



Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski

Maj 2013

Raport powstał we współpracy Polskiej Izby Ubezpieczeń z Ernst&Young.

Jest chroniony prawami autorskimi. Prawo do korzystania

z raportu mają wyłącznie podmioty do tego uprawnione.

Żadna część opracowania nie może być kopiowana bądź

wykorzystywana przez jakąkolwiek osobę trzecią,

w tym w szczególności do celów komercyjnych

bez uzyskania pisemnej zgody Polskiej Izby Ubezpieczeń.

W przypadku cytowania fragmentów raportu należy

wskazać źródło (autora, tytuł, instytucję).

Polska Izba Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności

za jakiegokolwiek ewentualne decyzje i ich skutki, jakie zostaną

podjęte na podstawie niniejszego raportu.

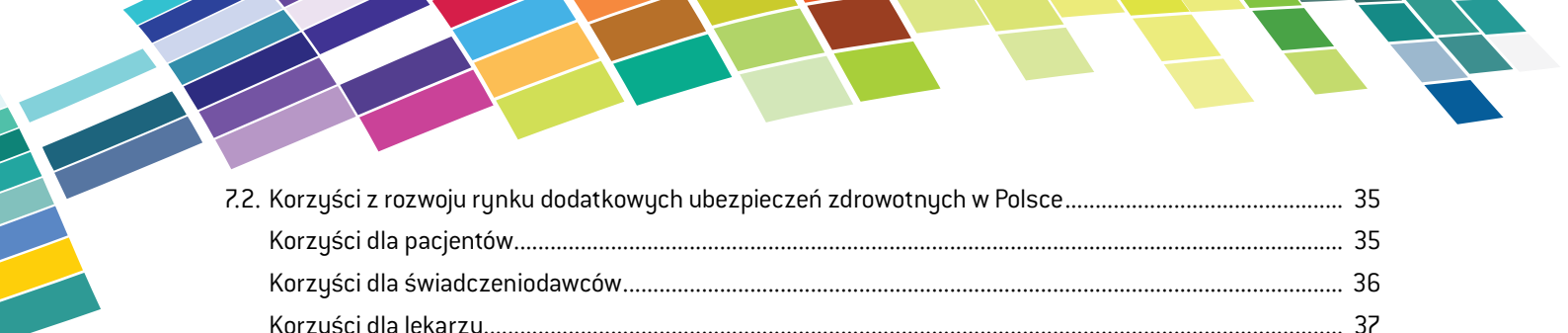
**Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych
we współczesnych systemach ochrony zdrowia –
analiza i rekomendacje dla Polski**

Maj 2013



Spis treści

1. Wprowadzenie.....	5
2. Determinanty popytu na świadczenia ochrony zdrowia.....	6
2.1. Czynniki demograficzny	6
2.2. Czynniki dochodowy	7
2.3. Czynniki technologiczny.....	9
2.4. Wnioski dla Polski.....	9
3. Analiza możliwości zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych	10
3.1. Możliwości finansowania rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne ze źródeł publicznych	10
3.2. Alternatywne źródła finansowania rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne	11
4. Definicje, systematyka oraz funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.....	14
4.1. Definicja dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.....	14
4.2. Systematyka i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.....	14
Ubezpieczenia suplementarne	15
Ubezpieczenia komplementarne	15
Ubezpieczenia substytucyjne	15
Ubezpieczenia bazowe	15
5. Uwarunkowania rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych	17
5.1. Zakres i jakość świadczeń w systemie bazowym a rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych	17
Ubezpieczenia suplementarne	17
Ubezpieczenia komplementarne	19
5.2. Uwarunkowania regulacyjne.....	19
6. Rozwiązania prawne wpływające na upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych	22
6.1. Informacje wstępne	22
6.2. Zakaz wykluczania z rynku poszczególnych osób	23
6.3. Obowiązek przedłużania umów ubezpieczeniowych	23
6.4. Zakaz różnicowania wysokości składki pomiędzy ubezpieczonymi.....	23
6.5. Zachęty fiskalne.....	24
6.6. Rozdzielność podmiotowa ubezpieczyciela i świadczeniodawcy a zintegrowanie tych funkcji	27
6.7. Szeroki zakres dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz koordynowana opieka zdrowotna	29
7. Prognoza rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce i jego potencjalne skutki	31
7.1. Prognoza rozwoju rynku do 2016 r.	31



