- **zachowanie zasady solidaryzmu** między osobami o niskich i wysokich dochodach (dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne jest dobrowolne, a decyzja o jego wykupie przez osobę o ponadprzeciętnie wysokich dochodach oznacza pozostawienie w systemie publicznym znacznej części środków z jej składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne);
- **uzyskanie oszczędności w systemie publicznym**, które będą mogły być przekazane na świadczenia medyczne dla osób, które wybiorą korzystanie ze świadczeń finansowanych z systemu publicznego;
- **dopływ dodatkowych środków finansowych** do całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego statusu prawnego, **bez zwiększania obciążeń podatkowych;**
- **szeroki dostęp do dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od stanu zdrowia;**
- **możliwość dostępu do dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a tym samym lepszej opieki zdrowotnej dla osób starszych.**

Według obliczeń wykonanych w trakcie przygotowywania propozycji PIU, wielkość rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, przy założeniu, że systemem tym objętych będzie 15% ludności – tj. 5,8 mln ludzi, przy bazowej składce dodatkowej w standardzie podstawowym wynoszącej 50 zł miesięcznie, to, co najmniej 3,5 mld złotych. Oprócz tego zakłady ubezpieczeń zdrowotnych dostaną 4,9 mld zł stawek kapitacyjnych pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to łącznie kwota 8,4 mld zł.

Wielkość przychodów z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie wzrastać wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa. Doświadczenia innych państw pokazują, że opieka zdrowotna jest dobrem, na które popyt rośnie szybciej od wzrostu dochodów.

W celu zwiększenia liczby osób objętych ubezpieczeniem dodatkowym przewidujemy, że produkty oferowane przez poszczególne zakłady ubezpieczeń byłyby aktywnie dystrybuowane, podobnie jak inne produkty ubezpieczeniowe czy emerytalne. Oprócz szkoleń produktowych prowadzonych przez każdy z zainteresowanych zakładów nie przewidujemy żadnych dodatkowych wymagań stawianych osobom prowadzącym działalność akwizycyjną na rzecz zakładów ubezpieczeń.

Analiza SWOT proponowanych zmian:

Zalety:

- konstytucyjność;
- prostota;
- zasada solidaryzmu, zwiększająca szanse na polityczną i społeczną akceptację;
- subwencja z budżetu państwa dla rodzin wielodzietnych jako element polityki pro-rodzinnej państwa;
- możliwa powszechność posiadania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- możliwość korzystania z finansowania świadczeń zdrowotnych przez zakłady ubezpieczeń niezależnie od miejsca zamieszkania (system otwarty dla mieszkańców miast i wsi);
- zorganizowany dodatkowy dopływ środków do całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego statusu właścicielskiego;
- zbudowanie stałych zdrowych relacji pomiędzy płatnikami jak i świadczeniodawcami;
- stworzenie mechanizmów konkurowania zarówno płatników, jak i świadczeniodawców o pacjenta, którego zdrowie i zadowolenie stanie się wartością przewodnią systemu.

Wady:

- proponowane zmiany wymagają zmian szeregu ustaw, a to wymaga czasu (od roku do 2 lat)

Szanse:

- wysoki poziom akceptacji środowiska medycznego;
- potencjalnie wyższy niż kiedykolwiek wcześniej poziom akceptacji społecznej oraz politycznej;
- wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, poprzez stworzenie mechanizmów służących zarządzaniu zdrowiem, a nie tylko reagowaniem na kryzys.

Zagrożenia:

- propozycje wychodzące od ubezpieczycieli mogą się spotkać z atakami niektórych polityków, a sam projekt może być przedmiotem gry politycznej;
- brak akceptacji społecznej, ze względu na niski poziom świadomości ubezpieczeniowej Polaków;
- brak akceptacji w chwili obecnej, to odwołanie na lata możliwości wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz dopuszczenia zakładów ubezpieczeń do zarządzania środkami ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- niski poziom wiedzy społecznej o funkcjonowaniu systemu zdrowotnego – konieczna kampania edukacyjna.

Wykres 4. Harmonogram wdrażania projektu.

Etap	liczba miesięcy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
0	Podjęcie decyzji o wdrożeniu modelu																		
1	Opracowanie zmian legislacyjnych																		
2	Konsultacje społeczne i przyjęcie projektu przez Radę Ministrów																		
3	Prace parlamentarne i uchwalenie ustawy																		
4	Prace organizacyjne i wdrożeniowe																		
5	Działania informacyjne																		
6	Szeroka kampania informacyjna																		

Źródło: Opracowanie własne IBS.

1. Stan obecny – diagnoza i perspektywy

Debata dotycząca rozbudowy systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce trwa niemal od początku okresu transformacji. Jednak w ostatnich latach jej skala istotnie wzrosła, co jest częściowo związane z poszukiwaniem możliwości jak najbardziej efektywnego wykorzystania środków finansowych w ramach obecnego systemu ochrony zdrowia.

System ten stoi też przed istotnymi wyzwaniami, związanymi ze zmianami ekonomicznymi, postępem technologicznym i procesami demograficznymi (w tym przede wszystkim starzeniem się ludności). Reforma systemu ochrony zdrowia jest więc konieczna nie tylko z powodu bieżącej sytuacji, ale dla budowania stabilnego systemu na przyszłość. W naszej ocenie, model taki powinien w jak największym stopniu wykorzystywać najlepsze strony systemu publicznego i prywatnego.

1.1. Diagnoza

System ochrony zdrowia w Polsce stanowi jeden z najczęściej modyfikowanych i zmienianych elementów polityki publicznej w perspektywie ostatnich lat. Częstotliwość tych zmian związana jest, między innymi, z trudnościami w osiągnięciu systemu, który spełniałby podstawowe przesłanki efektywnych systemów ochrony zdrowia. Zgodnie z ustalonymi przez kraje Unii Europejskiej celami, systemy ochrony zdrowia powinny spełniać kryteria: dostępu, jakości oraz stabilności finansowej (por. Ramka 1.).

Ramka 1. Cele krajów UE w obszarze ochrony zdrowia.

Dostępna, charakteryzująca się wysoką jakością oraz trwała i długoterminowa opieka zdrowotna poprzez zapewnienie:

- dostępu dla wszystkich do odpowiedniej opieki zdrowotnej i długoterminowej oraz zapewnienie, że potrzeba opieki nie prowadzi do ubóstwa i zależności finansowej; a także rozwiązanie problemów związanych z nierównym dostępem do opieki i z nierównymi wynikami zdrowotnymi;
- jakości w opiece zdrowotnej i długoterminowej oraz przystosowanie opieki, włącznie z rozwojem profilaktyki, do zmieniających się potrzeb i preferencji społeczeństwa i jednostek, szczególnie przez opracowanie standardów jakości odzwierciedlających najlepsze międzynarodowe praktyki oraz poprzez wzmocnienie odpowiedzialności pracowników służby zdrowia oraz pacjentów i osób korzystających z opieki;
- że odpowiednia, wysokiej jakości opieka zdrowotna i długoterminowa pozostawać będzie w zasięgu finansowym obywateli przez propagowanie racjonalnego wykorzystania zasobów, a w szczególności zastosowanie odpowiednich bodźców dla odbiorców i usługodawców, dobre zarządzanie i koordynację pomiędzy systemami opieki oraz instytucjami publicznymi i prywatnymi. Długofalowa trwałość i jakość wymagają promowania zdrowego i aktywnego stylu życia oraz dobrych zasobów ludzkich w sektorze opieki.

Źródło: http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/objectives_pl.htm.

Jednym z najpoważniejszych wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia w Polsce jest zapewnienie jego stabilności finansowej. Obecnie w systemie tym narasta deficyt, który przejawia się głównie w limitowaniu liczby świadczeń, które są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz stopniowym narastaniu zadłużenia świadczeniodawców.

Istotnym problemem jest również dostęp do świadczeń zdrowotnych. Teoretycznie dostęp ten jest zapewniony przez istniejący system, jednak poprzez limitowanie świadczeń występuje istotne ograniczenie rzeczywistego dostępu do niektórych z nich. Ograniczenie to jest szczególnie dotkliwe dla ludzi o najniższych dochodach, którzy nie mogą skorzystać z istniejących możliwości sfinansowania usług w sektorze prywatnym.

Istniejący system nie zapewnia także najlepszej możliwej jakości udzielanych świadczeń. System standardów udzielanych procedur nie jest w pełni wdrożony, podobnie jak system monitorowania jakości. Aby zapewnić efektywność i odpowiednią jakość opieki zdrowotnej, niezbędne jest zapewnienie właściwych bodźców dla świadczeniodawców. Powinny one istnieć zarówno w systemie prawnym, jak i wynikać z zawieranych kontraktów. Powstała praktyka przekazywania części środków NFZ na wynagrodzenia poza systemem kontraktów rozmywa obecnie system powiązania otrzymywanych środków z jakością i ilością udzielanych świadczeń. Model ten stopniowo oddala się od proponowanego w ramach reformy systemu ochrony zdrowia z 1999 roku modelu „składki idącej za pacjentem”. Istotnym problemem jest też jakość zarządzania zakładami opieki zdrowotnej –przykłady dobrych praktyk wskazują, że odpowiednie zarządzanie placówką może wpłynąć w dużym stopniu na poprawę stabilności finansowej i jakości udzielanych usług.

1.2. Usytuowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku ubezpieczeń

Obecnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez firmy ubezpieczeniowe są przypisywane do działu I (grupa I.5) lub działu II (grupa II.2), w zależności od tego, w jaki sposób skonstruowana jest oferta zakładu ubezpieczeń. W praktyce międzynarodowej, takie rozwiązania są stosowane, chociaż w niektórych krajach istnieje trzeci dział ubezpieczeń – ubezpieczenia zdrowotne.

Prywatne ubezpieczenia są oferowane jako produkt indywidualny lub grupowy. Równolegle rozwinął się także system abonamentowy, który ma charakter para-ubezpieczeniowy. W praktyce system abonamentowy korzysta także z odrębnych rozwiązań podatkowych, korzystniejszych niż ubezpieczenia zdrowotne, szczególnie z perspektywy pracodawców (koszt świadczeń zdrowotnych ukrywany w świadczeniach medycyny pracy).

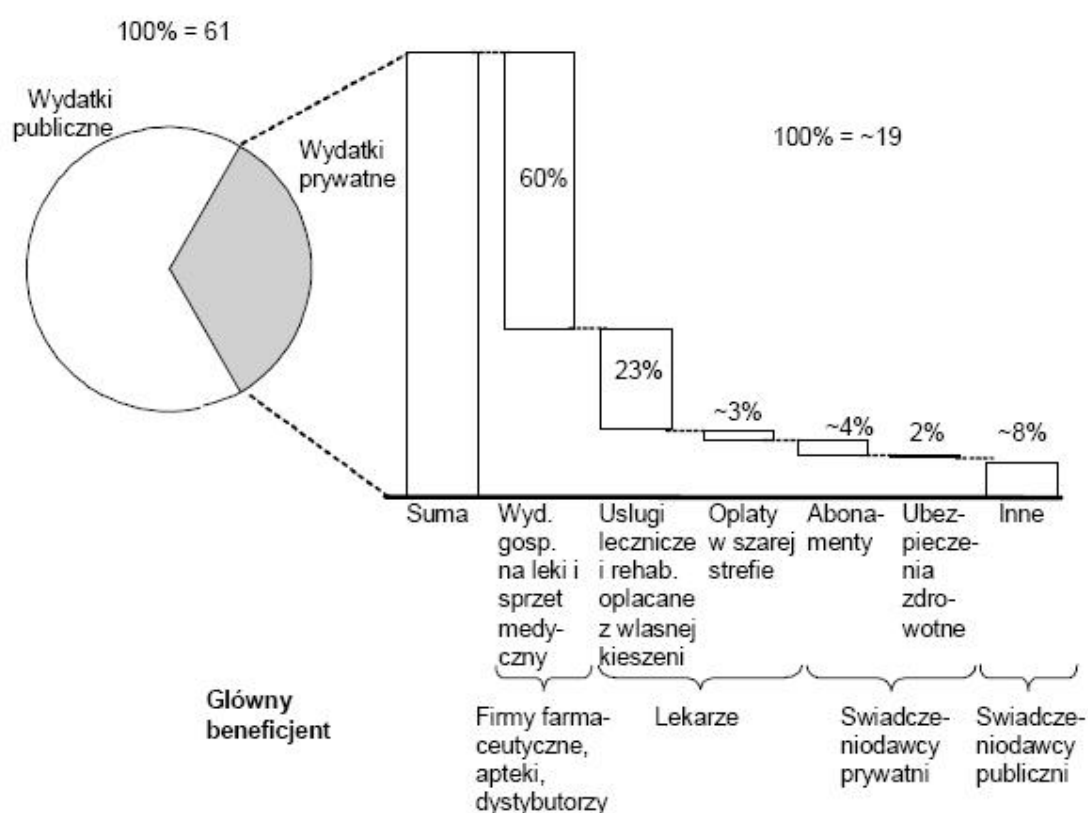
Rozwój dodatkowych usług zdrowotnych do tej pory odbywał się bez wsparcia ze strony publicznej, na zasadzie reakcji na pojawiające się potrzeby i deficyty. Stąd też rozwój systemów abonamentowych i do pewnego stopnia – dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oferujących dostęp do usług ambulatoryjnych, z których najczęściej korzystają ubezpieczeni (lekarz-internista oraz lekarze-specjaliści).

Dalszy rozwój systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wymaga przede wszystkim przygotowania strategii dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, z uwzględnieniem roli podmiotów prywatnych oraz utworzenia ram regulacyjnych dla tego sektora. Istotne jest **równe traktowanie wszystkich podmiotów rynkowych**, zarówno z perspektywy rozwiązań podatkowych, dostępu do świadczeniodawców publicznych, jak i istniejącego nadzoru.

1.3. Obecne wydatki prywatne na opiekę zdrowotną w Polsce¹

Obecne wydatki prywatne na opiekę zdrowotną wynoszą ponad 19 mld PLN rocznie i stanowią około 30% szacowanego na ponad 61 mld PLN rynku świadczeń medycznych w Polsce (por. Schemat 1). W porównaniu z innymi państwami OECD, w tym krajami Europy Środkowej, poziom wydatków prywatnych w relacji do PKB w Polsce należy ocenić jako umiarkowany (por. wykres 1). Przykładowo udział prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w PKB jest w Polsce znacznie wyższy niż w Czechach (0,8 proc. PKB), porównywalny z poziomem wydatków prywatnych na Słowacji (1,8 proc. PKB), ale niższy na Węgrzech (2,5 proc. PKB).

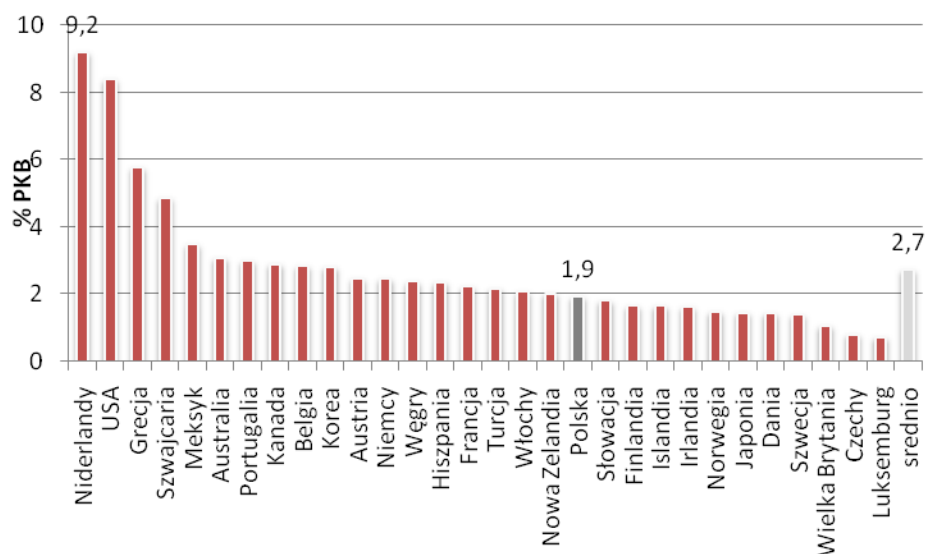
Schemat 1. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce.



Źródło: GUS, obliczenia własne.

¹ Najbardziej wiarygodnym źródłem danych o wydatkach prywatnych na opiekę zdrowotną w Polsce jest narodowy rachunek zdrowia, sporządzany przez GUS na podstawie wszystkich dostępnych źródeł statystycznych, uogólnionych na całą populację i weryfikowanych za pomocą analiz eksperckich. Zawiera on dane o całości wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, w podziale zarówno na źródła finansowania jak i dostawców dóbr i usług. Najbardziej aktualne wydanie publikacji zawierającej dane narodowego rachunku zdrowia (Podstawowe informacje z zakresu ochrony zdrowia w 2006 roku) zostało opublikowane przez GUS w styczniu 2008 roku i dotyczy wydatków za 2005 rok.

Wykres 1. Prywatne wydatki na opiekę medyczną w Polsce i pozostałych krajach OECD w 2005 roku (w proc. PKB).



Źródło: OECD 2007, dane za 2005 rok.²

Tabela 1. Wydatki prywatne w podziale na źródła finansowania oraz dostawców dóbr i usług w Polsce (w mld PLN rocznie).³

	Wydatki prywatne	Prywatne ubezpieczenie	Gospodarstwa domowe	Instytucje niekomercyjne	Przedsiębiorstwa
Usługi lecznicze i rehabilitacyjne	5,4	0,2	4,4	0,2	0,6
Leki i materiały nietrwałego użytku	10,6	0,1	10,5	0,0	0,0
Sprzęt terapeutyczny i dobra trwałego użytku	0,9	0,1	0,8	0,0	0,0
Profilaktyka i zdrowie publiczne	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia	0,4	0,0	0,2	0,1	0,1
Inwestycje	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7
Ogółem	18,4 ⁴	0,4	15,9	0,3	1,8

Źródło: Narodowy rachunek zdrowia, GUS 2008, dane za 2005 rok.

² Dla Australii, Japonii, Niderlandów i Węgier dane za 2004 rok.

³ Kwoty z poszczególnych wierszy i kolumn mogą nie sumować się ze względu na zaokrąglenia.

⁴ Bez wydatków na opłaty nieformalne.

Jak przedstawia Tabela 1, główną kategorię wydatków prywatnych na opiekę zdrowotną w Polsce stanowią wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych, wynoszące około 16 mld PLN rocznie. Są one przeznaczane przede wszystkim na leki (około 11 mld PLN). Drugim obok leków źródłem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez gospodarstwa domowe są wydatki na usługi lecznicze i rehabilitacyjne (około 5 mld PLN). Kwota ta zawiera przede wszystkim wydatki na wizyty lekarskie i stomatologiczne, których opłacanie w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających badanie deklarowało odpowiednio 21 i 19 proc. gospodarstw domowych.⁵ Prawie w całości finansowane ze środków publicznych są natomiast wydatki na opiekę szpitalną, których samodzielne finansowanie dla któregoś z członków gospodarstwa deklarowało zaledwie 0,5 proc. badanych gospodarstw.⁶

Jak wynika z badania „Diagnoza Społeczna 2007” wzrasta odsetek Polaków korzystających z usług zdrowotnych finansowanych z własnej kieszeni. W 2007 roku korzystanie z tego rodzaju usług deklarowało prawie 30% badanych w porównaniu z 26% w roku 2005. Z usług finansowanych z własnej kieszeni korzystają najczęściej kobiety (34% badanych), osoby w wieku 25-34/35-44 lat (odpowiednio 36% i 34%), a także osoby w wieku 60-64 lata (31%) i mieszkańcy największych miast (43%). Procent ten rośnie też wraz z wykształceniem. W 2007 r. ponad połowa osób z wykształceniem wyższym i policealnym korzystała z tego typu usług. Wśród grup społeczno-zawodowych na prywatne finansowanie świadczeń najczęściej decydują się przedsiębiorcy oraz pracownicy sektora publicznego.

W „Diagnozie Społecznej 2007” badano też korzystanie z placówek służby zdrowia, w których trzeba było płacić z własnej kieszeni w zależności od struktury gospodarstwa domowego. Wyniki pokazały, że najczęściej z tego typu placówek korzystają małżeństwa z dwójką dzieci, małżeństwa z jednym dzieckiem oraz małżeństwa bez dzieci. Mniejszy od średniej odsetek gospodarstw korzystających z opłacanych prywatnie usług zdrowotnych zanotowano natomiast wśród gospodarstw z trójką i większą liczbą dzieci⁷. Można przypuszczać, że zjawisko to wynika przede wszystkim z przeciętnie gorszej sytuacji materialnej tej grupy gospodarstw. Hipotezę tę potwierdzają wyniki badań dotyczące ewentualnej gotowości wykupienia polis dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wśród gospodarstw z trójką i większą liczbą dzieci udział niezainteresowanych takim ubezpieczeniem jest znacznie niższy, a udział deklarujących, że nie stać ich na dodatkową składkę znacznie wyższy niż wśród ogółu gospodarstw.⁸

Nieujęta w statystyce rachunków zdrowia kategorią wydatków gospodarstw domowych są wydatki na opłaty nieformalne, które na podstawie wyników badania „Diagnoza Społeczna

⁵ Według danych z Badania Budżetów Gospodarstw Domowych za 2005 rok.

⁶ Jak wyżej.

⁷ W gospodarstwach, w których ktokolwiek z członków korzystał z usług opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku, odsetek gospodarstw, które co najmniej w części finansowały je z własnej kieszeni wyniósł: wśród małżeństw z dwójką dzieci 54,5%, wśród małżeństw z jednym dzieckiem 53,2%, a wśród małżeństw bez dzieci 44,8%, wobec średniej dla wszystkich gospodarstw wynoszącej 44,8%. Wśród gospodarstw z trójką i większą liczbą dzieci odsetek ten wyniósł 41,7%.

⁸ Wynosi on odpowiednio 43,1% oraz 39,7%, wobec średniej dla ogółu gospodarstw wynoszącej 50,7 oraz 30,5%.

2007” można oszacować łącznie na około 0,6 mld PLN rocznie, tj. zaledwie około 3% ogólnej kwoty wydatków prywatnych (por. Schemat 1).⁹

Jak pokazuje Tabela 1, drugim co do wielkości źródłem finansowania wydatków prywatnych na opiekę medyczną w Polsce są przedsiębiorstwa inne niż instytucje ubezpieczeniowe. Ich wydatki na opiekę zdrowotną wynoszą 1,8 mld PLN rocznie. Wydatki te obejmują zarówno świadczenia z zakresu medycyny pracy (tj. badania wstępne, kontrolne, okresowe oraz opiekę profilaktyczną niezbędną ze względu na warunki pracy), jak i tzw. abonamenty, uprawniające pracowników oraz ewentualnie członków ich rodzin do bezpłatnego korzystania z finansowanych przez pracodawcę usług opieki zdrowotnej. Na podstawie danych GUS, wielkość tych ostatnich można oszacować na około 0,7 mld PLN rocznie, tj. niecałe 4% ogółu wydatków prywatnych (por. schemat 1).

Jak wynika z badania „Diagnoza Społeczna 2007” rośnie odsetek Polaków korzystających z usług placówek zdrowia opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament. W 2007 roku z opłacanych w ten sposób usług korzystało 3,4% badanych w porównaniu z 3,2% w roku 2005. Korzystającymi z abonamentów są przede wszystkim mieszkańcy największych miast (9,8% badanych) oraz osoby z wyższym wykształceniem (8,4% badanych). Abonamentem najczęściej objęci są pracownicy najemni, zarówno w sektorze publicznym (7,5%), jak i prywatnym (7,7%).

Istniejący w Polsce stan prawny powoduje, że dotychczas nie wykształciły się prywatne ubezpieczenia zdrowotne w formie ubezpieczeń odrębnych, czyli takich, w których instytucja ubezpieczeniowa przejmuje ryzyko finansowania kosztów leczenia, bez wiązania go z innymi ubezpieczeniami, takimi jak na przykład ubezpieczenie na życie.¹⁰ Przedstawione w Tabeli 1 dane dotyczące wydatków prywatnych finansowanych przez ubezpieczycieli (0,4 mld PLN rocznie) obejmują wydatki instytucji ubezpieczeniowych, które w ramach dobrowolnych ubezpieczeń na życie i ubezpieczeń osobowych zawierają odpowiednie opcje ubezpieczeń wypadkowych czy chorobowych.

1.4. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce w kontekście badań opinii społecznej

Według badań opinii społecznej opublikowanych przez Komisję Europejską (Eurobarometr No. 273 „Europejska rzeczywistość społeczna”)¹¹ 99% Europejczyków i tyle samo Polaków uznaje zdrowie za ważną sprawę w życiu. Dla 26% Europejczyków funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej stanowi obecnie problem. W przypadku Polaków odsetek ten wynosi 39% i jest to najważniejszy problem, na jaki zwracają uwagę w badaniu Polacy. Wyniki badania wskazują na istotne wyzwanie, jakim jest taka zmiana systemu opieki zdrowotnej, aby poprawić ocenę społeczną funkcjonowania systemu.

Jak pokazuje powyższa analiza, już dzisiaj znacząca część Polaków decyduje się na prywatne finansowanie usług zdrowotnych. Jak wskazuje Tymowska (2007), choć społeczeństwo wiele wydaje na prywatnie opłacaną opiekę zdrowotną i na leki, skłonność do ubezpieczenia przed

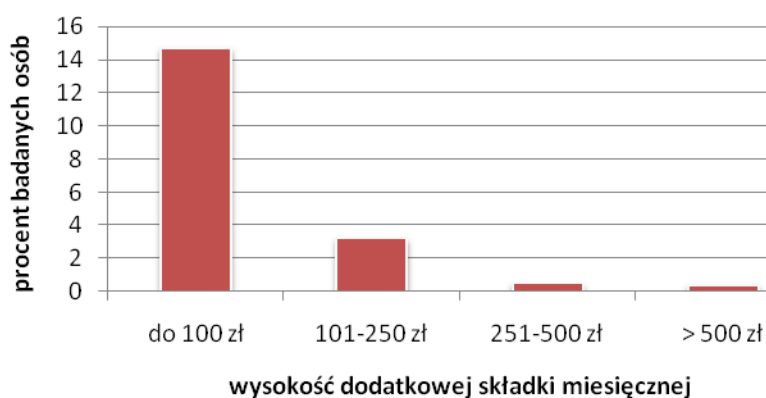
⁹ Wynosi on odpowiednio 43,1% oraz 39,7%, wobec średniej dla ogółu gospodarstw wynoszącej 50,7 oraz 30,5%.

¹⁰ Por. Baran (2006)

¹¹ Badanie opublikowane w lutym 2007 r., przeprowadzone w listopadzie-grudniu 2006 r.

ryzykiem ponoszenia tego rodzaju kosztów jest relatywnie niewielka. Według „Diagnozy Społecznej 2007” 18,8% badanych byłoby skłonnych zapłacić dodatkową składkę.

Wykres 2. Gotowość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w prywatnym zakładzie ubezpieczeń.



Odpowiedzi na pytanie: Ile byłby (-aby) Pan(i) skłonny (-a) wydać z dochodów gospodarstwa domowego na dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne oferowane przez prywatny zakład ubezpieczeń, tak aby zapewnić członkom gospodarstwa domowego pokrycie kosztów leczenia?

Źródło: *Diagnoza Społeczna 2007*.

Z osób deklarujących chęć opłacenia dodatkowej składki, dominująca część skłonna jest zapłacić składkę nieprzekraczającą 100 zł miesięcznie (por. wykres 2). Natomiast 50,7% badanych osób nie jest zainteresowana dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Biorąc pod uwagę te wyniki, w dalszej części raportu zakładamy ostrożnie, że przy dodatkowej składce na prywatne ubezpieczenie zdrowotne w przeciętnej wysokości 50 zł miesięcznie, na jego wykupienie zdecyduje się **15% ubezpieczonych**.

Należy jednak zaznaczyć, że zadane w ramach badania „Diagnoza Społeczna 2007” pytanie dotyczyło skłonności do opłacenia dodatkowej składki w wysokości do 100, 250, 500 i powyżej 500 zł miesięcznie, co mogło sugerować badanym wysoką cenę tego typu polisy. W przeprowadzonym na zlecenie Ministerstwa Zdrowia sondażu: czy jest Pan(i) za wprowadzeniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, które zapewniałoby wyższy standard usług medycznych - 45% badanych odpowiedziało „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”, co może sugerować wyższą niż wynikająca z „Diagnozy Społecznej 2007” skłonność do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia pod warunkiem, że jego cena byłaby znacznie niższa niż 100, a nawet 50 zł miesięcznie.

1.5. Przesłanki dla budowania modelu systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Jak opisano w poprzedniej sekcji, mniej więcej co piąty respondent deklaruje chęć wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jeszcze większy odsetek osób korzysta ze świadczeń zdrowotnych finansowanych prywatnie. Przy dobrej konstrukcji oferowanego produktu, osoby te również mogą być skłonne do wykupienia ubezpieczenia prywatnego. Ważne jest jednak to, aby oferta skierowana do tych osób była po pierwsze zrozumiała, a po drugie w wyraźny sposób określała korzyści płynące z opłacenia dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

Przedstawione w załączniku doświadczenia krajów OECD wskazują przede wszystkim na to, że rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wymaga jasnego dla społeczeństwa określenia zasad funkcjonowania tego ubezpieczenia i zakresu oferty instytucji ubezpieczeniowych.

Rozwój systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest istotnym elementem budowania stabilnego systemu opieki zdrowotnej, który zapewnia dostęp do usług zdrowotnych o odpowiedniej jakości. Podstawowym warunkiem dla rozwoju takiego systemu opieki zdrowotnej jest wprowadzenie rozwiązań instytucjonalnych sprzyjających zwiększaniu efektywności funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz likwidacji mechanizmów prawnych zmniejszających efektywność. W tym kontekście, przedstawione doświadczenia krajów OECD (w szczególności Słowacji) wskazują na możliwe rozwiązania, które przynoszą efekty. Aby jednak tak się stało, istotne jest konsekwentne wdrażanie przygotowanego modelu, dokonywane przy założeniu szerokiej akceptacji społecznej przyjmowanych rozwiązań.

Naszym zdaniem, efektywne wykorzystanie środków publicznych w systemie opieki zdrowotnej może być zapewnione poprzez wprowadzenie możliwości zarządzania obowiązkową składką przez instytucje prywatne. Dotychczasowe propozycje budowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przedstawione w Polsce zakładały dostęp instytucji prywatnych do finansowania publicznego w postaci refundacji kosztów określonych procedur (propozycja „Hausnera”, propozycja Ministerstwa Zdrowia) lub zarządzania wyłącznie częścią składki obowiązkowej (propozycja zespołu przy Rzeczniku Praw Obywatelskich).

Natomiast doświadczenia międzynarodowe pokazują, że kraje, które dopuszczają instytucje prywatne do zarządzania publiczną składką, czynią to na poziomie składki, a nie refundacji świadczeń (wyjątkiem jest tu Australia). Rozwiązanie takie jest bardziej czytelne dla klienta, pozwala też na elastyczne budowanie oferty i dostosowanie usług do potrzeb klienta.

W krajach, w których funkcjonują rozwiązania pozwalające instytucjom prywatnym zarządzać składką na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, tworzony jest system wyrównywania ryzyka na poziomie opłacanej składki (np. system wyrównawczy w Niderlandach i na Słowacji). Doświadczenia te wskazują na konieczność zbudowania systemu, który pozwala na dostosowanie wysokości składki do ryzyka oraz uwzględnienia zasady solidaryzmu społecznego, to znaczy stworzenia mechanizmu, w którym opłacana składka nie zależy w pełni od indywidualnego poziomu ryzyka osoby ubezpieczonej.

Doświadczenia międzynarodowe wskazują także na to, iż rozwój prywatnych ubezpieczeń wymaga wsparcia państwa poprzez system ulg podatkowych lub dopłat adresowanych do określonych grup klientów (np. osoby starsze, osoby o niskich dochodach, dzieci i młodzież). Rozwiązania takie powinny być również rozważone w systemie polskim.

2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – proponowany model

2.1. Założenia systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

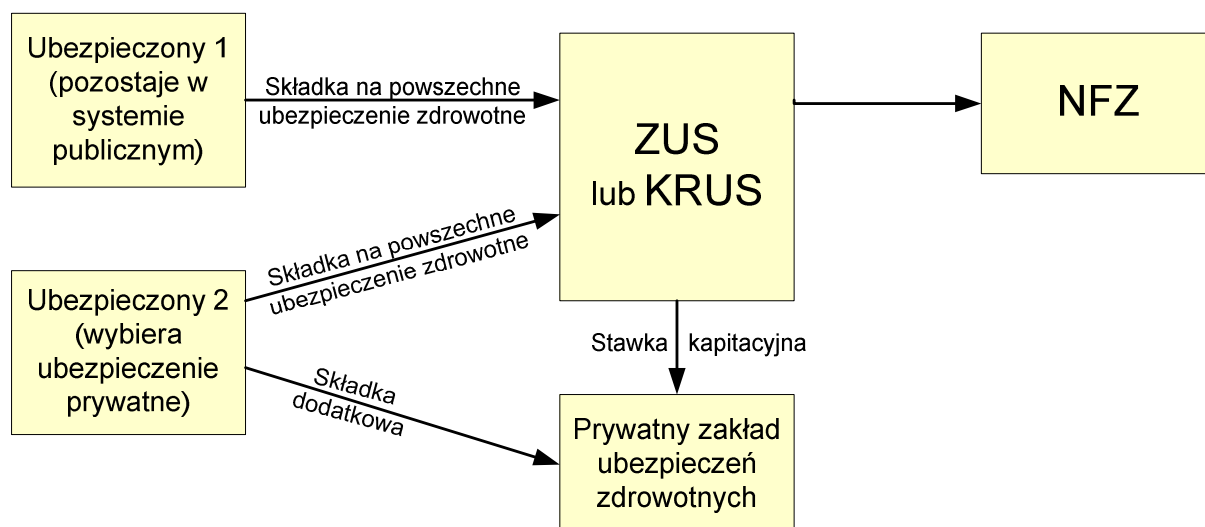
Proponujemy model ubezpieczeń zdrowotnych, który zapewnia ubezpieczonym pełną **możliwość wyboru ubezpieczyciela**, kontraktującego świadczenia medyczne oraz wprowadzenie konkurencji między ubezpieczycielami. Na rynku powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, obok NFZ oraz ewentualnie innych ubezpieczycieli publicznych, powinny funkcjonować także prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych.¹²

Zakłady oferujące prywatne ubezpieczenia zdrowotne będą otrzymywać:

- **stawkę kapitacyjną**, czyli część składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, określoną według algorytmu uwzględniającego wiek i płeć osób ubezpieczonych;
- **składkę dodatkową**, której bazowa wielkość będzie określana przez każdy z zakładów oferujących ubezpieczenia prywatne, a jej zróżnicowanie będzie uwzględniać wiek i płeć ubezpieczonych (podobnie jak stawki w części obowiązkowej).

Uproszczony schemat funkcjonowania systemu przedstawiono na poniższym schemacie.

Schemat 2. Proponowany system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.



Źródło: Opracowanie własne IBS.

W zamian za otrzymywane środki, prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych będą zobowiązane do **zapewnienia kompleksowej opieki medycznej** obejmującej w szczególności świadczenia podstawowe, specjalistyczne, opiekę szpitalną (z wyjątkiem

¹² Podobny model prywatnego zarządzania składką obowiązkową funkcjonuje w systemie holenderskim. Należy jednak mieć na uwadze, że system ten funkcjonuje na wskazanych zasadach w stosunku do wszystkich ubezpieczonych. Nie mają oni możliwości wyboru pomiędzy ubezpieczeniem oferowanym przez podmioty prywatne i publiczne.

świadczeń wysokospecjalistycznych) oraz refundację cen leków o zakresie **nie mniejszym** niż taka sama opieka oferowana w systemie publicznym.

Ważną cechą modelu ubezpieczeń zdrowotnych powinna być **prostota jego konstrukcji**. Dotyczy to w szczególności kształtu mechanizmów stosowanych w celu zrekompensowania prywatnym ubezpieczycielom wyższych kosztów ubezpieczenia części klientów w sytuacji, gdy obciążenie ich podwyższoną składką jest prawnie zakazane. Stosowanie systemów wyrównawczych umożliwia realizację zasady solidaryzmu i zapobiega dyskryminacji osób z grup podwyższonego ryzyka. W proponowanym modelu rolę swego rodzaju systemu wyrównawczego pełni, niezwykle prosty i możliwy do zastosowania na bazie istniejących zasobów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, mechanizm określania wysokości przysługujących ze środków publicznych stawek, wyłącznie w zależności od wieku i płci ubezpieczonego. Jest to szczególnie ważne, bo jak wynika z doświadczeń międzynarodowych, zbyt skomplikowany mechanizm wyrównawczy może powodować znaczne koszty, a nawet prowadzić do zmniejszenia efektywności funkcjonowania systemu.¹³

Proponowane rozwiązanie ma szereg zalet dla wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. Gwarantując zachowanie określonych standardów, można oczekiwać faktycznego **zwiększenia jakości i dostępności opieki zdrowotnej oraz zróżnicowania oferty poszczególnych ubezpieczycieli** konkurujących o pozyskanie kolejnych klientów.

Dzięki wprowadzeniu możliwości pobierania składki dodatkowej od osób wybierających ubezpieczenie w sektorze prywatnym, proponowany system spowoduje również **napływ dodatkowych środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej**. Odbędzie się to jednak bez zwiększania obciążeń podatkowych, gdyż składka dodatkowa będzie miała charakter dobrowolny. Osoby, które nie zdecydują się na jej opłacanie, będą miały prawo pozostania w systemie publicznym na dotychczasowych zasadach.

Kolejną zaletą proponowanego rozwiązania jest jego potencjalny wpływ na efektywność funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej. W porównaniu z ubezpieczycielami publicznymi, prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych dysponują znacznie większą liczbą narzędzi umożliwiających zarządzanie zdrowiem pacjentów. W efekcie stosowania tych narzędzi może nastąpić zmiana struktury wydatków na świadczenia medyczne, tj. **zmniejszenie wydatków na leki¹⁴ oraz zwiększenie wydatków na szeroko rozumianą profilaktykę, działania promujące postawy prozdrowotne i wysokiej jakości usługi medyczne (w tym opiekę szpitalną)**, co przełoży się na poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa.

