

Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Dorota M. Fal

Doradca Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń


Konferencja Polskiej Izby Ubezpieczeń

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne - efektywny system na tle doświadczeń europejskich

Warszawa, 17 maja 2013r.

Otoczenie prawne systemu opieki zdrowotnej

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej




Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.



Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego (wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r.)

nie przesądza, który model organizacyjno-prawny systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinien zostać wprowadzony w przyszłości. Powinien być on jednak oparty na równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych.



Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne - definicja

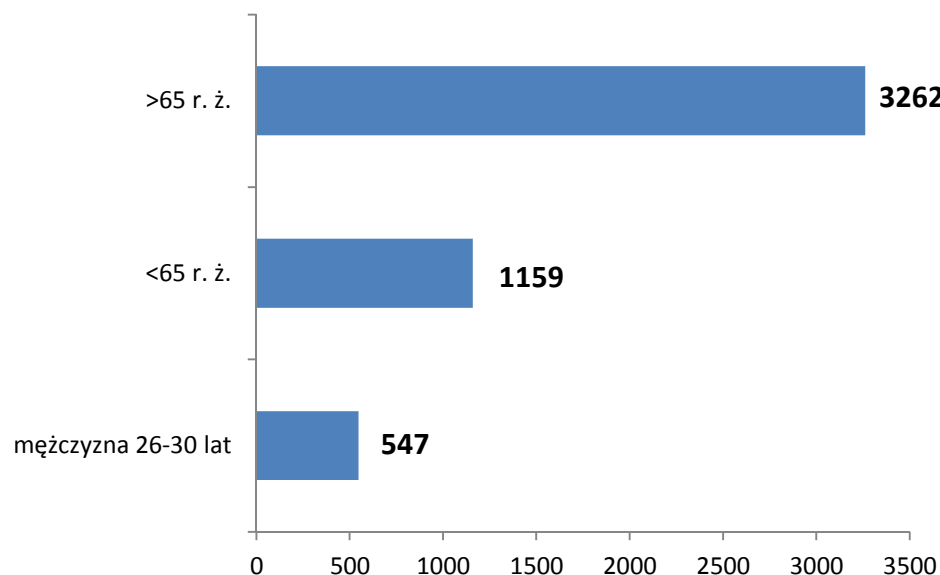
Ubezpieczenie obejmujące finansowanie lub zapewnienie przez zakład ubezpieczeń, świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego, związanych z profilaktyką lub terapią następstw wypadku lub choroby.

Korzystanie z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie narusza praw i obowiązków świadczeniobiorców wynikających z przepisów o powszechnych świadczeniach zdrowotnych, w szczególności dotyczące obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz korzystania w ramach tego ubezpieczenia ze świadczeń gwarantowanych.

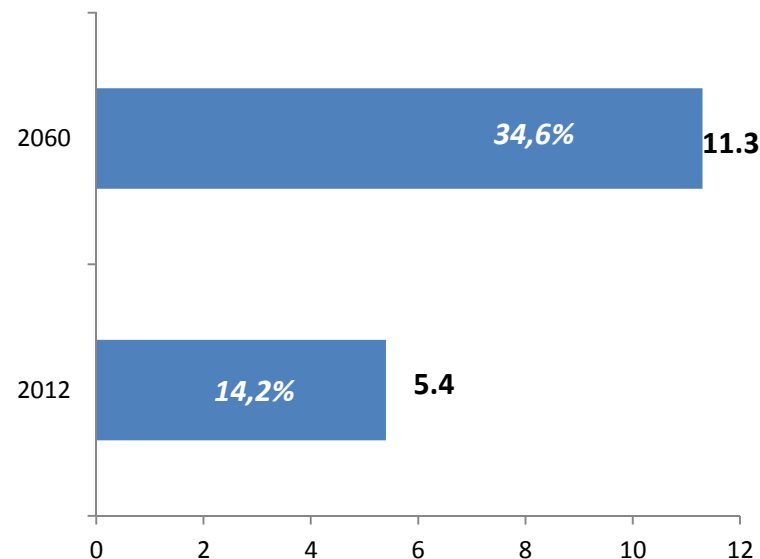
Źródło: Raport pt. „Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski”, Polska Izba Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young

Wpływ demografii na obecny system ochrony zdrowia

Średni koszt leczenia w 2010 r. (PLN)



Liczba osób w Polsce po 65 r. ż. (w mln)



Źródło: NFZ, GUS, Eurostat

Gorszy dostęp do świadczeń?

Wyższa składka obowiązkowa?

Wzrost nakładów prywatnych?