7.2. Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.....	35
Korzyści dla pacjentów.....	35
Korzyści dla świadczeniodawców.....	36
Korzyści dla lekarzy.....	37
Korzyści dla pracodawców.....	37
7.3. Mity dotyczące dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych	37
„Wypchnięcie” najbiedniejszych pacjentów na koniec kolejki w systemie bazowym.....	38
Korzystanie z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wyłącznie przez zamożnych pacjentów	38
„Ucieczka” lekarzy z publicznego sektora do prywatnego	39
Wzrost cen świadczeń zdrowotnych	39
8. Podsumowanie i rekomendacje.....	40
9. Wykaz źródeł.....	43

1. WPROWADZENIE

Praktycznie we wszystkich krajach toczy się obecnie dyskusja na temat tego, jak sprostać rosnącym potrzebom społeczeństw w zakresie ochrony zdrowia. Wydłużenie czasu życia ludzi, rozprzestrzenianie się chorób cywilizacyjnych, postęp zwiększający koszty stosowanych technologii i metod leczenia, to główne czynniki wywierające presję na wzrost wydatków na ochronę zdrowia.

W większości krajów UE systemy ochrony zdrowia bazują na finansowaniu ze źródeł publicznych. Funkcjonuje w nich również uzupełniający rynek prywatnego finansowania ochrony zdrowia, oparty na dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Niestety w Polsce, m.in. w wyniku istniejących barier regulacyjnych, rynek tych ubezpieczeń nie mógł jak dotąd skutecznie się rozwinąć. W efekcie większość Polaków uzależniona jest od opieki medycznej oferowanej wyłącznie w systemie bazowym lub od jednorazowych wydatków bezpośrednich, które ze względu na swoją specyfikę, nie są efektywnym kosztowo mechanizmem finansowania świadczeń.

Głównym celem niniejszego opracowania jest wskazanie korzyści płynących z upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz, w oparciu o przegląd doświadczeń międzynarodowych, zaproponowanie rozwiązań mających na celu upowszechnienie tych ubezpieczeń w Polsce. W szczególności wskazano, jak proponowane rozwiązania będą oddziaływać na główne podmioty tworzące rynek ochrony zdrowia w Polsce: pacjentów, świadczeniodawców, lekarzy oraz pracodawców.

W rozdziale 2 omówiono trzy główne czynniki powodujące wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej w krajach UE: (1) zmiany demograficzne, (2) rosnącą zamożność mieszkańców oraz (3) rozwój technologii i wiedzy medycznej.

W rozdziale 3 wskazano, że ze względu na trudną sytuację gospodarczą oraz fiskalną, rosnące potrzeby zdrowotne w Polsce nie będą mogły być w satysfakcjonujący sposób zaspokajane w systemie publicznym. Jednocześnie pokazano, że w wielu krajach skutecznym uzupełnieniem systemu bazowego są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

W rozdziale 4 zdefiniowano dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, dokonano ich systematyki oraz opisano funkcje, które pełnią one w systemach ochrony zdrowia.

W rozdziale 5 zidentyfikowano główne bariery i determinanty rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach. Wskazano też, że rozwój tych ubezpieczeń w Polsce hamowany jest głównie przez istniejące bariery regulacyjne.