Ważnym celem zaproponowanych rozwiązań jest **poprawa warunków funkcjonowania szpitali**. Wynikiem wprowadzenia prezentowanego modelu będzie z jednej strony napływ dodatkowych środków finansowych do zakładów opieki zdrowotnej, a z drugiej zwiększenie jakości oferowanych przez nie usług na skutek oczekiwań ubezpieczycieli i ich klientów. Umożliwi to uwolnienie prostych rezerw efektywnościowych w zakładach opieki zdrowotnej, które przy niewielkich inwestycjach (np. w podniesienie standardów sanitarno-bytowych) lub zmianach organizacyjnych (np. umawianie konsultacji i badań na konkretną godzinę), mogą prowadzić do poprawy satysfakcji pacjentów ubezpieczonych zarówno w prywatnych, jak i publicznych zakładach ubezpieczeń.

¹³ Przykładowo, w krajach, w których wysokość transferów wyrównawczych uzależniona jest od liczby długoterminowo hospitalizowanych klientów, prywatni ubezpieczyciele nie są zainteresowani podejmowaniem działań mających na celu skrócenie okresu hospitalizacji.

¹⁴ Wynikające z odpowiedniej polityki przepisywania leków (prescription policy) przez lekarzy zakontraktowanych przez prywatnych ubezpieczycieli.

Efektem wprowadzenia proponowanych rozwiązań będzie również częściowe rozładowanie kolejek do zabiegów planowych. Konkurujący o klientów ubezpieczyciele będą bowiem zainteresowani zapewnieniem jak najszybszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i kierowaniem pacjentów do placówek o najkrótszym w danym momencie czasie oczekiwania. Jak wynika z ankiet przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wśród dyrektorów szpitali, długość kolejek jest w poszczególnych placówkach bardzo różna. Przykładowo okres oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki waha się od 1,5 miesiąca do dwóch, trzech a nawet pięciu lat. Wprowadzenie proponowanego modelu pozwoli na zniwelowanie tych dysproporcji dzięki wprowadzeniu bodźców do lepszego wykorzystania istniejącej infrastruktury. Choć dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej pozostanie uzależniony od kryteriów medycznych, czas oczekiwania na zabieg planowy będzie mógł być krótszy w przypadku skorzystania z usług podmiotu, u którego kolejka jest sprawniej „rozładowywana”.

Ważnym założeniem proponowanego modelu jest, by zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych dotyczyło również osób, które nie zdecydują się na opłacanie dodatkowej składki i pozostaną w systemie publicznym. Zostanie to osiągnięte poprzez wprowadzenie zasady, że przysługująca ubezpieczycielowi prywatnemu ze środków publicznych stawka za każdą ubezpieczoną osobę, jest niższa od przeciętnego, ponoszonego przez ubezpieczyciela/ubezpieczycieli publicznych kosztu przekazywanych mu do realizacji świadczeń. Tak skonstruowane rozwiązanie pozwoli ubezpieczycielom publicznym na **uzyskanie oszczędności, które będą mogły zostać przekazane na świadczenia medyczne dla osób, które wybiorą ubezpieczenie na dotychczasowych zasadach.**

Podstawowym założeniem zaproponowanego modelu jest także zachowanie, a nawet rozszerzenie zasady solidaryzmu. Zostanie to osiągnięte poprzez wprowadzenie regulacji, zgodnie z którą wysokość pobieranej w danym przypadku składki dodatkowej zależy wyłącznie od wieku i płci ubezpieczonego. Wynikający stąd zakaz oceny stanu zdrowia klienta przez przystępujące do systemu zakłady ubezpieczeń, spowoduje **zwiększenie przystępności prywatnego ubezpieczenia dla osób w gorszym stanie zdrowia**, które w obecnym systemie często nie mają możliwości dodatkowego ubezpieczenia. Założenie to wywodzi się z tzw. zasady *community rating*, charakterystycznej dla wielu systemów ubezpieczeń zdrowotnych w państwach OECD.

Proponowane rozwiązania zakładają także **zachowanie zasady solidaryzmu między osobami o wysokich i niskich dochodach.** Wynika to z faktu, że za każdą ubezpieczoną przez siebie osobę prywatny ubezpieczyciel będzie otrzymywał kwotę niezależną od wysokości opłacanej przez nią składki obowiązkowej. Oznacza to, że jeżeli ubezpieczenie prywatne wykupi osoba o niższych niż przeciętne dochodach, a co za tym idzie niższej składce na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, przekazywana za nią stawka będzie *de facto* finansowana ze składek pozostałych ubezpieczonych – i na odwrót, w momencie wykupienia prywatnego ubezpieczenia przez osobę o ponadprzeciętnie wysokich dochodach, część opłacanej przez nią składki zdrowotnej pozostanie w systemie publicznym.

Podstawowym warunkiem dobrego funkcjonowania zaproponowanego modelu ubezpieczeń zdrowotnych jest przyjęcie rozwiązań, które zapewnią **zachowanie zbliżonej, pod względem ryzyka zachorowalności, struktury klientów ubezpieczycieli prywatnych i publicznych.** Z punktu widzenia sektora finansów publicznych (podatników) podstawowym zagrożeniem wynikającym z dopuszczenia prywatnych ubezpieczycieli do powszechnego rynku świadczeń zdrowotnych jest zjawisko tzw. spijania śmietanki (*cream skimming*), tj. przejmowania przez prywatnych ubezpieczycieli klientów o najlepszym statusie zdrowotnym, np. osób młodych o wyższych niż przeciętne dochodach. Z punktu widzenia prywatnych ubezpieczycieli

zagrożeniem jest natomiast ryzyko wystąpienia tzw. selekcji negatywnej, polegającej na wykupywaniu ubezpieczenia prywatnego przede wszystkim przez osoby o większym niż przeciętne zapotrzebowaniu na świadczenia medyczne.

Przedstawiona propozycja uwzględnia mechanizm ograniczający tak określone zagrożenia, przez zróżnicowanie wysokości przekazywanych prywatnym zakładom stawek i pobieranych od ich klientów składek dodatkowych jedynie w zależności od wieku i płci ubezpieczonych. Dodatkową zachętą do konstruowania oferty atrakcyjnej dla osób o największym ryzyku zachorowania (tj. osób najstarszych i najmłodszych) jest wyższy poziom stawki za ubezpieczonych do 3 i powyżej 65 roku życia (100% ponoszonego przez ubezpieczyciela/ubezpieczycieli publicznych kosztu świadczeń dla osób powyższych grup wiekowych, wobec stawki za osoby z pozostałych grup w wysokości 80% kosztów ponoszonych za osoby z tych grup). Tak skonstruowany system prowadzi do **zwiększenia opłacalności ubezpieczania przez prywatnych ubezpieczycieli osób z grup wieku o potencjalnie najwyższych wydatkach**.

Z punktu widzenia ubezpieczycieli problemem pozostaje natomiast ryzyko wystąpienia zjawiska negatywnej selekcji między osobami danej grupy wieku. Przy określonej dla danego wieku i płci wysokości składki, ubezpieczenie prywatne będzie bowiem najbardziej atrakcyjne dla tych osób, które częściej korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Zjawisko to jest szczególnie istotne w przypadku osób starszych, gdyż znaczna część kosztów ponoszona jest na świadczenia zdrowotne dla osób w ostatnim roku ich życia. W celu uniknięcia konieczności wzrostu składki dodatkowej, na wypadek gdyby znaczna część osób zdecydowała się na wykupienie prywatnego ubezpieczenia dopiero po wykryciu symptomów poważnej choroby, w proponowanym modelu sugerujemy wprowadzenie limitu wiekowego dla możliwości pierwszorazowego objęcia ubezpieczeniem prywatnym. Oznaczałoby to, że osoby starsze miałyby prawo **kontynuacji** ubezpieczenia w prywatnym zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych pod warunkiem, że przystąpiłyby do niego przed osiągnięciem np. 55 roku życia. Tak skonstruowane rozwiązanie w znacznym stopniu **zmniejsza ryzyko wystąpienia zjawiska negatywnej selekcji wśród osób starszych**, ograniczając populację potencjalnych klientów prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych do osób, które korzystały z ubezpieczenia prywatnego także w młodszym wieku.

Wysokość dodatkowej składki na prywatne ubezpieczenie nie zależy od uzyskiwanych dochodów. Oznacza to, że atrakcyjność prywatnego ubezpieczenia będzie relatywnie najwyższa dla osób o wyższych dochodach, stanowiących również grupę o lepszym niż średni statusie zdrowotnym. Z drugiej strony można oczekiwać, że zjawisko negatywnej selekcji, polegające na wykupywaniu ubezpieczenia prywatnego przede wszystkim przez osoby o większym niż przeciętne w danej grupie wiekowej zapotrzebowaniu na opiekę medyczną, w pewnym stopniu, dotyczyć będzie także osób w wieku pozwalającym na swobodny wybór ubezpieczyciela (tj. poniżej ustalonego limitu wiekowego gwarantującego prawo do pierwszorazowego objęcia ubezpieczeniem prywatnym), co z kolei wpłynie na pogorszenie struktury klientów u ubezpieczycieli prywatnych w porównaniu z ubezpieczycielem/ubezpieczycielami publicznymi. Efekt ten zostanie jednak złagodzony poprzez wprowadzenie rozwiązania polegającego na ograniczeniu możliwości przystąpienia do ubezpieczenia prywatnego w każdym momencie roku. Zgodnie z dalszymi propozycjami, wybór ubezpieczyciela dokonywany będzie bowiem do końca września każdego roku kalendarzowego.

2.2. Konstrukcja systemu

Celem proponowanych w niniejszym raporcie rozwiązań jest stworzenie warunków rozwoju sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przy pozostawieniu najważniejszych instytucji funkcjonującego obecnie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Proponowane rozwiązania mogą zostać wprowadzone zarówno w przypadku utrzymania obecnej sytuacji, w której jedynym ubezpieczycielem publicznym jest Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i ewentualnego podziału NFZ na kilka mniejszych publicznych funduszy.

2.2.1. Wybór rodzaju ubezpieczenia

Zgodnie z propozycją, głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej pozostaje składka na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.¹⁵ W porównaniu z dotychczasowym modelem, najważniejszą zmianą jest przyznanie ubezpieczonym prawa wyboru ubezpieczyciela spośród działających na rynku publicznego (publicznych) oraz prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych.

W tak skonstruowanym systemie, ubezpieczyciele konkurują zarówno jakością oferowanych usług, jak i wysokością składki dodatkowej. Przy czym prawo do jej nałożenia mają tylko ubezpieczyciele prywatni. Dla osób pozostających w systemie publicznym składka pozostaje na dotychczasowym poziomie. Proponujemy, aby oferta ubezpieczeniowa mogła być kierowana przy wykorzystaniu aktywnej akwizycji.

W pierwszym roku funkcjonowania nowego systemu, prawo wyboru rodzaju ubezpieczyciela przysługuje wszystkim osobom, które nie ukończyły np. 65 roku życia. W celu uniknięcia zjawiska polegającego na celowym opóźnieniu momentu rozpoczęcia działalności ubezpieczeniowej przez prywatne zakłady, zasada ta dotyczy również pierwszego roku funkcjonowania każdego z zakładów ubezpieczeń zdrowotnych. W systemie docelowym, decyzja dotycząca wyboru rodzaju ubezpieczyciela prywatnego lub publicznego musi zostać podjęta przed osiągnięciem określonego ustawowo limitu wieku, tj. np. przed osiągnięciem 55 roku życia. Osoby starsze mają możliwość kontynuacji ubezpieczenia w sektorze prywatnym. Proponowany system jest systemem otwartym. Żaden z prywatnych ubezpieczycieli nie ma prawa odmówić ubezpieczenia ze względu na stan zdrowia zgłaszającej się do niego osoby.¹⁶

Proponujemy, aby wybór i zmiana ubezpieczyciela mogły być dokonywane co najwyżej raz do roku, zgodnie z określonymi zasadami. Przy czym, osoby, które będą objęte ubezpieczeniem prywatnym, będą mogły również w ramach dokonywanego wyboru powrócić do systemu publicznego. Proponujemy wprowadzenie rozwiązań ograniczających możliwość zmiany ubezpieczyciela w okresie pierwszych trzech lat funkcjonowania nowego systemu, a następnie wprowadzenie opłat za zmianę ubezpieczyciela częściej niż co dwa lata.

¹⁵ Podobnie jak obecnie finansowałaby ona świadczenia medyczne dla ponad 38 mln ubezpieczonych, w tym osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (pracowników, samozatrudnionych, wykonujących umowę zlecenia, rolników, emerytów, rencistów, studentów, bezrobotnych, itd.) oraz członków ich rodzin. Wysokość składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne pozostałaby na poziomie 9% wynagrodzenia lub innej podstawy wymiaru, określonej ustawowo dla każdej z grup podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Opłacana w ustalonej wysokości składka obowiązkowa podobnie jak obecnie „finansowałaby” ubezpieczenie osób objętych ubezpieczeniem, tj. płacących składkę oraz zgłoszonych przez nich do ubezpieczenia członków rodziny, niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia z innych tytułów.

¹⁶ Rozwiązanie oparte na stosowanej m.in. w Niderlandach i na Słowacji tzw. zasadzie *open enrolment*.

Wysokość opłat będzie ustana przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (patrz dalej). Rozwiązanie te mają na celu stabilizację systemu. Jak pokazują doświadczenia innych krajów (np. Słowacji), zbyt częste transfery pomiędzy zakładami ubezpieczeń, spowodowane głównie reakcją na intensywne działania marketingowe, rodzą ryzyko niestabilności systemu, a także złej oceny społecznej wdrażanych rozwiązań.

2.3.2. Produkt ubezpieczeniowy

W zamian za przysługującą ze środków publicznych kwotę oraz składkę dodatkową, ubezpieczyciele prywatni oferują kompleksową opiekę medyczną, nie mniejszą niż taka sama opieka gwarantowana w systemie publicznym. Obejmuje ona świadczenia z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- leczenia szpitalnego (bez procedur wysokospecjalistycznych i świadczeń kontraktowanych odrębnie);
- refundacji cen leków;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- rehabilitacji leczniczej;
- leczenia uzdrowiskowego;
- profilaktyki;
- zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.¹⁷

Pozostałe świadczenia, a więc procedury wysokospecjalistyczne (tj. przeszczepy, niektóre operacje kardiologiczne, immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku, radioterapia przy użyciu specjalnej techniki naświetlania, brachyterapia ze stereotaksją mózgową), niektóre drogie, procedury diagnostyczne, oraz ewentualne inne świadczenia z różnych względów wyłączone z proponowanego systemu¹⁸ powinny być finansowane za pośrednictwem instytucji publicznej.¹⁹

Proponujemy, aby każdy zakład ubezpieczeń mógł oferować dowolną liczbę produktów ubezpieczeniowych o różnym standardzie, tj. zakresie oferowanych dodatkowo świadczeń, nie gwarantowanych w ramach systemu obowiązkowego.

Uważamy, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny być oferowane przez zakłady ubezpieczeń działu II, posiadające licencję na prowadzenie ubezpieczeń grupy drugiej. Możliwą opcją byłoby także ewentualne umieszczenie ich w wyodrębnionym dziale trzecim. Jak pokazują oferty kilku zakładów ubezpieczeń działających na polskim rynku, w Polsce nie ma jednak potrzeby tworzenia odrębnego działu ubezpieczeń zdrowotnych.

¹⁷ Koszty powyższych świadczeń stanowią prawie 88% ogółu kosztów NFZ i 91%. ponoszonych przez NFZ kosztów świadczeń zdrowotnych.

¹⁸Np. opieka długoterminowa, leczenie stomatologiczne, pomoc doraźna i transport sanitarny.

¹⁹ Wydaje się, iż w przypadku podziału Narodowego Funduszu Zdrowia istotne jest utworzenie odrębnego funduszu finansującego wymienione powyżej świadczenia lub też finansowanie ich z budżetu Ministra Zdrowia, zasilanego określoną częścią wpływów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, pozwalającą na pokrycie tych wydatków.

2.3.3. Określanie wysokości stawek kapitaacyjnych

Za każdą ubezpieczoną przez siebie osobę, podlegającą powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu²⁰, ubezpieczyciel prywatny otrzymuje stawkę kapitacyjną w wysokości zależnej wyłącznie od jej wieku i płci. Pozostała część składki obowiązkowej pozostaje w NFZ (lub jest dzielona między pozostałych płatników publicznych na podstawie ustalonego algorytmu).

Wysokość stawek kapitaacyjnych jest ustalana w relacji do średniego kosztu wyżej wymienionych świadczeń poniesionego przez ubezpieczyciela lub ubezpieczycieli publicznych na osobę danej grupy wieku i płci. Szacunkową wysokość tych kosztów przedstawia Tabela 2.²¹

Tabela 2. Ponoszone przez NFZ koszty świadczeń w przeliczeniu na osobę ubezpieczoną danej grupy wieku (w PLN rocznie) oraz liczba ubezpieczonych (w tys. osób).²²

	Podstawowa opieka zdrowotna	Refundacja cen leków	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Lecznictwo szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Lecznictwo uzdrowiskowe	Programy profilaktyczne	Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	Razem	Liczba ubezpieczonych (w tys.)
Średnio	122	183	88	490	37,1	33,9	10,0	5,8	14,6	984	
0	113	143	69	1856	0,1	20,1	0,0	0,0	2,6	2203	358
1	117	159	76	789	0,3	41,5	0,0	0,0	8,1	1190	337
2	105	107	51	435	0,9	23,1	0,2	0,0	10,9	733	329
3	105	105	50	319	2,2	23,8	2,0	0,0	11,7	619	356
<4-10)	110	130	62	237	5,2	29,9	6,1	0,0	11,7	592	2 446
<10-15)	110	130	62	195	10,2	35,3	10,6	0,0	11,2	564	2 578
<15-20)	113	141	67	211	20,8	22,2	5,0	0,0	8,1	588	3 001
<20-25)	114	149	71	266	28,3	8,6	0,7	0,1	4,3	642	3 294
<25-30)	113	142	68	339	31,8	8,9	0,7	0,3	3,6	707	3 074
<30-35)	111	132	63	302	36,7	11,3	1,2	1,9	3,7	663	2 622
<35-40)	112	136	65	277	49,0	16,6	2,4	5,2	4,3	667	2 313
<40-45)	116	155	74	313	60,5	24,0	4,8	7,8	5,3	760	2 532
<45-50)	125	197	94	424	69,3	35,5	8,8	8,9	7,8	971	3 069
<50-55)	136	247	118	565	68,7	51,0	16,0	24,4	11,0	1238	2 938
<55-60)	140	262	126	678	51,1	59,4	24,9	20,6	15,4	1377	2 284
<60-65)	143	275	132	829	42,4	66,3	31,1	14,8	22,1	1555	1 533
<65-70)	148	299	143	1012	37,6	75,0	32,4	10,3	30,9	1788	1 601
70+	139	256	123	1166	30,6	62,5	19,2	0,1	62,1	1858	3 759

Źródło: NFZ 2004, 2007 (plan), obliczenia własne IBS.

²⁰ W tym także zgłoszonych do ubezpieczenia członków rodziny głównego ubezpieczonego.

²¹ Należy zwrócić uwagę, że prezentowane w tabeli koszty obejmują także środki przekazywane bezpośrednio na wzrost wynagrodzeń świadczeniodawców, stanowiące ponad 10% ogółu kosztów funduszu.

²² Przedstawione szacunki zostały wykonane na podstawie danych NFZ o strukturze wydatków na finansowanie poszczególnych świadczeń zdrowotnych wg wieku i płci ubezpieczonych w 2004 roku oraz danych o wydatkach na poszczególne świadczenia wg planu za 2007 rok.

Wysokość stawki kapitaacyjnej przekazywanej prywatnym ubezpieczycielom wynosi:

- 100% powyższego kosztu za osoby do trzeciego i powyżej sześćdziesiątego roku życia;
- 80% powyższego kosztu za pozostałe osoby.

Przeciętna wysokość stawki kapitaacyjnej wyliczona na podstawie wstępnych danych NFZ o kosztach poniesionych w 2007 roku dla pełnej populacji ubezpieczonych wynosi 856 PLN rocznie. Szacunkową wysokość stawek kapitaacyjnych dla poszczególnych grup ubezpieczonych przedstawia Tabela 3.

Tabela 3. Szacunkowa wysokość stawek kapitaacyjnych (w PLN rocznie).

Grupa wieku	jako proc. kosztów NFZ	Kobieta	Mężczyzna	Średnio
Średnio	87%	903	808	856
średnio 0-55	81%	684	582	633
średnio 0-60	81%	711	618	664
średnio 0-65	83%	752	663	707
0	100%	2203	2203	2203
1	100%	1190	1190	1190
2	100%	679	785	733
3	100%	575	661	619
<4-10)	80%	444	497	469
<10-15)	80%	439	462	451
<15-20)	80%	498	443	470
<20-25)	80%	620	412	514
<25-30)	80%	734	404	566
<30-35)	80%	647	417	530
<35-40)	80%	589	479	533
<40-45)	80%	637	579	608
<45-50)	80%	808	744	776
<50-55)	80%	1014	965	990
<55-60)	80%	1061	1146	1101
<60-65)	97%	1415	1590	1495
<65-70)	100%	1667	1946	1788
70+	100%	1712	2123	1858

Źródło: NFZ 2004, 2007 (plan), obliczenia własne IBS.

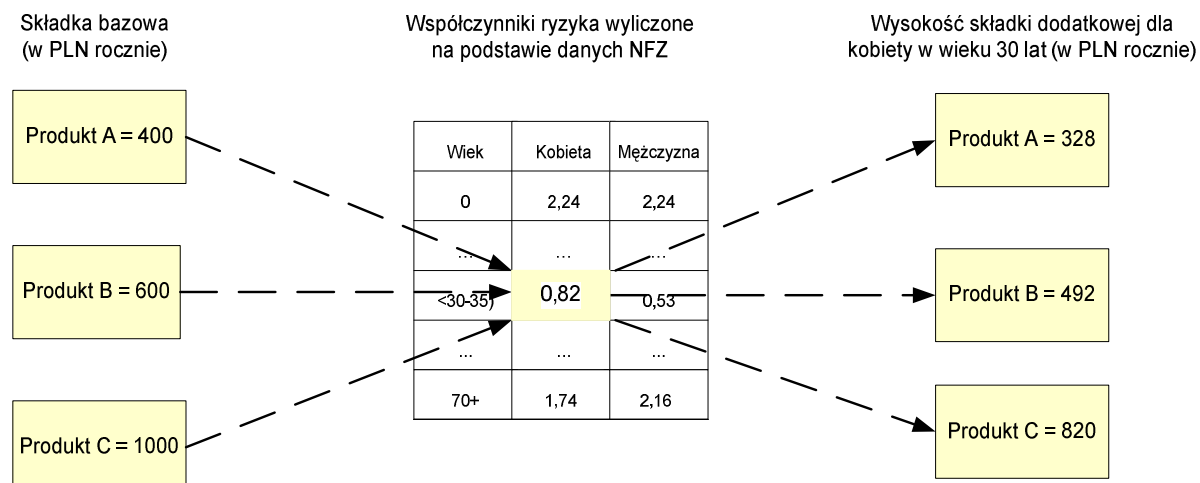
W celu wyeliminowania jakiegokolwiek uznaniowości w ustalaniu stawek kapitaacyjnych proponujemy, by były one obliczane w oparciu o dane historyczne.²³ Instytucją odpowiedzialną za ustalenie (zgodnie z określonymi powyżej zasadami) wysokości oraz publikację informacji o wysokości stawek kapitaacyjnych jest Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (patrz dalej).

²³ Podobnie ma to miejsce np. na Słowacji.

2.3.4 Ustalanie wysokości składki dodatkowej

Dla każdego z oferowanych produktów ubezpieczyciele prywatni wyznaczają i pobierają składkę dodatkową. Sposób jej ustalania przedstawiono na schemacie 3.

Schemat 3. Ustalanie wysokości składki dodatkowej.



Źródło: Opracowanie własne IBS.

Dla uproszczenia systemu i zwiększenia porównywalności ofert ubezpieczeniowych, prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych określają wyłącznie bazową wysokość pobieranej dodatkowo składki dla każdego standardu produktu. Składka ta jest wyznaczana raz do roku i publikowana na stronach Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (patrz dalej).

Wysokość składki indywidualnej jest obliczana poprzez pomnożenie określonej przez ubezpieczyciela składki bazowej przez wspólny dla wszystkich zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, współczynnik ryzyka wyliczony przez UNUZ (por. schemat 3). Współczynnik ryzyka jest wyliczony na podstawie danych NFZ lub ubezpieczycieli publicznych o kosztach świadczeń medycznych dla każdej grupy wieku i płci.

Szacunkową wysokość współczynników ryzyka oraz kalkulację miesięcznej wysokości składek indywidualnych u ubezpieczyciela pobierającego składkę bazową w wysokości 600 PLN rocznie, przedstawia tabela 4.

Powstała w ten sposób taryfa dotyczy wszystkich rzeczywistych i potencjalnych klientów prywatnego ubezpieczyciela. Oznacza to w szczególności, że prywatne zakłady nie mają możliwości różnicowania składki dodatkowej ze względu na czynniki inne niż wiek i płeć, ani oferowania części swoim klientom korzystniejszych warunków ubezpieczenia (np. w formie polis grupowych lub rodzinnych).

Tabela 4. Współczynniki ryzyka stosowane do kalkulacji składki dodatkowej i miesięczna wysokość składki dodatkowej, przy założeniu, że określona przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych składka bazowa wynosi 600 PLN rocznie.

Grupa wieku	Współczynniki ryzyka		Miesięczna wysokość składki dodatkowej u ubezpieczyciela o składce bazowej w wys. 600 PLN rocznie (w PLN)	
	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna
0	2,24	2,24	112	112
1	1,21	1,21	60	60
2	0,69	0,80	34	40
3	0,58	0,67	29	34
<4-10)	0,56	0,64	28	32
<10-15)	0,56	0,59	28	29
<15-20)	0,63	0,56	32	28
<20-25)	0,79	0,52	39	26
<25-30)	0,93	0,51	47	26
<30-35)	0,82	0,53	41	27
<35-40)	0,75	0,61	37	30
<40-45)	0,81	0,74	40	37
<45-50)	1,03	0,95	51	47
<50-55)	1,29	1,23	64	61
<55-60)	1,35	1,46	67	73
<60-65)	1,50	1,68	75	84
<65-70)	1,69	1,98	85	99
70+	1,74	2,16	87	108

Źródło: NFZ 2004, 2007 (plan), obliczenia własne IBS.

2.3.4. Rezerwy

Istotnym elementem systemu jest określenie zasady budowania rezerw ubezpieczeniowych. Rezerwy te powinny być budowane od składki dodatkowej. Natomiast w przypadku stawki kapitacyjnej należy wziąć pod uwagę również zasady polityki finansowej i rachunku ubezpieczeń w systemie płatników publicznych. W stosunku do płatników prywatnych i publicznych powinny być stosowane analogiczne zasady.

2.3.5. Finansowanie polis dla dzieci w rodzinach wielodzietnych

W przypadku ubezpieczonych, których składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne finansuje ubezpieczenie innych członków rodziny (najczęściej dzieci), wybór danego rodzaju ubezpieczenia przez głównego ubezpieczonego powoduje automatyczne objęcie tym rodzajem ubezpieczenia wszystkich osób przypisanych do danej składki. Oznacza to konieczność zapłaty składki dodatkowej za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia powszechnego.

Przykładowo, w rodzinie typu 2+3, w której głównymi ubezpieczonymi są mężczyzna i kobieta, objęcie ubezpieczeniem prywatnym jednego z dzieci wymaga opłacenia składki dodatkowej za co najmniej jedno dziecko i jedną osobę dorosłą. Natomiast wykupienie prywatnej polisy przez obojwoje dorosłych, powoduje konieczność objęcia ubezpieczeniem prywatnym całej pięcioosobowej rodziny. Przy założeniach, stanowiących podstawę

szacunków przedstawionych w tabeli 4 oraz tabeli 5 całkowity koszt składki dodatkowej za ubezpieczenie wszystkich członków gospodarstwa, wynosi 166 PLN miesięcznie (por. tabela 5).

W celu zwiększenia możliwości korzystania z ubezpieczenia prywatnego przez rodziny wielodzietne, proponujemy wprowadzenie **dopłat do składek dodatkowych** finansujących ubezpieczenie prywatne dzieci. Rozwiązanie to obejmowałoby dzieci do 18-tego roku życia (lub do 24 roku życia w przypadku kontynuowania nauki) w rodzinach z trójką lub większą liczbą dzieci.

W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia więcej niż dwójki dzieci dopłaty obejmowałyby składki dodatkowe za każde ubezpieczone dziecko. Maksymalna wysokość dopłaty na jedno dziecko nie mogłaby przekroczyć określonego limitu, np. 300 PLN rocznie. Tak skonstruowana dopłata, zmniejsza potencjalny koszt ubezpieczenia prywatnego dla rodziny z trójką dzieci o około 75 PLN miesięcznie. W przedstawionym przykładzie spada on do około 91 PLN miesięcznie, tj. około 18 PLN miesięcznie za osobę (por. Tabela 5). Zwiększa to przystępność ubezpieczenia dla około 0,5 mln gospodarstw domowych²⁴ z trójką lub większą liczbą dzieci.

Proponowane rozwiązanie wpisuje się w szeroko rozumiany zakres prowadzonej przez państwo polityki rodzinnej, a także stanowi efektywne narzędzie wspierające rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jak wynika z wyników badań przedstawionych w rozdziale 1, to właśnie w rodzinach z trójką i większą liczbą dzieci ograniczenia finansowe są najpoważniejszą barierą dla wykupienia polisy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzenie systemu dopłat do ubezpieczenia dla dzieci pozwoli na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla tych rodzin, co może wpłynąć na poprawę prewencji i wczesnego wykrywania potencjalnych problemów zdrowotnych.

Tabela 5. Koszt składki dodatkowej dla przykładowej rodziny pięcioosobowej (w PLN miesięcznie).

<i>Ubezpieczeni</i>	<i>Wiek i płeć</i>	<i>Składka dodatkowa dla ubezpieczyciela</i>	<i>Dopłata ze środków publicznych</i>	<i>Rzeczywisty koszt składki dodatkowej dla rodziny</i>
Osoba dorosła 1	Kobieta, 40 lat	40	-	40
Osoba dorosła 2	Mężczyzna, 40 lat	37	-	37
Dziecko 1	Dziewczynka, 15 lat	32	25	7
Dziecko 2	Chłopiec, 10 lat	29	25	4
Dziecko 3	Dziewczynka, 5 lat	28	25	3
Razem	j. w.	166	75	91

Źródło: Obliczenia własne IBS na podstawie danych z tabeli 4.

2.3.6. Powstawanie i ustanie ubezpieczenia

Przystąpienie do ubezpieczenia prywatnego odbywa się poprzez deklarację osoby ubezpieczonej, przekazywaną następnie do zakładu ubezpieczeń. Po otrzymaniu potwierdzenia z ZUS lub KRUS, że dana osoba jest objęta ubezpieczeniem obowiązkowym, między ubezpieczonym a zakładem ubezpieczeń zdrowotnych powstaje stosunek prawny. Deklaracja przystąpienia może zostać złożona do 30 września każdego roku. Osoby, które nie

²⁴1,7 mln dzieci.

wypełniły deklaracji, pozostają ubezpieczonymi u dotychczasowego ubezpieczyciela (np. w NFZ lub w wybranym uprzednio zakładzie prywatnym).²⁵

Okres ubezpieczenia rozpoczyna się zawsze w dniu 1 stycznia i kończy z reguły w dniu 31 grudnia. Pierwszym wyjątkiem jest sytuacja ustania ubezpieczenia w systemie powszechnym (np. śmierć, wyjazd) oznaczająca jednoczesne wygaśnięcie umowy ubezpieczenia prywatnego. Drugą sytuacją umożliwiającą wcześniejsze zakończenie ubezpieczenia w prywatnym zakładzie ubezpieczeń jest brak regularnego opłacania składki dodatkowej. Przystąpienie do ubezpieczenia prywatnego oznacza zobowiązanie do regularnego przekazywania składki dodatkowej, zgodnie z taryfą i warunkami określonymi przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy osoba ubezpieczona nie wywiązuje się z tego zobowiązania, ubezpieczyciel ma prawo odstąpić od umowy zgodnie z określonymi w niej zasadami (po poinformowaniu osoby ubezpieczonej oraz upływie okresu karencji). O wypowiedzeniu umowy zakład ubezpieczeń informuje niezwłocznie ZUS (lub KRUS). Osoba, której wypowiedziano umowę w prywatnym zakładzie ubezpieczeń zostaje objęta ubezpieczeniem publicznym w ramach NFZ (a w przypadku podziału NFZ – w wybranym lub wyłonionym na zasadzie losowania publicznym funduszu ubezpieczenia zdrowotnego).

W przypadku, gdy za osobę ubezpieczoną nie jest opłacana składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, umowa ubezpieczenia nie ustaje. W takiej sytuacji proponujemy przyjąć rozwiązania analogiczne do stosowanych w systemie powszechnym. ZUS podejmuje przewidziane prawem działania w celu dochodzenia należności wraz z odsetkami za zwłokę. Do czasu ich odzyskania stawka kapitacyjna nie jest jednak wypłacana. O fakcie tym ZUS niezwłocznie informuje ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń może wystąpić do płatnika składek (pracodawcy osoby ubezpieczonej) z żądaniem refundacji kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej za okres, w którym w wyniku nieopłacania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne stawka kapitacyjna nie została terminowo przekazana.

W przypadku, gdy ubezpieczeniem objętych jest więcej niż dwójka dzieci, składka dodatkowa jest pobierana wyłącznie za osobę dorosłą oraz w wysokości ewentualnej dodatniej różnicy między wysokością należnej składki dodatkowej a wysokością maksymalnej dopłaty do ubezpieczenia dzieci w rodzinach wielodzietnych (np. 300 PLN za dziecko). Zbiorcza informacja o należnych składkach za dzieci u wszystkich ubezpieczonych z trójką lub większą liczbą dzieci zgłoszonych do ubezpieczenia jest przekazywana do ZUS (lub KRUS). Instytucje te weryfikują te informacje z liczbą dzieci zgłoszonych do ubezpieczenia i **przekazują dopłaty bezpośrednio do prywatnych ubezpieczycieli**. Dopłaty są finansowane ze środków budżetu państwa.

2.3.7. Nadzór i regulacja

Elementem koniecznym rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest odpowiednie określenie zasad nadzoru. W sytuacji, gdy instytucje rynku ubezpieczeniowego podlegają kompetencji KNF, a system ochrony zdrowia – Ministrowi Zdrowia, regulacje powinny w jasny sposób określić podział kompetencji nadzorczych pomiędzy nimi.

Proponujemy utworzenie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (a więc powrót do rozwiązań zaproponowanych w reformie z 1999 r.).²⁶ UNUZ powinien być instytucją niezależną, podobnie jak na przykład Komisja Nadzoru Finansowego.

²⁵ Proponowany okres roku kalendarzowego oraz zasady wyboru ubezpieczyciela zbliżone są do rozwiązań charakterystycznych dla Słowacji i Niemiec.

Do zadań UNUZ powinno należeć między innymi:

- monitorowanie świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem właściwego zaspokojenia potrzeb ubezpieczonych;
- wyliczanie na podstawie danych NFZ i publikowanie informacji o wysokości stawek kapitałowych oraz współczynnikach służących różnicowaniu składki dodatkowej na kolejny rok kalendarzowy;
- publikowanie standardowej informacji o wysokości składek bazowych oraz oferowanych w ramach poszczególnych produktów ubezpieczeniowych świadczeń ponadstandardowych (nie gwarantowanych w ramach systemu publicznego, co ma na celu stymulowanie konkurencji wśród ubezpieczycieli prywatnych;
- kontrolowanie funkcjonowania systemu wyrównawczego w postaci stawek kapitałowych oraz inicjowanie ewentualnych zmian legislacyjnych w tym zakresie;
- określanie wysokości opłat w przypadku zmiany zakładu ubezpieczeń częściej niż raz na dwa lata;
- monitorowanie zasad ustalania i opłacania składek dodatkowych;
- monitorowanie stabilności finansowej systemu ubezpieczeń zdrowotnych, uwzględniając elementy prognozy;
- prowadzenie innej działalności o charakterze administracyjno-informacyjnym w zakresie funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Obszarem działań UNUZ powinno być objęte także funkcjonowanie części systemu finansowanej, zgodnie z niniejszą propozycją, bezpośrednio przez Ministra Zdrowia, a obejmującej procedury, które nie będą świadczone w ramach systemu ubezpieczeń.

Ubezpieczyciele, jako podmioty prywatne działające na rynku, podlegają również kontroli ze strony Komisji Nadzoru Finansowego, jako instytucji nadzorującej ich stabilność oraz działalność finansową.

Obok instytucji nadzorujących finansowe aspekty działalności ubezpieczycieli niezbędne jest także kontrolowanie jakości świadczonych usług przez Ministerstwo Zdrowia. Ocena jakości świadczeniodawców powinna być przedmiotem wiedzy publicznej tak, aby przy kontraktowaniu świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczyciele (zarówno publiczni, jak i prywatni) mieli możliwość oceny ewentualnego ryzyka złej jakości udzielonego świadczenia.

2.4. Zasady współpracy z instytucjami publicznymi i świadczeniodawcami

Istotnym elementem dla sprawnego funkcjonowania zaproponowanego systemu jest jasne określenie procedur poboru i przekazywania składki do instytucji ubezpieczeniowych, zasad finansowania świadczeń zdrowotnych oraz sposobu nadzoru nad rynkiem, z uwzględnieniem zasad przepływu informacji i raportowania.

²⁶ Utworzenie odrębnej instytucji dedykowanej do systemu ubezpieczeń zdrowotnych wpisuje się w rozwiązania międzynarodowe omówione w Załączniku 2.

O potrzebie dobrego przygotowania administracyjnego świadczą chociażby doświadczenia związane z wdrażaniem reformy systemu emerytalnego i przekazywaniem składki do otwartych funduszy emerytalnych. Obecnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest znacznie lepiej przygotowany do obsługi zadań związanych z poborem składki i identyfikacją osób ubezpieczonych w systemie. Niemniej jednak, istotne jest takie zbudowanie zasad przekazywania informacji o podpisanych umowach oraz poboru i przekazywania składek, aby zapewnić jak najbardziej sprawny przepływ środków i informacji w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, co jest istotne zarówno z perspektywy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, jak i sytuacji instytucji ubezpieczeniowych.