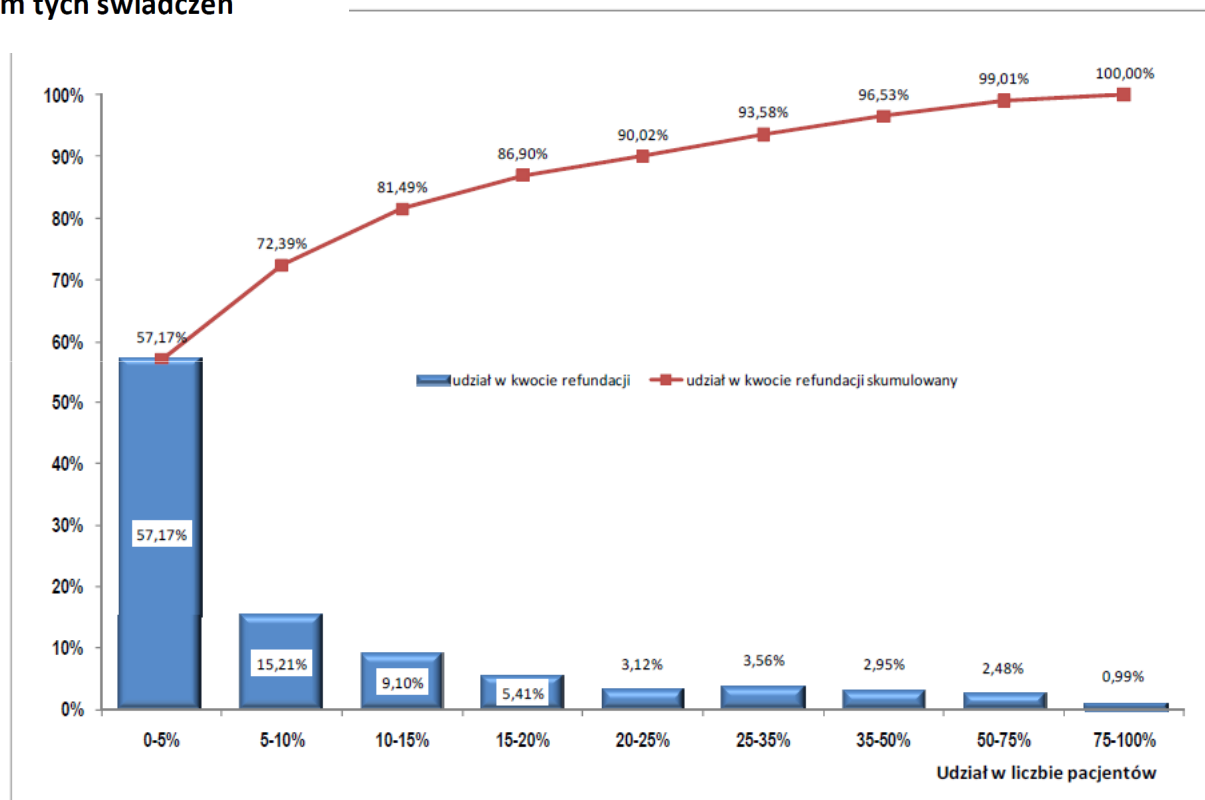
Ograniczenie koszyka?

Spadek jakości usług?

W kontekście zmian demograficznych architektura systemu musi ulec zasadniczym zmianom.