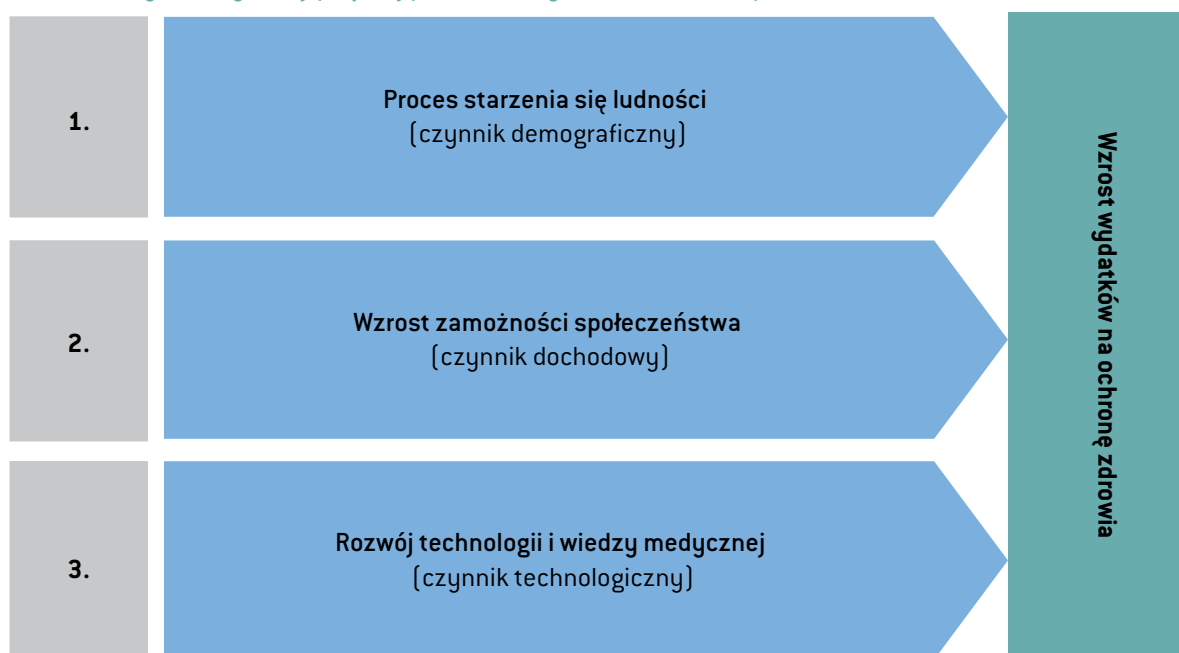
W rozdziale 6, na podstawie doświadczeń międzynarodowych, zaprezentowano możliwe rozwiązania prawne ułatwiające upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, tak aby przyjęły one masowy charakter i skutecznie wspierały system bazowy.

W rozdziale 7 przedstawiono prognozę dotyczącą rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonentów w Polsce w perspektywie 2016 r. Wskazano też, że rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zmieni nie tylko strukturę wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, ale także spowoduje ich łączny wzrost. W rozdziale tym określono także głównych beneficjentów rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz podjęto próbę podważenia wybranych mitów związanych z rozwojem tych ubezpieczeń.

2. DETERMINANTY POPYTU NA ŚWIADCZENIA OCHRONY ZDROWIA

Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w krajach OECD wzrosły realnie o ponad 70 proc. od początku lat 90. Optymalizacja tych wydatków jest jednym z głównych wyzwań stojących przed decydentami politycznymi w krajach rozwiniętych. Niezbędnym etapem i punktem wyjścia do przeprowadzenia reform w tym obszarze jest jednak pełne zrozumienie procesów determinujących wzrost wydatków na zdrowie. Można wyróżnić trzy kluczowe czynniki wpływające na rosnący popyt na usługi zdrowotne: czynnik demograficzny, dochodowy oraz technologiczny [por. Schemat 1].