2.4.1. Ubezpieczenie i pobór składki

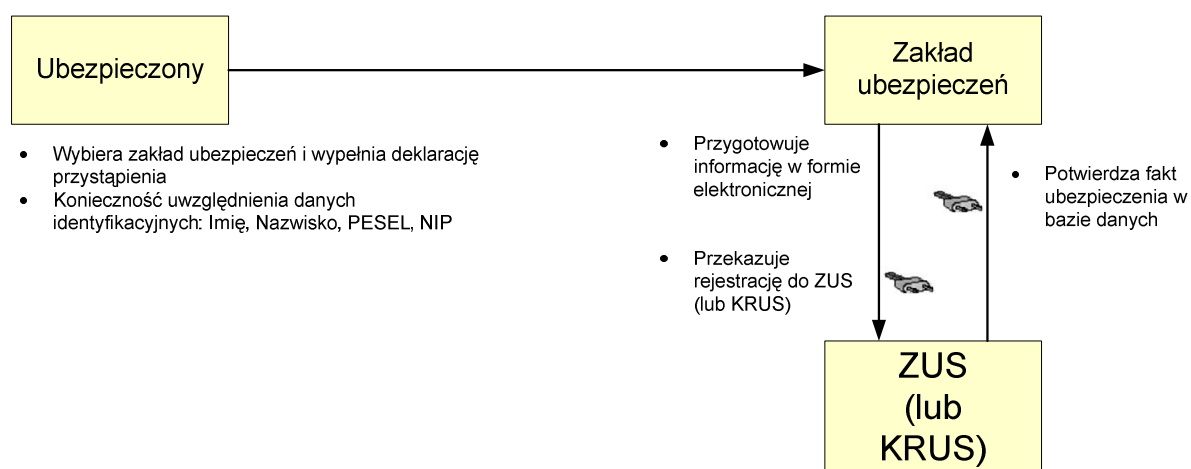
Jak opisano wcześniej przystąpienie do ubezpieczenia prywatnego wymaga złożenia deklaracji w wybranym zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych.

Deklaracja przystąpienia powinna zawierać informację, czy właściwą dla danej osoby instytucją ubezpieczenia społecznego jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych czy Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, oraz elementy, które są niezbędne do prawidłowej identyfikacji osoby ubezpieczonej w systemie informatycznym instytucji ubezpieczenia społecznego, tj.: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, NIP, ewentualnie numer dowodu osobistego lub paszportu, jeżeli dana osoba nie posiada numeru PESEL i NIP. Dane te służą odpowiedniemu zarejestrowaniu ubezpieczenia w centralnym rejestrze osób ubezpieczonych zdrowotnie, prowadzonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

W przypadku, gdy osoba ubezpieczona zgłosiła do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego innych członków rodziny, nie objętych z innego tytułu ubezpieczeniem (w szczególności dzieci), wypełniona przez nią deklaracja przystąpienia obejmuje zarówno osobę ubezpieczoną, jak i tych członków rodziny.

Zakłady ubezpieczeń przekazują do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) informację o podpisanych umowach w formie elektronicznej, w formacie uzgodnionym z ZUS lub KRUS.

Schemat 4. Przepływ informacji w przypadku podpisania umowy z zakładem ubezpieczeń.

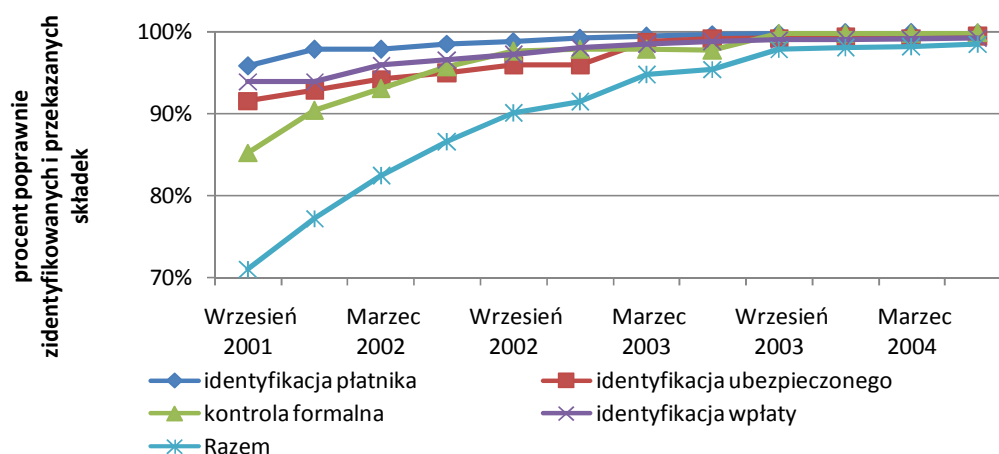


Źródło: Opracowanie własne IBS.

Ubezpieczenie w ramach systemu powstaje po rejestracji umowy ubezpieczeniowej w ZUS (lub KRUS) i potwierdzeniu faktu ubezpieczenia przez ZUS (lub KRUS) do zakładu ubezpieczeń. O potwierdzeniu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń informuje osobę ubezpieczoną.

W systemie tym bardzo ważna jest szybka identyfikacja osób ubezpieczonych, za które przekazywana jest stawka kapitacyjna. Jako podstawowy identyfikator osób proponujemy wykorzystać numer PESEL, który już obecnie służy identyfikowaniu w systemie ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych osób ubezpieczonych. Rekomendacja ta wynika także z faktu, iż w ostatnich latach, w wyniku wdrażania nowego systemu emerytalnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonał weryfikacji i poprawy jakości bazy PESEL. Ilustracją tego może być szacowany odsetek poprawnie zidentyfikowanych ubezpieczonych oraz poprawnie przekazanych do otwartych funduszy emerytalnych składek (patrz: Wykres 3). W marcu 2004 r., ZUS identyfikował poprawnie 99,5% ubezpieczonych, za których opłacane były składki.

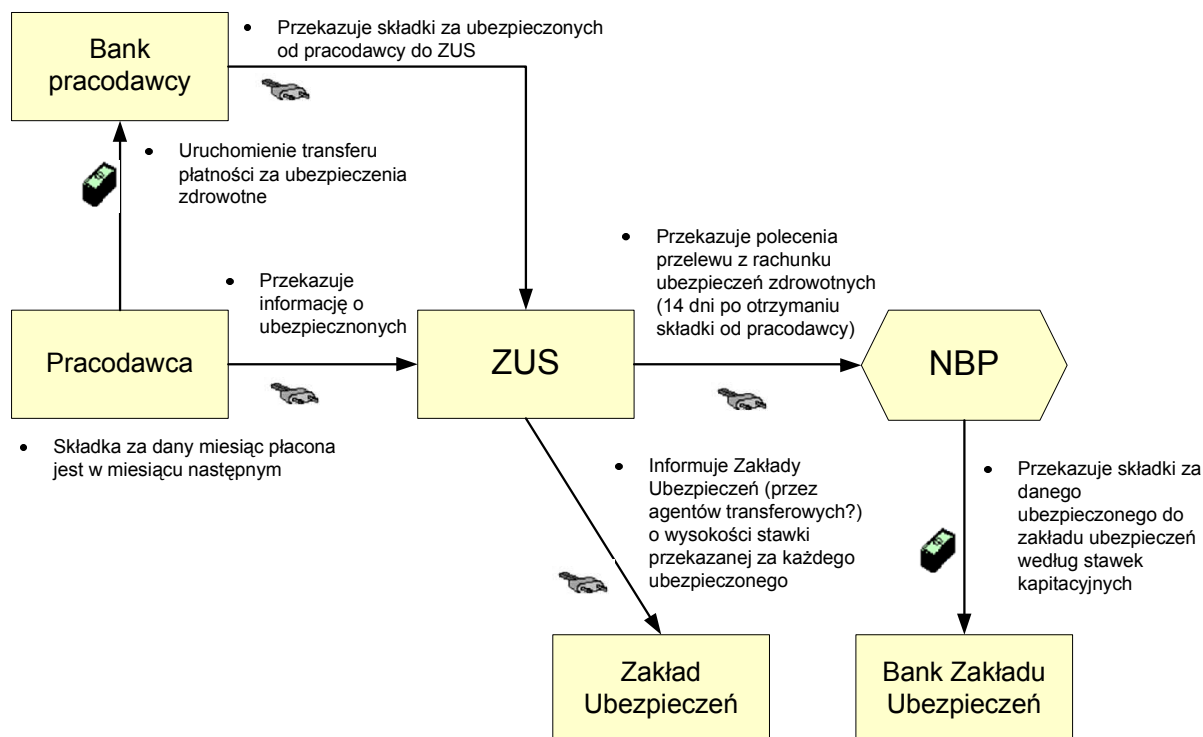
Wykres 3. Identyfikacja składek na ubezpieczenie emerytalne przez ZUS, 2001-2004.



Źródło: ZUS.

Pobór składki obowiązkowej odbywa się za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. ZUS i KRUS rozdzielają stawkę kapitacyjną według określonych ustawowo zasad i przekazują do wybranych instytucji ubezpieczeniowych. Schemat 5 ilustruje sposób poboru i przekazania składki.

Schemat 5. Pobór i przekazanie składki do instytucji ubezpieczeniowej.



Źródło: Opracowanie własne IBS.

Terminy przekazywania składki powinny być zgodne z terminami poboru składek przez ZUS i KRUS. Oznacza to, że składka za dany miesiąc ubezpieczenia pobierana jest w miesiącu następnym, w zależności od charakteru pracodawcy i ubezpieczenia w terminie 5-go, 10-go lub 15-go dnia miesiąca, a w przypadku KRUS do 15 dnia miesiąca. Po otrzymaniu składek ZUS powinien być zobowiązany do przekazania stawek kapitaacyjnych w terminie nie dłuższym niż do ostatniego dnia miesiąca.

Termin taki pozwala na zebranie całości składek przekazanych w danym miesiącu oraz ich rozdzielanie zgodnie z ustalonym algorytmem podziału stawki kapitacyjnej. Stawki kapitacyjne przekazane są za osoby, za które w danym miesiącu zostały opłacone składki. ZUS będzie informował zakłady ubezpieczeń o fakcie nieopłacenia za osoby ubezpieczone składek w danym miesiącu.

2.4.2. Finansowanie świadczeń zdrowotnych

Podstawową zasadą proponowanego modelu ubezpieczeń zdrowotnych jest zapewnienie działającym na rynku ubezpieczycielom pełnej możliwości wyboru świadczeniodawcy. Oznacza to, że wszyscy działający na rynku świadczeniodawcy, gwarantujący zachowanie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa medycznego, będą mogli konkutować o kontrakty prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, a wszyscy ubezpieczyciele będą mogli zabiegać o kontrakty z konkretnymi świadczeniodawcami. Sposób płatności za świadczenia lub grupy świadczeń i wysokość konkretnych stawek za usługi medyczne będą przedmiotem umów między zainteresowanymi stronami i nie będą podlegały ograniczeniom ustawowym. Pozwoli to na wykorzystanie wiedzy prywatnych ubezpieczycieli do wdrożenia najbardziej efektywnych mechanizmów umożliwiających kontrolę kosztów świadczeń zdrowotnych, bez obniżania jakości usług medycznych oferowanych ubezpieczonym.

Należy również określić zasady finansowania świadczeń udzielanych w przypadkach nagłych osobom ubezpieczonym w prywatnych zakładach ubezpieczeń w przypadku, gdy osoby te nie miały możliwości skorzystania z usług placówek posiadających kontrakty z ich własnym ubezpieczycielem. Proponujemy, aby w tym celu powstała odpowiednia rezerwa, którą zarządzałby UNUZ. Wysokość rezerwy stanowiłaby określony odsetek wpływów ze składek. Rozliczenia między prywatnymi ubezpieczycielami a UNUZ odbywałyby się w sposób zbiorczy, np. dwa razy w miesiącu.

Zgodnie z zaproponowanymi rozwiązaniami do zakresu świadczeń przekazywanych do finansowania prywatnym ubezpieczycielom w ramach stawki kapitacyjnej należy również refundacja cen leków. Oznacza to konieczność stworzenia systemu rozliczeń za leki refundowane wykupywane w aptekach przez klientów zakładów ubezpieczeń zdrowotnych.

Proponujemy utworzenie instytucji rozliczeniowej, której akcjonariuszami byłiby wszyscy ubezpieczyciele zarówno prywatni, jak i publiczni. Za jej pośrednictwem apteka będzie otrzymywać zwrot wartości refundowanej wydanych leków, podobnie jak ma to miejsce obecnie za pośrednictwem oddziałów NFZ. Na podstawie zawartej na recepcie informacji o płatniku, instytucja rozliczeniowa dokonuje identyfikacji kosztów przypadających na poszczególnych ubezpieczycieli oraz przysyłała zbiorcze zestawienie wystawionych na ich klientów recept. Instytucje ubezpieczeniowe przekazują instytucji rozliczeniowej kwoty odpowiadające kosztom refundacji leków.

2.4.3. Model przepływów finansowych

Podsumowując przedstawioną propozycję, zakładamy że zakłady ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego będą otrzymywać środki finansowe z kilku źródeł: ZUS (stawka kapitacyjna oraz dopłaty do ubezpieczenia części dzieci), KRUS (stawka kapitacyjna oraz dopłaty do ubezpieczenia części dzieci) oraz osób ubezpieczonych (składka dodatkowa).

Z kolei transfery za świadczenia zdrowotne ze strony ubezpieczycieli przekazywane będą do świadczeniodawców oraz instytucji rozliczeniowej (zwrot kosztów refundacji leków). Model przepływów finansowych przedstawia schemat 6.

W modelu przepływów finansowych istotne jest wskazanie na specyfikę poboru składek na ubezpieczenia zdrowotne, która wynika z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

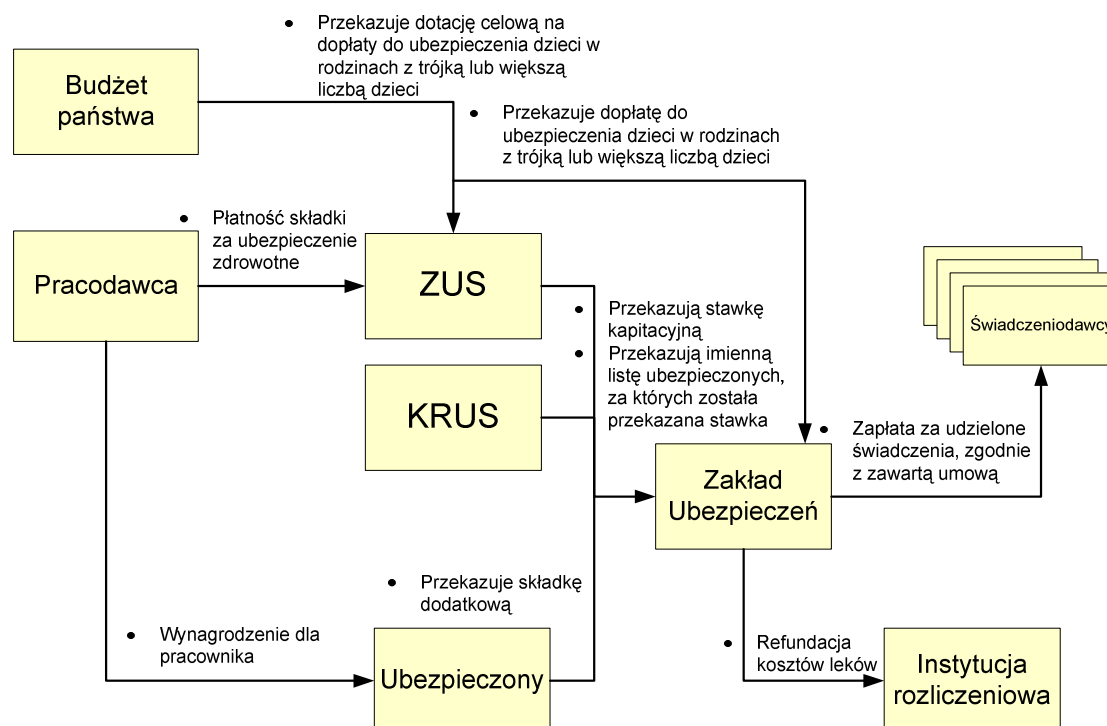
Płatnicy składek (pracodawcy) opłacają składki za wynagrodzenie wypłacone **za dany miesiąc kalendarzowy** w kolejnym miesiącu, w określonych ustawowo terminach. Oznacza to, że za osoby, które były ubezpieczone w styczniu składka płacona jest do 15 dnia lutego. Biorąc pod uwagę czas, który niezbędny jest dla ZUS do odpowiedniego naliczenia i przekazania składek, proponujemy aby stawki kapitacyjne były przekazywane do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym zostały zapłacone. Jednocześnie w przypadku ostatniego miesiąca ubezpieczenia (np. grudnia) składka będzie zapłacona w kolejnym miesiącu (np. w styczniu).

Oznacza to, że zakład ubezpieczeń będzie otrzymywał płatności związane z ubezpieczeniem zdrowotnym w dwóch różnych terminach. Składkę dodatkową od ubezpieczonych w miesiącu kalendarzowym, w którym obowiązuje ubezpieczenie, a stawkę kapitacyjną miesiąc później.

W przypadku dopłat do ubezpieczenia dzieci proponujemy, aby były one przekazywane do zakładów ubezpieczeń za miesiąc kalendarzowy, w którym obowiązuje ubezpieczenie (tj. w przypadku dzieci ubezpieczonych w styczniu refundacja byłaby przekazywana w

styczniu). Proponujemy, aby termin przekazania dopłaty został ustalony na 15 dzień kalendarzowy miesiąca.

Schemat 6. Model przepływów finansowych w proponowanym systemie.



Źródło: Opracowanie własne IBS.

W przypadku dopłat do ubezpieczenia dzieci proponujemy, aby były one przekazywane do zakładów ubezpieczeń za miesiąc kalendarzowy, w którym obowiązuje ubezpieczenie (tj. w przypadku dzieci ubezpieczonych w styczniu refundacja byłaby przekazywana w styczniu). Proponujemy, aby termin przekazania dopłaty został ustalony na 15 dzień kalendarzowy miesiąca.

2.4.4. Przepływ informacji i raportowanie

Zaproponowany system wymaga również określenia zasad przepływu informacji dotyczących jego funkcjonowania. Pierwszym etapem jest odpowiednie zebranie informacji i zbudowanie bazy danych zakładów ubezpieczeń, które oferują ubezpieczenie oraz osób, które decydują się na przystąpienie do ubezpieczenia. Informacja ta jest niezbędna dla:

- określania stawek kapitacyjnych;
- przekazywania dopłat do ubezpieczenia dla dzieci;
- zbudowania planu finansowego NFZ (lub płatników publicznych);
- refundacji kosztów recept;
- monitorowania i nadzoru nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych przez UNUZ.

Istotne jest również bieżące gromadzenie informacji o świadczeniach udzielanych w ramach systemu, która będzie służyć monitorowaniu wydatków oraz sporządzaniu prognozy wydatków w przyszłości. Odpowiednie zarządzanie informacją w ramach całego systemu stanowi też duży potencjalny element oszczędności związanych na przykład z ograniczeniem kosztów duplikacji badań. Dlatego też w ramach ubezpieczenia prywatnego powinny zostać

utworzone ramy prawne umożliwiające zakładom ubezpieczeń przekazywanie danych zdrowotnych w przypadku zmiany ubezpieczyciela. Możliwość taka może być na przykład stworzona poprzez włączenie do deklaracji przystąpienia obowiązkowej klauzuli wyrażenia zgody ubezpieczonego na przekazanie danych zdrowotnych w przypadku zmiany ubezpieczyciela. Przy czym należy ustawowo zastrzec, iż przekazanie danych zdrowotnych dokonywane będzie po otrzymaniu deklaracji zmiany ubezpieczyciela i nie będą one stanowić podstawy do odmowy ubezpieczenia.

Tabela 6 przedstawia zestawienie podstawowych czynności wymagających przepływu informacji pomiędzy uczestnikami systemu opieki zdrowotnej. W celu zapewnienia sprawnego przepływu oraz odpowiedniej jakości przekazywanych informacji istotne jest, aby były one przesyłane w formie elektronicznej, w formacie zgodnym z systemami informatycznymi instytucji uczestniczących w wymianie informacji. Odpowiednie procedury z tym zakresie powinny być przygotowane i przetestowane przed rozpoczęciem funkcjonowania zreformowanego systemu. Oznacza to, że niezbędny jest odpowiedni okres *vocatio legis* pomiędzy uchwaleniem niezbędnych ustaw i wprowadzeniem systemu w życie. Bazując na doświadczeniach związanych z wdrażaniem systemu emerytalnego, okres ten powinien wynieść nie mniej niż 12 miesięcy kalendarzowych.

Tabela 6. Przekazywanie informacji w systemie ubezpieczenia zdrowotnego.

Czynności	Kto przekazuje informację	Komu przekazuje informację	Zakres informacji	Termin ²⁷
Przygotowanie oferty ubezpieczeniowej				
Budowanie bazy danych zakładów ubezpieczeń	Komisja Nadzoru Finansowego	ZUS KRUS	Lista zakładów, które mogą oferować ubezpieczenie zdrowotne	Do końca maja
Przekazanie informacji o kosztach świadczeń medycznych służących wyliczeniu stawek kapitaacyjnych i współczynników różnicowania składek dodatkowych	NFZ	UNUZ	Ponoszone przez NFZ koszty wybranych świadczeń medycznych wg wieku i płci	Do końca czerwca
Publikacja wysokości stawek kapitaacyjnych i współczynników różnicowania składek dodatkowych	UNUZ	Zakłady ubezpieczeń i ubezpieczeni, ZUS, KRUS	Wysokość stawek kapitaacyjnych i współczynników różnicowania składek dodatkowych wg wieku i płci	Do 15 lipca
Przekazanie informacji o wysokości składek bazowych dla każdego produktu ubezpieczeniowego	Zakład ubezpieczeń	UNUZ	Wysokość składek bazowych oraz lista świadczeń dodatkowych oferowanych w ramach poszczególnych produktów	Do 15 sierpnia
Publikacja informacji o	UNUZ	Zakłady	Wysokość składek bazowych oraz	Do 20 sierpnia

²⁷ Przedstawione w tabeli daty dotyczą terminów w trakcie trwania roku ubezpieczeniowego.

Czynności	Kto przekazuje informację	Komu przekazuje informację	Zakres informacji	Termin ²⁷
wysokości składki bazowej		ubezpieczeń, ubezpieczeni, ZUS, KRUS	lista świadczeń dodatkowych oferowanych w ramach poszczególnych produktów	
Zawarcie umowy ubezpieczenia				
Wypełnienie deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia w prywatnym zakładzie ubezpieczeń	Ubezpieczony	Zakład Ubezpieczeń	Imię i nazwisko Wiek i płeć PESEL Instytucja ubezpieczenia społecznego Informacja o osobach ubezpieczonych (w tym liczba dzieci)	Od 15 sierpnia - do końca września
Budowanie bazy danych ubezpieczonych w ZUS i KRUS	Zakład Ubezpieczeń	ZUS KRUS	Dane na temat ubezpieczonych - imię, nazwisko, nr identyfikacyjny - wysokość składki dodatkowej	Do 15 października
Informacja dla UNUZ i NFZ na temat osób objętych ubezpieczeniem prywatnym	ZUS KRUS	UNUZ NFZ	Dane na temat ubezpieczonych	Do 31 października
Określanie zakresu dopłat dla rodzin wielodzietnych	ZUS KRUS	Ministerstwo Finansów	Dane na temat rodzin, które uzyskują prawo do dopłaty oraz wysokość dopłaty	Do 31 października
Przekazywanie stawek kapitacyjnych				

Czynności	Kto przekazuje informację	Komu przekazuje informację	Zakres informacji	Termin ²⁷
Opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne	Płatnicy składek	ZUS KRUS	Informacja na temat ubezpieczonych i wysokości składki	Zgodnie z terminami ustawowymi, 5, 10 lub 15 dzień miesiąca
Przekazywanie stawek kapitaacyjnych	ZUS KRUS	Zakład Ubezpieczeń	Imienna lista ubezpieczonych za których jest przekazywana stawka kapitacyjna Imienna lista ubezpieczonych, za których nie została opłacona składka na ubezpieczenie zdrowotne	Do ostatniego kalendarzowego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypłacone zostało wynagrodzenie
Przekazanie dopłaty do składek dodatkowych za dzieci	ZUS	Zakład Ubezpieczeń	Imienna lista ubezpieczonych dzieci objętych dopłatą	Do 15 dnia miesiąca kalendarzowego
Udzielanie świadczeń				
Wypkup leków	NFZ	Zakład Ubezpieczeń	Informacje o kwocie refundacji, refundowanych lekach wraz z informacją o osobach ubezpieczonych	Do 15 dnia miesiąca kalendarzowego Do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego
Świadczenia zdrowotne	Świadczeniodawcy	Zakład Ubezpieczeń	Informacje o udzielonych świadczeniach	Zgodnie z umową ubezpieczenia
Przekazywanie informacji o udzielonych świadczeniach	Zakład Ubezpieczeń	UNUZ	Informacje dla potrzeb monitorowania systemu opieki zdrowotnej	Zgodnie z terminami określonymi przez UNUZ

Źródło: opracowanie własne IBS.

2.5. Korzyści z wprowadzenia proponowanego modelu

Proponowany model może przynieść szereg korzyści dla uczestników systemu ochrony zdrowia. Zestawienie korzyści dla pacjentów, świadczeniodawców, płatników publicznych oraz ubezpieczycieli przedstawia

Tabela 7.

Tabela 7. Zestawienie korzyści z wdrożenia proponowanego systemu dla jego uczestników.

Dla kogo?	Korzyści
Dla pacjenta	• Poprawa jakości i terminowości otrzymywanych usług • Produkty atrakcyjne finansowo, nawet dla mniej zamożnych, szczególnie istotne zachęty dla rodzin wielodzietnych • Pozytywna selekcja najlepszych świadczeniodawców przez ubezpieczycieli prywatnych – pacjent może świadomie wybrać najlepszego świadczeniodawcę • Możliwość uzyskania lepszego dostępu do całego zakresu świadczeń, z uwagi na masowość pozostałych produktów • Poprawa jakości w systemie publicznym – dodatkowy strumień pieniędzy umożliwi dodatkowe inwestycje i poprawi jakość również dla pacjentów obsługiwanych przez płatników publicznych • Długoterminowo stymulacja zachowań prozdrowotnych – prywatnym ubezpieczycielom będzie zależało na ograniczaniu zdarzeń, a jednym ze sposobów będzie promowanie zachowań prozdrowotnych
Dla systemu publicznego	• Oszczędności finansowe dla NFZ– tylko część stawki kapitałowej przekazywana do świadczeniodawców prywatnych • Więcej środków w systemie ochrony zdrowia – dodatkowe składki ubezpieczeniowe • Zmniejszenie kolejek w systemie publicznym • „Formalizacja” części środków z tzw. szarej strefy
Dla świadczeniodawców	• Dodatkowe środki finansowe dla szpitali – dodatkowe składki, zmiana struktury wydatków, dzięki efektywnej polityce przepisywania recept • Zwiększenie efektywności i generowanie środków umożliwiających dodatkowe inwestycje • Możliwość prowadzenia polityki wynagrodzeń powiązanej z efektywnością wykonywanej pracy • Większe przychody świadczeniodawców – większa liczba sprzedanych świadczeń, wykorzystanie istniejących możliwości
Dla ubezpieczycieli prywatnych	• Stworzenie niedrogich, masowych produktów ubezpieczeniowych – większa skala umożliwia lepsze zarządzanie ryzykiem • Osiągnięcie efektów skali ułatwiających negocjacje ze świadczeniodawcami • Nowy rynek wart kilka miliardów złotych rocznie (wg przypisu składki)

2.6. Ocena potencjalnych rozmiarów rynku

Całkowity poziom wydatków na ochronę zdrowia w Polsce wynosi obecnie około 6,2 proc. PKB i należy do najniższych spośród państw OECD. Jakość opieki zdrowotnej, finansowanej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia jest przy tym powszechnie krytykowana, a jej zakres nie pokrywa całego zapotrzebowania ubezpieczonych na usługi medyczne. Przejawia się to między innymi rosnącym udziałem osób, które mimo posiadania uprawnień do świadczeń finansowanych przez NFZ, korzystają z usług medycznych wymagających opłat z własnej kieszeni.

Jak opisano w rozdziale 1, gotowość do wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego deklaruje 18,8% badanych. Wyniki badań wskazują ponadto, że o wielkości popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne zadecyduje w dużym stopniu wysokość dodatkowej składki, wymaganej dla objęcia ubezpieczeniem prywatnym. Świadczy o tym między innymi fakt, że ponad trzy czwarte ankietowanych wyrażających gotowość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wybrało najniższy dopuszczalny w badaniu przedział cenowy: do 100 zł miesięcznie (por. rozdział 1).

Bazując na tych wynikach **zakładamy, że przy składce dodatkowej w przeciętnej wysokości 600 zł rocznie, z możliwości ubezpieczenia w prywatnym zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych skorzysta 15% ludności.** Przy tak przyjętym założeniu, docelowa (tj. obejmująca populację wszystkich grup wieku) wielkość rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wyniesie 8,4 mld zł rocznie (por. tabela 6). Kwota ta obejmuje przekazywane ubezpieczycielom prywatnym środki publiczne (stawkę kapitacyjną) oraz składki dodatkowe pobierane przez nich bezpośrednio.

W pierwszych latach funkcjonowania systemu wielkość rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie zależeć w dużym stopniu od przyjętych ograniczeń dotyczących wieku osób, które będą mogły przystąpić po raz pierwszy do ubezpieczenia prywatnego (por. rozdział 2), dlatego też prezentujemy obliczenia dla różnych scenariuszy dotyczących wieku osób objętych ubezpieczeniem. W każdym przypadku założono, że przeciętna wysokość składki dodatkowej dla osób z danej grupy wieku wynosi 600 zł rocznie, a z ubezpieczenia prywatnego korzysta 15% osób z danej grupy wieku (zarówno przeciętna wysokość składki jak i założony udział klientów prywatnych ubezpieczycieli są stałe dla każdej kohorty). Poza opisanym powyżej scenariuszem bazowym, analogiczne symulacje przeprowadzono dla scenariuszy dodatkowych zakładających:

- przeciętną wysokość składki dodatkowej w wysokości 400 zł rocznie i udział sektora prywatnego w rynku ubezpieczeń zdrowotnych na poziomie 20% populacji,
- przeciętną wysokość składki dodatkowej w wysokości 1000 zł rocznie i udział sektora prywatnego w rynku ubezpieczeń zdrowotnych na poziomie 10% populacji.

Wyniki obliczeń przedstawia

Tabela 8. Jak widać, w zależności od przyjętych założeń, potencjalna wielkość rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może wynieść od około 5 do 10 mld PLN rocznie.

Tabela 8. Symulacje wysokości przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wg stawek na 2008 roku (w mld PLN rocznie).²⁸

Grupa wiekowa	Przychody sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (w mld PLN rocznie)			Zakładana liczba klientów (w mln)	Przeciętna wysokość przychodów na 1 ubezpieczonego (w PLN rocznie)
	Łącznie	W tym: ze środków publicznych	ze składek dodatkowych		
Scenariusz podstawowy(składka 600 zł, 15% populacji)					
0+	8,4	4,9	3,5	5,8	1457
0-65	6,5	3,5	3,0	5,0	1310
0-60	6,0	3,2	2,8	4,8	1268
0-55	5,5	2,8	2,7	4,5	1225
Scenariusz dodatkowy 1 (składka 400 zł, 20% populacji)					
0+	9,7	6,6	3,1	7,7	1257
0-65	7,4	4,7	2,7	6,7	1109
0-60	6,7	4,2	2,5	6,3	1067
0-55	6,2	3,8	2,4	6,0	1024
Scenariusz dodatkowy 2 (składka 1000 zł, 10% populacji)					
0+	7,1	3,3	3,8	3,8	1857
0-65	5,7	2,4	3,3	3,3	1711
0-60	5,3	2,1	3,2	3,2	1669
0-55	4,9	1,9	3,0	3,0	1626

Źródło: NFZ 2004, 2007 (plan), obliczenia własne IBS.

Wielkość przychodów prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych będzie wzrastać wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa. Doświadczenia innych państw pokazują, że opieka zdrowotna jest dobrem, na które popyt rośnie szybciej od wzrostu dochodów. W efekcie zwiększenie zamożności prowadzi do nieproporcjonalnie wysokiego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia medyczne, co przekłada się na zwiększenie skłonności do finansowania kosztów opieki zdrowotnej, np. w ramach składki na ubezpieczenie dodatkowe. Długookresową projekcję przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przedstawiono w załączniku 3.

²⁸ Wyniki działań matematycznych na przedstawionych liczbach mogą różnić się od kwot zawartych w tabeli ze względu na zaokrąglenia.

3. Określenie obszarów wymagających zmian legislacyjnych

Wdrożenie zaproponowanego modelu wymaga przygotowania szeregu zmian prawnych, przede wszystkim w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.²⁹

Aktualnie publiczny płatnik (NFZ) kontraktuje świadczenia zdrowotne zawierając umowy z poszczególnymi podmiotami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych na zindywidualizowane świadczenia zdrowotne, określając ich ilość i cenę.

W nowym systemie oprócz kontraktów wskazanych wyżej pojawią się także kontrakty z płatnikami prywatnymi, którzy za zryczałtowaną stawkę kapitacyjną (por. rozdział 2) obejmą opieką zapisaną do tych płatników populację.

Prywatny płatnik będzie więc *de facto* organizatorem opieki zdrowotnej dla swojej populacji w powierzonym zakresie opieki zdrowotnej.

Taka konstrukcja wymagać będzie zmian także w innych ustawach.

Zmiany dotyczące budowy systemu prywatnych ubezpieczeń obejmującego zasady ustalania składki dodatkowej, sposobu określania produktów ubezpieczeniowych (w tym łączenia produktów z ubezpieczenia powszechnego oraz ubezpieczeń dodatkowych), nadzoru nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych, monitorowania i przepływu informacji – winny stać się przedmiotem odrębnej ustawy.

Dodatkowo wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń wymaga działań dostosowawczych w szeregu innych ustaw i konsekwentnie w aktach wykonawczych. Ponadto szereg zmian organizacyjnych dotknie Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym konieczne będą modyfikacje zasad kontraktowania.

3.1. Stanowisko Trybunału Konstytucyjnego co do konstrukcji systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Trybunał Konstytucyjny kilkakrotnie już wypowiadał się, co ważności i jakości aktów prawnych w zakresie ochrony zdrowia.

Trybunał stwierdził w trakcie badania m.in. wniosku o stwierdzenie niekonstytucyjności ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, iż Konstytucja nie przesądza, jaki model konstrukcji systemu opieki zdrowotnej powinien przyjąć ustawodawca.

Kształtując ten model, ustawodawca powinien jednak kierować się treścią Konstytucji, a przede wszystkim mieć na uwadze wartości konstytucyjne.

Konstytucja nie określa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla wszystkich obywateli na równych prawach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie (art. 68 ust. 2 zd. drugie Konstytucji). Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zd. drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek.

²⁹ Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2007, nr 166, poz.1172.

Swoboda ustawodawcy w określaniu konstrukcji systemu nie jest jednak nieograniczona. Nie może on w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza więc konstrukcji systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów, w tym nie przesądza:

- charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, (mogą tutaj więc być środki publiczne, prywatne jak i mieszane, łączone, publiczne z prywatnymi;
- charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń (mogą tutaj występować zarówno podmioty publiczne, rządowe czy samorządowe, ale także korporacyjne, czy ubezpieczeniowe);
- struktury własnościowej świadczeniodawców (mogą to być zarówno świadczeniodawcy publiczni jak i prywatni).

Dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być jednak równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Wskazana w ww. przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego.

Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu udziału poszczególnych obywateli w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie też, jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczowym, a nie tylko formalnym.

Z drugiej strony Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej.

Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż **nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie).**

W wyroku z dnia 18 grudnia 2002 r., sygn. K 43/01 (OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 96) Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „art. 68 ust. 2 Konstytucji przekazuje ustawie obowiązek określenia warunków udzielenia świadczeń ze środków publicznych”. Dotyczy to także warunków równego dostępu.

Najistotniejsze znaczenie ma jednak wyrok z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1), rozstrzygający o niekonstytucyjności ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, wskazujący jakie błędy popełnił ustawodawca w konstrukcji systemu.

Podsumowując więc, ani Konstytucja, ani orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego nie przesądza o tym, jaki konkretnie model organizacyjno-prawny finansowania świadczeń zdrowotnych może być wprowadzony (scentralizowany, czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy).

Każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli musi jednak odpowiadać określonym założeniom konstytucyjnym z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca nie określił więc warunków równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a „zaznaczył tylko, że równy dostęp do świadczeń jest niezależny od sytuacji materialnej obywateli”.

Powyższe oznacza więc, że to do materii ustawowej, a nie konstytucyjnej należy określenie warunków równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (na jakich warunkach ten równy dostęp się odbywa).

3.2. Zmiany w zakresie konstrukcji płatników

W celu wprowadzenia w życie zmian opisanych w niniejszym opracowaniu proponuje się:

1. Uchwalenie ustawy o prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych wraz z przepisami wprowadzającymi i przejściowymi
2. Nowelizacje ustaw o:
 - świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - działalności ubezpieczeniowej;
 - podatku dochodowym od osób fizycznych;
 - podatku dochodowym od osób prawnych;
 - działalności ubezpieczeniowej;
 - nadzorze finansowym;
 - zakładowym funduszu świadczeń socjalnych;
 - służbie medycyny pracy;

Ustawa o prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych

Ustawa ureguje m.in.:

1. zasady wykonywania działalności w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych;
2. zasady obejmowania ubezpieczeniem;
3. zasady tworzenia i działania zakładów ubezpieczeń prowadzących prywatne ubezpieczenia zdrowotne (ZPUZ);
4. zasady współdziałania ZPUZ z Narodowym Funduszem Zdrowia (płatnikami publicznymi);
5. zasady nadzoru i kontroli nad działalnością ZPUZ, w tym realizacją świadczeń zdrowotnych.

ZPUZ oferować będą prywatne ubezpieczenie zdrowotne dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ustawa zdefiniuje warunki równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, umożliwiając ubezpieczonemu w ZPUZ szybki dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach „lokalnej” kolejki w ZPUZ, a nie w ramach całego systemu.