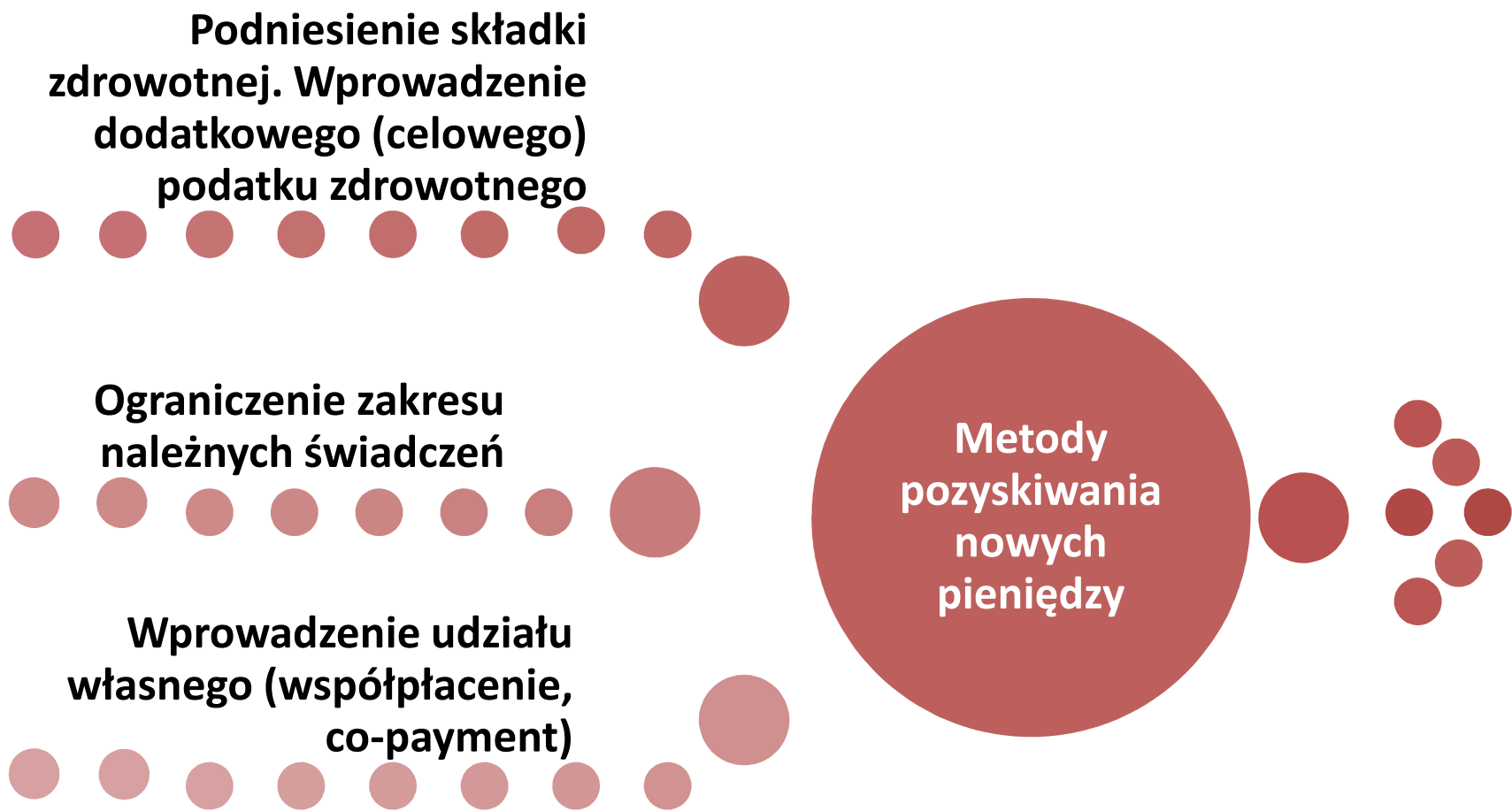
Udział w środkach NFZ

Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń



Wykres 1.1 - Udział w wydatkach NFZ na leczenie odniesiony do udziału w populacji pacjentów

5% ubezpieczonych konsumuje 57% środków
70% ubezpieczonych w ogóle korzysta ze świadczeń



Prywatne

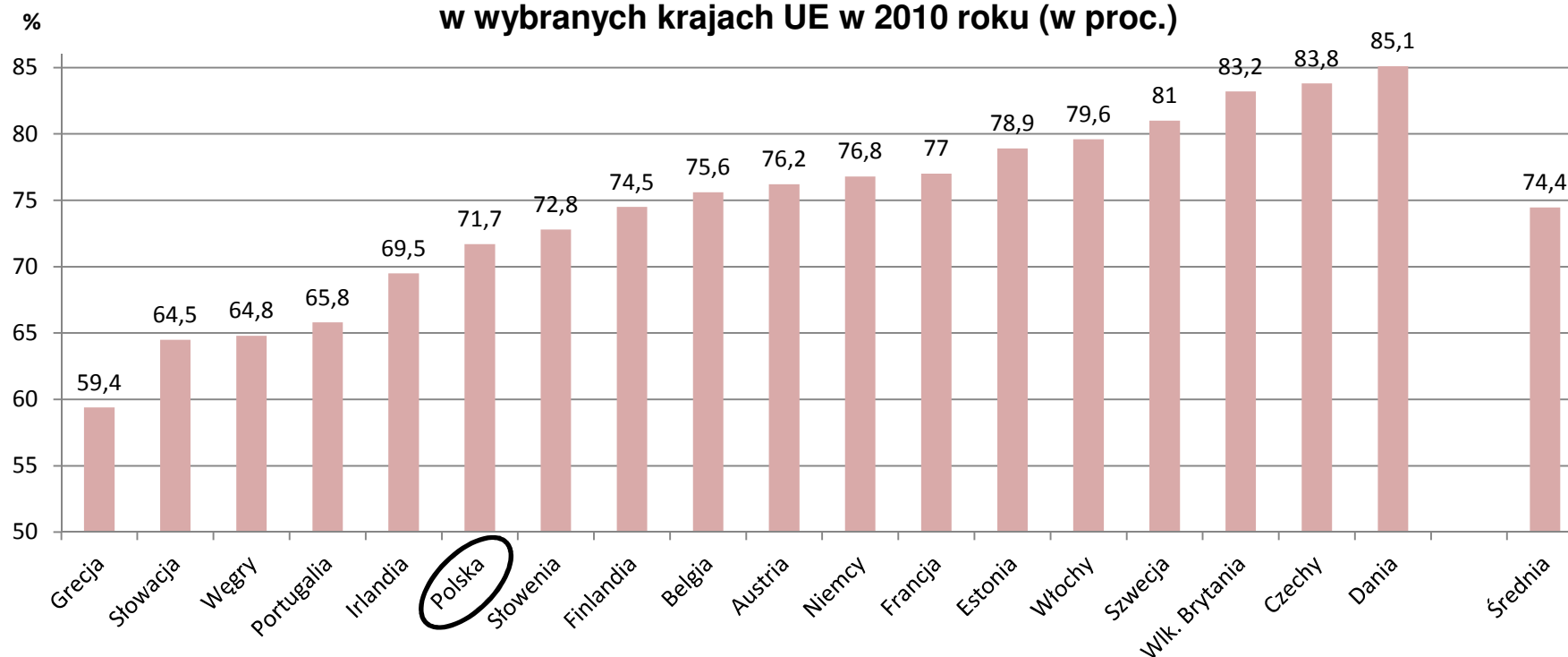
Rodzaj ubezpieczenia	Funkcje (co zapewnia)	Relacja w stosunku do zabezpieczenia bazowego
Suplementarne	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Szerszy dostęp do świadczeniodawców ➤ Szybszy dostęp do świadczeń ➤ Wyższa jakość świadczenia 	„obok”
Komplementarne	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dostęp do świadczeń nie objętych systemem bazowym ➤ Ubezpieczenia od współpłacenia 	„ponad”
Substytucyjne	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oferowane osobom wyłączonej z zabezpieczenia bazowego oraz tym, które mogą z niego zrezygnować 	„zamiast”
Bazowe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obowiązkowe prywatne ubezpieczenie bazowe ➤ Podstawowa droga „dostępu” do świadczeń zdrowotnych 	„wyłącznieść”