Schemat 1. Czynniki wywierające presję na wzrost wydatków na ochronę zdrowia



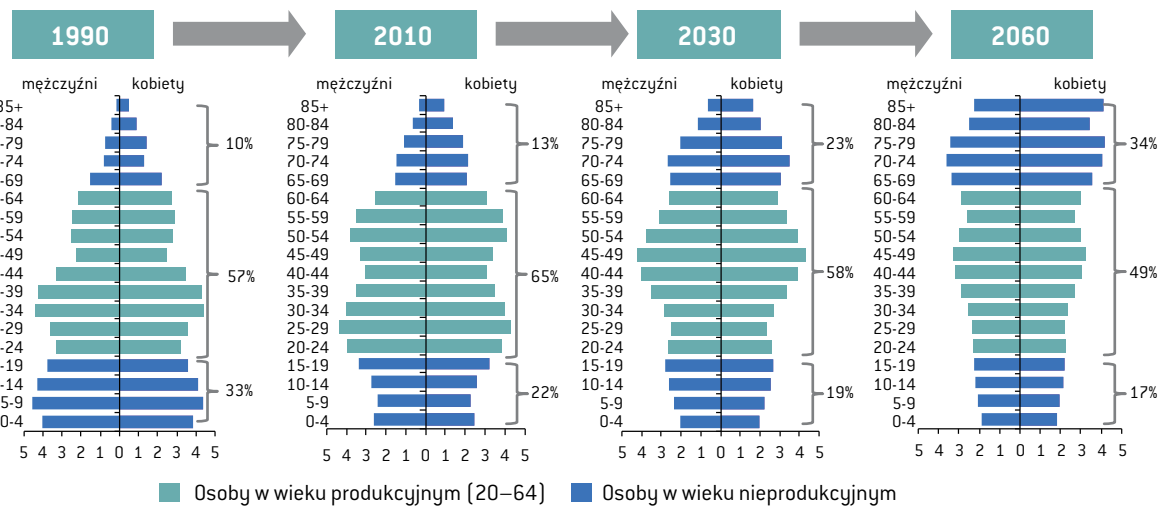
Źródło: opracowanie własne.

Mechanizm działania powyższych czynników jest podobny we wszystkich krajach. Różna jest natomiast siła ich oddziaływania. Polska to jeden z tych krajów, w których w nadchodzących latach czynniki te będą odgrywać relatywnie istotną rolę.

2.1. CZYNNIK DEMOGRAFICZNY

Zgodnie z dostępnymi długoterminowymi prognozami, w nadchodzących dekadach populacja Polski będzie się bardzo silnie starzeć. Liczba osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie z 5,1 mln w 2010 r. (13 proc. populacji) do 11,3 mln w 2060 r. (ponad 34 proc. populacji). Odsetek osób w wieku produkcyjnym (20 lat–64 lata) spadnie zaś z 65 proc. w 2010 r. do 49 proc. w 2060 r. [por. Wykres 1].

Wykres 1. Historyczne oraz prognozowane piramidy wieku i płci dla Polski w latach 1990–2060