Wskazać bowiem należy, że aktualnie nie ma jednej centralnej kolejki do wykonywania świadczeń zdrowotnych danego rodzaju. U każdego świadczeniodawcy (organizatora bądź wykonawcy usług zdrowotnych) kolejka ta tworzona jest zależnie od posiadanych środków finansowych i możliwości udzielania danych świadczeń. U jednych jest ta kolejka krótsza, u innych dłuższa. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest więc cały czas równy, bo

uzależniony od kryteriów medycznych, lecz zależnie od decyzji pacjenta czas udzielania tego świadczenia jest szybszy w przypadku chęci skorzystania z usług podmiotu, u którego kolejka jest sprawniej obsługiwana.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą mogły świadczyć usługi dla ZPUZ niezależnie od kontraktów z NFZ. Jest to istotna poprawa ich sytuacji, gdyż obecnie zakłady te są mocno ograniczone w pozyskiwaniu dodatkowych środków z rynku prywatnego.

Działalność w zakresie ubezpieczeń prywatnych wykonywać będzie Zakład Prywatnych Ubezpieczeń Zdrowotnych działający wyłącznie w formie spółki akcyjnej albo towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Zakład prowadzi działalność ubezpieczeniową wyłącznie w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Wykonywanie działalności, w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych wymaga zezwolenia organu nadzoru.

Ustawa określi precyzyjne warunki uzyskania zezwolenia i odmowy jego uzyskania, zapewniając administracyjno-sądową drogę odwoławczą.

Zakłady mają prawo do łączenia się i podziału za zgodą organu nadzoru.

Ustawa określi tryb postępowania w przypadku trudnej sytuacji finansowej Zakładu oraz warunki i tryb przejmowania ubezpieczonych.

Rachunkowość Zakładów oraz terminy sporządzania, badania i składania do ogłoszenia sprawozdań finansowych regulują przepisy ustawy o rachunkowości.

Prawo do zawarcia umowy o prywatne ubezpieczenie zdrowotne mają wyłącznie ubezpieczeni, tj. osoby o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zakład nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia prywatnego ubezpieczonym. Przesłanki, terminy, tryb i warunki wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez każdą ze stron określone są ustawowo.

Umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny. Umowę zawiera się na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU), które zawierają w szczególności:

1. prawa i obowiązki każdej ze stron umowy;
2. zakres odpowiedzialności Zakładu, tj. zakres gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń dodatkowych;
3. wysokość składki ubezpieczeniowej;
4. sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej;
5. metodę i sposób indeksacji składek (jeżeli występują);
6. tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia;
7. informację na temat listy świadczeniodawców, z których usług może korzystać ubezpieczony, z zastrzeżeniem prawa korzystania z innych świadczeniodawców w nagłych sytuacjach.

Umowa zawierana jest na okres jednego roku kalendarzowego. Ubezpieczony posiada prawo zmiany płatnika raz do roku. Umowa ta zawiera klauzulę o możliwości przekazywania danych zdrowotnych osoby ubezpieczonej. Celem przekazywania tych danych jest ograniczenie kosztów powtórnych badań, nie będą one mogły być wykorzystywane do innych celów (np. underwritingu).

ZPUZ zawiera umowę z dowolnym podmiotem uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na wykonywanie tych świadczeń dla ubezpieczonych w ZPUZ. Stawki i sposób rozliczeń zostanie pozostawiony woli stron.

ZPUZ będzie uczestniczył w systemie rozliczeń za wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla swoich pacjentów oraz pacjentów NFZ i innych ZPUZ udzielanych w sytuacjach nagłych i poza miejscem zamieszkania pacjenta.

Ustawa wprowadzi zasadę, iż podmiot organizujący świadczenie usług zdrowotnych może działać jedynie w formie ZPUZ, jako podmiot poddany rygorom prawa ubezpieczeniowego, w ramach działu II (grupy II.2, ewentualnie w ramach nowo utworzonego działu III – ubezpieczenia zdrowotne). Zasada ta oznacza, że tzw. „firmy abonamentowe”, które będą chciały uczestniczyć w zaproponowanym systemie, będą musiały się przekształcić w ZPUZ.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zakres świadczeń zdrowotnych określony ustawą dla ubezpieczonego w NFZ lub w ZPUZ w zakresie gwarantowanym ze środków publicznych nie ulegnie zmianie, gdyż jest wspólny dla wszystkich obywateli niezależnie od płatnika świadczeń zdrowotnych.

Nowelizacja wprowadzi nowe regulacje, rozszerzające przepisy m.in. o:

1. sposób wyliczania stawki kapitałowej za jednego ubezpieczonego;
2. tryb i sposób przekazywania stawki kapitałowej do ZPUZ;
3. wprowadzenie centralnej instytucji rozliczeniowej do refundowania kosztów leków dla NFZ (płatników publicznych) i oraz ZPUZ;
4. tryb i sposób przekazywania informacji o osobach ubezpieczonych w NFZ i ZPUZ;
5. tryb i sposób rozliczeń za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nagłych przez ZOZ posiadający kontrakt z innym płatnikiem.

Nowelizacja ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych

Dofinansowanie polis z ZPUZ przez pracodawcę z ZFŚS nie będzie doliczane do dochodu pracownika.

Dopłata z budżetu państwa do składek dodatkowych finansujących ubezpieczenie prywatne dzieci do ukończenia 18 tego roku życia (lub 24 roku życia w przypadku kontynuowania nauki) w rodzinach z trójką lub większą liczbą dzieci jest neutralna podatkowo dla ubezpieczonych (nie jest wliczana do dochodu).

Nowelizacja ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych

Podatkowym kosztem uzyskania przychodu stanie się koszt dofinansowania polis z ZPUZ w zakresie kosztów medycyny pracy.

Nowelizacja ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych

Możliwość przeznaczania środków z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych na dofinansowanie polis w ZPUZ.

Brak możliwości dofinansowania świadczeń opieki zdrowotnej oferowanych przez firmy organizujące świadczenia zdrowotne (abonamentowe), o ile firmy te nie są prowadzone w formie ZPUZ.

Nowelizacja ustawy o służbie medycyny pracy

Obowiązki pracodawcy co do zapewnienia osobom uprawnionym świadczeń opieki zdrowotnych z zakresu medycyny pracy będą mogły być realizowane nie tylko w drodze zawarcia umowy z podstawową jednostką medycyny pracy, ale także w drodze zakupu polisy ubezpieczeniowej obejmującej świadczenia takich jednostek.

Nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej

Wprowadzenie nowego typu Prywatnego Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych i poddanie go odpowiednio rygorom, jakim podlegają zakłady ubezpieczeń. Nowe zakłady będą działać w ramach działu II (ubezpieczenia na życie), część 2.

3.3. Zmiany po stronie świadczeniodawców

W zakresie zmian po stronie świadczeniodawców wymagane są:

- zmiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;
- przyjęcie ustawy umożliwiającej przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- umożliwienie zastosowania do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej znowelizowanej ustawy o partnerstwie publiczno – prywatnym;
- uchylene ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.; dalej: ustawa o z.o.z.) publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub za odpłatnością całkowitą.

Podstawową zasadą proponowanego modelu ubezpieczeń zdrowotnych jest zapewnienie działającym na rynku ubezpieczycielom pełnej możliwości wyboru świadczeniodawcy.

Oznacza to, że wszyscy działający na rynku świadczeniodawcy, gwarantujący zachowanie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa medycznego, będą mogli konkurować o kontrakty prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, a wszyscy ubezpieczyciele będą mogli zabiegać o kontrakty z konkretnymi świadczeniodawcami.

Aktualny stan prawny nie zezwala samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej na równoczesne pobieranie od ubezpieczonych w NFZ opłat za świadczenia zdrowotne w sytuacji „wyczerpania limitu” lub konieczności oczekiwania w kolejce na świadczenie zdrowotne. Takich ograniczeń nie mają niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Ustawa doprowadzi więc do zrównania możliwości świadczenia usług przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Ustawa umożliwiająca przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Obecnie istniejący stan prawny winien ulec także zmianie pod kątem formy organizacyjno-prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Proponowaną nową formą winna być tzw.

spółka użyteczności publicznej, której bazą wyjściową będzie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna, powstała w wyniku aktu komercjalizacji.

Dzięki takiej strukturze, do spółki użyteczności publicznej będzie miał zastosowanie kodeks spółek handlowych, oczywiście z zastrzeżeniem pewnych odrębności wynikających z idei działania zakładu opieki zdrowotnej, jako podmiotu użyteczności publicznej (spółka użyteczności publicznej).

Umożliwienie zastosowania do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nowelizowanej ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym

Nowelizacja wprowadzi możliwość realizowania projektów PPP w ochronie zdrowia poprzez m.in. w formie zaprojektowania lub realizacji inwestycji w ochronie zdrowia w wykonaniu zadania publicznego lub świadczenie usług publicznych, jeżeli obejmuje eksploatację, utrzymanie lub zarządzanie niezbędnym do tego składnikiem majątkowym w postaci dawnego SPOZ.

Uchylenie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń

Ustawa ta w sposób drastyczny łamie zasadę konieczności finansowania świadczeń zdrowotnych, a nie infrastruktury medycznej. Nie negując konieczności podwyższania wynagrodzeń personelu medycznego, należy zwrócić uwagę na fakt, że taki strumień „znaczonych” środków finansowych załamuje mechanizmy konkurencyjności w ochronie zdrowia i zwraca płatnika publicznego ponownie w kierunku finansowania budżetowego. Ustawa winna być uchylona, a środki w ten sposób uzyskane poddane regułom konkurencyjnym w ramach całości budżetu NFZ.

3.4. Nadzór i regulacja

Nadzór nad działalnością ZPUZ sprawowany będzie łącznie przez Komisję Nadzoru Finansowego i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Przepisy precyzyjnie rozdziela zakresy kompetencji regulatorów.

Ustawa o nadzorze nad rynkiem finansowym

Poddanie nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego, Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń Zdrowotnych w zakresie bezpieczeństwa finansowego ZPUZ i prawidłowości gospodarki finansowej.

Ustawa o prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych

Zostanie utworzony Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych jako centralny organ administracji rządowej. Będzie posiadał kompetencje kontrolne w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z założeniami przedstawionymi w podziale 2.3.7. Nadzór i regulacja.

3.5. Wstępna ocena skutków regulacji (OSR)

Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Przedstawione projekty regulacji bardzo szeroko oddziałują na wszystkich obywateli w sposób szczególny regulując ich konstytucyjne uprawnienia do pozyskania od władz publicznych zapewnienia wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto regulacje oddziałują na:

1. Narodowy Fundusz Zdrowia;
2. zakłady opieki zdrowotnej zarówno publiczne jak i niepubliczne, oraz inne podmioty wykonujące usługi zdrowotne;
3. zakłady ubezpieczeń oraz Polską Izbę Ubezpieczeń;
4. organy nadzoru finansowego;
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych
6. budżet państwa.

Wyniki przeprowadzonych konsultacji, w szczególności jeżeli obowiązek zasięgnięcia takich opinii wynika z przepisów prawa

Na obecnym etapie – nie dotyczy

Przedstawienie wyników analizy wpływu aktu normatywnego na:

- **stan zdrowia ludności**

Wprowadzenie regulacji będzie miało pozytywny wpływ na liczbę i jakość świadczonych usług medycznych, a co za tym idzie na stan zdrowia ludności.

- **sektor ochrony zdrowia**

Wprowadzenie proponowanych mechanizmów zwiększających rolę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje napływ dodatkowych środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza sektora usług szpitalnych. Wielkość dodatkowego strumienia dochodów będzie zależeć od liczby i wieku osób, które zdecydują o przystąpieniu do ubezpieczenia w prywatnym zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych oraz wysokości przeciętnej składki dodatkowej pobieranej przez ubezpieczycieli prywatnych. Tabela 9 przedstawia symulacje wysokości dodatkowego strumienia dochodów sektora ochrony zdrowia, przy założeniu, że przeciętna wysokość stawki dodatkowej dla każdej z grup wieku wynosi 600 PLN rocznie, oraz różnych założeniach dotyczących udziału klientów prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych w ogóle populacji danej grupy wieku.

Tabela 9. Symulacja wysokości dodatkowego strumienia sektora ochrony zdrowia (w mld PLN rocznie).

Udział w rynku/wiek	0-45	0-55	0-60	0-65	0+
100%	14,3	17,9	19,1	20,0	23,1
50%	7,2	9,0	9,5	10,0	11,5
25%	3,7	4,5	4,8	5,0	5,8
20%	3,0	3,6	3,8	4,0	4,6
15%	2,2	2,7	2,9	3,0	3,5
10%	1,5	1,8	1,9	2,0	2,3
5%	0,8	0,9	0,9	1,0	1,2

Źródło: Opracowanie własne IBS.

Przy założeniu, że w systemie docelowym prywatne ubezpieczenie zdrowotne obejmie 15% ogółu populacji, spowoduje to napływ do sektora opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych w wysokości 3,5 mld PLN rocznie.

- **sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Wprowadzenie proponowanego modelu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje powstanie oszczędności w wydatkach Narodowego Funduszu Zdrowia. Przy proponowanej wysokości stawek kapitaacyjnych, przeciętna ubezpieczająca się w sektorze prywatnym osoba w wieku od 4 do 60 lat powoduje zmniejszenie kosztów NFZ o około 20%. Skala oszczędności w wydatkach NFZ będzie zależeć od liczby osób, które zdecydują o przystąpieniu do ubezpieczenia w prywatnym zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych (por. Tabela 10).

Tabela 10. Wpływ rozwiązania na sektor finansów publicznych (w mld PLN rocznie).

Udział klientów prywatnych ubezpieczycieli w populacji w wieku 4 - 60	Oszczędności NFZ
100%	4,9
50%	2,4
25%	1,2
20%	1,0
15%	0,7
5%	0,2

Źródło: Opracowanie własne IBS.

Przy założeniu, że w systemie docelowym prywatne ubezpieczenie zdrowotne obejmie 15% populacji, spowoduje to powstanie oszczędności w wysokości 0,7 mld PLN rocznie.

Wprowadzenie dopłat do składek dodatkowych finansujących ubezpieczenie prywatne dzieci do ukończenia 18 tego roku życia w rodzinach z trójką lub większą liczbą dzieci spowoduje zwiększenie wydatków budżetu państwa. Przy założeniu, że z ubezpieczenia prywatnego skorzystałoby 40% z około 0,5 mln gospodarstw z trójką lub większą liczbą dzieci, wprowadzenie dopłat kosztowałoby budżet państwa około 0,2 mld PLN rocznie.

- **rynek pracy**

Wdrożenie proponowanego modelu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje napływ dodatkowych środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej. Odbędzie się to jednak bez zwiększania stopnia fiskalizmu. Ponadto, dodatkowa składka na prywatne ubezpieczenie zdrowotne nie będzie zależna od poziomu wynagrodzenia, a co za tym idzie nie spowoduje wzrostu klina podatkowego, co mogłoby mieć negatywny wpływ na rynek pracy.

Pozyskane w ten sposób dodatkowe środki finansowe zostaną przekazane na finansowanie świadczeń medycznych, co wraz ze zmianami organizacyjnymi, doprowadzi do wzrostu jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych zarówno osobom korzystającym z ubezpieczenia prywatnego jak i publicznego. Sprawniejsza i skuteczniejsza opieka zdrowotna spowoduje zmniejszenie absencji chorobowej pracowników.

- **konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Zapewnienie sprawnej opieki zdrowotnej dla pracowników, spowoduje również zwiększenie wydajności, co może mieć pozytywny wpływ na zwiększenie konkurencyjności gospodarki.

- **sytuację i rozwój regionalny**

Zmiany nie mają wpływu na sytuację i rozwój regionów.

Wskazanie źródeł finansowania, zwłaszcza jeżeli projekt pociąga za sobą obciążenie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Finansowanie dopłat do polis na dzieci z rodzin wielodzietnych będzie finansowane ze środków budżetu państwa.

3.6. Dalsze działania oraz propozycja harmonogramu

Wdrożenie zaproponowanych w niniejszym raporcie rozwiązań wymaga odpowiedniego zaplanowania prac legislacyjnych, przygotowania logistycznego i administracyjnego, a także przeprowadzenie kampanii informacyjnej skierowanej do społeczeństwa.

Prace legislacyjne powinny być prowadzone pod auspicjami Ministra Zdrowia. Proponujemy powołanie specjalnego zespołu, pod przewodnictwem Ministra Zdrowia, którego zadaniem będzie przygotowanie zmian prawnych niezbędnych do wdrożenia systemu. W skład zespołu powinni wejść przedstawiciele:

- administracji centralnej, w tym:
 - Ministra Zdrowia;
 - Ministra Pracy i Polityki Społecznej;
 - Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
 - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
 - Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
 - Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - Komisji Nadzoru Finansowego;
- sektora ubezpieczeniowego.

Celem prac zespołu byłoby również przygotowanie szczegółowych procedur dotyczących przepływu środków i informacji w systemie.

Szacujemy, iż okres przygotowania niezbędnych projektów ustaw powinien zająć około 4-5 miesięcy. Proces konsultacji społecznych projektów oraz przyjęcia projektów przez Radę Ministrów powinien trwać kolejne dwa miesiące.

Kolejnym etapem prac jest uchwalenie przedstawionych projektów ustaw przez Parlament. Etap ten może trwać około 3-4 miesięcy.

Po uchwaleniu ustaw, proces przygotowania zmian wejdzie w sferę organizacyjną. W tym okresie zostaną wdrożone niezbędne systemy i procedury – szacunkowo okres ten powinien trwać od 6 do 12 miesięcy.

Łącznie prace przygotowawcze nad proponowanym modelem mogą trwać od 18 do 24 miesięcy.

Ze względu na określony sposób podejmowania decyzji o przystąpieniu do zaproponowanego systemu ubezpieczeń będą mogli podejmować decyzje dotyczące przystąpienia do ubezpieczenia oferowanego przez prywatne zakłady ubezpieczeń od czerwca do września w roku poprzedzającym wdrożenie zaproponowanego systemu, który rozpocząłby funkcjonować na początku nowego roku kalendarzowego. Zakładamy, że przy tak przyjętym harmonogramie, system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych mógłby zostać wdrożony najwcześniej w 2010 r., a więc równoległe do proponowanego przez rząd podziału NFZ na mniejsze fundusze.

Równolegle do działań przygotowawczych, niezbędne jest przygotowanie i prowadzenie działań mających na celu informowanie zainteresowanych stron o planowanym modelu rozwiązań. Działania z nią związane powinny być prowadzone od początku, to znaczy od rozpoczęcia prac nad ramami prawnymi systemu. W tym okresie niezbędne jest prowadzenie konsultacji ze środowiskiem ekspertów, samorządów zawodowych działających w służbie zdrowia, władzami samorządowymi, partnerami społecznymi oraz politykami.

Kolejnym etapem jest przygotowanie i przeprowadzenie szerokiej kampanii informacyjnej, skierowanej do ogółu społeczeństwa. Kampania ta powinna być prowadzona po uchwaleniu niezbędnych ustaw, w roku poprzedzającym rozpoczęcie funkcjonowania systemu.

Schemat 7. Harmonogram wdrażania projektu.

Etap	liczba miesięcy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
0	Podjęcie decyzji o wdrożeniu modelu																		
1	Opracowanie zmian legislacyjnych																		
2	Konsultacje społeczne i przyjęcie projektu przez Radę Ministrów																		
3	Prace parlamentarne i uchwalenie ustawy																		
4	Prace organizacyjne i wdrożeniowe																		
5	Działania informacyjne																		
6	Szeroka kampania informacyjna																		

Źródło: Opracowanie własne IBS.

Bibliografia

- Baran A., Żyra M., Narodowy Rachunek Zdrowia, GUS, 2006
- Colombo F., Tapay N., Private Health Insurance in Australia. A case study, 2004
- Colombo F., Tapay N., Private Health Insurance in the Netherlands". A case study, 2004
- Couffinhal A., Buchmueller T., Private Health Insurance in France, 2004
- Couffinhal A., Franc C., Private Health Insurance in France, 2007
- Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, 2007
- Komisja Europejska (2005), The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)
- Komisja Europejska (2005), The 2005 projections of age-related expenditure (2004-50) for the EU-25 Member States: underlying assumptions and projection methodologies.
- Pazitny P., The redistribution mechanism requires a review to include critical diagnoses, 2007
- Pazitny P., Zajac R., Marcincin A., Reform models: health reform in Slovakia, 2004
- Saliba B., Ventelou B., Complementary health insurance in France. Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?, 2007
- Thomas S., Mossialos E., Regulating private health insurance in the EU: the implications of single market legislation and competition Policy, 2006
- Tymowska K. (2007), "Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne", w: Czapiński J. i Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, 2007
- Ven van de W., Schut F., Risk equalisation in an individual health insurance market: the only escape from the tradeoff between affordability, efficiency and selection. The Netherlands as a case study, 2007
- Verhoeven M., Gunnarsson V., Lugaresi S., The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform, 2004
- Health Policy Institute, Slovak Health Reform, 2004
- MINVWS, Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006, 2006
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 roku, GUS, 2008
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., GUS, 2006
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 grudnia 2002 r., sygn. K 43/01 (OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 96)
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz.1), rozstrzygający o niekonstytucyjności ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Załącznik 1. Dotychczasowe propozycje budowy systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Dyskusja na temat wdrożenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce trwa praktycznie od momentu transformacji ustrojowej i pogłębiających się problemów w funkcjonowaniu służby zdrowia. Nabrała ona szybkiego tempa począwszy od pierwszej propozycji budowy systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który zaczął funkcjonować w 1999 r. W modelu tym przewidziano, iż prywatne instytucje docelowo będą mogły zarządzać obowiązkową składką ubezpieczenia zdrowotnego, konkurując z Kasami Chorych. Jednakże model ten nie został nigdy wdrożony, a po przekształceniu Kas Chorych w Narodowy Fundusz Zdrowia, dalsza debata na ten temat stała się bezprzedmiotowa.

Kolejnym istotnym elementem prac nad modelem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych były prace Międzyresortowego Zespołu ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych pod przewodnictwem wicepremiera Jerzego Hausnera. Wówczas w ramach specjalnie powołanego podzespołu powstała propozycja wdrożenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, które miałyby charakter suplementarno-komplementarny do obowiązkowych ubezpieczeń. Propozycja rozwiązań została ostatecznie zaproponowana w końcu 2003 r., ale prace nad nią się zatrzymały.

W okresie ostatnich dwóch lat prace nad budowaniem systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych toczyły się w Ministerstwie Zdrowia, które zaproponowało wielofilarowy model ubezpieczeń. W modelu tym podstawą pierwszego filara miał być system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach systemu NFZ. W ramach drugiego filara wyodrębnione podmioty miały oferować prywatne równoległe ubezpieczenia zdrowotne, których zakres będzie odpowiadał zakresowi świadczeń udzielanych w systemie publicznym przy jednoczesnym podniesieniu standardów tych usług. System drugofilarowy byłby regulowany przez państwo. Składka na 'drugi filar' byłaby opłacana na zasadzie solidaryzmu, z uwzględnieniem systemu *community rating*. Koszty świadczeń finansowanych w ramach drugiego filaru byłyby częściowo refundowane zakładom ubezpieczeń przez NFZ. Natomiast trzeci filar miał obejmować prywatne suplementarne ubezpieczenia zdrowotne, oferowane przez prywatnych ubezpieczycieli, które funkcjonują obecnie pełniąc niewielką rolę, w ramach ubezpieczeń na życie, posiadających opcję ochrony zdrowia jako rozszerzenie zakresu umów głównych oraz ubezpieczeń osobowych działu II, dotyczących ryzyka choroby lub ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW). Wprowadzenie projektowanego projektu sprzyjać miało także przekształceniu usług realizowanych w ramach abonamentów na system ubezpieczeniowy.

Ostatnią z propozycji, które pojawiły się w debacie jest propozycja zespołu ekspertów pracujących pod egidą Rzecznika Praw Obywatelskich. Zespół również proponuje system wielofilarowy, w którym dotychczasowa składka obowiązkowa podzielona byłaby pomiędzy płatnika (płatników) publicznego oraz płatników prywatnych. Składka przekazywana do I filara wynosiłaby 7,75% wynagrodzenia. Druga część składki obowiązkowej byłaby opłacana w wysokości uzależnionej od kondycji zdrowotnej ubezpieczonego. W ramach tego filara byłoby finansowane leczenie schorzeń, których wystąpienie może wynikać z postępowania osoby ubezpieczonej. Celem tego rozwiązania byłoby zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Jego wprowadzenie byłoby jednak niezmiernie trudne ze względów technicznych, wymagałoby to bowiem między innymi stworzenia mechanizmów umożliwiających klasyfikację poszczególnych świadczeń według przyczyny wystąpienia. Trzeci filar miałby charakter dobrowolny i obejmowałby suplementarne ubezpieczenia zdrowotne. W ramach tego filara byłoby finansowane procedury, które ze

względu na niską efektywność kosztową zostałyby wyłączone z finansowania w ramach systemu obowiązkowego.

Zestawienie dotychczasowych propozycji działań wspierających rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przedstawia Tabela 11.

Tabela 11. Dotychczasowe inicjatywy dotyczące systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

	<i>Projekt "Hausnera"</i>	<i>Projekt RPO</i>	<i>Projekt MZ</i>
System	Propozycja wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze suplementarno - równoległym, tj. gwarantujących zarówno dostęp do świadczeń dodatkowych jak i tych oferowanych w ramach systemu obowiązkowego.	System zakładający funkcjonowanie trzech filarów: pierwszego publicznego i obowiązkowego, drugiego prywatnego i obowiązkowego, trzeciego prywatnego i dobrowolnego. Każdy z płatników może na podstawie listy procedur z koszyka skonstruować własny produkt ubezpieczeniowy.	Propozycja wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze równoległym, tj. gwarantujących dostęp do świadczeń oferowanych w ramach ubezpieczenia obowiązkowego.
Kto jest objęty rozwiązaniami	Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne byłyby oferowane bez ograniczeń. Szacowano, że do systemu może przystąpić około 15-20% populacji.	Nowy system objąłby całą populację poniżej 45 roku życia, a starsi należeliby do starego, wygasającego systemu.	Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne byłyby, oferowane bez ograniczeń. Założono, że system drugofilarowy obejmie około 20% populacji, a system trzeciofilarowy – około 2%.
Potencjalne oszczędności dla systemu publicznego	Wg założeń wdrożenie proponowanych rozwiązań mogłoby skutkować oszczędnościami dla finansów publicznych rzędu 0,8-1,8 mld PLN rocznie. Korzyści na tym poziomie miały pojawić się w roku 2008, kiedy osiągnięta zostanie docelowa struktura rynku DUZ przy założeniu, że wdrożenie systemu nastąpiłoby w styczniu 2005 r.	Projekt nie zawiera szacunków ewentualnych skutków finansowych.	Brak szacunków. Jednak ze względu na równoległy charakter II filaru i refundację przez NFZ niepełnych kosztów realizowanych procedur, można założyć oszczędności zbliżone do tych przyjętych w przypadku programu „Hausnera”, oczywiście w przypadku, gdy do systemu przystąpiłaby zakładana liczba osób.

	<i>Projekt "Hausnera"</i>	<i>Projekt RPO</i>	<i>Projekt MZ</i>
<i>Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych</i>	W ramach świadczeń objętych ubezpieczeniem powszechnym – świadczenia byłyby finansowane przez prywatnych ubezpieczycieli, a następnie NFZ refundowałby częściowy koszt konkretnego świadczenia (wg propozycji 70-80%). Oferowane świadczenia dodatkowe (podwyższony standard, świadczenia pozakoszykowe) byłyby finansowane w ramach dodatkowej składki.	W ramach I filaru gwarantowany byłby dostęp do świadczeń z koszyka. Składki płacone byłyby wraz z podatkiem dochodowym. Przynależność do tego filara byłaby obowiązkowa. W ramach II filaru możliwy byłby dostęp do świadczeń z koszyka wymagających współfinansowania. Składki byłyby płacone ubezpieczycielom prywatnym. Przynależność do tego filara byłaby również obowiązkowa. W ramach III filara, do którego przynależność byłaby dobrowolna, możliwy byłby dostęp do świadczeń spoza koszyka płatnych w 100%. Składki płacone byłyby ubezpieczycielom prywatnym.	W razie realizacji świadczeń dla osoby posiadającej ubezpieczenie w II filarze NFZ refunduje ubezpieczycielowi prywatnemu 75% kosztów, jakie poniósłby, gdyby dana osoba nie miała ubezpieczenia równoległego. Pozostała część kosztów świadczenia byłaby finansowana w ramach dodatkowej składki.
<i>Zakres świadczeń – koszyk</i>	Częściowa realizacja propozycji jest możliwa bez konieczności zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Jego wprowadzenie jest jednak niezbędne dla rozszerzenia potencjalnej oferty prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o świadczenia nie gwarantowane w systemie obowiązkowym.	Wprowadzenie proponowanego modelu jest możliwe wyłącznie po uprzednim zdefiniowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych.	Realizacja propozycji jest możliwa bez zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych.
<i>Rodzaj nadzoru</i>	NFZ byłby nadzorowany przez Ministra Zdrowia. DUZ byłyby nadzorowane przez KNUiFE (obecnie KNF). Minister Zdrowia określałby zasady kontraktowania świadczeń przez DUZ i zapewniał prawidłowe funkcjonowanie procesu kontraktowania i współpracy z DUZ. KNUiFE (KNF) nadzorowałby wykonanie umów z NFZ oraz z ubezpieczonymi.	Brak szczegółowych wytycznych w tym zakresie.	Nadzór nad rynkiem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych byłby sprawowany przez Ministra Zdrowia oraz KNF.

Źródło: analiza zespołu.

Załącznik 2. Doświadczenia międzynarodowe

Struktura wydatków na opiekę zdrowotną od dłuższego czasu jest przedmiotem zainteresowania ze strony państw, przede wszystkim tych zrzeszonych w ramach UE i OECD. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia, jeśli weźmiemy pod uwagę starzenie się społeczeństwa, co powoduje powolny, aczkolwiek systematyczny wzrost wspomnianych wydatków. Zasadniczo podmiotem, który ponosi największą część kosztów, jest państwo. Zwiększona presja finansowa na publiczną służbę zdrowia, w ramach której obywatele mają bardzo często zapewnioną bezpłatną opiekę medyczną, może prowadzić do obniżenia efektywności świadczonych w jej ramach usług. W związku z powyższym coraz bardziej istotna wydaje się być rola prywatnych podmiotów na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią istotny element funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wielu krajach OECD. Systemy te są w różny sposób tworzone i regulowane przez ustawodawstwo i instytucje publiczne.

Poniżej prezentujemy modele w wybranych krajach OECD, które mogą być interesujące dla budowania systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ze względu na specyficzne rozwiązania w nich zastosowane. W dalszej części rozdziału prezentujemy również regulacje dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych w ramach ustawodawstwa Wspólnoty Europejskiej.

A.1 Funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach OECD

Prywatne instytucje ubezpieczeniowe mogą w różny sposób uczestniczyć w szeroko rozumianym sektorze opieki zdrowotnej. Po pierwsze, prywatni ubezpieczyciele mogą uczestniczyć w zarządzaniu systemem publicznym, oferując publiczne ubezpieczenie zdrowotne (zarówno równolegle z podmiotami publicznymi, jak i na zasadzie wyłączności). W takim przypadku prywatny ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia szeregu warunków gwarantujących pacjentom m.in. równy dostęp do świadczeń medycznych. Jednym z głównych powodów dopuszczenia prywatnych podmiotów do rynku publicznego jest próba podniesienia efektywności jego zarządzania, zapewnienia większej stabilności, a także obniżenie presji spoczywającej na państwie.

Prywatne podmioty mogą też funkcjonować tylko i wyłącznie na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Z teoretycznego punktu widzenia rola prywatnych ubezpieczeń może być definiowana w ujęciu podmiotowym i przedmiotowym. Przykłady rozwiązań konkretnych systemów prezentuje Tabela 12. Należy zaznaczyć, że w poszczególnych państwach może funkcjonować jednocześnie więcej niż jeden rodzaj prywatnego ubezpieczenia.

W pierwszym ze wskazanych ujęć, kryterium podziału jest zakres osób (pacjentów), które mogą korzystać z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. W tej grupie można wyróżnić prywatne ubezpieczenie zdrowotne:

- dla osób nie objętych publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym (przykładowo wykluczonych z systemu publicznego ze względu na określony, wysoki poziom uzyskiwanego dochodu). System ten można określić jako podstawowy główny (*primary principle*);
- dla osób, które mają możliwość wyboru pomiędzy ubezpieczeniem publicznym a prywatnym (możliwość wyboru zasadniczo nie jest dostępna dla wszystkich osób i często jest limitowana w zależności od dochodu). Osoby uprawnione, które zdecydują

się wybrać dany rodzaj ubezpieczenia, podlegają tylko danemu reżimowi, także w kwestiach jego finansowania. System ten można określić jako podstawowy substytucyjny (*primary substitute*);

- dla osób, które są objęte systemem publicznym, ale decydują się na równoległe korzystanie z systemu prywatnego, przykładowo celem uzyskania szybszego dostępu do świadczeń medycznych. Wybór systemu prywatnego w tym przypadku nie zwalnia z obowiązku finansowej partycypacji w kosztach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.³⁰ System tego rodzaju można nazwać jako podwójny (*duplicate*);
- dla wszystkich zainteresowanych osób. W tym przypadku, w zależności od charakteru otrzymywanych świadczeń, możemy mówić o systemie komplementarnym i suplementarnym.

Z kolei w ujęciu przedmiotowym kryterium podziału jest zakres oferowanych świadczeń medycznych. W tej grupie można wskazać prywatne ubezpieczenia gwarantujące:

- zasadniczo możliwość dostępu do takiego samego (podobnego) koszyka świadczeń jak w systemie publicznym – do tej grupy można zaliczyć zidentyfikowane powyżej systemy: podstawowy główny, podstawowy substytucyjny i podwójny;
- pokrycie kosztów współpłacenia za pewne usługi dostępne w systemie publicznym. Do tej grupy zalicza się system komplementarny;
- dostęp do usług zasadniczo nie oferowanych w ramach ubezpieczenia publicznego. Tego rodzaju system określamy jako suplementarny.

Tabela 12. Rodzaje systemów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych państwach OECD.

Państwo	Rodzaj systemu
Australia	Podwójny/komplementarny/suplementarny
Austria	Komplementarny/suplementarny
Kanada	Suplementarny
Francja	Komplementarny
Irlandia	Podwójny/komplementarny/suplementarny
Niemcy	Podstawowy substytucyjny/suplementarny
Niderlandy¹⁾	Podstawowy główny (do 2006 r.)/suplementarny
Polska	Suplementarny
Słowacja¹⁾	Suplementarny
Szwajcaria	Suplementarny
Wielka Brytania	Podwójny/suplementarny
Stany Zjednoczone	Podstawowy główny/ komplementarny/suplementarny

¹⁾ w wyróżnionych państwach prywatne podmioty mają możliwość zarządzania publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Źródło: OECD.

³⁰ W niektórych państwach, przykładowo w Kanadzie, tego rodzaju system jest zakazany.

W niniejszym opracowaniu przeprowadzoną szerszą analizę w odniesieniu do następujących państw:

- Niderlandy;
- Francja;
- Słowacja;
- Australia.

Do kryteriów wyboru uwzględnionych w analizie państw trzeba w szczególności zaliczyć:

- przyjęcie przez dane państwo rozwiązań znacznie zwiększających rolę prywatnych podmiotów w systemie ubezpieczeń zdrowotnych;
- w danym państwie funkcjonuje więcej niż jeden ze zidentyfikowanych powyżej modeli teoretycznych;
- możliwość wykorzystania poszczególnych rozwiązań przy konstruowaniu koncepcji rozwoju systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

A.1.1. System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Niderlandach³¹

Struktura systemu ubezpieczeń zdrowotnych

Obecny system ubezpieczeń zdrowotnych w Niderlandach składa się z trzech części (na potrzeby opracowania określa się je mianem „filarów”). Nowy system obowiązuje od 1 stycznia 2006 r. (główne cechy starego systemu patrz Ramka 3).³²

I filar stanowi ustawowe ubezpieczenie związane z kosztami długotrwałej opieki i leczenia (*Exceptional Medical Expenses Act*).³³ Podstawowym celem ubezpieczenia jest zabezpieczenie przed tzw. „nierynkowym” ryzykiem. I filar zorganizowany jest na zasadach charakterystycznych dla ubezpieczenia publicznego – osoby, które spełniają przewidziane w ustawie kryteria są zobowiązane do uiszczania odpowiedniej składki. Przykładowo: obejmuje hospitalizację powyżej roku, opiekę dla osób upośledzonych umysłowo. Ubezpieczenie tego rodzaju funkcjonuje od lat 60-tych XX w. W najbliższym czasie przewidywana jest gruntowna reforma tego ubezpieczenia – jedną z przyczyn planowanych zmian jest starzenie się społeczeństwa i związane z tym zwiększenie kosztów funkcjonowania systemu.

II filar stanowi obowiązkowe ubezpieczenie od kosztów leczenia, tzw. podstawowe ubezpieczenie zdrowotne (do najważniejszych ustaw w tym obszarze należy zaliczyć *Health Insurance Act* oraz *Health Care Allowance Act*).³⁴ Podstawowe ubezpieczenie zdrowotne oferowane jest przez prywatnych ubezpieczycieli, których obowiązkiem jest ubezpieczenie

³¹ W przygotowaniu niniejszej części korzystano w szczególności z następujących opracowań: 1) „*Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006*” – MINVWS; 2) „*Risk equalisation in an individual health insurance market: the only escape from the tradeoff between affordability, efficiency and selection. The Netherlands as a case study*” – W. van de Ven, F. T. Schut; 3) „*Health insurance reform in the Netherlands*”, 4) „*CVZ, independent guide on public health care insurance*”.

³² Trzeba zaznaczyć, że pierwsze plany reformy miały miejsce już w latach 80-tych (m.in. plan Dekkera). W ciągu ostatnich 20 lat stopniowo odchodzono od systemu w całości regulowanego przez państwo na rzecz systemy rynkowego z dużym naciskiem na element konkurencji.

³³ Oryginalna nazwa – *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*.

³⁴ Oryginalna nazwa – *Zorgverzekeringswet (Zvw)*.

każdego zainteresowanego bez stosowania żadnych praktyk o charakterze dyskryminacyjnym – innymi słowy ubezpieczenie ma charakter powszechny. W ramach tego ubezpieczenia połączono dotychczasowe obowiązkowe publiczne ubezpieczenie zdrowotne z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym przeznaczonym dla osób uzyskujących dochód powyżej określonego poziomu (patrz Ramka 2).