Źródło: Raport pt. „Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski”, Polska Izba Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young

Finansowanie wydatków na ochronę zdrowie w krajach UE

- ▶ Systemy ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej oparte są na finansowaniu ze źródeł publicznych.
- ▶ Presja na wzrost wydatków dotyczyć więc będzie głównie sektora publicznego.

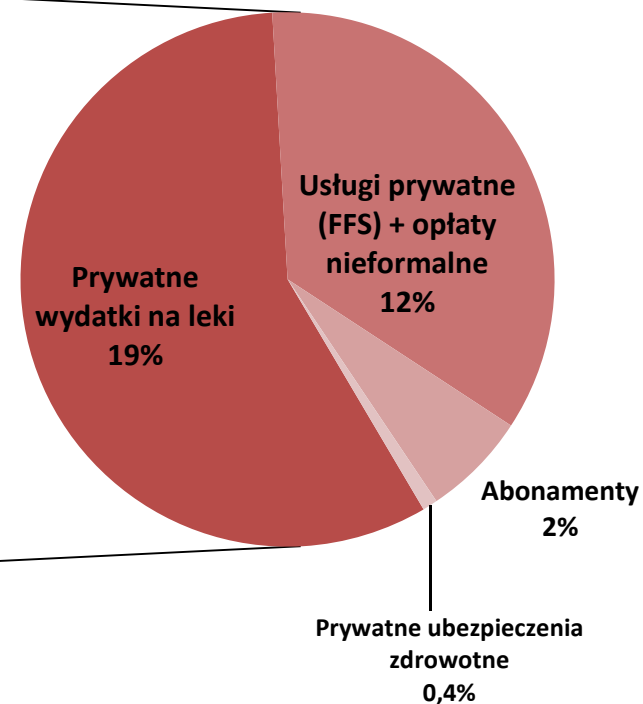
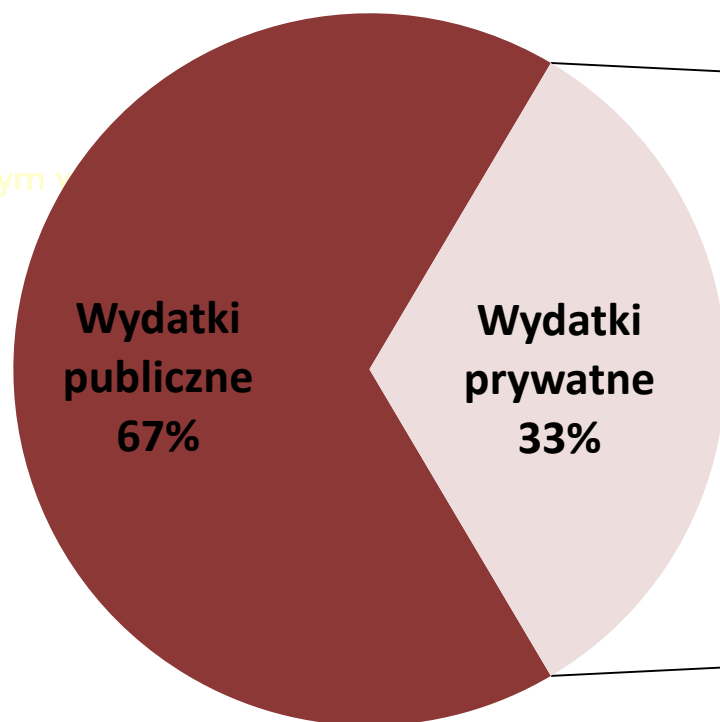
Udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem w wybranych krajach UE w 2010 roku (w proc.)



Źródło: GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 r. [za:] dane OECD

Wydatki na zdrowie w Polsce w 2011

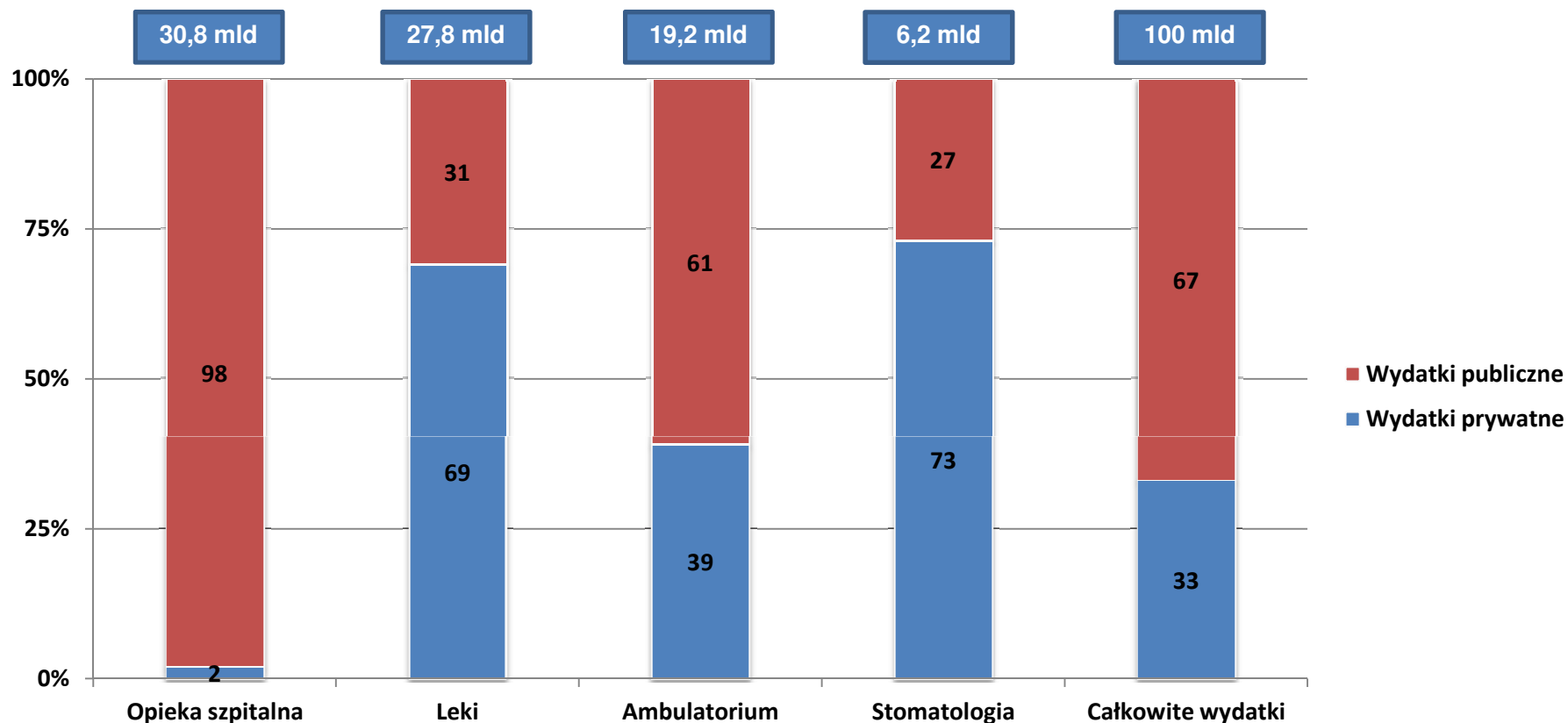
W tym



- Pojedynczy płatnik - NFZ
- Powszechne ubezpieczenie zdrowotne : 9% wynagrodzenia (7,75% wolne od podatku)
- Opieka szpitalna głównie publiczna
- Całkowite wydatki na zdrowie - ok. 7,3% PKB
- Wydatki prywatne – ok. 90% „bezpośrednich”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PIU, Sequence