III filar to ubezpieczenie o charakterze suplementarnym – po reformie pozostał w praktycznie niezmienionym kształcie. W ramach ubezpieczenia suplementarnego nadal możliwe jest m.in. różnicowanie składki ze względu na stan zdrowia czy też wiek klienta.

Zasadniczo rynek podstawowych ubezpieczeń zdrowotnych – II filar i rynek suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych – III filar funkcjonują jako jeden zintegrowany rynek. Sytuacja ta ma szczególnie istotne znaczenie, jeśli weźmie się pod uwagę możliwości pośredniego stosowania wybranych praktyk dyskryminacyjnych w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego za pomocą ubezpieczenia suplementarnego. Bardziej szczegółowa analiza wspomnianego zjawiska została przeprowadzona w dalszej części rozdziału.

Ramka 2. Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w Niderlandach.

„Stary” system ubezpieczeń zdrowotnych – przed 1 stycznia 2006 r.

Suplementarne prywatne ubezpieczenie zdrowotne	
Publiczne ubezpieczenie zdrowotne	Prywatne ubezpieczenie zdrowotne
Publiczne ubezpieczenie związane z kosztami długotrwałej opieki	

„Nowy” system ubezpieczeń zdrowotnych – po 1 stycznia 2006 r.

Suplementarne prywatne ubezpieczenie zdrowotne	
„Prywatne” publiczne ubezpieczenie zdrowotne (podstawowe ubezpieczenie zdrowotne)	
Publiczne ubezpieczenie związane z kosztami długotrwałej opieki	

Celem niniejszego rozdziału jest przede wszystkim omówienie zasad funkcjonowania II filara ubezpieczeń zdrowotnych oraz częściowo funkcjonowania ubezpieczeń suplementarnych.

Zaproponowany w II filarze model prowadzi do ograniczenia roli państwa w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Wskutek reformy powstała pewnego rodzaju hybryda systemu publicznego i prywatnego. Państwo (rząd) redukuje swoją aktywność do ustalania ram prawnych funkcjonowania systemu (m.in. określenie podmiotów uczestniczących w rynku, ich uprawnień i obowiązków, ustalenia zakresu świadczeń – tzw. „koszyka” świadczeń gwarantowanych). W związku z tym część zadań przechodzi bezpośrednio na ubezpieczyciela czy też dostawcę usług (np. muszą oni zawrzeć odpowiednie kontrakty regulujące ich wzajemne stosunki – m.in. zakres świadczonych usług, wzajemne rozliczenia, wynagrodzenia lekarzy etc.). Bardzo ważnym elementem jest również umowa ubezpieczenia

zawierana pomiędzy ubezpieczycielem a klientem, w której ujmowane są warunki ubezpieczenia (np. wysokość składki, rodzaj polisy, określenie dostawcy usług). Działania tego rodzaju dają możliwość lepszego dopasowania świadczonych usług do wymagań rynku (klienta). Można powiedzieć, że zasadniczo system powstały po reformie ma sprzyjać konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami, a tym samym ma wpływać na lepszą cenę oraz jakość świadczonych usług medycznych. Wskutek wprowadzenia zasady nakazującej ubezpieczycielom akceptowanie każdego klienta (tzw. zasada *open enrolment*), konkurują oni przede wszystkim za pomocą składki nominalnej, jakości oferowanych usług oraz ubezpieczenia suplementarnego.

Zaproponowane zasady funkcjonowania systemu – przede wszystkim w II filarze – należą do nowatorskich w porównaniu z rozwiązaniami przyjętymi w innych państwach należących do OECD. Warto choćby wspomnieć o bardzo dużej roli prywatnych ubezpieczycieli w funkcjonowaniu tego systemu. Charakterystyczną cechą systemu jest również to, że podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną są zasadniczo podmioty prywatne.³⁵

Ramka 3. System ubezpieczeń zdrowotnych w Niderlandach przed reformą.

Obecny system ubezpieczeń zdrowotnych obowiązuje od 1 stycznia 2006 r. Do głównych cech poprzedniego systemu ubezpieczeń zdrowotnych trzeba zaliczyć:

- 2/3 ludności objęte było ubezpieczeniem publicznym. W ramach systemu nie było możliwości różnicowania składki ze względu na ryzyko, system był obowiązkowy, świadczenie usług odbywało się na zasadach charakterystycznych dla modelu *in kind*. Ubezpieczenie publiczne zawierało elementy systemu wyrównawczego;
- 1/3 społeczeństwa, osiągająca określony poziom dochodów (w 2004 r. ponad 32 tys. euro na osobę), nie posiadała dostępu do systemu publicznego. Ta część społeczeństwa wykupywała prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Zgodnie z przyjętą w niniejszym opracowaniu klasyfikacją, tego rodzaju system określa się jako „podstawowy główny”. System charakteryzował się m.in. możliwością różnicowania składki ze względu na ryzyko oraz dobrowolnym uczestnictwem. Świadczenie usług odbywało się na zasadzie refundacji poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych (*reimbursement model*);
- większa część społeczeństwa posiadała suplementarne prywatne ubezpieczenie zdrowotne (m.in. dostęp do usług zasadniczo nie oferowanych w dwóch powyższych rodzajach ubezpieczenia, możliwość różnicowania składki ze względu na ryzyko, dobrowolny charakter ubezpieczenia).

Zakres świadczeń gwarantowanych (tzw. „koszyk” świadczeń)

Ważną kwestią pozwalającą na efektywne zapewnienie obywatelom opieki zdrowotnej jest zakres świadczeń gwarantowanych w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Co do zasady w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego dostępne są świadczenia

³⁵ Należy zaznaczyć, że konstruując nowy system władze Niderlandów kontaktowały się z przedstawicielami KE celem potwierdzenia zgodności wprowadzanych zmian z regulacjami wspólnotowymi. Zagadnienie to szerzej zostało omówione w kolejnej części niniejszego załącznika.

jakie przysługiwały w reżimie „starego” publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach „koszyka” dostępna jest w szczególności: opieka ambulatoryjna – ogólna i specjalistyczna, hospitalizacja, opieka dentystyczna dla dzieci, leki, pogotowie, transport pacjenta, wybrane świadczenia z tzw. opieki „paramedycznej” – m.in. fizykoterapia, porady żywieniowe.³⁶ Należy pamiętać, że skład koszyka podlega ciągłemu monitoringowi ze strony dedykowanych instytucji.

Zasady pobierania składki

Zasadniczo osoba ubezpieczona w II filarze ponosi dwa rodzaje kosztów:

- składka nominalna;
- składka zależna od dochodu.

Osoba ubezpieczona płaci składkę nominalną bezpośrednio do ubezpieczyciela. Składka nominalna jest ustalana przez ubezpieczyciela, nie jest związana z dochodem ubezpieczonego. Można stwierdzić, że czym niższa stawka, tym oferta może być bardziej atrakcyjna dla klienta. Niższa stawka może również oznaczać większą efektywność danego ubezpieczyciela. Osoby do 18 roku życia nie płacą składki nominalnej (zasadniczo rodzice są zobowiązani do zawarcia umowy z ubezpieczycielem w imieniu dziecka). System przewiduje zwrot części składki nominalnej³⁷ (*no-claim rule*), jeśli nie korzysta się z opieki zdrowotnej lub korzysta się w bardzo ograniczonym stopniu (zasada ta nie obowiązuje w przypadku dzieci poniżej 18 roku życia oraz nie obejmuje pewnych rodzajów świadczeń).³⁸

Składka nominalna musi być identyczna dla wszystkich otrzymujących określony pakiet świadczeń. Oznacza to, że wysokość składki może być różnicowana tylko ze względu na zakres/rodzaj oferowanych usług – przykładowo typ polisy. Wprowadzenie powyższej zasady, określanej jako *community rating*, ma na celu stymulować konkurencję pomiędzy ubezpieczycielami oraz zwiększać dostępność ubezpieczenia dla wszystkich grup społecznych.³⁹

Wyjątkiem od powyższej reguły są grupowe ubezpieczenia zdrowotne. W ramach ubezpieczenia grupowego ubezpieczyciel może oferować pewną zniżkę. Zniżka nie może przekraczać 10% wartości składki nominalnej pobieranej za dany pakiet usług od podmiotu indywidualnego.⁴⁰

³⁶ Stan na 2006 r.

³⁷ Maksymalnie do 255 euro.

³⁸ Możliwe jest również obniżenie wartości składki (*deductibles*), co wiąże się z koniecznością poniesienia przez pacjenta części kosztów świadczeń medycznych.

³⁹ Średnia składka nominalna według szacunków z końca 2005 r. miała wynosić około 1,100 euro rocznie. Biorąc pod uwagę koniec 2006 r. składka faktycznie była nieco niższa – o 40 euro (o 70 euro uwzględniając ulgi przyznawane w ramach ubezpieczeń grupowych). Pośrednio może to oznaczać, że pomiędzy poszczególnymi ubezpieczycielami istnieje silna konkurencja cenowa.

⁴⁰ W 2006 r. około 44% populacji skorzystało z „ulgi” związanej z ubezpieczeniami grupowymi. Średnia wartość ulgi wyniosła 6,6%. 2/3 tej grupy skorzystało z ulgi za pośrednictwem pracodawcy. Pozostała część otrzymała zniżkę za pośrednictwem organizacji pacjentów, klubów sportowych czy banków (jako rodzaj „benefitu” dla klientów).

Drugim rodzajem finansowej partycypacji ubezpieczonego jest składka zależna od dochodu. Za pobieranie tego rodzaju składki odpowiedzialne są rodzime urzędy skarbowe. Składka wynosi 6,5% pierwszych 30,600 euro rocznego dochodu (stawki dla 2006 r.).⁴¹ Z ustawy wynika obowiązek przedsiębiorcy do wyrównania (zrekompensowania) pracownikom kosztów poniesionych w związku z koniecznością płacenia składki zależnej od dochodu. Wspomniana rekompensata stanowi podlegający opodatkowaniu dochód pracownika.

Składki zależne od dochodu są w posiadaniu Funduszu Wyrównywania Ryzyka (*Risk Equalisation Fund* – w niniejszym opracowaniu będzie używany skrót REF), który przeznacza je zasadniczo na wypłaty dla poszczególnych ubezpieczycieli zależnie od ryzyka jakie ponoszą. Zgodnie z ustawą *Health Insurance Act* środki przekazywane prywatnemu ubezpieczycielowi w ramach wyrównywania ryzyka stanowią 50% jego dochodów. Pozostałe 50% to dochody zasadniczo ze składek nominalnych.

Wsparcie ze strony państwa

W ramach nowego systemu prywatni ubezpieczyciele konkurują ze sobą o klienta ustalając poziom składki nominalnej. Nie oznacza to jednak, że składka nominalna będzie na tyle niska, że dostępna dla każdego podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia. Osoby, które z powodu zbyt niskich dochodów (relacja składki nominalnej do dochodu jest zbyt wysoka) mogą mieć trudności z uregulowaniem składki nominalnej, otrzymują transfer finansowy pochodzący z budżetu państwa (tzw. *health care allowance*). Płatność przekazywana jest w miesięcznych ratach.

Kwalifikacja do otrzymywania tego rodzaju dodatku do składki nominalnej oraz jego dystrybucja odbywa się za pośrednictwem rodzimego urzędu skarbowego. Istnieje możliwość, że urząd przekazuje środki bezpośrednio dostawcy usług. Warunkiem koniecznym do otrzymania dodatku jest posiadanie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.⁴²

Ponadto, państwo pomaga płacić składki za dzieci do 18 roku życia. Środki te, inaczej niż w przypadku dodatku do składki nominalnej, który jest transferowany bezpośrednio do uprawnionego, przekazywane są przez rząd do REF.

Środki na finansowanie opisanych powyżej instrumentów wspierania różnych grup społecznych w związku z koniecznością posiadania obowiązkowego podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego pochodzą z dochodów podatkowych.

System wyrównawczy

W ramach wolnego rynku prywatni ubezpieczyciele mogą różnicować składkę w celu minimalizowania ryzyka m.in. uwzględniając wiek czy stan zdrowia klienta. Nowa reforma nakłada jednak na ubezpieczycieli ograniczenia w tym zakresie, zasadniczo zakazując różnicowania. W takim przypadku ubezpieczyciele posiadający w portfolio klientów o „słabym” stanie zdrowia ponoszą wyższe koszty niż ubezpieczyciele posiadający klientów o „dobrym” stanie zdrowia. Zakaz bezpośredniego różnicowania składki może więc znacząco

⁴¹ Przykładowo, dla osoby o dochodzie równym 10.000 euro składka wynosi 650 euro, dla osoby o dochodzie 30.600 – 1989 euro, a dla osoby o dochodzie 50.000 euro również 1989 euro.

⁴² Zasadniczo, osoby są uprawnione do wsparcia, jeśli ich dochód nie przekracza 25,000 euro w przypadku osoby samotnej (maksymalna ulga kształtuje się na poziomie zbliżonym do 400 euro) albo jeśli ich łączny dochód w gospodarstwie domowym nie przekracza 40,000 euro (maksymalna ulga kształtuje się na poziomie 1,150 euro). Szacuje się, że w 2006 r. 2/3 społeczeństwa skorzystało z tego rodzaju ulgi.

wpływać na dochody poszczególnych ubezpieczycieli, a tym samym zachęcać ich do wprowadzania praktyk polegających na różnicowaniu pośrednim.

W związku z powyższym wprowadzono mechanizm korygujący tę sytuację, który pozwala ograniczyć ryzyko występowania różnicowania pośredniego – tzw. system wyrównawczy. System polega na tym, że ze środków będących w posiadaniu REF kompensuje się ubezpieczycielom poniesione ryzyko, wypłacając odpowiednio kalkulowane kwoty. Kalkulacja kwoty oparta jest o wskaźnik ryzyka, jakie niosą ze sobą osoby ubezpieczone przez danego ubezpieczyciela. W obecnym systemie, przyjmując stan na 2007 r., uwzględnia się następujące wskaźniki ryzyka – wiek, płeć, region, PCGs (*Pharmacy Cost Groups*), DCGs (*Diagnostic Cost Groups*), źródło dochodu.⁴³ Należy zaznaczyć, że przepływy finansowe pomiędzy REF a poszczególnymi ubezpieczycielami odbywają się na dwóch płaszczyznach. Ubezpieczyciel otrzymuje odpowiednią płatność za klientów „wysokiego ryzyka”.

W przypadku klientów „niskiego ryzyka”, ubezpieczyciel zobowiązany jest do odpowiedniego transferu w przeciwnym kierunku. Wysokość transferu jest oceniana na podstawie szacunkowej analizy portfela ubezpieczyciela (*ex-ante*). W przypadku rozbieżności pomiędzy analizą a faktycznym wynikiem uzyskanym przez ubezpieczyciela możliwa jest właściwa korekta (*ex-post*).

Niezależnie od płatności wyrównawczych ubezpieczyciele otrzymują rekompensatę za koszty poniesione na ubezpieczenie osób poniżej 18 roku życia, które nie są zobowiązane do płacenia składki nominalnej (płatność również jest przekazywana za pośrednictwem REF).

Mając na uwadze powyższe można stwierdzić, że Fundusz Wyrównywania Ryzyka (REF) posiada trzy źródła finansowania: wpłaty pochodzące ze składek wnoszonych przez ubezpieczonych (składka zależna od dochodu), wpłaty wnoszone przez rząd pochodzące z podatków oraz wpłaty wnoszone przez samych prywatnych ubezpieczycieli.

Szczegółowy opis przepływów finansowych w systemie obrazuje ramka 4.

System nadzoru nad rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych

Rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Niderlandach nadzoruje kilka instytucji. Pośród nich można wyróżnić organy dedykowane tylko i wyłącznie do funkcjonowania w ramach rynku ubezpieczeń zdrowotnych oraz organy, których jednym z zadań jest kontrolowanie wybranych aspektów działalności podmiotów na tymże rynku.

Organem powołanym do nadzorowania rynku ubezpieczeń zdrowotnych jest Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych (*Health Insurance Board*).⁴⁴ Na czele Komisji stoi zarząd złożony z trzech członków mianowanych przez Ministra Zdrowia, Polityki Społecznej i Sportu. Ponadto, w ramach Komisji funkcjonuje 16 departamentów odpowiedzialnych za realizację nałożonych na ten organ zadań. Pomimo wpływu Ministerstwa na kształtowanie składu personalnego władz Komisji, organ ten podkreśla, że jest instytucją niezależną politycznie, dla której centralnym punktem działania jest zapewnienie mieszkańcom Niderlandów opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie.

⁴³ System wyrównywania ryzyka funkcjonował również przed reformą z 2006 r. w ramach obowiązkowego publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Na przestrzeni ostatnich lat dodawano do modelu poszczególne czynniki ryzyka.

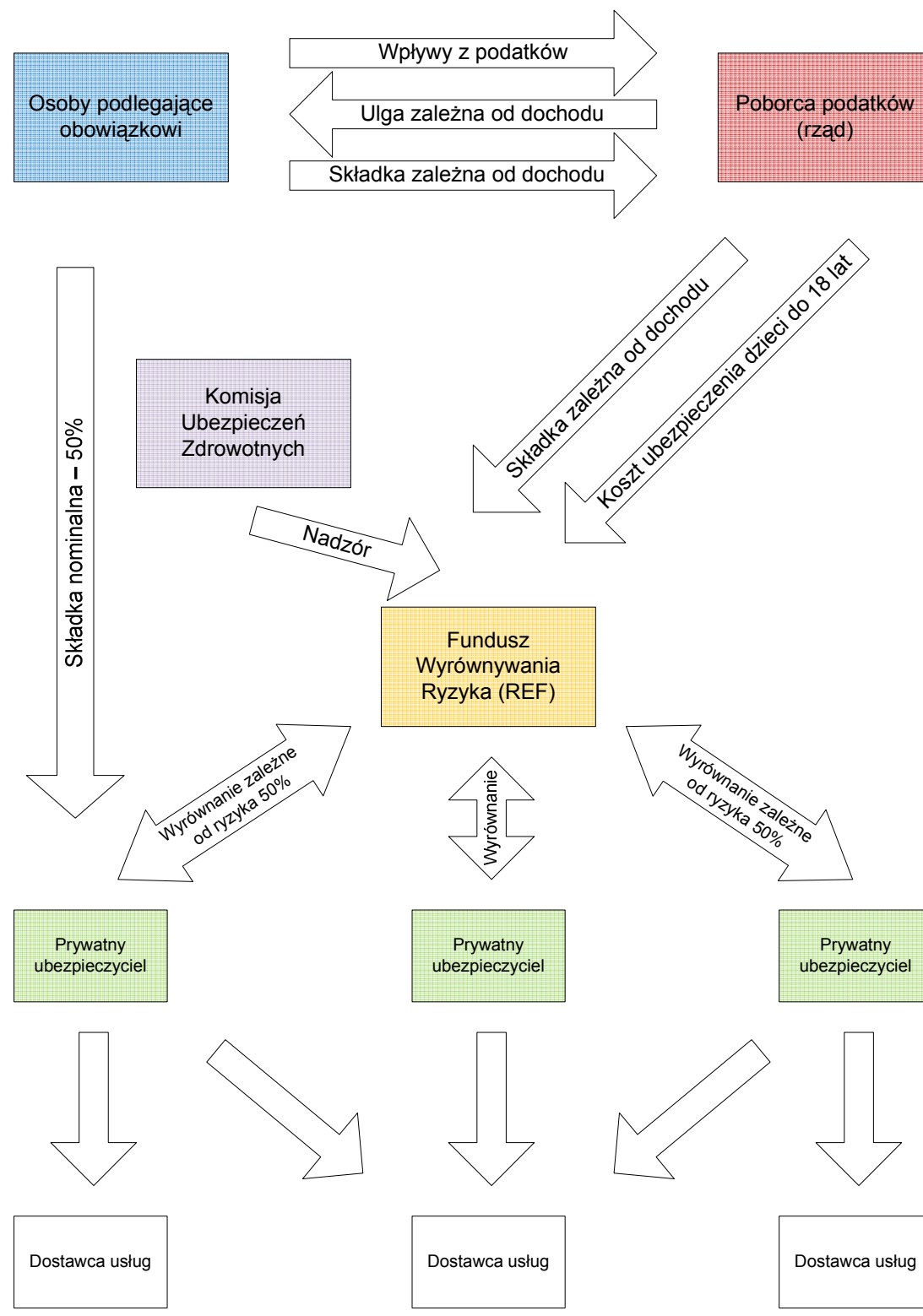
⁴⁴ Oryginalna nazwa – *College voor zorgverzekeringen, CVZ*.

Do głównych obowiązków Komisji należy zaliczyć monitorowanie koszyka świadczeń gwarantowanych m.in. w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego pod kątem właściwego zaspokojenia potrzeb ubezpieczonych oraz formułowanie zaleceń w tym zakresie dla Ministerstwa Zdrowia, Polityki Społecznej i Sportu, nadzorowanie Funduszu Wyrównywania Ryzyka (REF), kontrolowanie funkcjonowania systemu wyrównawczego, zbierania od ubezpieczycieli niezbędnych danych do naliczania wysokości transferów w ramach wyrównywania ryzyka. Ważnym obowiązkiem nałożonym na Komisję jest również prowadzenie działalności o charakterze administracyjno-informacyjnym w zakresie funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Należy mieć na uwadze, że obszarem działań Komisji są również kwestie związane z funkcjonowaniem I filara ubezpieczeń zdrowotnych.

Ubezpieczyciele, jako podmioty prywatne działające na rynku, podlegają również kontroli ze strony instytucji nadzorujących ich stabilność oraz działalność finansową. Do tego rodzaju instytucji trzeba zaliczyć m.in. *The Dutch Central Bank* czy też organ odpowiedzialny za nadzorowanie sprawnego funkcjonowania rynków finansowych – *Financial Market Authority*.

Obok instytucji nadzorujących finansowe aspekty działalności ubezpieczycieli, w ramach rynku funkcjonują podmioty odpowiedzialne za kontrolowanie jakości świadczonych usług – *The Dutch Health Care Inspectorate* czy też za kontrolowanie rynku z punktu widzenia konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami a także dostawcami usług – m.in. *The Dutch Health Care Authority* i *The Dutch Competition Authority*.

Ramka 4. Przepływy finansowe w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych.



Źródło: analiza zespołu.

Obowiązek ubezpieczenia

Wszyscy mieszkańcy Niderlandów oraz obywatele innych państw, którzy podlegają holenderskiemu systemowi podatkowemu mają obowiązek zawrzeć umowę w zakresie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego z ubezpieczycielem (trzeba pamiętać, że wszyscy są objęci również ubezpieczeniem związanym z kosztami długotrwałej opieki i leczenia). Wyjątkiem są żołnierze w służbie czynnej, którzy nie muszą zawierać wspomnianej umowy ubezpieczenia oraz osoby, które wskutek swoich przekonań religijnych lub światopoglądowych nie mogą być objęte ubezpieczeniem.⁴⁵ Z drugiej strony należy nadmienić, że pomimo obligatoryjnego charakteru podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, brak jest zasadniczo mechanizmu, który kontrolowałby czy wszyscy zawarli umowę ubezpieczenia. Jednak w przypadku stwierdzenia nie zawarcia umowy ubezpieczenia trzeba się liczyć z konsekwencjami finansowymi i administracyjnymi.

Uprawnieni mają możliwość wyboru ubezpieczyciela. Ubezpieczyciele zaś muszą podpisać umowę z każdym, kto wyrazi taką chęć. Podstawowe ubezpieczenie zdrowotne rządzi się zasadami prawa prywatnego. Elementy prawa publicznego są stosowane tylko do sytuacji, w których wymagana jest interwencja państwa z punktu widzenia interesu publicznego (np. obowiązek ubezpieczyciela do ubezpieczenia każdego zainteresowanego, obowiązek oferowania takich samych usług w ramach takiej samej składki, brak możliwości dywersyfikacji składki ze względu na cechy indywidualne). Za nałożone obowiązki ubezpieczyciele otrzymują odpowiednie wyrównanie finansowe (w ramach omawianego powyżej systemu wyrównawczego).

Poddanie relacji na linii ubezpieczyciel-ubezpieczony regułom prawa prywatnego powoduje, że ubezpieczony musi podpisać umowę z ubezpieczycielem, nie jest on natomiast objęty ubezpieczeniem automatycznie po spełnieniu określonych kryteriów. Ten ostatni wariant charakterystyczny jest dla systemów publicznych *sensu stricte*, zasadniczo regulowanych przepisami prawa publicznego.

Prywatni ubezpieczyciele mogą zdecydować, czy chcą przystąpić do systemu i przestrzegać wspomnianych powyżej zasad.⁴⁶ Jeśli się zdecydują na taki krok, muszą uzyskać odpowiednią licencję oraz podlegają obowiązkowej rejestracji. Zasadniczo ubezpieczyciel jest zobowiązany do działania na całym obszarze państwa. W pewnych przypadkach, jeśli posiada mniej niż 850 000 klientów, może ograniczyć obszar działania do danej prowincji. Jest to jedno z ograniczeń zasady, zgodnie z którą ubezpieczyciel nie może nikomu odmówić ubezpieczenia.

Odrębnie funkcjonuje prywatne ubezpieczenie zdrowotne o charakterze suplementarnym (przykładowo usługi optyczne, usługi dentystyczne, pewne rodzaje szczepień). W tym przypadku państwo nie może nakładać na ubezpieczyciela obowiązku oferowania ubezpieczenia każdemu zainteresowanemu po takich samych stawkach. Możliwa jest więc dywersyfikacja składki (przykładowo ze względu na wiek, stan zdrowia), jak również odmówienie możliwości ubezpieczenia. Innymi słowy w ramach tego rodzaju ubezpieczenia nie znajdują zastosowania zasady: *community rating* oraz *open enrolment*. Trzeba jednak zaznaczyć, że ubezpieczyciel nie może przerwać świadczenia suplementarnego

⁴⁵ Tego rodzaju osoby są objęte specjalnym podatkiem, który zastępuje składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

⁴⁶ Obecnie w ramach rynku ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonuje 30 podmiotów. Część z nich łączy swoją działalność (np. tworząc holdingi), co oznacza, że praktycznie swoje usługi oferuje 14 podmiotów. 4 z nich posiadają około 80% udziałów w rynku.

ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli klient zdecyduje się wykupić podstawowe ubezpieczenie zdrowotne u innego ubezpieczyciela.

Umowa ubezpieczenia/rodzaj polisy

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na rok. Po upływie roku możliwa jest zmiana ubezpieczyciela. Brak reakcji ze strony ubezpieczonego po upływie roku uważa się zasadniczo za milczące przedłużenie umowy. Zmiana jest możliwa również podczas trwania umowy, jeśli przykładowo ubezpieczyciel podniesie w ciągu roku wysokość składki.

W ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego można wybrać jedną z dwóch rodzajów polis lub połączenie obu polis. Ubezpieczony może wybrać, czy chce mieć świadczone usługi przez podmiot (dostawcę usług medycznych) związany z ubezpieczycielem (należący do ubezpieczyciela jak również ten, posiadający podpisany kontrakt z ubezpieczycielem na świadczenie określonych usług) czy też przez podmiot niezwiązany w żaden sposób z ubezpieczycielem, co zwiększa możliwość wyboru dla ubezpieczonego.⁴⁷ Zasadniczo ubezpieczyciel ma swobodę w kontraktowaniu świadczeniodawców.

W pierwszym przypadku, określanym jako *in-kind model*, świadczeniodawca otrzymuje płatność bezpośrednio od ubezpieczyciela. Ubezpieczony ma możliwość wyboru dowolnego dostawcy usług związanego z ubezpieczycielem.

W drugim przypadku, ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu wydatki poniesione w związku z korzystaniem z usług podmiotu niezwiązanego z ubezpieczycielem, ubezpieczony musi jednak wcześniej sam ponieść koszty danego świadczenia (*reimbursement model*). Ubezpieczyciel nie może ustalić maksymalnej stopy refundacji, ale nie jest również zobowiązany do refundacji wyższej niż ceny rynkowe. Istnieje możliwość, że ubezpieczyciel umówi się z niekontraktowanym dostawcą usług, że to on, a nie osoba objęta ubezpieczeniem, zapłaci za dane świadczenie.

Trzeba zaznaczyć, że jeśli zakontraktowani przez ubezpieczyciela dostawcy usług nie oferują danego świadczenia, ubezpieczyciel ma obowiązek pomóc klientowi w znalezieniu odpowiedniego świadczeniodawcy.

Z kolei w przypadku połączenia obu rodzajów polis, ubezpieczyciel może oferować część świadczeń za pośrednictwem zakontraktowanych podmiotów przy jednoczesnym zwracaniu kosztów za usługi nie świadczone przez podmioty zakontraktowane lub będące własnością ubezpieczyciela.

Opisane powyżej możliwości pozwalają ubezpieczycielowi dopasować zakres oferowanych usług do potrzeb swoich klientów.

Zarządzanie ryzykiem przez ubezpieczycieli – przykłady

Prywatni ubezpieczyciele, którzy zdecydują się działać zgodnie z ustawą *Health Insurance Act*, muszą ubezpieczyć każdego bez względu na ryzyko, pobierając jednakową stawkę za taki sam rodzaj polisy. Teoretycznie rzecz biorąc zakazane jest jakiekolwiek różnicowanie klientów.

W rzeczywistości ubezpieczyciele mogą jednak pośrednio wpływać na strukturę swojego portfela klientów.

⁴⁷ Należy odnotować, że omawiany system funkcjonuje na podobnych zasadach w stosunku do jego beneficjentów na całym świecie.

Jedną z metod takiego wpływu jest powiązanie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego (nie jest możliwe różnicowanie) z suplementarnym ubezpieczeniem zdrowotnym (jest możliwe różnicowanie).⁴⁸ W Niderlandach prawie wszyscy obywatele wykupują ubezpieczenie zdrowotne – podstawowe i suplementarne – u tego samego ubezpieczyciela. W przypadku ubezpieczenia suplementarnego ubezpieczyciele mogą przykładowo żądać od klienta informacji o stanie zdrowia. Na podstawie kwestionariusza ubezpieczyciel może zaakceptować tylko te osoby, które nie będą generowały wysokich kosztów (generalnie osoby o dobrym stanie zdrowia, ewentualnie nie posiadające określonego typu schorzenia). Z praktyki wynika, że klient, którego kwestionariusz został oceniony negatywnie, wykupuje również ubezpieczenie podstawowe u innego ubezpieczyciela. Oznacza to, że powiązanie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego z innymi produktami ubezpieczeniowymi, w tym przypadku suplementarnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jest jednym z dostępnych narzędzi selekcji ubezpieczonych (*risk selection*). W Niderlandach począwszy do końca 2005 r. odnotowano przypadki takiej selekcji za pomocą ubezpieczenia suplementarnego, które przede wszystkim dotyczyły ubezpieczeń grupowych. Omawiane zjawisko może przybrać na sile w przypadku ograniczenia zakresu świadczeń gwarantowanych.

Drugi przykład to zarządzanie ryzykiem za pomocą kontraktów grupowych. Zgodnie z przepisami ustawy ubezpieczyciele mogą oferować zniżki na kontrakty grupowe. „Grupa” może mieć zasadniczo dowolny charakter pod względem ryzyka. W związku z tym „organizator” grupy może dopuszczać tylko osoby o określonym profilu.

Wpływ na ograniczanie stosowania zasygnalizowanych powyżej praktyk dyskryminujących ma m.in. sprawne funkcjonowanie systemu wyrównawczego.

A.1.2. System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji⁴⁹

Struktura systemu ubezpieczeń zdrowotnych

System ubezpieczeń zdrowotnych we Francji składa się zasadniczo z trzech części (filarów). W ramach I filara funkcjonuje publiczne ubezpieczenie zdrowotne (*Social Health Insurance - SHI*), źródłem finansowania tego rodzaju ubezpieczenia są środki państwowe. Ubezpieczenie publiczne ma charakter ubezpieczenia powszechnego, co oznacza, że objęci są nim zasadniczo wszyscy obywatele. Ubezpieczenie publiczne jest obowiązkowe. Wydatki w ramach I filara stanowią 77% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną we Francji.

II filar obejmuje ubezpieczenie komplementarne. Dotyczy ono sytuacji, w których pojawia się konieczność współpłacenia za świadczenia oferowane w ramach ubezpieczenia publicznego. Ubezpieczenie komplementarne nie ma charakteru obowiązkowego. W przypadku konieczności współpłacenia, odpowiednia kwota może zostać pokryta zarówno z ubezpieczenia, jeśli dana osoba wykupiła stosowną polisę gwarantującą określony zakres świadczeń, jak i ze środków własnych (tzw. płatności *out-of-pocket*). Z tej formy ubezpieczenia korzysta, przyjmując stan na 2006 r., ponad 92% ludności. Jednym z ważniejszych powodów rozwijania i wspierania systemu komplementarnego jest dążenie do

⁴⁸ W 2006 r. ponad 90% społeczeństwa w Niderlandach posiadało ubezpieczenie suplementarne, co znacznie zwiększa prawdopodobieństwo omawianych działań.

⁴⁹ W przygotowaniu niniejszej części korzystano w szczególności z następujących opracowań: 1) *Private Health Insurance in France* – T. Buchmueller, A. Couffinhal – 2004; 2) *Complementary health insurance in France. Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?* – B. Saliba, B. Ventelou; 3) *Private Health Insurance in France* – A. Couffinhal, C. Franc – 2007.

ograniczenia wydatków indywidualnych pochodzących ze środków własnych, wspomnianych płatności *out-of-pocket*. Wydatki na świadczenia finansowane w ramach ubezpieczenia komplementarnego stanowiły w 2006 r. 13% całości wydatków na opiekę zdrowotną. Wartość ta znacznie różniła się w zależności od rodzaju oferowanego świadczenia. Szczegółowe informacje zarówno na temat rozkładu wydatków sektora prywatnego, jak i publicznego w zależności od rodzaju świadczenia przedstawia Tabela 13.

III filar stanowi ubezpieczenie suplementarne odnoszące się do świadczeń niedostępnych w koszyku publicznym. Należy nadmienić, że ubezpieczenie suplementarne nie odgrywa znaczącej roli w finansowaniu francuskiej służby zdrowia. Ubezpieczenie suplementarne bardzo często jest oferowane w jednym pakiecie łącznie z ubezpieczeniem komplementarnym, co powoduje, że oddzielne wyodrębnienie w ramach francuskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych zarówno ubezpieczenia komplementarnego i suplementarnego ma charakter bardziej teoretyczny i porządkowy.

Omawiając poszczególne rozwiązania systemowe dotyczące przede wszystkim współpłacenia za świadczenia medyczne dostępne w ramach koszyka publicznego, należy mieć na uwadze, że od 2004 r., system podlegał znacznym zmianom. Pakiet proponowanych zmian, który kierunkował wprowadzane reformy, zawarty był w tzw. raporcie Chadelat z 2003 r.⁵⁰

Tabela 13. Źródła finansowania wydatków zdrowotnych we Francji, 2006.

	Udział wydatków łącznie	Opieka szpitalna	Opieka ambulatoryjna	Lekarstwa	Inne ⁵¹
Publiczne Ubezpieczenie (SHI)	77%	91,9%	65,7%	67,5%	43%
Inne źródła publiczne	1,4%	1,2%	1,6%	1,5%	1%
Prywatne ubezpieczenie	13%	4,2%	20,4%	18,9%	30%
Płatności „out- of-pocket	8,6%	2,7%	12,3%	12,1%	26%

Źródło: IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).

Obowiązek współpłacenia

Charakterystyczną cechą francuskiego systemu służby zdrowia jest konieczność ponoszenia części kosztów świadczeń medycznych przez samych pacjentów w ramach tzw. współpłacenia (*co-payments*). Jednym z najważniejszych powodów wprowadzenia wspomnianych dopłat była chęć ograniczenia zjawiska określanego w praktyce jako *moral*

⁵⁰ Reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych we Francji mają miejsce od lat 70-tych XX w. Żadna z nich nie miała jednak charakteru strukturalnego. Reformy, o których mowa w raporcie Chadelat – częściowo wdrażane od 2004 r., zmierzają w kierunku strukturalnej reformy systemu. Wspomniane działania wynikają przede wszystkim z dążenia do zmniejszenia deficytu sektora publicznego.

⁵¹ M.in. usługi optyczne i dentystryczne.

hazard. Francuski ustawodawca doszedł do wniosku, że świadomość partycypowania w kosztach świadczenia medycznego przez pacjenta spowoduje, że będzie on korzystał ze świadczeń tylko w faktycznie uzasadnionych przypadkach, co z kolei będzie skutkowało zmniejszeniem presji finansowej na publiczną służbę zdrowia. Wysokość kosztów, które korzystający z systemu jest zobowiązany ponieść, zależy m.in. od rodzaju świadczonych usług. Zasadniczo można wyróżnić następujące rodzaje świadczeń: opieka szpitalna, opieka ambulatoryjna, dostęp do leków, opieka dentystyczna oraz opieka okulistyczna.

Wysokość dopłat związanych z korzystaniem z usług szpitalnych zależy od charakteru danej usługi. W przypadku otrzymania podstawowych świadczeń pacjent jest zobowiązany ponieść 20% kosztów ustalonej na poziomie rządowej stawki standardowej (dopłata jest określana jako *ticket modérateur*). Pozostałe 80% finansowane jest w ramach ubezpieczenia publicznego. Dodatkowo świadczeniobiorca jest zobowiązany do pokrycia stałej, dziennej opłaty szpitalnej.⁵² W przypadku, kiedy wykonywany zabieg ma charakter bardziej kompleksowy, pacjent zasadniczo pokrywa koszty związane jedynie z dzienną opłatą.⁵³ Z dodatkowymi kosztami wiąże się możliwość posiadania podczas pobytu w szpitalu przykładowo prywatnego pokoju.⁵⁴

Jedną z kluczowych zasad związanych z opieką ambulatoryjną jest tzw. zasada *gate-keeping*, wprowadzona reformą z 2004 r. Głównym założeniem było zachęcenie osoby korzystającej z systemu opieki zdrowotnej do wyboru lekarza prowadzącego („lekarza leczącego”), co gwarantowało utrzymanie przez pacjenta dotychczasowego zakresu refundacji ze strony państwa.⁵⁵ Z praktyki wynika, że zdecydowana większość wybiera jako lekarza prowadzącego – lekarza pierwszego kontaktu (lekarza ogólnego). Jest to związane przede wszystkim z kosztami, które są wyższe w przypadku wyboru specjalisty. W przypadku konieczności konsultacji ze specjalistą trzeba otrzymać odpowiednie skierowanie od wybranego uprzednio lekarza prowadzącego. Osoby, które zdecydują się nie przestrzegać zasygnalizowanej powyżej zasady, muszą się liczyć z koniecznością ponoszenia wyższych dopłat (*ticket modérateurs*). Trzeba nadmienić, że do 2004 r. osoby korzystające ze świadczeń medycznych miały pełną swobodę wyboru świadczeniodawcy (włączając możliwość swobodnego wyboru specjalisty).

W odniesieniu do opieki ambulatoryjnej wysokość dopłaty wnoszonej przez pacjenta również jest określona jako procent stawki standardowej. W przypadku wizyty u lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/psychiatry/neurologa zasadniczo obowiązek współpłacenia dotyczy 30% wartości tej stawki, jeśli pacjent przestrzega systemu *gate-keeping*. Wartość stawki standardowej jest zróżnicowana w zależności od rodzaju lekarza (szczegółowe informacje w tym zakresie patrz Tabela 14). W ramach opieki ambulatoryjnej pacjenci są

⁵² W 2007 r. opłata dzienna wynosi 12 euro dla szpitali psychiatrycznych oraz 16 euro dla pozostałych szpitali. Przykładowo, jeżeli stawka standardowa za świadczenie podstawowe wynosi 500 euro, a dzienna dopłata 16 euro, to pacjent za otrzymane świadczenie i trzy dni pobytu w szpitalu jest zobowiązany dopłacić 110 euro – $(500 + 48) \cdot 0,2$.

⁵³ Należy zaznaczyć, że do dziennej dopłaty doliczana jest stała stawka 18 euro. Przykładowo, jeśli pacjent otrzymuje kompleksowe świadczenie, dla którego stawka standardowa wynosi 1000 euro, i przebywa w szpitalu 3 dni (przy dziennej opłacie 16 euro), to wysokość dopłaty wynosi 66 euro – $(16 \cdot 3) + 18$.

⁵⁴ Stała dopłata pokrywana jest przez pacjenta z własnych środków lub przez ubezpieczyciela, jeśli pacjent posiada ubezpieczenie komplementarne. Prywatny pokój może zostać sfinansowany również przez pacjenta albo w ramach ubezpieczenia suplementarnego. Wskazane powyżej świadczenia mogą być również (i bardzo często są) zagwarantowane w ramach jednej polisy.

⁵⁵ Możliwość ta nie dotyczy osób poniżej 16 roku życia.

również zobowiązani do poniesienia kosztów przekraczających stawkę standardową (tzw. *balance-billings*).⁵⁶ Warto wspomnieć, że w przypadku większości kontraktów/polis finansowane są wspomniane *tickets modérateur*. Większa część kontraktów obejmuje również dopłaty przekraczające stawkę standardową.

Tabela 14. Wysokość stawki standardowej i *ticket modérateur* w systemie „gate-keeping”.⁵⁷

Rodzaj lekarza	Stawka która może zostać pobrana za świadczenie	Stawka standardowa	Odsetek stawki standardowej finansowany w ramach ubezpieczenia publicznego	<i>Ticket modérateur</i>
Lekarz ogólny – sektor 1.	22 euro	22 euro	70%	30%
Lekarz ogólny – sektor 2.	Balance-billings	22 euro	70%	30%
Lekarz specjalista – sektor 1.	25 euro	25 euro	70%	30%
Lekarz specjalista – sektor 2.	Balance-billings	23 euro	70%	30%
Lekarz psychiatra – sektor 1.	37 euro	37 euro	70%	30%
Lekarz psychiatra – sektor 2.	Balance-billings	34,30 euro	70%	30%

Źródło: IRDES.

W przypadku nieprzestrzegania przez pacjenta obowiązku wyboru lekarza prowadzącego (*gate-keeping*), wysokość partycypacji w kosztach świadczenia kształtuje się dla podanego powyżej przypadku na poziomie 50%, co znacznie podwyższa jednostkowy koszt świadczenia dla podmiotu indywidualnego (patrz szerzej Tabela 15).

Z kolei w odniesieniu do lekarstw udział pacjenta w płatności (*ticket modérateur*) waha się od 0% do 65%. Procent ten jest ustalany w zależności od rodzaju lekarstwa. Lekarstwa określone jako „niezastępowane” są finansowane w całości przez państwo. Finansowa partycypacja pacjenta jest konieczna w przypadku lekarstw zaliczanych do grupy „bardzo ważne” lub „ważne” i wynosi odpowiednio 35% i 65%. Trzeba podkreślić, że cena lekarstw dostępnych w ramach ubezpieczenia publicznego jest równa stawce standardowej. Znaczna większość kontraktów komplementarnych finansuje również i te dopłaty.

W pewnych przypadkach odsetek kosztów danego świadczenia pokrywany ze środków państwowych jest znacząco niższy. Dobrym przykładem są koszty świadczenia usług

⁵⁶ We Francji lekarze są podzieleni na dwie grupy – *Secteur 1* i *Secteur 2*. Obecnie podstawowym kryterium pozwalającym na wyodrębnienie tych dwóch grup są kwalifikacje zawodowe lekarzy. Lekarze przynależni do *Secteur 2* są uprawnieni do pobierania płatności przekraczającej stawkę standardową – tzw. zasada *balance-billings*. Lekarze, którzy nie pobierają dodatkowych opłat (tzn. stosują się do ustalonej stawki standardowej), otrzymują ulgi w świadczeniach socjalnych. Mając na uwadze funkcjonowanie dwóch grup lekarzy pobierających różne stawki za świadczone usługi, posiadanie ubezpieczenia komplementarnego może wpływać na wybór danego lekarza.

⁵⁷ Prezentowane w tabelach 3-5 dane pochodzą z 2007 r., mają charakter przykładowy.

optycznych. Teoretycznie państwo refunduje 65% stawki standardowej przewidzianej dla świadczenia (szerzej patrz Tabela 16.), co powoduje, że pacjent ponosi koszty 35% świadczenia. Jednak ustalane przez rząd stawki nie korespondują z cenami rynkowymi, co radykalnie wpływa na ich faktyczną cenę (uwaga ta dotyczy przede wszystkim usług optycznych dla dorosłych). Skutkuje to koniecznością poniesienia wysokiej dopłaty przez pacjenta. W przypadku, kiedy pacjent posiada ubezpieczenie komplementarne obejmujące wspomniane świadczenia optyczne, prowadzi to do przerzucenia większości kosztów na prywatnych ubezpieczycieli, którzy finansują je w ramach polisy. Celem uniknięcia wysokich, często niekontrolowanych do końca wydatków ubezpieczyciele wprowadzili limity, do wysokości których będą refundowali koszty związane ze świadczeniem określonych usług. Zasadniczo wprowadzone limity mają charakter roczny. Limity są ustalane kwotowo. Należy zaznaczyć, że pomimo wprowadzenia wspomnianych limitów wydatki prywatnych ubezpieczycieli z tytułu finansowania w ramach ubezpieczenia komplementarnego usług optycznych (też dentystycznych) nieznacznie wzrosły na przestrzeni ostatnich lat.

Tabela 15. Wysokość stawki standardowej i *ticket moderateur* poza systemem *gate-keeping*.

Rodzaj lekarza	Stawka która może zostać pobrana za świadczenie	Stawka standardowa	Odsetek stawki standardowej finansowany w ramach ubezpieczenia publicznego	<i>Ticket moderateur</i>
Lekarz ogólny – sektor 1.	22 euro	22 euro	50%	50%
Lekarz ogólny – sektor 2.	Balance-billings	22 euro	50%	50%
Lekarz specjalista – sektor 1.	33 euro (maksimum)	25 euro	50%	50%
Lekarz specjalista – sektor 2.	Balance-billings	23 euro	50%	50%
Lekarz neurolog – sektor 1.	49 euro (maksimum)	37 euro	50%	50%
Lekarz neurolog – sektor 2.	Balance-billings	34,30 euro	50%	50%

Źródło: IRDES.

Osoby, które cierpią na chroniczne schorzenia, nie są zobowiązane do ponoszenia kosztów dopłat (*ticket moderateur*), ale tylko w odniesieniu do świadczeń bezpośrednio związanych z tymi schorzeniami.

Wysokość *ticket moderateur* ustalana jest decyzją rządu francuskiego. Rząd podejmuje ją autonomicznie w oparciu o negocjacje prowadzone z przedstawicielami publicznej służby zdrowia oraz świadczeniodawców.

Celem zapewnienia obywatelom pokrycia podstawowych dopłat przez ubezpieczenie komplementarne w 2004 r. wprowadzono tzw. *contrat responsable*. Tego rodzaju ubezpieczenie świadczone jest przez prywatnych ubezpieczycieli, którzy są zobowiązani do pokrycia w ramach kontraktu odpowiednich dopłat do świadczeń medycznych. Zakres dopłat

refundowanych w ramach tego rodzaju umowy ubezpieczeniowej jest odgórnie regulowany przez francuski rząd. Zasadniczo umowa pokrywa *ticket modérateur* związany z wizytą u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty oraz znaczną część dopłat związanych z kosztami przepisanych leków. W ramach tego rodzaju polisy ubezpieczyciel musi gwarantować również o najmniej dwa świadczenia o charakterze prewencyjnym, które zasadniczo nie są dostępne w koszyku publicznym. Lista świadczeń prewencyjnych jest ustalana przez Ministra Zdrowia. Należy zaznaczyć, że *contrat responsable* nie może w pełni pokrywać dopłat do świadczeń, jeśli ubezpieczony nie przestrzega zasady *gate-keeping*, a tym samym zobligowany jest do wyższej partycypacji finansowej w kosztach świadczenia. Ponadto objęcie ubezpieczeniem w ramach tego rodzaju umowy nie może być uzależnione od stanu zdrowia pacjenta. Innymi słowy ubezpieczyciel nie może żądać od pacjenta informacji dotyczących stanu jego zdrowia. Kontrakty, które nie spełniają wspomnianych kryteriów, podlegają opodatkowaniu (pobierany jest 7% podatek od polisy). Drugim ważnym powodem wprowadzenia tego rodzaju kontraktów była próba zachęcenia do przestrzegania zasady *gate-keeping*. Ustalanie wysokości polisy, uwzględniającej wskazane powyżej kryteria, zależy od ubezpieczyciela. Należy zaznaczyć, że wprowadzenie *contrat responsable* może stać się podstawą do dalszej ingerencji państwa w zakres ubezpieczenia oferowanego przez podmioty prywatne.

Tabela 16. Wysokość stawki standardowej i *ticket modérateur* w przypadku usług optycznych.

Rodzaj usługi	Stawka która może zostać pobrana za świadczenie	Stawka standardowa ⁵⁸	Odsetek stawki standardowej finansowany w ramach ubezpieczenia publicznego	<i>Ticket modérateur</i>
Szkła (powyżej 18 roku życia)	Brak limitu	2,2 – 24,5 euro	65%	35%
Oprawki (powyżej 18 roku życia)	Brak limitu	1,84 euro	65%	35%
Szkła (poniżej 18 roku życia)	Brak limitu	12 – 66,6 euro	65%	35%
Oprawki (poniżej 18 roku życia)	Brak limitu	30,5 euro	65%	35%

Źródło: IRDES.

Celem zachęcenia prywatnych ubezpieczycieli do oferowania tego rodzaju polisy w ramach systemu wprowadzono szereg zachęt, o których mowa poniżej w niniejszym rozdziale. Pewne zachęty dotyczą również podmiotów indywidualnych.

Przyjęcie *contrat responsable* wpisuje się w znaczny stopień w rozwiązania proponowane w raporcie Chadelat z 2003 r. (w szczególności chodzi o wprowadzenie *Generalised Health Insurance* – GHI).

Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego/pomoc państwa

Publiczne ubezpieczenie zdrowotne finansowane jest zasadniczo ze składek płaconych przez obywateli. Składki są kalkulowane jako odsetek dochodu uzyskiwanego przez osobę

⁵⁸ Wysokość stawki standardowej zależy od rodzaju szkielek. Zasadniczo wyższe stawki dotyczą szkielek wieloogniskowych.

zobowiązana do świadczenia. Jak zaznaczono powyżej, partycypacja obywatela we współfinansowaniu poszczególnych świadczeń może zostać pokryta ze środków własnych lub za pośrednictwem ubezpieczyciela, jeżeli pacjent wykupił właściwą polisę – w takim przypadku mówimy o ubezpieczeniu komplementarnym.

Państwo pomaga osobom niezamożnym, których nie stać na opłacenie składki w ramach ubezpieczenia komplementarnego. Tym bardziej praktycznie nie osiągalnym obciążeniem finansowym jest dla tego rodzaju osób konieczność współpłacenia za świadczenie ze środków własnych, co ma pewne przełożenia na częstotliwość korzystania z systemu opieki zdrowotnej.

Pierwszy z rodzajów pomocy oferowany jest w ramach CMUC (*Couverture Maladie Universelle Complementaire*). System CMUC został wprowadzony w 2000 r. Polega on na finansowaniu przez państwo ubezpieczenia komplementarnego dla osób, których dochód kształtuje się poniżej ustawowo określonego poziomu⁵⁹. Reżim CMUC gwarantuje pokrycie dopłat wymaganych przez system publiczny oraz oferuje dopłaty w formie ryczałtu na pewne świadczenia optyczne i dentystyczne. W ramach CMUC obowiązują również dodatkowe reguły nakładające określone obowiązki na uczestników systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Przykładowo, lekarze nie mogą pobierać od osób objętych ubezpieczeniem komplementarnym w ramach CMUC opłat przekraczających wysokość stawek standardowych ustalanych na poziomie państwowym (nie mogą stosować tzw. „*balance-billing*”). Wprowadzenie systemu CMUC pozwoliło rozszerzyć grono osób posiadających ubezpieczenie komplementarne o około 7,5% populacji (z około 10% uprawnionych). Omawiany system zastąpił inny program pomocy publicznej oferowanej dla osób o niskim statusie materialnym, mianowicie AMG (*Aide Médicale Générale*). Osoba objęta ubezpieczeniem w ramach CMUC może wybrać czy ubezpieczenie będzie zarządzane przez prywatną instytucję czy w ramach lokalnego oddziału ubezpieczyciela publicznego. Jedną z przyczyn takiego rozwiązania jest umożliwienie osobom, których okresowo nie stać na uiszczenie polisy u prywatnego ubezpieczyciela, pozostanie w tym samym reżimie. Prywatni ubezpieczyciele mogą zdecydować, czy chcą przystąpić do systemu CMUC. Jeśli zdecydują się na taki krok muszą przyjąć każdą osobę, która kwalifikuje się do tego rodzaju ubezpieczenia (tzw. zasada *open enrollment*).⁶⁰

Zgodnie z jedną z ankiet przeprowadzonych po wprowadzeniu systemu CMUC, osoby korzystające z pomocy to głównie ludzie młodszy, częściej kobiety i osoby pochodzące z rodzin niepełnych. Często są to osoby niepracujące. Z badania wynikało również, że ze wsparcia w ramach CMUC korzystało około 1/3 społeczności terytoriów zamorskich. Mieszkańcy pozostałych regionów objęci byli tym systemem średnio na poziomie 7% populacji.

Państwo oferuje również wsparcie osobom, które nie kwalifikują się do pomocy w ramach CMUC, ale wciąż mają trudności finansowe nie pozwalające im na wykupienie ubezpieczenia komplementarnego we własnym zakresie. Dla osób, których dochód kształtuje

⁵⁹ W 2007 r. uprawniona do korzystania z ubezpieczenia komplementarnego w ramach CMUC była osoba zarabiająca miesięcznie poniżej 600 euro, jak również gospodarstwo dwu osobowe, którego miesięczny dochód nie przekraczał 900 euro.

⁶⁰ W 2006 r. około ¼ prywatnych ubezpieczycieli zdecydowała się przystąpić do systemu CMUC. Prawie wszyscy z tej grupy odnotowali przypadki świadczenia ubezpieczenia w ramach systemu. Z drugiej strony beneficjenci CMUC wybrali możliwość korzystania z tego rodzaju ubezpieczenia za pośrednictwem prywatnych podmiotów jedynie w 13% przypadków.

się w przedziale o dolnej granicy określonej maksymalną stawką uprawniającą do korzystania z CMUC, a górnej granicy maksymalną stawką uprawniającą do korzystania z CMUC zwiększoną o 20%, otrzymują od państwa wsparcie finansowe za pomocą specjalnych voucherów (ACS – *Aide Complementary Santé*)⁶¹. Wysokość voucheru uzależniona jest od wieku uprawnionego. W 2006 r. osoby poniżej 25 roku życia otrzymywały voucher w rocznej wysokości 100 euro, osoby w przedziale od 25 do 60 roku życia otrzymywały analogiczne wsparcie w wysokości 200 euro. Dla osób powyżej 60 lat wysokość voucheru wynosiła 400 euro.⁶² Dla porównania średni roczny koszt polisy w 2006r. wynosił około 800 euro.⁶³ Voucher może zostać wykorzystany przez uprawnionego zarówno do wykupienia polisy jak również do podniesienia standardu (zakresu oferowanych świadczeń) w ramach posiadanej już polisy.

Zachęty finansowe związane z ubezpieczeniem komplementarnym

Jednym z podstawowych instrumentów wspierających posiadanie ubezpieczenia komplementarnego są zachęty podatkowe. W przypadku większości ubezpieczeń grupowych (w miejscu pracy ubezpieczona jest połowa rynku) pracodawca może skorzystać z ulg podatkowych dotyczących środków przeznaczonych na ubezpieczenie komplementarne dla pracowników. Z punktu widzenia pracownika, wydatki tego rodzaju nie są opodatkowane, tylko w przypadku, kiedy kontrakt ma charakter obowiązkowy (kontrakty tego typu stanowią ponad połowę wszystkich kontraktów grupowych).⁶⁴ Możliwość skorzystania z tego rodzaju zachęty jest ściśle regulowana przez ustawę. Przedsiębiorca jest zobowiązany do pokrycia co najmniej części składki. Ponadto, każdy pracownik korzystający z danego ubezpieczenia grupowego musi mieć możliwość dostępu do takiego samego zakresu świadczeń, bez względu na ryzyko jakie generuje. W szczególności zakazane jest różnicowanie pod kątem wieku pracownika (należy mieć na względzie, że w przypadku kontraktów nieobowiązkowych zakaz różnicowania ze względu na wiek nie obowiązuje). Abstrahując od bodźców podatkowych trzeba zaznaczyć, że m.in. z powodu ograniczonych możliwości stosowania selekcji ubezpieczonych, kontrakty tego rodzaju są zasadniczo bardziej atrakcyjne dla obywateli od tych dostępnych na rynku indywidualnym. Takie same zachęty podatkowe dostępne są również dla osób pracujących na własny rachunek.

W odniesieniu do ubezpieczeń komplementarnych dostępnych dla podmiotów indywidualnych zasadniczo jedynym instrumentem wspierającym ich zakup są kupony - vouchery dostępne jedynie dla wąskiej grupy osób spełniających regulowane ustawą wymogi. Szerzej na temat systemu voucherów traktuje część poświęcona finansowaniu ubezpieczenia zdrowotnego.

⁶¹ Od 2005 r. możliwość skorzystania z pomocy w ramach systemu ACS dotyczy tylko tzw. *contrat responsable*.

⁶² System voucherów w ostatnich latach został znacznie usprawniony. Zliberalizowano kryteria kwalifikujące do wsparcia oraz zwiększono dostępne środki finansowe. Z drugiej strony rozszerzenie systemu voucherów zwiększyło obciążenie finansowe systemu publicznego, ponieważ zasadniczo vouchery są finansowane z dochodów podatkowych. Co ważne, z powodu braku szerokiej informacji na temat tego rodzaju pomocy wśród osób zainteresowanych oraz z powodu pewnych barier administracyjnych nie wszyscy uprawnieni korzystają z tego rodzaju wsparcia.

⁶³ W 2006 r. za pomocą voucherów osoby uprawnione sfinansowały średnio około 50% kosztów ubezpieczenia.

⁶⁴ Od 2008 r. zachęty podatkowe dla pracodawcy zostaną ograniczone tylko do kontraktów obowiązkowych, które dodatkowo będą także spełniały kryteria zdefiniowane dla *contrat responsable*. Przewiduje się, że doprowadzi to do zmiany proporcji pomiędzy ubezpieczeniami nabywanymi indywidualnie, a ubezpieczeniami dostępnymi za pośrednictwem pracodawcy – dobrowolnymi i obowiązkowymi.

Rynek ubezpieczeń komplementarnych

W ramach rynku ubezpieczeń komplementarnych we Francji można wyróżnić trzy rodzaje podmiotów. Pierwszym z podmiotów, o udziale rynkowym, mierzonym kryterium obrotów, oscylującym około 60% w 2006 r., są tzw. instytucje ubezpieczenia wzajemnego – *mutuelles*.⁶⁵ Instytucje typu *mutuelles* działają za zasadzie non-profit. W 2006 r. funkcjonowało 848 instytucji tego typu, które obejmowały około 71% ubezpieczonych.

Drugim rodzajem są instytucje oszczędnościowe (*provident institutions*) o udziale poniżej 20%. W 2006 r. na rynku funkcjonowało 45 instytucji oszczędnościowych, obejmujących około 10% ubezpieczonych.

Pozostałe ponad 20% rynku należy do ubezpieczycieli komercyjnych. W 2006 r. zidentyfikowano 98 firm tego typu, ubezpieczających około 19% osób, które zdecydowały się wykupić polisę.

W ciągu ostatnich lat udział w rynku instytucji typu *mutuelles* pozostał na praktycznie niezmiennym poziomie. Warto natomiast odnotować kilkuprocentowy wzrost udziału instytucji oszczędnościowych kosztem prywatnych ubezpieczycieli.⁶⁶ Pomimo dużej liczby podmiotów oferujących usługi w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, należy mieć na uwadze, że w 2006 r. około 70% instytucji osiągnęło łącznie obroty odpowiadające 5% całkowitych obrotów rynku. Z kolei 10 największych podmiotów generowało w analogicznym okresie 30% obrotów na rynku.

Znaczna część instytucji typu *mutuelles* ogranicza swoją działalność ubezpieczeniową do określonych grup zawodowych. Zasada ta dotyczy przede wszystkim pracowników sektora publicznego. Część z nich limituje natomiast swoją aktywność jedynie do obszaru danego departamentu (regionu). *Mutuelles*, podobnie jak ubezpieczyciele komercyjni, oferują zarówno ubezpieczenia indywidualne, jak i grupowe. Rozkład pomiędzy wspomniane dwa rodzaje polis jest, praktycznie rzecz biorąc, równomierny. Z kolei na portfolio instytucji oszczędnościowych składają się przede wszystkim kontrakty grupowe oferowane firmom prywatnym.

Działalność każdego z rodzajów podmiotów regulowana jest odrębnymi przepisami ustawowymi. Do *mutuelles* stosuje się postanowienia *Code de la Mutualité*. Funkcjonowanie instytucji oszczędnościowych opiera się na przepisach *Social Security Code*, zaś prywatnych ubezpieczycieli na przepisach *Insurance Code*. Do 2003 r. działalność każdego z rodzajów podmiotów nadzorowana była przez odrębne instytucje. Inicjatywy podejmowane na rzecz harmonizacji prawa (pewne aspekty poruszone w kolejnej części) skutkowały powołaniem w 2003 r. wspólnego organu nadzorującego - ACAM (*Autorite de controle des assurance et des mutuelles*).

Nowe rozwiązania wprowadzane do systemu ubezpieczeń zdrowotnych we Francji (m.in. instytucja *contrat responsable*) oraz coraz bardziej intensywnej harmonizacji przepisów ma również wpływ na poziom współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami. W 2004 r.

⁶⁵ Najstarszą formą obecną na rynku są *mutuelles*. Ich działalność wyprzedza funkcjonowanie publicznego systemu ubezpieczeń. Zasadniczo głównym obszarem zainteresowania *mutuelles* są komplementarne ubezpieczenia zdrowotne. Instytucje oszczędnościowe funkcjonują od lat 50-tych XX w., jednak w obszarze ubezpieczeń zdrowotnych działają od lat 80-ych. Lata 80-te to również początek zainteresowania prywatnych firm rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych.

⁶⁶ Analizując wspomnianą zamianę w udziale rynkowym należy mieć na uwadze, że instytucje oszczędnościowe łączą się czasem z ubezpieczycielami prywatnymi, działając jako jeden podmiot.

powstała instytucja – UNOCAM (*Union Nationale des Organismes d'Assurance Complementary*) – reprezentująca trzy rodzaje prywatnych ubezpieczycieli świadczących usługi w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W ten sposób prywatni ubezpieczycieli uzyskali wpływ na działania prowadzone w ramach systemu. UNOCAM uczestniczyła m.in. w negocjacjach prowadzonych przez ubezpieczycieli publicznych ze związkami dostawców usług czy też w konsultacjach dotyczących zmian w obszarze świadczeń dostępnych w ramach ubezpieczenia publicznego. Ponadto UNOCAM posiada swoich członków w innych instytucjach, których działalność jest kluczowa z punktu widzenia rynku ubezpieczeń zdrowotnych, m.in. w instytucji odpowiedzialnej za ustalanie cen leków.

Dostępne narzędzia selekcji ubezpieczonych

Wysokość polisy w ramach ubezpieczenia komplementarnego zależy m.in. od ryzyka jakie może generować osoba objęta ubezpieczeniem. Wachlarz instrumentów służących selekcji klientów różni się w zależności od rodzaju podmiotu, który oferuje ubezpieczenie komplementarne.

Co do zasady, instytucje typu *mutuelles* mogą dywersyfikować składkę w ramach ubezpieczenia indywidualnego m.in. ze względu na dochód klienta, okres czasu, jaki upłynął od momentu wykupienia przez niego polisy, miejsce zamieszkania czy też wiek. Zakazane jest natomiast różnicowanie składki ze względu na stan zdrowia. Z kolei prywatni ubezpieczyciele mają możliwość korzystania z informacji o stanie zdrowia klienta w celu ustalenia poziomu składki. Jeśli jednak zdecydują się na przestrzeganie tzw. zasady solidarności, która zobowiązuje podmiot do nie wykorzystywania przy ustalaniu składki danych zdrowotnych, do 2004 r. mogli liczyć na zwolnienie podatkowe w wysokości 7% (chodzi o podatek naliczany od wartości polisy). Analogiczne zwolnienie podatkowe przysługiwało *mutuelles* oraz instytucjom oszczędnościowym, które są zobowiązane do przestrzegania zasady solidarności z mocy prawa.

Do 2003 r. zwolnienie z 7% podatku dotyczyło tylko i wyłącznie *mutuelles* i instytucji oszczędnościowych. Rozszerzenie uprawnienia, pod pewnymi warunkami, również na podmioty prywatne wynika z reguł prawa wspólnotowego. Prawo wspólnotowe zasadniczo zakazuje różnicowania podmiotów działających w ramach jednego rynku, co dotyczy również działalności ubezpieczeniowej.⁶⁷

W 2004 r. dodano kolejne kryteria, jakie musi spełniać kontrakt, aby podlegać reżimowi gwarantującemu zwolnienie podatkowe. Mianowicie, z ulg podatkowych mogą korzystać tylko polisy dostosowane do wymogów określonych dla *contrat responsable*. Mając na uwadze powyższe, można zauważyć pewną ewolucję od podmiotowego traktowania ulgi podatkowej, w zależności od rodzaju instytucji, do ujęcia przedmiotowego, gdzie zachęta podatkowa uzależniona jest od charakteru samego kontraktu.

W odniesieniu do wieku ubezpieczonego osoby, które zdecydowały się wykupić ubezpieczenie w podeszłym wieku, często są zobowiązane do uiszczenia stosownej opłaty

⁶⁷ Celem dalszej harmonizacji prawa, w 2008 r. wejdzie w życie reforma, dzięki której wszystkie rodzaje podmiotów oferujących prywatne ubezpieczenia zdrowotne, będą uprawnione do pewnych ulg w zakresie podatku od osób prawnych. Dla otrzymania wspomnianych ulg podmiot będzie musiał spełnić szereg określonych w ustawie kryteriów (m.in. tych zdefiniowanych dla *contrat responsable*). Dotychczas ulgi te dostępne były jedynie dla *mutuelles* i instytucji oszczędnościowych. Należy mieć również na względzie, że reguły prawa wspólnotowego, m.in. przepisy dyrektywy *Solvency II*, prawdopodobnie będą asumptem do dalszych zmian na rynku, przede wszystkim w obrębie *mutuelles*. Może to mieć przełożenie na wysokość polis oferowanych przez instytucje tego typu.

dotatkowej. Ponadto osoby przykładowo powyżej 65 roku życia mogą nie kwalifikować się do ubezpieczenia gwarantującego pokrycie pewnych świadczeń. Warto podkreślić, że czynnik ryzyka przy konstruowaniu umowy ubezpieczenia częściej jest wykorzystywany przez ubezpieczycieli komercyjnych niż przez instytucje typu *mutuelles*.

Jak zaznaczono powyżej, w ramach obowiązkowych kontraktów grupowych różnicowanie ze względu na wiek jest zakazane.

A.1.3. System ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji⁶⁸

Przesłanki reformy⁶⁹

Obecny system ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji powstał na bazie systemu socjalistycznego. Do najważniejszych jego wad trzeba zaliczyć:

- pomoc oferowana pacjentom nieadekwatna do ich potrzeb;
- brak dostępu do nowoczesnych technologii;
- wysoki deficyt finansowy sektora;
- wysoki poziom korupcji.

Wskazane powyżej problemy, spowodowane przede wszystkim bezpłatnym, nieograniczonym dostępem obywateli do opieki medycznej oraz starzejące się społeczeństwo i rozwój nowych trendów na świecie skutkowały w 2003 r. rozpoczęciem na Słowacji procesu reform systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Przesłanki słowackiej reformy z 2003 r. były następujące:

- bezpłatna opieka medyczna nie zachęcała korzystających z niej do dbania o swoje zdrowie;
- popyt na świadczenia medyczne oraz ich podaż przekraczały możliwości finansowe systemu;
- na Słowacji państwo gwarantowało wypłacalność zarówno ubezpieczycieli zdrowotnych, jak i dostawców usług medycznych. Przykładowo, ubezpieczyciele zarządzający publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym byli instytucjami publicznymi, co *de facto* oznaczało, że rolę ubezpieczyciela pełniło państwo;
- w ramach systemu nie występowało zjawisko konkurencji pomiędzy poszczególnymi podmiotami, marginalizowana była rola podmiotów prywatnych;

⁶⁸ Opisując system ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji korzystano przede wszystkim z następujących materiałów: 1) „*Reform models: health reform in Slovakia*” – P. Pazitny, R. Zajac, A. Marcincin; 2) „*Slovak Health Reform* – Health Policy Institute; 3) „*The redistribution mechanism requires a review to include critical diagnoses*” – P. Pazitny.

⁶⁹ W przypadku Słowacji przedstawiono cykl reform systemu ubezpieczeń zdrowotnych jakie miały miejsce od 2003 r.

- struktura systemu nie pozwalała na efektywne dostosowanie się do nowych schorzeń (nowej struktury chorób), które pojawiły się szczególnie w drugiej połowie XX w.

Omawianie poszczególnych rozwiązań zaproponowanych w ramach reformy podzielono w niniejszym opracowaniu na dwie części. W pierwszej kolejności omówiono zmiany określone jako ilościowe, których celem było przede wszystkim ograniczenie deficytu finansowego systemu oraz nieproporcjonalnego korzystania przez obywateli ze świadczeń medycznych i lekarstw (zmiany te określane są również jako stabilizujące). Następnie przedstawiono rozwiązania o charakterze strukturalnym, mające zapewnić sprawne funkcjonowanie systemu instytucjonalnego w obszarze ubezpieczeń zdrowotnych w długim okresie.

Harmonogram wprowadzania poszczególnych rozwiązań przedstawiał się następująco:

- wrzesień 2002 – wybory parlamentarne, do władzy doszło ugrupowanie popierające wizję reformy;⁷⁰
- czerwiec 2003 – wprowadzenie zmian określanych jako ilościowe;
- wrzesień 2004 – przygotowanie odpowiedniego instrumentarium w zakresie ustawodawstwa wprowadzającego zmiany strukturalne;
- styczeń 2005 – wdrożenie rozwiązań strukturalnych.

Zmiany o charakterze ilościowym

W ramach pierwszej płaszczyzny podjęto następując działania:

- wprowadzono tzw. *user fees* (rodzaj stałej dopłaty do wybranych świadczeń);
- zmieniono zasady polityki lekowej;
- wprowadzono pilotażowy projekt restrukturyzacji szpitali.

Dopłaty o charakterze *user fees* wprowadzono przykładowo w odniesieniu do wizyt w ramach opieki ambulatoryjnej czy przepisywanych lekarstw (szerzej patrz tabela 7). Zgodnie z początkowymi założeniami reformy *user fees* miały dotyczyć tzw. świadczeń dodatkowych do świadczeń medycznych, a nie samych świadczeń medycznych. M.in. w tym celu wprowadzono ustawowe definicje obu wspomnianych pojęć. W praktyce jednak *user fees* odnoszą się do obu grup świadczeń.

Podstawowym zadaniem wprowadzenia tego rodzaju dopłat było dążenie do zwiększenia odpowiedzialności podmiotów indywidualnych korzystających ze świadczeń medycznych za swoje zdrowie, a tym samym obniżenie częstotliwości korzystania przez nich z tych świadczeń.⁷¹ Celem samym w sobie nie było natomiast spowodowanie napływu środków finansowych do systemu. Praktycznie rzecz biorąc dopłaty miały charakter symboliczny. Dodatkowo, pewne grupy pacjentów, jak dzieci poniżej pierwszego roku życia i osoby

⁷⁰ Należy mieć na względzie, że reformy podejmowane w obszarze służby zdrowia często nie mają widocznych efektów w krótkim okresie, co w pewnym sensie uzależnia ich wprowadzanie od cyklu politycznego.

⁷¹ Przykładowo, średnia częstotliwość korzystania z wizyt lekarskich w państwach OECD w 2000 r. wynosiła 5,6. W 2003 r. wskaźnik dla Słowacji wynosił 9,2.

cierpiące na chroniczne schorzenia, były zwolnione z dopłat. Osoby o niekorzystnej sytuacji materialnej mogły uzyskać wsparcie finansowe od państwa w tym zakresie.

Tabela 17. Dopłaty wprowadzone reformą w 2003 r.

Rodzaj świadczenia medycznego/usługi	“User fee” SKK	Beneficjent
Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu	20	Lekarz pierwszego kontaktu
Wizyta u lekarza specjalisty	20	Lekarz specjalista
Pierwsza pomoc związana z opieką ambulatoryjną	60	
Dzienny pobyt w szpitalu (m.in. opłata za pokój)	50	Szpital
Transport (za km)	2	Podmiot odpowiedzialny za transport
Przepisanie lekarstwa	20	5 SKK apteka 15 SKK ubezpieczyciel

Źródło: HPI (Health Policy Institute).

Autorzy rozwiązań wdrożonych w ramach reformy podkreślają, że wprowadzenie omawianych dopłat spowodowało obniżenie częstotliwości korzystania ze świadczeń medycznych. Przykładowo, w odniesieniu do wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu spadek ten wyniósł 10%.⁷² Z drugiej strony, dodatkowe opłaty nie wpłynęły na ograniczenie dostępu obywateli do świadczeń medycznych, a jedynie przyczyniły się do ograniczenia sztucznego popytu na te usługi. Dodatkowo, implementacja *user fees* skutkowała zwiększonym poziomem dochodu lekarzy średnio o 7000-9000 SKK miesięcznie. Pozytywnym efektem wprowadzenia dopłat było także obniżenie poziomu korupcji w ramach systemu (wskaźnik percepcji korupcji w służbie zdrowia w 2004 r. obniżył się o 22 pkt. proc. w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2002 r.).

Z kolei w stosunku do polityki lekowej wprowadzono m.in. następujące rozwiązania, które przyczyniły się do obniżenia całkowitych wydatków na leki:

- *user fees* w odniesieniu do przepisywanych lekarstw;
- zmiany zasad ustalania maksymalnych cen leków;
- możliwość zastosowania procedury *fast track* tylko w powiązaniu z obniżoną ceną leków;

⁷² W analizie uwzględniono analogiczne okresy w 2002 i 2003 r.

- zmiany w procesie kategoryzacji;
- bardziej przejrzysty i elastyczny proces negocjacji cen leków, przykładowo możliwość negocjacji za pośrednictwem internetu.

W odniesieniu do restrukturyzacji szpitali, dokonano konsolidacji szpitali w ramach wybranych miast. Z drugiej strony, część szpitali została oddana pod nadzór władz lokalnych i regionalnych, co miało gwarantować bardziej efektywny nadzór oraz zarządzanie.⁷³ Także zauważalny był spadek liczby łóżek w szpitalach. Równolegle w ramach systemu dążono do obniżenia poziomu zatrudnienia (szerzej patrz Tabela 18). Dwa ostatnie zjawiska miały na celu ograniczenie nadwyżki podaży nieadekwatnej do dostępnych środków finansowych. Zmiany te nie były bezpośrednim skutkiem reformy z 2003 r., ale elementem pewnego trendu, zauważalnego od roku 2001, który po reformie się wzmacnił.

Tabela 18. Zatrudnienie w sektorze zdrowia w Słowacji w latach 1999- 2004.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 ⁷⁴
Poziom zatrudnienia	118 473	120 773	116 938	113 734	106 523	99 900
Zmiana zatrudnienia w stosunku do roku poprzedniego.		2 300	- 3 835	- 3 204	- 7 211	- 6 623

Źródło: HPI.

Omawiane powyżej zmiany miały pozytywny wpływ na akumulację oszczędności w ramach systemu, a tym samym na obniżenie trwającego go deficytu. Największy wpływ miało wprowadzenie *user fees* oraz nowa definicja świadczeń medycznych. Przykładowo, w 2003 r. wprowadzenie dwóch powyżej wspomnianych rozwiązań przyniosło 2,3 miliarda SKK oszczędności, co stanowiło ponad połowę oszczędności uzyskanych dzięki implementacji prezentowanych zmian. Zgodnie z przewidywaniami w 2004 r. oszczędności te miały wynieść 3,6 miliarda SKK, co również stanowić miało ponad połowę wszystkich oszczędności. Kolejne oszczędności miały przynieść reformy strukturalne systemu.