Wydatki prywatne i publiczne w systemie ochrony zdrowia



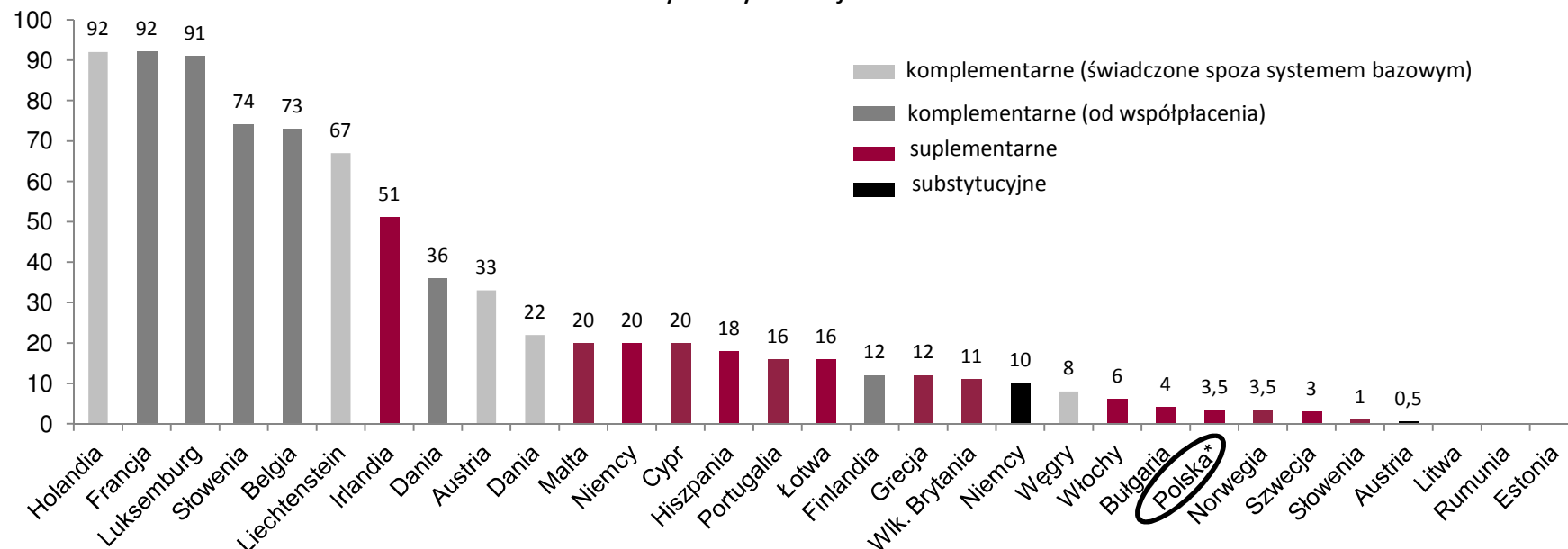
Ponad jedna trzecia wszystkich wydatków to wydatki prywatne, czyli głównie świadczenia ambulatoryjne i leki.

Źródło: PIU, Sequence Przeznaczenie środków prywatnych i publicznych w 2010 w Polsce

Wykorzystanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

- ▶ Efektem barier regulacyjnych uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest także niska stopa partycypacji w tych ubezpieczeniach.
- ▶ W wielu krajach europejskich dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęta jest znaczna część społeczeństwa.

Udział populacji (w proc.) posiadający dany typ dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w wybranych krajach w 2008 r.



Źródło: Komisja Europejska.

* W przypadku Polski uwzględniono także abonamenty medyczne

Koszyk świadczeń gwarantowanych



Ubezpieczony pacjent ma prawo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z zakresu:

- Programów zdrowotnych
- Świadczeń wyskoscjonalistycznych oraz warunków ich realizacji
- Opieki paliatywnej i hospicyjnej
- Ratownictwa medycznego
- Zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze
- Lecznictwa uzdrowiskowego
- Lecznictwa stomatologicznego
- Świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- Rehabilitacji leczniczej
- Opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- Podstawowej opieki zdrowotnej
- Leczenia szpitalnego
- Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