Należy zaznaczyć, że po wyborach parlamentarnych w 2006 r. zniesiono znaczną część dopłat o charakterze *user fees*. Zostawiono jedynie dopłatę w wysokość 5 SKK w przypadku przepisywanych leków oraz 60 SKK w przypadku pierwszej pomocy związanej z opieką ambulatoryjną.

⁷³ Jednym z założeń reformy była również prywatyzacja szpitali. Inicjatywy w tym zakresie nie doczekały się dotychczas pełnej realizacji.

⁷⁴ Poziom wedle szacunków z 2003 r.

Zmiany o charakterze strukturalnym

*Publiczne ubezpieczenie zdrowotne*⁷⁵

Zgodnie ze słowacką konstytucją każdy obywatel ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej. Zakres gwarantowanej opieki jest określony za pomocą koszyka świadczeń, o czym mowa poniżej. Opieka medyczna oferowana jest za pośrednictwem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, o charakterze obligatoryjnym

Obywatel zobowiązany jest do wyboru ubezpieczyciela – *Health Insurance Company* (HIC)⁷⁶, który będzie zarządzać jego składką przeznaczaną na ubezpieczenie zdrowotne. Obywatel może wybrać tylko jednego ubezpieczyciela. Zgodnie z ustawą ubezpieczony ma prawo do zmiany HIC raz w roku (okres ubezpieczenia pokrywa się z rokiem kalendarzowym). Proces zmiany ubezpieczyciela musi rozpocząć się najpóźniej do końca września roku poprzedniego.

W sytuacji, kiedy ubezpieczony nie wywiązuje się ze swoich obowiązków finansowych względem HIC (nie uiszcza składek przez 3 miesiące w roku kalendarzowym, nie uregulował należności wynikających z rocznego wyrównania), zakres świadczonych usług jest ograniczony. W takiej sytuacji otrzymuje on pomoc jedynie w nagłych przypadkach.⁷⁷

Składki na publiczne ubezpieczenie zdrowotne płacone są przez pracowników, pracodawców, osoby pracujące na własny rachunek (samozatrudnionych) oraz przez państwo. Zasadniczo państwo pokrywa koszt ubezpieczenia zdrowotnego dla osób, które nie są zatrudnione lub ich roczny dochód nie przekracza 12-krotności minimalnego wynagrodzenia.

Wysokość składki na publiczne ubezpieczenie zdrowotne jest obliczana jako iloczyn stawki wyrażonej procentowo i określonej bazy wyrażonej w dochodzie podmiotu indywidualnego. Obecnie stawka wynosi 14% (co do zasady, jest ona dzielona w stosunku 4 do 10 pomiędzy, odpowiednio, pracownika i pracodawcę)⁷⁸. Bazą jest dochód ubezpieczonego w danym okresie rozliczeniowym. Wysokość bazy uwzględniana przy naliczaniu składki miesięcznej powinna zawierać się w przedziale dla którego dolną granicą jest minimalne miesięczne wynagrodzenie, natomiast górną granicę stanowi 3-krotność średniego miesięcznego wynagrodzenia. W przypadku rozliczeń rocznych, minimalną bazę stanowi 12-krotność minimalnego miesięcznego wynagrodzenia, natomiast maksymalną 36-krotność średniego miesięcznego wynagrodzenia.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne są przekazywane z częstotliwością miesięczną. Celem zapewnienia, że składka jest naliczona od całego dochodu danego podmiotu indywidualnego uzyskanego w ciągu okresu rozliczeniowego, a nie tylko w danym miesiącu, wprowadzono system rocznego wyrównywania (rozliczania) składek.

Pomiędzy HIC następuje redystrybucja dochodów uzyskiwanych za pośrednictwem składek na publiczne ubezpieczenie zdrowotne w zależności od portfela posiadanych klientów (tzw. system wyrównawczy). Zadaniem redystrybucji jest zrównoważenie ryzyka ponoszonego przez HIC w zależności od profilu klientów w portfelu (uwzględniane czynniki ryzyka to

⁷⁵ Oryginalna nazwa – *Verejné Zdravotné Poistenie*.

⁷⁶ Oryginalna nazwa - *Zdravotna Poisťovna*.

⁷⁷ Generalnie, HIC dochodząc należnej kwoty może również wносить o zapłatę odsetek.

⁷⁸ Stawka jest niższa o połowę w przypadku osób niepełnosprawnych.

wiek i płeć).⁷⁹ Wyrównanie pomiędzy poszczególnymi HIC odbywa się zasadniczo z częstotliwością miesięczną. Dodatkowe wyrównanie ma miejsce z końcem roku.⁸⁰ Nad prawidłowością procesu redystrybucji środków czuwa *Health Market Authority* (HMA).⁸¹

Generalnie, proces redystrybucji środków przebiega według schematu przedstawionego poniżej.

Po pierwsze konieczne jest określenie wskaźnika ryzyka (istotna rola HMA w tym procesie). Wskaźnik jest budowany na podstawie rocznych danych pochodzących z poszczególnych HIC (bazą dla wskaźnika wyliczanego dla 2008 r. są dane z 2006 r.).⁸² Dane dotyczą wszystkich kosztów świadczeń medycznych w każdej z grup wiekowych (uwzględnia się 5-letnie kohorty) z podziałem na płeć. Na tej podstawie liczony jest średni koszt ubezpieczonego w danej kohorcie. Następnie, każda z kohort otrzymuje odpowiedni wskaźnik, który ilustruje średni koszt dla tej kohorty w porównaniu z kohortą generującą najniższy koszt, która otrzymuje wskaźnik o wartości 1. (poszczególne wskaźniki dla Słowacji dla roku 2008 obrazuje wykres 4).

Następnie, HIC pobierają składki od ubezpieczonych na zasadach opisanych powyżej (lub otrzymują je od państwa za ubezpieczonych, którzy nie płacą składki).

Ostatnim etapem jest kalkulacja wskaźnika ryzyka dla poszczególnego HIC, jako iloczynu liczby ubezpieczonych sklasyfikowanych w danej kohorcie oraz wskaźnika ryzyka dla tej kohorty. Na podstawie otrzymanych wyników następuje redystrybucja środków pochodzących ze składek pomiędzy poszczególnymi HIC. Co ważne, tylko 85,5% należnych składek podlega procesowi redystrybucji.⁸³

⁷⁹ Wyrównywanie ryzyka jest niezbędnym elementem systemu, jeśli weźmiemy pod uwagę, że około 10% ubezpieczonych generuje około 75% kosztów świadczeń medycznych. Uwzględnianie wieku oraz płci w znacznym stopniu ogranicza ryzyko ponoszone przez ubezpieczycieli, a tym samym obniża prawdopodobieństwo stosowania negatywnej selekcji. Z drugiej strony, występują schorzenia, które nie są do końca pochodną płci i wieku. Środowiska zajmujące się ubezpieczeniami zdrowotnymi na Słowacji proponowały uwzględnić takie schorzenia (przykładowo hemofilia, choroby nerek). Na dzień dzisiejszy jednak nie wprowadzono tego rodzaju rozwiązań.

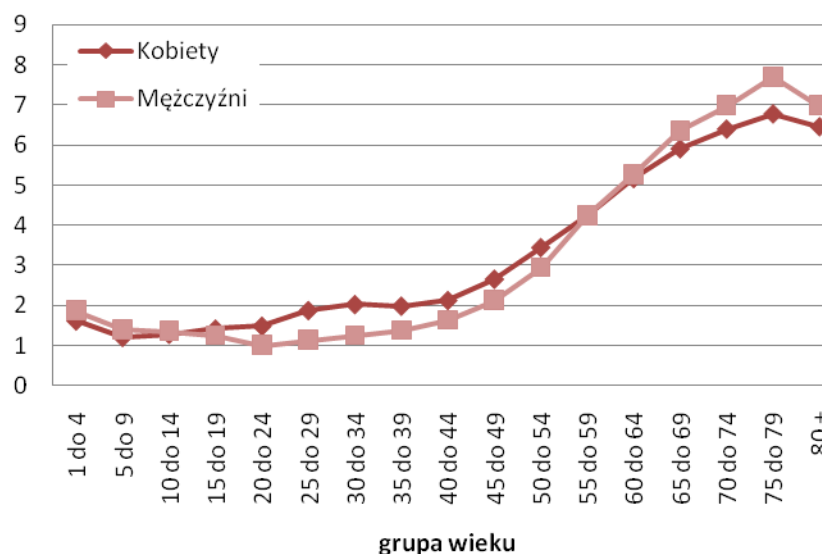
⁸⁰ Do 2005 r. redystrybucja odbywała się za pośrednictwem konta, z którego rozdzielano środki dla konkretnego ubezpieczyciela zgodnie z poziomem ryzyka generowanym przez portfel jego klientów. Od 2005 r. narzędziem redystrybucji jest opracowana przez autorów reformy macierz, która służy wzajemnym rozliczeniom pomiędzy HIC.

⁸¹ Oryginalna nazwa - *Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou*.

⁸² W związku z procesem redystrybucji środków ustawa nakłada na HIC obowiązki informacyjne. Szerzej patrz m.in. *Act No 580/2004 Coll. On Health Insurance* z późn. zm.

⁸³ Bazą do redystrybucji jest 95% należnych składek danego HIC, natomiast wskaźnik redystrybucji wynosi 90% bazy redystrybucji, co daje wspomniane 85,5%.

Wykres 4. Wskaźniki ryzyka dla poszczególnych grup wg wieku i płci w Słowacji, 2008 r.



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Słowacja.

Zakres świadczeń dostępnych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego

Zgodnie z postanowieniami przywoływanej już słowackiej konstytucji każdy obywatel ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej, co opiera funkcjonowanie systemu na zasadzie solidarności. Konstytucja nie definiuje jednak bezpośrednio zakresu bezpłatnej opieki odsyłając w tej kwestii do ustawy. Celem zapewnienia stabilności systemu, mając na względzie doświadczenia modelu socjalistycznego oraz dostępne zasoby, zdecydowano się na precyzyjne zdefiniowanie zakresu świadczeń dostępnych dla obywatela w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, tzw. koszyka świadczeń.

Wprowadzono listę tzw. schorzeń „priorytetowych”. Zidentyfikowano ponad 6 700 schorzeń priorytetowych, co stanowiło prawie 2/3 ogółu. W odniesieniu do tego rodzaju schorzeń państwo gwarantuje pełne pokrycie kosztów. W stosunku do nich nie jest możliwe stosowanie współpłacenia przez pacjenta za dane świadczenie (tzw. *co-payments*). Pacjenci są zobowiązani jedynie do dopłat w ramach omawianych wcześniej *user fees*. Zgodnie z założeniami, do każdego schorzenia miały być przyporządkowane procedury medyczne ze wskazaniem tych w pełni finansowanych przez państwo (tzw. proces katalogizacji). Przyjmując stan na październik 2007 r. proces katalogizacji nie rozpoczął się.

W odniesieniu do schorzeń zaliczanych do grupy „nie-priorytetowych” umożliwiono wprowadzenie szerszej partycypacji finansowej pacjenta w kosztach świadczenia – wspomnianego współpłacenia. Zakres dopłat powinien być ustalany na poziomie rządowym. Na etapie wprowadzania reformy ustalono wstępnie, że zakres danej dopłaty będzie się wahał w granicach 50-200 SKK. Efektem wprowadzenia współpłacenia miały być dodatkowe środki finansowe w systemie, szacowane na około 3 mld SKK. Pacjenci zobowiązani do dopłaty będą mogli wykupić stosowną polisę ubezpieczeniową, gwarantującą pokrycie dopłat lub pokryć je ze środków własnych (tzw. płatności *out-of-pocket*). Takie założenie miało sprzyjać m.in. zwiększeniu roli prywatnych ubezpieczycieli oferujących prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Z powodów natury politycznej rozwiązanie polegające na

wprowadzeniu współpłacenia w stosunku do wybranych świadczeń nie zostało wdrożone.⁸⁴ Jedną z konsekwencji tej decyzji jest nadal znikomy udział rynkowy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.⁸⁵

W stosunku do lekarstw oraz pewnych grup urządzeń medycznych również określono, które z nich są dostępne dla pacjentów bezpłatnie.⁸⁶

Health Insurance Companies (HIC) – informacje ogólne

Publiczne ubezpieczenie zdrowotne na Słowacji zarządzane jest przez tzw. *Health Insurance Companies* (HIC). W przeciwieństwie do reguł obowiązujących przed reformą, HIC funkcjonują jako spółki kapitałowe. Ich akcjonariuszami może być zarówno państwo, jak i podmioty prywatne. Powierzenie zarządzania publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym podmiotom prawa prywatnego związane jest przede wszystkim z dążeniem do zapewnienia stabilności oraz efektywności systemu (podmioty działające w reżimie prawa prywatnego ponoszą m.in. odpowiedzialność finansową za prowadzone działania oraz mają bardziej przejrzyste zasady funkcjonowania), a także ograniczenia malwersacji dokonywanych przez podmioty publiczne.⁸⁷

HIC funkcjonują na podstawie zezwolenia wydawanego przez organ nadzorujący działanie rynku, mianowicie *Health Market Authority* (HMA). Zezwolenie jest wydawane po spełnieniu określonych kryteriów, które mają gwarantować stabilność podmiotu na rynku, m.in. kapitał własny na poziomie co najmniej 100 mln SKK⁸⁸, legalne źródła pochodzenia kapitału.

Obecnie funkcjonują dwa podmioty będące własnością państwa oraz cztery podmioty z prywatnymi akcjonariuszami.⁸⁹

HIC nie mogą odmówić ubezpieczenia osobie, która się do nich zgłosi (tzw. zasada *open enrolment*) oraz nie mogą różnicować składki ze względu na potencjalne ryzyko (tzw. zasada *community rating*). Przejmują one odpowiedzialność za zarządzanie składką podmiotu indywidualnego, a w pewnym sensie również za zarządzanie stanem jego zdrowia.

HIC są zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonemu określonego zakresu świadczeń, poprzez zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami (*in-kind model*). Celem zapewnienia ubezpieczonemu większej elastyczności w wyborze HIC są również zobowiązane do pokrycia

⁸⁴ W 2006 r. na Słowacji miały miejsce wybory. Jednym z elementów debaty publicznej była kwestia służby zdrowia i jej dostępności dla obywateli.

⁸⁵ Należy mieć na uwadze, że prywatne ubezpieczenie zdrowotne teoretycznie może być świadczone zarówno przez HIC jak i inne instytucje. Warunkiem koniecznym jest uzyskanie zezwolenia od *Financial Market Authority* (obecnie tę funkcję pełni Bank Narodowy Słowacji).

⁸⁶ Trzeba pamiętać, że w stosunku do niektórych lekarstw pacjenci są zobowiązani do partycypacji finansowej przy ich zakupie (za wyjątkiem tych pokrywanych w 100% przez państwo).

⁸⁷ Instytucje funkcjonujące jako podmioty publiczne, działające na rynku przed reformą z 2003 r., nie miały praktycznie ograniczeń budżetowych, a ich wypłacalność gwarantowało państwo. Podmioty publiczne miały możliwość przekształcenia w HIC po spełnieniu określonych kryteriów HMA.

⁸⁸ W 2005 r. 100 mln SKK oznaczało równowartość 2,8 mln Euro.

⁸⁹ Cztery prywatne podmioty to: *Apollo*, *Dovera*, *Europska*, *Union*, stowarzyszone są w *Association of Health Insurance Companies*. Dwa podmioty państwowe to *Vseobecna*, w którym 100% udziałów posiada Ministerstwo Zdrowia oraz *Spolcona*, gdzie udziały posiadają Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Obrony i Ministerstwo Transportu. Wcześniej podmioty te oferowały ubezpieczenie zdrowotne tylko na pracowników wskazanych sektorów wraz z rodzinami. Obecnie mają one charakter otwarty.

kosztów, jeśli wybierze on niezakontraktowanego przez HIC świadczeniodawcę (*reimbursement model*). Jednak za tego rodzaju świadczenie ubezpieczony jest zobowiązany do uprzedniego pokrycia kosztów we własnym zakresie.

HIC konkurują przede wszystkim dzięki efektywnemu zakupowi usług medycznych. Usługi medyczne mogą być kontraktowane od dostawców, którzy spełniają określone w ustawie kryteria (m.in. jakość usług, zakres działania). W przypadku wypracowania zysku zasadniczo zostaje on w rękach ubezpieczyciela, za wyjątkiem określonych przypadków, o czym poniżej.⁹⁰

Zgodnie z założeniami reformy, HIC mogły również oferować tzw. ubezpieczenie chorobowe. Przyjmując stan na październik 2007 r. ubezpieczenie tego typu zarządzane jest przez państwową instytucję – *Social Insurance Agency* i wykorzystywane do pokrywania wydatków państwa m.in. w obszarze rent i emerytur. Umożliwienie HIC oferowania ubezpieczenia chorobowego mogłoby przyczynić się do zwiększenia deficytu finansów publicznych, dlatego też praktycznie rzecz biorąc HIC nie mają możliwości prowadzenia działalności w tym zakresie.

Health Insurance Companies (HIC) – obowiązek utrzymania rezerwy finansowej

Kolejnym nowym rozwiązaniem wprowadzonym omawianą reformą są tzw. listy oczekujących. Listy są publikowane w przypadku, kiedy dane świadczenie medyczne nie może zostać wykonane bezpośrednio po zgłoszeniu zapotrzebowania. Za zarządzanie wspomnianymi listami odpowiedzialne są poszczególne HIC. Poza listą oczekujących wykonywane są świadczenia w przypadkach nagłych. Identyczna zasada dotyczy pacjentów, których stan zdrowia wymaga natychmiastowego podjęcia leczenia, a którzy dotychczas znajdowali się na liście oczekujących.

Celem zapobieżenia uzyskiwania przez poszczególne HIC zysku kosztem umieszczania pacjentów na listach oczekujących, a tym samym faktycznego zmniejszenia częstotliwości wykonywanych świadczeń, ubezpieczyciel jest zobowiązany do ustanowienia rezerwy finansowej dla wszystkich pacjentów znajdujących się na liście oczekujących gwarantującej wykonanie świadczeń. Z punktu widzenia rachunkowości, rezerwa tego rodzaju jest księgowana w ujęciu kosztu.

W przypadku, kiedy utworzona rezerwa nie jest wystarczająca do sfinansowania świadczeń pacjentów obecnych na listach oczekujących oraz ubezpieczyciel wypracował w danym okresie czasu zysk z działalności, musi on zostać przeznaczony na pokrycie świadczeń dla pacjentów z listy oczekujących.⁹¹

Drugim rodzajem obowiązkowej rezerwy jest rezerwa gwarantująca wypłacalność HIC. Ustawa określiła rezerwę na poziomie 3% wartości należnych składek na publiczne ubezpieczenie zdrowotne po redystrybucji dla ostatnich 12 miesięcy. Określona w taki sposób rezerwa umożliwia sfinansowanie około 2 tygodni świadczeń medycznych dla pacjentów. HIC muszą utrzymywać rezerwę na zdefiniowanym poziomie przez cały czas, w

⁹⁰ Należy zaznaczyć, że w październiku 2007 r. słowacki rząd dodatkowo ograniczył możliwość dysponowania zyskiem przez HIC. Na mocy nowych przepisów HIC są zobowiązane do wydatkowania zysku w sektorze opieki zdrowotnej. Zgodnie z przewidywaniami, HIC zarządzane przez prywatnych udziałowców skierują sprawę do sądu.

⁹¹ Wyjątkiem od opisanej reguły są listy pacjentów oczekujących na świadczenia typu transplantacja, które są zależne przede wszystkim od dostępności dawcy, a nie zdolności HIC do zapewnienia efektywnej opieki medycznej.

którym zarządzają publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym. Problemy z utrzymaniem rezerwy mogą stać się przyczyną zastosowania sankcji przez HMA, w tym m.in. cofnięcie zezwolenia na zarządzanie składką na publiczne ubezpieczenie zdrowotne.

Świadczeniodawcy

Świadczeniodawcą (dostawcą usług medycznych) może być zarówno osoba fizyczna jak i prawna spełniająca określone w ustawie kryteria. Konieczne jest uzyskanie stosownego pozwolenia oraz licencji na prowadzenie tego rodzaju działalności. Pozwolenie jest wydawane zasadniczo przez władze regionalne (kryterium oceny to odpowiednie wyposażenie oraz personel). Z kolei licencja jest wydawana przez instytucję zrzeszającą określonych dostawców usług, przykładowo Izbę Lekarską (kryteria oceny to przede wszystkim posiadanie odpowiednich kwalifikacji)⁹². Świadczeniodawca zobowiązany jest do zawarcia kontraktu z co najmniej jednym z HIC. Organem odwoławczym od decyzji wspomnianych powyżej instytucji w kwestii wydania zezwolenia i licencji jest Minister Zdrowia.

Z punktu widzenia HIC ważną kwestią są zdefiniowane w ustawie o świadczeniodawcach następujące pojęcia: „publiczna sieć świadczeniodawców” oraz „minimalna publiczna sieć świadczeniodawców”. Pierwsze z pojęć oznacza wszystkich dostawców usług medycznych, z którymi HIC mają zawarte kontrakty na świadczenie usług, liczba dostawców nie jest w tym przypadku ograniczona. Z kolei „minimalna publiczna sieć świadczeniodawców” oznacza minimalną liczbę dostawców usług dla danego obszaru/regionu. Dla HIC skutkuje to obowiązkiem zawarcia kontraktów z określoną dla danego obszaru/regionu liczbą dostawców usług medycznych⁹³. Minimalna publiczna sieć świadczeniodawców jest określana przez Ministerstwo Zdrowia jako minimalna liczba dostawców usług w danej specjalizacji na danym obszarze gwarantująca właściwą opiekę medyczną.

Kolejną istotną kwestią jest wybór świadczeniodawcy przez ubezpieczyciela. Zasadniczo HIC mają dowolność w tym zakresie, z zastrzeżeniem zasygnalizowanych w opracowaniu warunków. Zgodnie z założeniami reformy, w odniesieniu do wszystkich świadczeniodawców HIC powinien przygotować kryteria, które będą uwzględniane przy zawieraniu umów z konkretnymi dostawcami (odpowiedni personel oraz wyposażenie świadczeniodawcy, jakość świadczonych usług, posiadanie określonych certyfikatów jakości). Na podstawie wspomnianych kryteriów HIC powinien również przygotować ranking świadczeniodawców, który z kolei powinien być uwzględniany przy kontraktowaniu świadczeniodawców w ramach minimalnej publicznej sieci świadczeniodawców.

Nadzór nad funkcjonowaniem rynku

Health Market Authority (HMA)⁹⁴ jest organem odpowiedzialnym za nadzorowanie działalności zarówno ubezpieczycieli, jak i dostawców usług medycznych. Celem zapewnienia właściwego wykonywania powierzonych jej zadań, instytucja powinna posiadać dużą niezależność, szczególnie od innych organów administracji publicznej.

⁹² W określonych przypadkach świadczeniodawca musi jedynie posiadać stosowną licencję, przykładowo jeśli do wykonywania zawodu nie jest niezbędna siedziba czy specjalistyczne wyposażenie.

⁹³ W odniesieniu do pogotowia ratunkowego oba pojęcia są równoważne. Zezwolenie na prowadzenie tego typu działalności wydaje Minister Zdrowia. Podobna tożsamość ma miejsce w odniesieniu do „dostawców” lekarstw. HIC jest zobowiązana do zawarcia kontraktów z każdą apteką.

⁹⁴ Szerzej patrz *Act No 581/2004 Coll on Health Insurance Companies and Healthcare Supervision* z późn. zm.

HMA posiada szeroki wachlarz instrumentów za pomocą których mogą czuwać nad stabilnością rynku. Instrumenty różnią się w zależności od nadzorowanego podmiotu (HIC i płatnicy składek na publiczne ubezpieczenie zdrowotne lub świadczeniodawca).

Uprawnienia HMA w stosunku do HIC są następujące:

- nałożenie obowiązku przygotowania planu naprawczego;
- wprowadzenie zarządu komisarycznego;
- czasowe zawieszenie możliwości przyjmowania nowych klientów oraz zawierania kontraktów z dostawcami usług;
- wycofanie pozwolenia na prowadzenie działalności;
- nałożenie obowiązku wyrównania strat ze środków kapitału własnego.

Z kolei w odniesieniu do dostawców usług kompetencje HMA są ograniczone do wnioskowania do organów, które wydały pozwolenie lub licencję na prowadzenie działalności. Wnioski mogą w szczególności rekomendować:

- nałożenie kary na dostawcę usług;
- czasowe wycofanie licencji lub pozwolenia;
- wycofanie licencji lub pozwolenia.

Instytucja wykonuje również zadania, o których mowa w pozostałych punktach niniejszego opracowania.

Zmiany w systemie po wyborach parlamentarnych w 2006 r.

Jak zaznaczono powyżej nie wszystkie z proponowanych w latach 2003-2005 inicjatyw udało się przeprowadzić. Ponadto, niektóre z nich zostały zmienione po wyborach parlamentarnych w 2006 r. (przykładowo obniżono „*user fees*”, ograniczono możliwość swobodnego dysponowania zyskiem przez poszczególne HIC).

W opinii ekspertów, m.in. zgodnie z oceną przeprowadzoną przez Międzynarodowy Fundusz Walutowy⁹⁵, może to prowadzić do kolejnych problemów w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji, a dotychczasowa poprawa może okazać się krótkookresowa. Wprawdzie nowy rząd wprowadził kilka kosmetycznych zmian i zapowiada dalsze inicjatywy w tym zakresie, to jednak kompleksowa propozycja reformy nie została dotychczas wypracowana.

We wspomnianej ocenie MFW, celem zapewnienia stabilności systemu należy wprowadzić m.in. następujące rozwiązania:

- ponownie wprowadzić dopłaty o charakterze *user fees* (m.in. w odniesieniu do wizyt lekarskich i pobytu w szpitalu);

⁹⁵ „*The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform*” – M.Verhoeven, V. Gunnarsson, S. Lugaresi, MFW.

- ograniczyć zakres świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego celem umożliwienia oferowania na szerszą skalę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- wzmocnić faktyczną niezależność HMA;
- rozpocząć prywatyzację szpitali oraz dążyć do dalszego ograniczania liczby łóżek w szpitalach;⁹⁶
- rozwijać mechanizmy pozwalające na ograniczenie wydatków związanych z lekarstwami;
- zrezygnować z rozwiązań (co najmniej, nie wprowadzać nowych) ograniczających możliwość swobodnego dysponowania zyskiem przez prywatne HIC, co może wzmocnić uczestnictwo sektora prywatnego w systemie ubezpieczeń zdrowotnych⁹⁷.

Należy mieć na uwadze, że większość ze wskazanych powyżej rekomendacji potwierdza konieczność kontynuacji reform systemu ubezpieczeń zdrowotnych podjętych w 2003 r.

⁹⁶ Obecny rząd ma w planach zmniejszenie liczby dostępnych łóżek o 6,200.

⁹⁷ Możliwość swobodnego dysponowania dochodem przez ubezpieczycieli jest jednym z najważniejszych bodźców zachęcających prywatne podmioty do podejmowania działalności w ramach systemu.

A.1.4. System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Australii ⁹⁸

Informacje wstępne

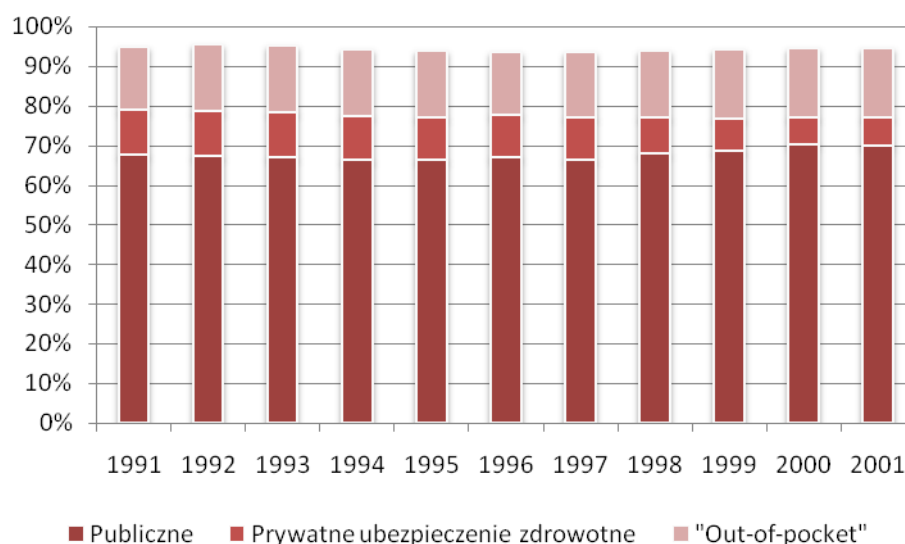
Australia należy do grona państw OECD, w których prywatne ubezpieczenia zdrowotne odgrywają istotną rolę. W 2002 r. ponad 40% Australijczyków posiadała jeden z dostępnych na rynku rodzajów prywatnego ubezpieczenia. Wynika to po części z doświadczeń historycznych, jak również, szczególnie w ostatnich latach, wspierania przez państwo posiadania przez obywateli tego rodzaju ochrony.

Do połowy lat 70-tych państwo nie oferowało publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, wspierając ubezpieczycieli prywatnych, którzy zobowiązani byli do zawarcia kontraktu z każdym zainteresowanym, nie różnicując jednocześnie stawki od profilu ryzyka generowanego przez klienta (system oparty był na zasadach *community rating* i *open enrolment*). Od momentu wprowadzenia ubezpieczenia o charakterze publicznym w 1984 r. (*Medicare*), dominująca rola prywatnych podmiotów została ograniczona.

Obecnie system ubezpieczeń zdrowotnych w Australii opiera się na współpracy pomiędzy sektorem publicznym a prywatnym. Istnieje pomiędzy nimi szereg powiązań, które mają na celu zapewnić świadczenie profesjonalnej opieki medycznej dla pacjentów.

Analizując całościowe wydatki zdrowotne w Australii w latach 1991-2001 można zauważyć, że udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych powoli, acz systematycznie obniżał się (szerzej patrz Wykres 5), chociaż udział wydatków publicznych pozostaje nadal na relatywnie niskim poziomie w porównaniu do krajów OECD. W badanym okresie wydatki publiczne i tzw. wydatki *out-of-pocket* nieznacznie wzrosły.

Wykres 5. Wydatki zdrowotne w Australii wg źródeł finansowania w latach 1991-2001.



Źródło: OECD Health Data.

⁹⁸ Opisując system ubezpieczeń zdrowotnych w Australii korzystano przede wszystkim z następujących materiałów: 1) „Private Health Insurance in Australia. A case study” – F. Colombo, N. Tapay, 2004; 2) „Submission to the House of Representatives Standing Committee on Health and Ageing”, 2005; 3) Serwis internetowy Medicare – <http://www.medicareaustralia.gov.au/>. Przytaczane dane liczbowe pochodzą zasadniczo z pierwszego z cytowanych opracowań. W innym przypadku dane opatrzone są stosowaną adnotacją.

Publiczne ubezpieczenie zdrowotne⁹⁹

Do otrzymywania świadczeń w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego (*Medicare*) uprawnieni są rezydenci Australii.¹⁰⁰ W ramach tego rodzaju ubezpieczenia dostępne są zasadniczo świadczenia medyczne w następującym zakresie:

- opieka ambulatoryjna (m.in. opieka lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów). W ramach tego rodzaju świadczeń pacjenci mają prawo swobodnego wyboru lekarza. Co ważne, ochrona w obszarze wskazanej opieki ambulatoryjnej nie może być przedmiotem prywatnego ubezpieczenia¹⁰¹. Lekarze mogą za dane świadczenie otrzymywać określony odsetek jego kosztów ustalanych na poziomie rządowym¹⁰² nie pobierając dodatkowych opłat od pacjenta. W takim przypadku świadczeniodawca otrzymuje płatność bezpośrednio od państwa (*Medicare*), co gwarantuje m.in. pewność płatności (procedura jest określana jako *bulk billing*). Jeśli świadczeniodawca zdecyduje się pobrać za usługę wyższą kwotę (zasadniczo nie ma określonego limitu do jakiego należna kwota może być naliczana), otrzymuje płatność bezpośrednio od pacjenta, który po pokryciu kosztów ze środków własnych, może z kolei oczekiwać refundacji poniesionych kosztów ze strony państwa (po spełnieniu określonych wymogów administracyjnych).¹⁰³ Lekarz ma swobodę wyboru, którą z metod zastosować. Ponadto, kiedy pacjent otrzymuje jednocześnie kilka świadczeń i lekarz w stosunku do jednego z nich stosuje procedurę *bulk billing*, nie ma on obowiązku rozliczenia w ten sam sposób pozostałych świadczeń;¹⁰⁴
- opieka szpitalna. W przypadku korzystania przez pacjenta z publicznej opieki szpitalnej w charakterze pacjenta „publicznego”, świadczenia są wykonywane przez lekarzy zatrudnionych w danym szpitalu (dla pacjenta oznacza to zasadniczo brak możliwości wyboru lekarza). W ramach ubezpieczenia publicznego pacjent otrzymuje pełen zakres koniecznych świadczeń medycznych oraz nie jest zobowiązany do poniesienia kosztów dodatkowych związanych m.in. z zakwaterowaniem.

Z kolei jeśli pacjent otrzymuje świadczenia w charakterze pacjenta „prywatnego” (taka możliwość jest dostępna w szpitalach publicznych), istnieje możliwość wyboru

⁹⁹ Mając na względzie quasi-autonomiczny charakter poszczególnych regionów Australii, trzeba zaznaczyć, że publiczne ubezpieczenie jest zarządzane na poziomie centralnym. Ponadto, specyficzny podział terytorialny wymaga współpracy pomiędzy rządem centralnym a władzami regionalnymi. Dobrym przykładem w tym obszarze jest *Australian Health Care Agreements* (AHCA), porozumienie definiujące obszar współpracy w odniesieniu do finansowania i zarządzania publicznymi szpitalami, w których w ramach ubezpieczenia publicznego świadczona jest bezpłatna opieka szpitalna.

¹⁰⁰ W ramach ubezpieczenia funkcjonuje również *Pharmaceutical Benefit Scheme* (PBS) określający zakres refundacji poszczególnych leków dla pacjentów.

¹⁰¹ Trzeba zaznaczyć, że w 2003 r. wprowadzono do systemu mechanizmy pozwalające prywatnym ubezpieczycielom oferowanie polis pokrywających znacząco wysokie wydatki podmiotów indywidualnych na opiekę ambulatoryjną.

¹⁰² *Medicare Benefit Schedule* – MBS.

¹⁰³ Zasadniczo refundacja wynosi 100% MBS, jeśli sytuacja dotyczy świadczeń wykonywanych przez lekarzy pierwszego kontaktu (GP), a 85% w pozostałych przypadkach świadczeń wykonywanych w ramach opieki ambulatoryjnej.

¹⁰⁴ Stosując metodologię przyjętą w przypadku opisywania pozostałych systemów, pierwszy ze wskazanych sposobów oferowania i rozliczania świadczeń można określić jako *in-kind model*, zaś drugi jako *reimbursement model*.

lekarza. W takim przypadku w ramach ubezpieczenia publicznego zostanie sfinansowane jedynie 75% kosztów świadczeń medycznych ustalonych na poziomie rządowym, pozostała część kosztów musi zostać pokryta przez pacjenta (z własnych środków, tzw. płatności *out-of-pocket*, jak również istnieje możliwość objęcia kosztów w ramach ubezpieczenia prywatnego). Ponadto, w przypadku tego rodzaju hospitalizacji pacjent jest zobowiązany do pokrycia kosztów zakwaterowania i innych dodatkowych usług. Koszty te mogą być również przedmiotem ubezpieczenia prywatnego.

Podstawowym źródłem finansowania publicznego ubezpieczenia zdrowotnego są dochody podatkowe oraz dodatkowa składka w wysokości 1,5% dochodu podlegającego opodatkowaniu. Ponadto osoby, których dochód kształtuje się na odpowiednio wysokim poziomie, a które nie posiadają prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, zobowiązane są do dodatkowej partycypacji finansowej na poziomie 1% dochodu podlegającego opodatkowaniu.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Z kolei w ramach ubezpieczenia prywatnego, w zależności od rodzaju posiadanej polisy, mogą być finansowane zasadniczo następujące świadczenia:

- wspomniane powyżej świadczenia związane z pobytem pacjenta w publicznym szpitalu w charakterze pacjenta „prywatnego” (przede wszystkim konieczność sfinansowania części świadczeń medycznych, na poziomie 25%), jak również świadczenia związane z pobytem pacjenta w szpitalu prywatnym (podział kosztów pomiędzy *Medicare* a prywatnego ubezpieczyciela jak wyżej). Pobyt w szpitalu prywatnym, oprócz możliwości wyboru lekarza wiąże się również generalnie z szybszym dostępem do świadczeń medycznych;
- usługi dodatkowe (*ancillary services*), w szczególności o charakterze ambulatoryjnym, niegwarantowane w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego (*Medicare*), do których trzeba zaliczyć usługi optyczne, usługi dentystyczne, fizykoterapię, chirurgię plastyczną, świadczenia z zakresu medycyny alternatywnej, koszty związane z transportem pacjentów, opiekę pielęgniarstwa w domu chorego, koszty aparatów słuchowych oraz inne usługi, których wykonanie nie ma klinicznego uzasadnienia.

W ramach ubezpieczenia prywatnego możliwe jest również pokrycie kosztów związanych z długotrwałą opieką medyczną, nie jest to jednak często stosowana praktyka. Zasadniczo gwarantem tego rodzaju świadczeń jest państwo (ubezpieczenie inne niż *Medicare*).

Mając na uwadze powyższe można stwierdzić, że prywatne ubezpieczenie zdrowotne w odniesieniu do opieki szpitalnej zarówno duplikuje (możliwość pobytu w szpitalu), jak i uzupełnia (niepełne pokrycie kosztów dla pacjenta korzystającego z prywatnej opieki szpitalnej – zarówno w szpitalu publicznym jak i prywatnym) ubezpieczenie o charakterze publicznym, w tym ostatnim przypadku pełniąc rolę ubezpieczenia komplementarnego.

W odniesieniu do opieki ambulatoryjnej ubezpieczenie prywatne zasadniczo pełni rolę ubezpieczenia suplementarnego.

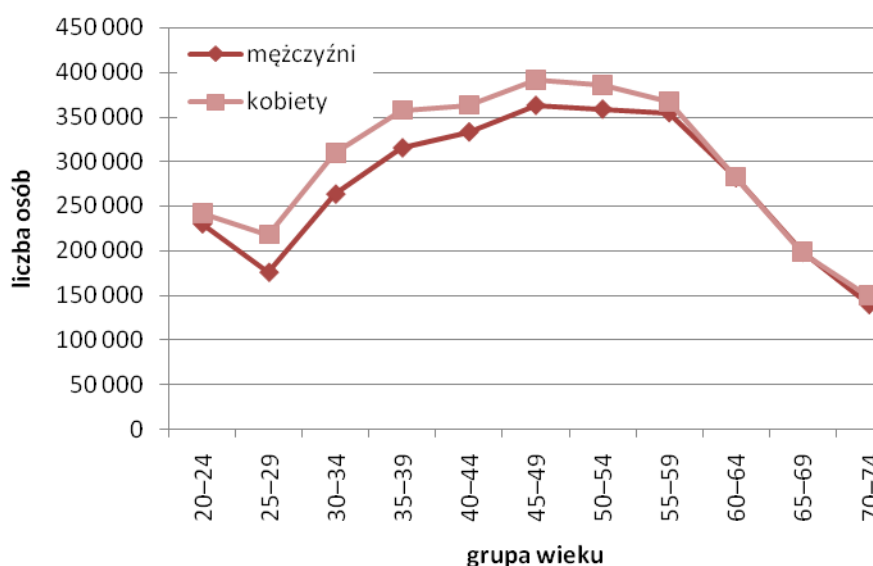
Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Jak zaznaczono na wstępie, z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego korzysta około 44% Australijczyków, w tym 35% posiada zarówno ubezpieczenie związane z opieką szpitalną,

jak i z usługami dodatkowymi.¹⁰⁵ Należy podkreślić, że oba rodzaje usług mogą być oferowane przez ubezpieczyciela w ramach jednej polisy.

Posiadanie polisy oraz zakres gwarantowanych świadczeń zależy w znacznej mierze od dochodu podmiotu indywidualnego. W odniesieniu do wieku, najwięcej osób, które zdecydowały się wykupić stosowną polisę znajduje się w grupie wiekowej od 45 do 54 lat (szersze informacje patrz Wykres 6). Kolejną charakterystyczną cechą systemu australijskiego jest fakt, że w odróżnieniu od większości pozostałych państw OECD, w których ubezpieczenie jest nabywane w szczególności przez pracodawców, w Australii dominują podmioty indywidualne.

Wykres 6. Liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne, grudzień 2006.



Źródło: PHIA.

W 2005 r. w Australii funkcjonowało 40 prywatnych instytucji ubezpieczeniowych. Znaczna większość funkcjonujących instytucji działała na zasadach non-profit (36 z 40). Również większość z nich miała charakter otwarty dla obywateli, podczas gdy niektóre limitowały swoją działalność tylko do określonych grup zawodowych (14 z 40). Sześć największych podmiotów posiadało udział w rynku na poziomie około 75%. Funkcjonowanie 40 podmiotów nie oznacza, że pacjenci mają możliwość wyboru spośród wszystkich z nich. Powoduje to fakt, że część z ubezpieczycieli ogranicza swoją działalność do danego obszaru, a część z nich, jak zaznaczono w opracowaniu, dostępna jest tylko dla określonego profilu osób. Największym podmiotem na rynku jest *Medibank Private*. Instytucja ta jako jedyna oferuje swoje usługi na terenie całego kraju, ubezpieczając około 30% rynku. Ponadto, należy odnotować, że właścicielem tego podmiotu jest państwo.

Jeśli chodzi o zakres oferowanych usług, to w ramach dwóch podstawowych typów prywatnego ubezpieczenia, związanego z opieką szpitalną i tego z usługami dodatkowymi, dostępne są polisy pokrywające zróżnicowany poziom świadczeń. Należy zaznaczyć, że w pewnych przypadkach prawo nakłada na ubezpieczyciela obowiązek oferowania polisy

¹⁰⁵ Na przestrzeni ostatnich lat można było zauważyć duże wahania dotyczące liczby prywatnie ubezpieczonych. Zasadniczo, od momentu wprowadzenia publicznego ubezpieczenia zdrowotnego zauważalny był istotny spadek liczby prywatnie ubezpieczonych. Dopiero wprowadzenie mechanizmów, o których mowa poniżej w opracowaniu pozwoliło poprawić ten wynik, osiągając na początku XXI w. znaczący wzrost.

gwarantującej określony zakres świadczeń. Przykładowo, ubezpieczyciel musi posiadać w swojej ofercie polisę gwarantującą pokrycie wszystkich kosztów związanych z opieką szpitalną.

Australijski rynek ubezpieczeń zdrowotnych podlega przepisom wydawanym na poziomie państwowym. Najważniejsze regulacje w stosunku do prywatnych ubezpieczycieli omówiono poniżej.

Przepisy wyraźnie wskazują, jaki rodzaj świadczeń może być gwarantowany w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Najważniejsze kwestie w tym zakresie zostały zarysowane w niniejszym opracowaniu w przypadku omawiania publicznego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zabronione jest również stosowanie praktyk dyskryminujących. Zasadniczo ubezpieczyciele są zobligowani do ubezpieczenia każdego klienta, który się do nich zgłosi, nie różnicując jego składki m.in. ze względu na wiek, płeć oraz stan zdrowia.¹⁰⁶ Zasada *community rating* jest stosowana w odniesieniu do polis oferujących jednakowy zakres świadczeń.¹⁰⁷ Celem wyrównania ryzyka jakie generowane jest poprzez nałożenia na ubezpieczycieli wspomnianych obowiązków, funkcjonuje system płatności wyrównawczych.

Ubezpieczyciele mają również obowiązek uzgadniania oferowanych produktów z instytucjami państwowymi. Analogiczny obowiązek dotyczy wysokości ustalonej przez ubezpieczycieli składki, co ma zapewnić przede wszystkim ustalenie kosztów ubezpieczenia na dostępnym dla pacjentów poziomie.

Podmioty obecne na rynku muszą również utrzymywać określony poziom rezerw finansowych gwarantujących pewność wykonania posiadanych zobowiązań.

Inicjatywy wspierające korzystanie przez obywateli z ubezpieczeń prywatnych

Australijski ustawodawca dąży do zagwarantowania obywatelom opieki medycznej na wysokim poziomie. Jak wynika z niniejszego opracowania w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Australii dochodzi do szeregu zależności pomiędzy publicznym a prywatnym ubezpieczeniem. Powoduje to, że w pewnym sensie oba systemy uzupełniają się w świadczeniu opieki dla obywateli. Mając na względzie tę zależność, australijski rząd podejmuje inicjatywy wspierające zakup prywatnych polis przez obywateli.

Od 1998 r. obywatele uzyskujący określony, wysoki poziom dochodu (w 2005 r. 50 tys. AUD na osobę lub 100 tys. AUD na rodzinę), którzy nie posiadają prywatnego ubezpieczenia, są zobowiązani do dodatkowej partycypacji finansowej na rzecz państwa. Mianowicie, 1% ich dochodu podlegającego opodatkowaniu jest pobierany na działalność *Medicare*.¹⁰⁸

Od 1999 r. celem obniżenia kosztów prywatnych ubezpieczeń, a tym samym zachęcenia szerszej grupy obywateli do wykupienia polisy, rząd subsyduje koszt tego rodzaju ubezpieczenia. Co do zasady, rabat kształtuje się na poziomie 30% ubezpieczenia. Od 2005 r.

¹⁰⁶ Pewne możliwości dywersyfikacji składki wprowadziła regulacja dotycząca *lifetime cover*.

¹⁰⁷ Konieczność stosowania jednakowej składki w stosunku do określonego pakietu świadczeń daje możliwość pośredniego wpływania przez ubezpieczycieli na wysokość składki dla poszczególnych grup pacjentów. Przykładowo, niższa stawka jest pobierana za pakiet świadczeń skierowanych przede wszystkim do ludzi młodych, generujących niższy poziom ryzyka.

¹⁰⁸ Dwa z pierwszych rozwiązań dotyczą obu rodzajów prywatnego ubezpieczenia. Trzecie z nich odnosi się tylko do ubezpieczenia szpitalnego.

dla osób starszych dostępny jest rabat na wyższym poziomie. Mianowicie, powyżej 65 roku życia – 35%, zaś powyżej 70 lat – 40%. Rabat dostępny jest zarówno dla posiadaczy prywatnego ubezpieczenia szpitalnego jak i związanego z dodatkowymi świadczeniami medycznymi, niedostępnymi w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Rabat jest naliczany od wartości polisy, co oznacza, że im wyższa polisa, tym większe obciążenie finansowe musi ponieść budżet państwa. Obywatel może uzyskać rabat na kilka sposobów. Jednym z nich są stosowne odliczenia podatkowe.

W 2000 r. ustawodawca wprowadził do systemu przepis umożliwiający różnicowanie płaconej składki ze względu na wiek (tzw. *lifetime cover*). Dotyczy to osób, które ukończyły 30 rok życia i po raz pierwszy wykupiły polisę gwarantującą pokrycie kosztów związanych z opieką szpitalną. Po przekroczeniu 30 roku życia osoby te będą zobowiązane do ponoszenia wyższych kosztów składki, które zasadniczo będą zwiększać się, im później dana osoba zdecyduje się na wykupienie polisy (o 2% wartości składki z każdym rokiem, nie może jednak przekroczyć 70%). Przepis ten z jednej strony miał zachęcić ludzi młodszych do posiadania ubezpieczenia prywatnego. Wykupienie polisy przed 31 rokiem życia gwarantowało utrzymanie wysokości stawki w dalszym okresie ubezpieczenia. Jednym z ważniejszych założeń wprowadzenia regulacji było również ograniczenie zjawiska polegającego na zakupie przez pacjenta polisy w sytuacji, kiedy może się on spodziewać pogorszenia stanu zdrowia, a tym samym narażenia ubezpieczyciela na wyższe koszty (tzw. *adverse selection*).

Wprowadzenie powyższych rozwiązań pozwoliło znacznie zwiększyć liczbę osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne, z nieco ponad 31% w grudniu 1999 r. do prawie 43% w marcu 2005 r.

Zmianom, które można określić jako „ilościowe”, towarzyszyły również zmiany o charakterze systemowym. Trzeba wspomnieć m.in. o liberalizacji przepisów dotyczących wprowadzania nowych produktów na rynek oraz podnoszenia wysokości składki przez prywatnych ubezpieczycieli czy też rozszerzeniu kompetencji PHIO.

Nadzór nad rynkiem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Administracyjną kontrolę nad działalnością prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych sprawuje rodzime Ministerstwo Zdrowia. Do głównych zadań Ministerstwa należy kontrola procesu ustalania wysokości składek przez ubezpieczycieli. Ministerstwo może odrzucić wnioski o podwyższenie poziomu składki tylko we wskazanych w ustawie przypadkach.

Kolejną instytucją jest *Private Health Insurance Administration Council* (PHIAC). Głównym zadaniem PHIAC jest przygotowanie regulacji związanych z finansową działalnością prywatnych ubezpieczycieli oraz monitorowanie ich działalności w tym obszarze. PHIAC bierze również udział w procesie ustalania wysokości składki za dany rodzaj ubezpieczenia. Ponadto instytucja jest odpowiedzialna za publikowanie informacji o prywatnych ubezpieczycielach, które z założenia mają ułatwiać pacjentom wybór właściwego podmiotu. PHIAC jest organizacyjnie podporządkowana Ministrowi Zdrowia. Instytucja funkcjonuje od 1989 r.

Na straży interesu poszczególnych pacjentów stoi rzecznik (*Private Health Insurance Ombudsman* – PHIO), organ powołany w 1995 r. Z usług PHIO mogą korzystać wszystkie podmioty funkcjonujące w ramach rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Urząd ds. Konkurencji i Konsumentów (*Australian Competition and Consumer Commission* – ACCC). Jak wskazuje nazwa, instytucja jest odpowiedzialna za monitorowanie australijskiego rynku pod kątem zachowań antykonkurencyjnych. W obszarze prywatnych

ubezpieczeń zdrowotnych instytucja koncentruje się przede wszystkim na konsolidacjach podejmowanych przez ubezpieczycieli i ich znaczenia dla funkcjonowania rynku, jak również innych praktykach zakłócających jego działanie.

A.2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w kontekście prawa wspólnotowego¹⁰⁹

Celem niniejszej części jest omówienie najważniejszych obszarów prawa wspólnotowego w odniesieniu do rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, stanowi ona uzupełnienie przedstawionej w części 1.3.1. analizy systemów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych państwach OECD.

W odniesieniu do obszaru zdrowia oraz ubezpieczeń zdrowotnych prawo wspólnotowe opiera się zasadniczo na jednej z fundamentalnych zasad – zasadzie subsydiarności (pomocniczości). Zasada subsydiarności jest wyrażona *expressis verbis* w Traktacie ustanawiającym Wspólnotę Europejską w art. 5, który brzmi:

„(...) W dziedzinach, które nie należą do jej kompetencji wyłącznej, Wspólnota podejmuje działania, zgodnie z zasadą pomocniczości, tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim cele proponowanych działań nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez Państwa Członkowskie, natomiast z uwagi na rozmiary lub skutki proponowanych działań możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Wspólnoty.

Działanie Wspólnoty nie wykracza poza to, co jest konieczne do osiągnięcia celów niniejszego Traktatu”.

Mając na względzie dotychczasowe doświadczenia, prawo wspólnotowe ingeruje – bezpośrednio lub pośrednio – w różne aspekty obszaru ochrony zdrowia. Przykładowo, należy wspomnieć o przepisach epidemiologicznych, przepisach związanych z wyrobami tytoniowymi czy też przepisach o swobodnym przepływie usług w celu uzyskania świadczenia medycznego w jednym z Państw Członkowskich.¹¹⁰

Od 1992 r. mamy do czynienia również z pewnymi szczegółowymi uregulowaniami w odniesieniu do rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Głównym aktem prawnym w tym obszarze jest Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG. Dyrektywa określana jest jako trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie.

Przepisy wspomnianej dyrektywy gwarantują ubezpieczycielom faktyczną możliwość świadczenia przez nich usług na terenie całej UE. Celem zapewnienia realizacji swobody oraz zapobiegania wprowadzaniu praktyk ograniczających konkurencję przepisy dyrektywy wprowadzają następujące mechanizmy:¹¹¹

¹⁰⁹ W przygotowaniu niniejszej części korzystano w szczególności z następujących materiałów: 1) Dyrektywa Rady 92/49/EWG; 2) „Regulating private health insurance in the EU: the implications of single market legislation and competition Policy” – S. Thomas, E. Mossialos; 3) „Private Health Insurance in the Netherlands”. A case study” – F. Colombo, N. Tapay, 2004.

¹¹⁰ W tym kontekście istotne są postanowienia Tytułu XIII TWE „Zdrowie Publiczne”.

¹¹¹ Pewne przykłady w jaki sposób wskazane mechanizmy oddziałują na ustawodawstwo poszczególnych państw członkowskich w części poświęconej analizie międzynarodowej. Należy mieć na uwadze, że

- Państwa Członkowskie zasadniczo nie mogą wpływać na ceny oraz produkty (polisy) oferowane przez prywatnych ubezpieczycieli;
- istnieje obowiązek otwarcia rynków prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych poszczególnych Państw Członkowskich na konkurencję wewnątrz wspólnotową;
- Państwa Członkowskie nie mogą dyskryminować podmiotów świadczących usługi w ramach rynku ubezpieczeń ze względu na ich formę prawną.

Podstawę dla pierwszego ze wspomnianych mechanizmów stanowi art. 29 omawianej dyrektywy w brzmieniu:

„(...) Państwa Członkowskie nie wprowadzają przepisów wymagających uprzedniej zgody lub systematycznego zgłaszania ogólnych i szczegółowych warunków polis, taryf składek lub formularzy oraz innych drukowanych dokumentów, które zakład ubezpieczeniowy zamierza stosować w swoich kontaktach z ubezpieczającymi. (...) Państwa Członkowskie nie mogą utrzymywać ani wprowadzać wymogu uprzedniego zgłaszania lub zatwierdzania podwyżek stawek składek, o ile nie stanowią one części ogólnego systemu kontroli cen”.

W kontekście wskazanych powyżej zakazów dotyczących interwencji państwa w działalność prywatnych ubezpieczycieli, wystarczającą ochronę dla konsumenta powinny stanowić odpowiednie regulacje finansowe nakładane na te podmioty, w szczególności w obszarze związanym z płynnością finansową. Nie zawsze jednak przepisy tego rodzaju są wystarczającym gwarantem dla ochrony interesu konsumenta. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia, jeśli weźmie się pod uwagę zróżnicowany charakter oferowanych produktów ubezpieczeniowych (prywatni ubezpieczyciele oferują szereg polis, a różnice pomiędzy nimi są często trudne do zinterpretowania dla konsumenta), co z kolei wpływa na postępującą asymetrię informacji w ramach rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Treść postanowienia art. 29 dyrektywy nie oznacza jednak, że Państwa Członkowskie zostały całkowicie pozbawione możliwości interwencji na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Taka możliwość istnieje jeśli wystąpi konieczność ochrony „interesu publicznego”, a system prywatny stanowi częściową lub całkowitą alternatywę dla systemu publicznego. Podstawę prawną do wspomnianej interwencji stwarzają postanowienia art. 54 ust. 1 dyrektywy w brzmieniu:

„Bez względu na odmienne przepisy, Państwo Członkowskie, w którym dopuszcza się, aby umowy obejmujące ryzyka zaliczane do grupy 2 w A Załącznika do dyrektywy 73/239/EWG służyły jako częściowa lub całkowita alternatywa dla ubezpieczeń zdrowotnych zapewnianych w ramach obowiązkowego systemu ubezpieczeń społecznych, może wymagać, aby umowy te były zgodne ze szczegółowymi przepisami prawa stosowanymi przez zainteresowane Państwo Członkowskie, w celu zapewnienia ochrony interesu publicznego w tej grupie ubezpieczeń (...)”.

Na poziomie dyrektywy wskazano również rodzaje przepisów, które mogą zostać wprowadzone przez ustawodawcę w poszczególnych Państwach Członkowskich, jeśli

poszczególne postanowienia dyrektywy były przedmiotem orzecznictwa ze strony ETS, który zasadniczo rozpatrywał kwestie w obszarze niedostosowania przyjętych przez Państwa Członkowskie rozwiązań legislacyjnych do przepisów dyrektywy.

prywatny system ubezpieczeń stanowi częściową lub całkowitą alternatywę dla systemu publicznego. Należą do nich m.in.:

- konieczność stosowania zasady *open enrolment*;
- konieczność stosowania zasady *community rating*;
- konieczność uczestniczenia w systemie wyrównawczym;
- obowiązek oferowania ustandaryzowanych produktów (polis).

Należy mieć na uwadze, że wprowadzone ograniczenia muszą w takim samym stopniu dotyczyć wszystkich podmiotów funkcjonujących na danym rynku. Zasadniczo, zakazane jest stosowanie jakichkolwiek praktyk o charakterze dyskryminacyjnym.

Wprowadzenie regulacji ograniczających w pewnym stopniu swobodę funkcjonowania rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w oparciu o powołanie się na ochronę interesu publicznego musi mieć charakter konieczny oraz proporcjonalny do zamierzonego przez ustawodawcę celu.

Interpretacja wskazanych powyżej przepisów nie jest jednak jednoznaczna. Po pierwsze, problemy interpretacyjne sprawia występująca w art. 54 dyrektywy definicja „częściowej lub całkowitej alternatywy” do systemu publicznego w kontekście ochrony interesu publicznego.

Pewna wskazówka interpretacyjna pojawiła się przy okazji reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Niderlandach. Zgodnie z interpretacją ówczesnego Komisarza ds. Rynku Wewnętrznego F. Bolkesteina, definicja „częściowej lub całkowitej alternatywy” powinna być rozpatrywana w kontekście zakresu świadczeń oferowanych przez dane ubezpieczenie. Przykładowo, system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych określany jako podstawowy (główny czy substytucyjny) stanowi alternatywę dla systemu publicznego, ponieważ *de facto* zastępuje on system publiczny dla danego grona osób, co oznacza, że zakres oferowanych świadczeń w obu przypadkach jest zasadniczo podobny (pierwszy z rodzajów systemów występował w Niderlandach do 2006 r., drugi jest charakterystyczny dla Niemiec). System ten może zastępować system publiczny częściowo (przykładowo, jeśli oferuje tylko opiekę ambulatoryjną, jak w przypadku Irlandii) lub całkowicie (przykładowo, jeśli oferuje opiekę ambulatoryjną i szpitalną, jak w Niemczech lub Niderlandach do 2006 r.) W powyższym kontekście, za alternatywę dla systemu publicznego nie może być więc uważany system komplementarny lub suplementarny, ponieważ oferują one świadczenia o charakterze dodatkowym do tych oferowanych w ramach systemu publicznego.

Wskazany powyżej kierunek interpretacyjny pozostawia jednak kilka wątpliwości. Przykładowo, jeżeli w ramach systemu publicznego gwarantowany zakres świadczeń jest zdefiniowany w bardzo wąski sposób i występuje konieczność szerokiej partycypacji finansowej pacjenta w pobieranych świadczeniach medycznych na zasadach współpłacenia, pojawia się pytanie, czy w takim przypadku również system ubezpieczeń komplementarnych może stanowić przedmiot regulacji ze strony państwa (z omawianych w opracowaniu państw system rozbudowanych ubezpieczeń komplementarnych charakterystyczny jest przede wszystkim dla Francji).

Pewne problemy interpretacyjne mogą również dotyczyć kwestii, kiedy interwencja państwa ma charakter „konieczny i proporcjonalny” do zamierzonego celu. Ponadto, zarówno na poziomie ustawodawczym jak i doktryny, brak jest jednoznacznej interpretacji, czy wskazane powyżej rodzaje możliwych do zastosowania przez państwo ograniczeń mają charakter

wyczerpujący oraz jaka jest ich relacja do innych regulacji wspólnotowych (przykładowo dotyczących niedozwolonej pomocy państwa czy swobodnego przepływu usług¹¹²).

Mając na uwadze 1) przedstawione powyżej informacje, 2) fakt, że główne postanowienia omawianej dyrektywy odnoszą się do sytuacji z początku lat 90-tych oraz 3) znaczne zmiany w funkcjonowaniu rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w ostatnich kilkunastu latach, można oczekiwać aktywności regulacyjnej UE w tym obszarze. Z drugiej strony należy mieć na uwadze, że pewne wskazówki interpretacyjne mogą również pojawić się w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. W tym ostatnim przypadku konieczne jest jednak uprzednie wystąpienie odpowiedniego stanu faktycznego uzasadniającego wydanie orzeczenia przez ETS.

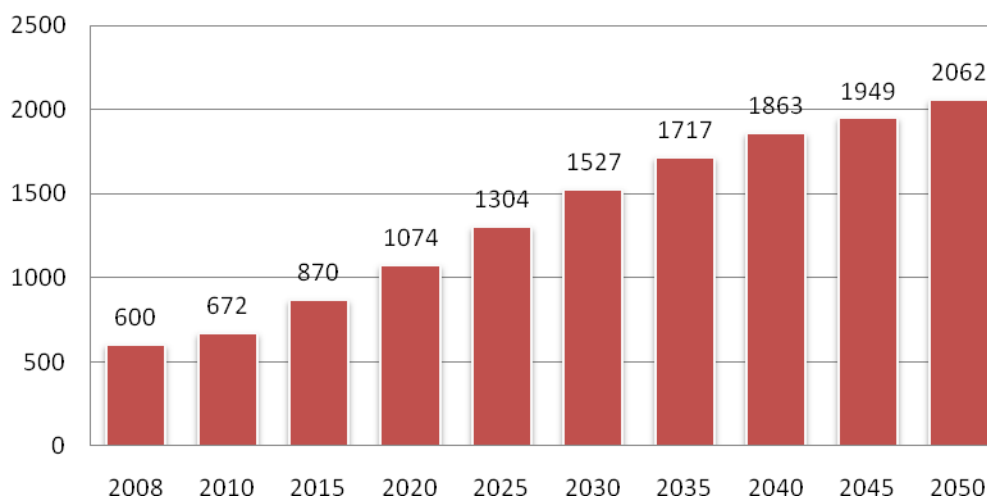
Co ważne, niezależnie od kierunku działań przyjętego na poziomie wspólnotowym, Państwa Członkowskie decydujące się na wprowadzenie ograniczeń w stosunku do działających na rynku podmiotów prywatnych powinny dokonać szczegółowej analizy zgodności poszczególnych rozwiązań z regulacjami wspólnotowymi.

¹¹² Przykładowo, w cytowanej powyżej interpretacji F. Bolkesteina nałożenie na ubezpieczyciela obowiązku świadczenia usług w oparciu o model *in-kind* może być postrzegane jako pośrednia dyskryminacja ubezpieczycieli spoza obszaru Niderlandów, którzy w celu świadczenia usług na rynku będą zmuszeni do zawarcia odpowiednich kontraktów ze świadczeniodawcami.

Załącznik 3. Długookresowa projekcja przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Dla oszacowania wysokości możliwej składki dodatkowej w latach 2009 - 2050, posłużono się przygotowaną przez Komisję Europejską w 2006 roku projekcją wzrostu wydatków na świadczenia medyczne. Projekcja zakłada, że wraz ze wzrostem standardu życia, wydatki na opiekę zdrowotną w krajach UE 10 (w tym również w Polsce) będą zbiegać do poziomu występującego w krajach UE 15 (z uwzględnieniem różnic w strukturze demograficznej ludności). Wykres 7, przedstawia wzrost wysokości składki dodatkowej, wynikający z przyjętych przez Komisję Europejską założeń dotyczących zwiększenia poziomu dochodów w Polsce i związanego z tym wzrostu skłonności do ponoszenia wydatków na świadczenia medyczne na osobę danej płci i wieku. Założono, że wyjściowy, określony dla 2008 roku, poziom przeciętnej stawki dodatkowej wynosi 600 PLN rocznie.

Wykres 7. Prognozowana wysokość składki dodatkowej w cenach stałych z 2008 roku (w PLN rocznie).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie sporządzonej przez Komisję Europejską projekcji wzrostu wydatków na świadczenia medyczne w scenariuszu tzw. konwergencji kosztowej oraz wyjściowego poziomu składki podstawowej na 2008 rok w wysokości 600 PLN rocznie.

Drugim, istotnym czynnikiem wpływającym na wielkość przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w zaproponowanym systemie, jest wysokość stawek przekazywanych prywatnym ubezpieczycielom za każdą ubezpieczoną osobę. Zgodnie z proponowanym w niniejszym raporcie rozwiązaniem, kwota stawki kapitacyjnej ustalana jest automatycznie na podstawie danych o kosztach świadczeń medycznych, stanowiących prawie 90 proc. ogółu kosztów NFZ (por. podrozdział konstrukcja systemu). Głównym czynnikiem decydującym o wysokości kosztów NFZ jest z kolei wysokość przychodów funduszu¹¹³, których zdecydowaną większość (prawie 96 proc.) stanowią przychody ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

¹¹³ Zgodnie z ustawą o NFZ, plan funduszu musi być zrównoważony pod względem przychodów i kosztów.

Dla oszacowania wzrostu przeciętnej wysokości stawki kapitacyjnej w latach 2009 – 2050, wykorzystano wskaźniki przypadającego na jednego ubezpieczonego wzrostu przychodów ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, wyliczone na podstawie założeń demograficznych i makroekonomicznych stosowanych przez Komisję Europejską. W przeciwieństwie do większości składek na ubezpieczenie społeczne, składka zdrowotna opłacana jest zarówno przez osoby w wieku produkcyjnym¹¹⁴ jak i poprodukcyjnym.¹¹⁵ Dla określenia wpływu starzenia się ludności na wysokość przychodów ze składek zdrowotnych w latach 2009-2050 zasadnicze znaczenie ma jednak jedynie potencjalna zmiana liczby pracujących. Wynika to z faktu, że formuła emerytalna w nowym systemie emerytalnym została określona w sposób zapewniający automatyczne dostosowanie wysokości nowoprzyznawanych świadczeń do zmieniającej się sytuacji demograficznej.¹¹⁶ W rezultacie, mimo wzrostu liczby emerytów, począwszy od 2014 r. wysokość emerytur, a co za tym idzie opłacanych od nich składek na ubezpieczenie zdrowotne, pozostanie mniej więcej stała w relacji do PKB.

Zgodnie z założeniami Komisji Europejskiej wpływ sytuacji demograficznej na wielkość zatrudnienia zostanie natomiast zrekompensowany dzięki prognozowanej poprawie wskaźników aktywności zawodowej oraz spadkowi stóp bezrobocia w poszczególnych grupach wiekowych. W efekcie, mimo niekorzystnych procesów demograficznych, do 2050 roku łączna wysokość przychodów ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne pozostanie mniej więcej stała w relacji do PKB, a w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego można oczekiwać jej umiarkowanego wzrostu. Prognozowaną w cenach z 2008 roku wysokość stawki kapitacyjnej przedstawia **Wykres 8**.

Zsumowana wysokość przedstawionych kwot przeciętnych stawek kapitacyjnych oraz składek dodatkowych daje przeciętną wysokość przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego. Całkowite przychody sektora, oszacowane przy założeniu, że liczba klientów prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych wynosi niecałe 5,8 mln (15% ogółu ubezpieczonych w 2008 roku), przedstawia Tabela 19.

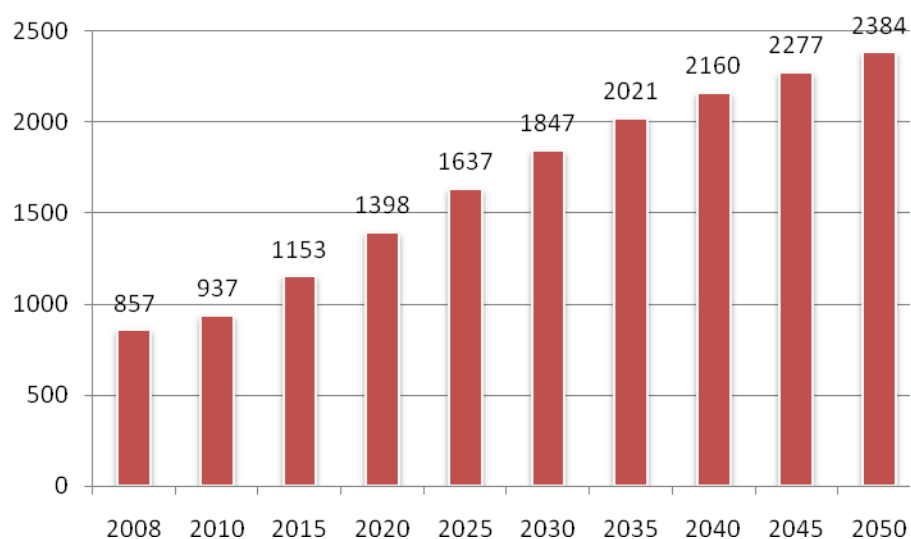
¹¹⁴ W tym głównie osoby pracujące poza rolnictwem, dla których podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne jest wysokość wynagrodzenia.

¹¹⁵ W tym głównie emerytów, dla których podstawą wymiaru jest wysokość pobieranego świadczenia.

¹¹⁶ Mechanizmami pozwalającymi na automatyczne dostosowanie wysokości nowoprzyznawanych emerytur do sytuacji demograficznej, w nowym systemie emerytalnym są:

- 1) uzależnienie wysokości emerytury od oczekiwanej długości życia osób w wieku równym wiekowi przechodzącego na emeryturę ubezpieczonego, co przy zakładanym wydłużeniu długości trwania życia spowoduje obniżenie wysokości miesięcznych wypłat emerytalnych,
- 2) waloryzowanie zgromadzonego w I filarze kapitału emerytalnego za pomocą wskaźnika uwzględniającego wysokość wzrostu sumy przypisu składek na ubezpieczenie emerytalne, co sprawia, że wysokość emerytur z I filara będzie uzależniona od liczby osób opłacających bieżące składki na ubezpieczenie emerytalne oraz wysokości wynagrodzenia objętego ubezpieczeniem emerytalnym.

Wykres 8. Prognozowana wysokość przeciętnej stawki kapitałowej w cenach stałych z 2008 roku (w PLN rocznie).



Źródło: obliczenia własne na podstawie założeń demograficznych i makroekonomicznych Komisji Europejskiej.

Jak widać w tabeli, w latach 2008-2050 realna wysokość przychodów sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może ulec potrojeniu. Prognozowany wzrost rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wynika przede wszystkim ze wzrostu PKB (wpływającego na zwiększenie przeciętnej wysokości stawki kapitałowej) oraz związanej z tym skłonności do ponoszenia wydatków na opiekę zdrowotną (pozwalającej na podniesienie wysokości składki dodatkowej). Przedstawione powyżej prognozy przychodów z pobieranych przez prywatnych ubezpieczycieli składek dodatkowych uwzględniają również wpływ przemian demograficznych, prowadzących do wzrostu przeciętnego wieku ubezpieczonych, a co za tym idzie zwiększenie przeciętnej wysokości uzależnionych od wieku składek.

Skutkiem wynikających z procesu starzenia się ludności zmian w strukturze klientów prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, może być jednak także zwiększenie przeciętnej wysokości ponoszonych przez nie kosztów świadczeń medycznych. Wykres 9 przedstawia prognozę wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych odpowiadającą sporządzonej przez Komisję Europejską projekcji wzrostu wydatków na świadczenia medyczne według scenariusza tzw. czystej projekcji demograficznej. Zakłada on, że koszty świadczeń zdrowotnych w przeliczeniu na osobę danej płci i wieku pozostają niezmiennie w relacji do PKB. Sporządzoną na podstawie tego scenariusza projekcję wpływu procesów demograficznych na wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych, można uznać za pesymistyczną. Nie uwzględnia on bowiem faktu, że o obecnej wysokości wydatków ponoszonych na osoby starsze, decydują w znacznym stopniu wydatki na osoby w ostatnich latach życia, których liczba w poszczególnych kohortach wiekowych będzie spadać wraz z wydłużaniem oczekiwanej długości trwania życia.

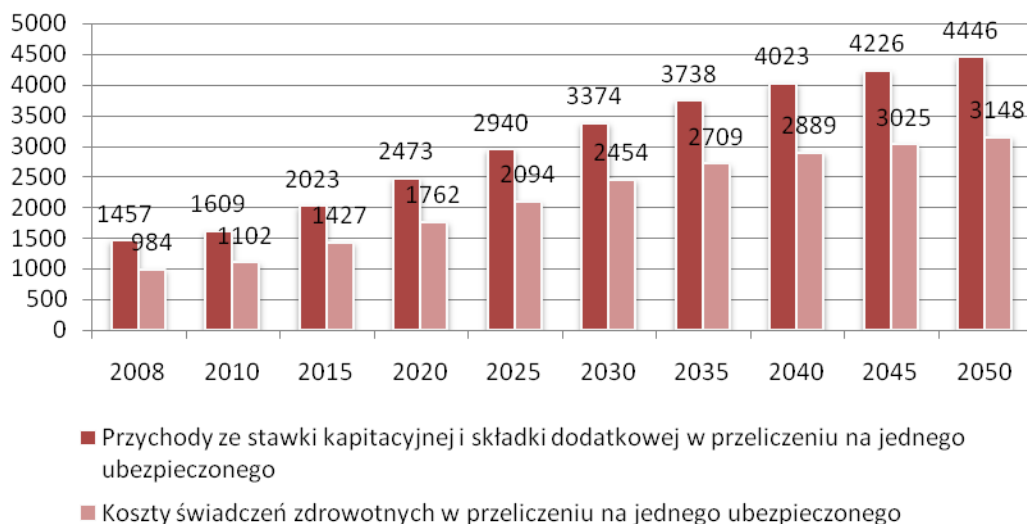
Mimo to, Wykres 9 wskazuje, że przewidywany w latach 2009 – 2050 wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych jest niższy od oczekiwanego wzrostu przychodów ubezpieczycieli prywatnych. **Oznacza to, że starzenie się ludności i związany z tym wzrost kosztów świadczeń medycznych nie spowodują spadku rentowności sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.**

Tabela 19. Symulacja wysokości przychodów sektora ubezpieczeń zdrowotnych w latach 2008-2050 w cenach z 2008 roku (w mld PLN)¹¹⁷.

	Przychody łącznie	Przychody ze środków publicznych	Przychody ze składek dodatkowych
2008	8,4	4,9	3,5
2010	9,3	5,4	3,9
2015	11,7	6,6	5,0
2020	14,3	8,1	6,2
2025	16,9	9,4	7,5
2030	19,4	10,6	8,8
2035	21,5	11,7	9,9
2040	23,2	12,4	10,7
2045	24,4	13,1	11,2
2050	25,6	13,7	11,9

Źródło: obliczenia własne, na podstawie szacunków przedstawionych na wykresach 6 i 7. Założono, że liczba klientów prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych wynosi 5,8 mln (15% ogółu ubezpieczonych w 2008 roku).

Wykres 9. Prognozowany wzrost przychodów prywatnych ubezpieczycieli oraz kosztów świadczeń zdrowotnych (wg stawek NFZ) w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego w cenach stałych z 2008 roku.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z wykresów 6 i 7 oraz sporządzonej przez Komisję Europejską projekcji wzrostu wydatków na świadczenia medyczne w scenariuszu tzw. czystej projekcji demograficznej.

¹¹⁷ Kwoty w poszczególnych wierszach mogą nie sumować się ze względu na zaokrąglenia.

Załącznik 4. Przychody i koszty Narodowego Funduszu Zdrowia

Plan finansowy NFZ na 2007 rok (po zmianach z dnia 10 października 2007 roku)¹¹⁸.

W mld PLN	
Przychody łącznie	42 422 536
Składka należna brutto równa przypisowi składki	41 628 934
Przychody ze składek z lat ubiegłych	200 000
Inne przychody z działalności (głównie dotacje)	63 542
Przychody finansowe	97 000
Pozostałe przychody	433 060
Koszty łącznie	43 131 481
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	387 849
Koszty poboru składki	74 803
Koszty świadczeń zdrowotnych	41 514 568
<i>w tym wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń</i>	<i>4 487 173</i>
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	21 511
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	207 525
Koszty administracyjne	453 785
Koszty finansowe	47 020
Pozostałe koszty	424 420

Źródło: NFZ 2007 (plan).

¹¹⁸ Bez przychodów i kosztów związanych z realizacją zadań zespołów ratownictwa medycznego w wysokości 1,1 mld PLN.