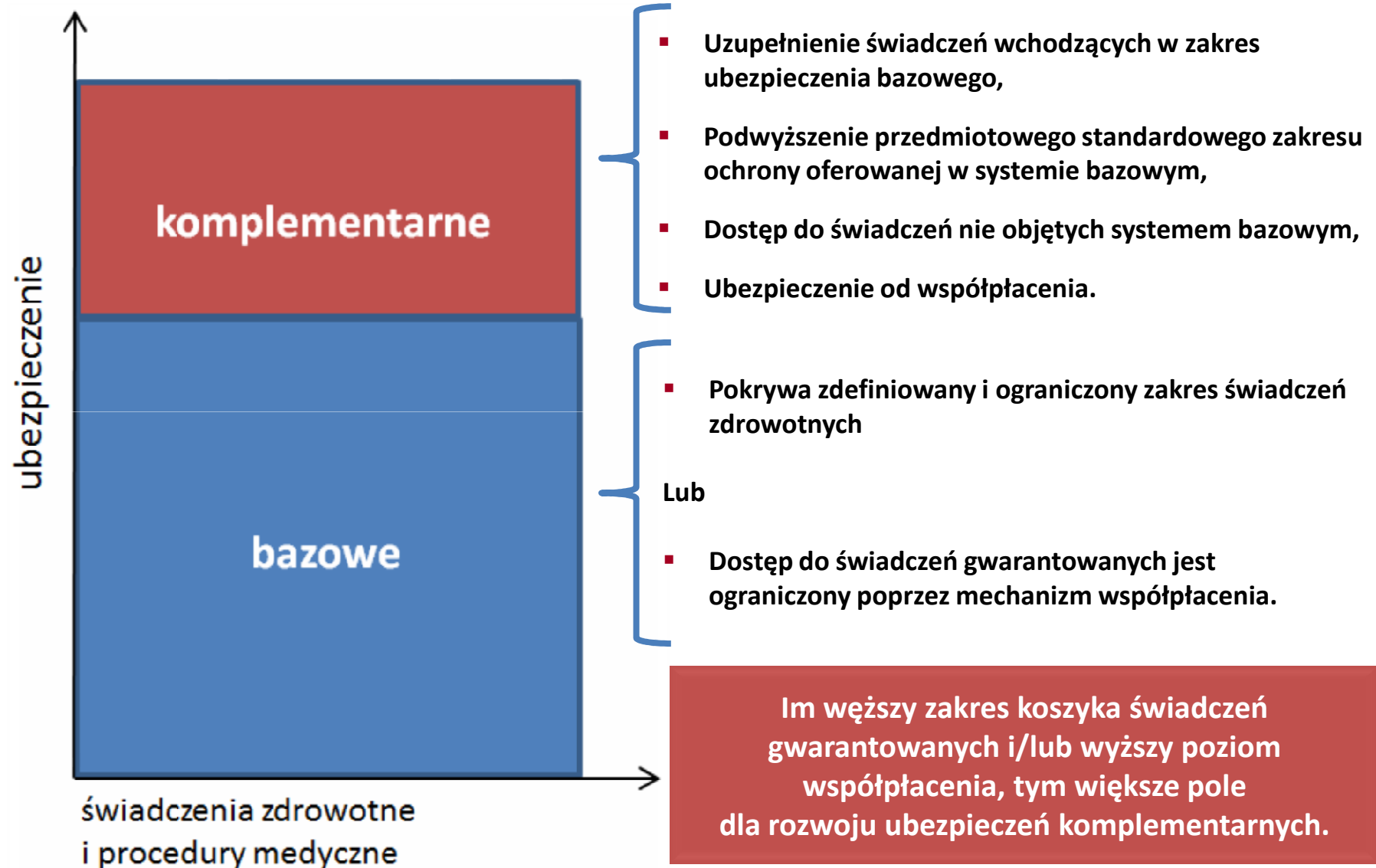


Procedury nie ujęte w koszyku

Rozłożenie ryzyka na całość populacji

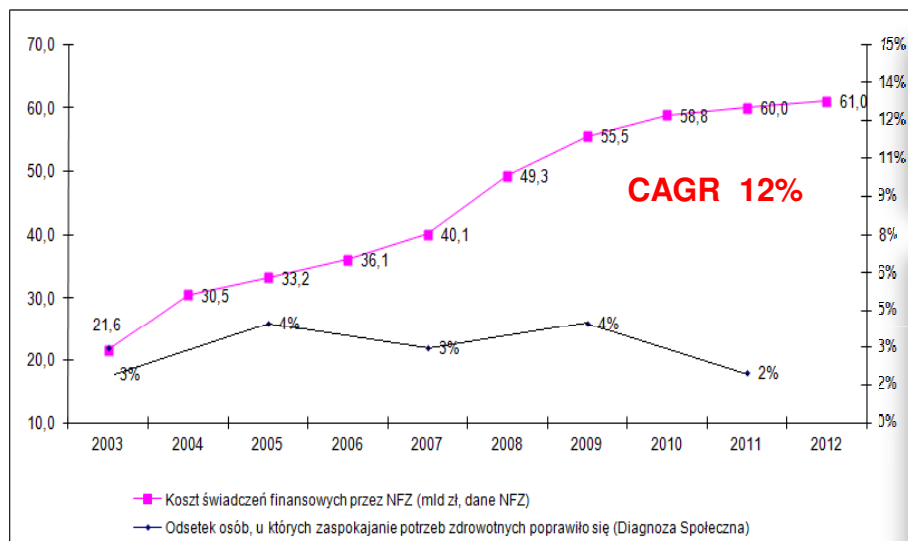
Eksperti od dawna wskazują na konieczność, że dla stabilności systemu niezbędne jest urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych.

Ubezpieczenia komplementarne



Rosnący budżet NFZ nie przekłada się na zadowolenie pacjentów

Wydatki publiczne



Powody rosnących przychodów publicznych:

- Wzrost PKB
- Wyższe wpływy
- Lepsza ściągalność składki
- Rosnące wynagrodzenia

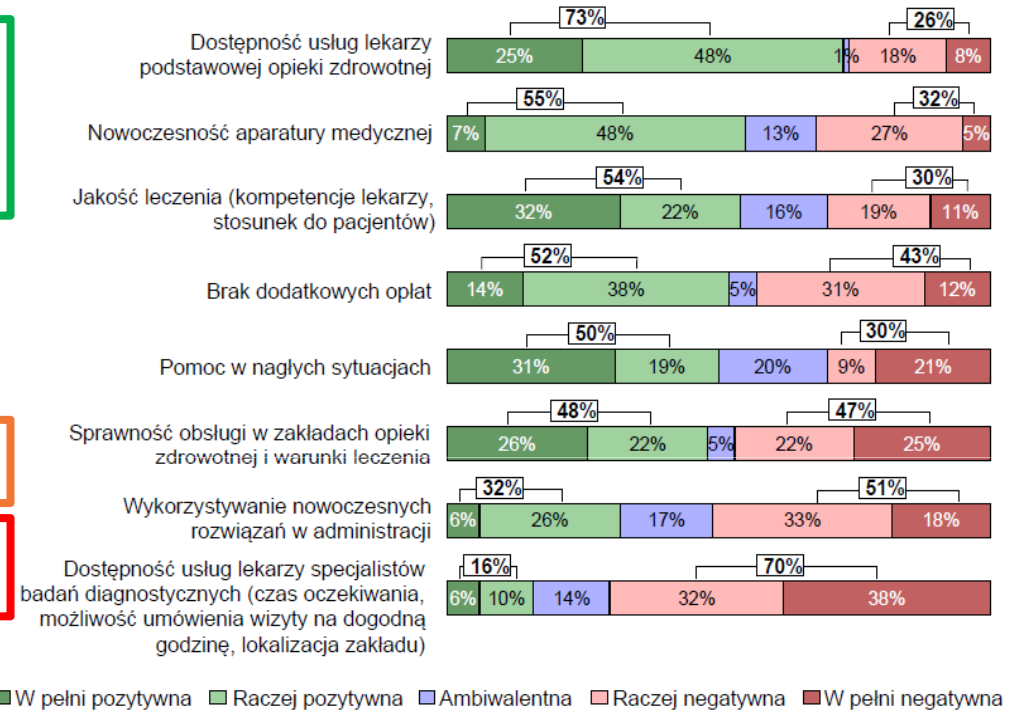
Według sondażu CBOS z marca 2012 78% Polaków nie jest zadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej.

Ocena funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej wg CBOS 2012

SLABE I MOCNE STRONY SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ*



RYS. 2. OCENY FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ*



73% respondentów dobrze ocenił dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu, a jednocześnie 70% negatywnie ocenił dostęp do lekarzy specjalistów.

* Na podstawie średniej arytmetycznej na skali od -1 do +1, na której wartości ujemne oznaczają ocenę negatywną, a wartości dodatnie – ocenę pozytywną; „trudno powiedzieć” zrekodowano na wartość środkową (0); do obliczenia wartości wskaźników złożonych wykorzystano metodę uśrednionych indeksów

* Dla wskaźników złożonych – jakość leczenia (kompetencje lekarzy, stosunek do pacjentów), pomoc w nagłych sytuacjach, sprawność obsługi w zakładach opieki zdrowotnej i warunki leczenia, dostępność usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych (czas oczekiwania, dogodna godzina, lokalizacja zakładu) – ocena „raczej pozytywna” oznacza przewagę odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” nad „zdecydowanie nie” i „raczej nie”, ocena „raczej negatywna” – przewagę odpowiedzi „zdecydowanie nie” i „raczej nie” nad „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, ocena „w pełni pozytywna” – uzyskanie wyłącznie odpowiedzi twierdzących, ocena „w pełni negatywna” – uzyskanie wyłącznie odpowiedzi przeczących, a ocena ambiwalentna – odpowiedzi twierdzące i przeczące się równoważą; dla pozostałych wskaźników (prosty) za ocenę ambiwalentną uznawano odpowiedź „trudno powiedzieć”

Źródło: CBOS „Opinia o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej”, marzec 2012r.

Czy istnieje rozwiązanie, które może pomóc w rozwiązaniu tego problemu?

Strategia Zdrowia



Reforma systemu leczenia 2012-2015



Źródło: „Reforma NFZ” Ministerstwo Zdrowia

Efektywny system DUZ z myślą o pacjentach i rynku ochrony zdrowia



Narzędzia mogące wpłynąć na zapewnienie powszechności systemu

Powszechność systemu Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych będzie możliwa po spełnieniu pakietu wybranych warunków:

Wsparcie rozwiązań o charakterze grupowej kalkulacji ryzyka w celu uniemożliwienia wykluczenia określonych grup, np. osób starszych, chorych.

Ograniczenie różnicowania wysokości składki pomiędzy ubezpieczonymi, stworzenie mechanizmu wyrównania ryzyka dla ubezpieczycieli.

Wprowadzenie zachęt do przedłużania umów ubezpieczeniowych, co sprzyjałoby wprowadzaniu przez ubezpieczycieli elementów koordynowanej opieki zdrowotnej.

Umożliwienie pracodawcom finansowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Dodatkowe zachęty podatkowe dla osób kupujących dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Koordynowana opieka medyczna

Kompleksowa oferta ubezpieczeniowa, zwracająca szczególną uwagę na profilaktykę i promowanie zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów.



Klienci/pacjenci, oprócz szybszego kontaktu z lekarzem, otrzymują możliwość skorzystania z np. porad dietetycznych, terapii psychologicznych, przygotowanego dla nich planu ćwiczeń fizycznych.

Skoordynowany proces leczenia na wszystkich jego poziomach.



Takie podejście wpłynie na poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a nie leczenie pojedynczych schorzeń. Dzięki temu system wypracuje oszczędności, a dodatkowe środki finansowe będą mogły zostać wykorzystane na realizację dodatkowych procedur medycznych.



Obecny system vs. cele DUZ



Tak jest:

- 1. Kolejki do świadczeń,**
- 2. Dyskryminacja mniej zamożnych,**
- 3. Brak kompleksowej i zintegrowanej opieki.**



Tak może być:

- 1. Powszechność systemu dodatkowego,**
- 2. Kompleksowość systemu,**
- 3. Transparentność systemu,**
- 4. Wybór i konkurencja.**

Dziękuję za uwagę!

d.fal@piu.org.pl