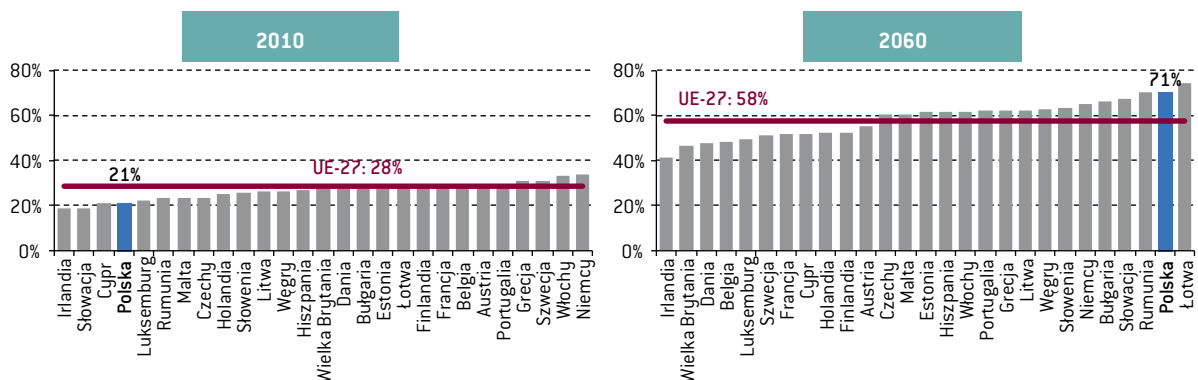


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Z analizy wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z 2011 r. przeznaczonych na świadczenia zdrowotne w zależności od wieku ubezpieczonego wynika, że średnie roczne wydatki na osobę poniżej 65. roku życia wyniosły 1,2 tys. zł, zaś w grupie osób w wieku 65+ 3,4 tys. zł. Można więc wnioskować, że wraz ze zmianą struktury wiekowej Polaków zachowanie świadczeń na obecnym poziomie wymagać będzie istotnego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną.

Proces starzenia się ludności w Polsce będzie postępować znacznie szybciej niż w pozostałych krajach UE (por. Wykres 2). Oznacza to, że wzrost zapotrzebowania na relatywnie droższe świadczenia zdrowotne będzie w Polsce jednym z najwyższych w Europie.

Wykres 2. Relacja liczby osób w wieku 65+ do liczby osób w wieku 20 lat–64 lata w Polsce na tle pozostałych krajów UE



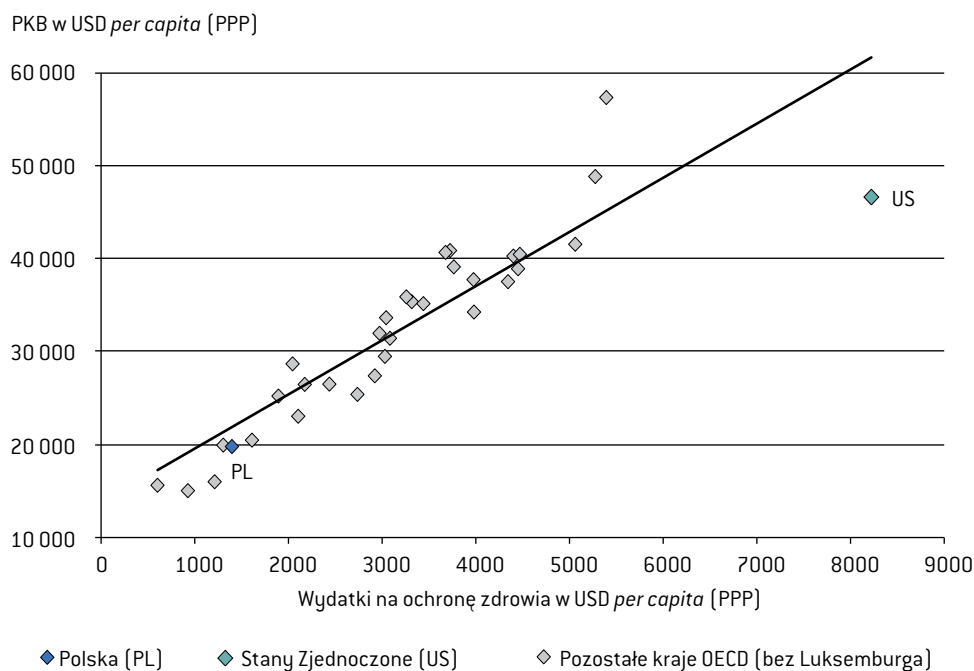
Źródło: Eurostat.

2.2. CZYNNIK DOCHODOWY

Istnieje ważna zależność pomiędzy poziomem rozwoju gospodarczego a wielkością wydatków na opiekę zdrowotną danego kraju (por. Wykres 3): w krajach zamożniejszych (wyższy PKB *per capita*) na ochronę zdrowia wydaje się więcej (wyższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita*).



Wykres 3. Relacja pomiędzy poziomem PKB *per capita* a wydatkami na zdrowie *per capita* w krajach OECD w 2010 r.

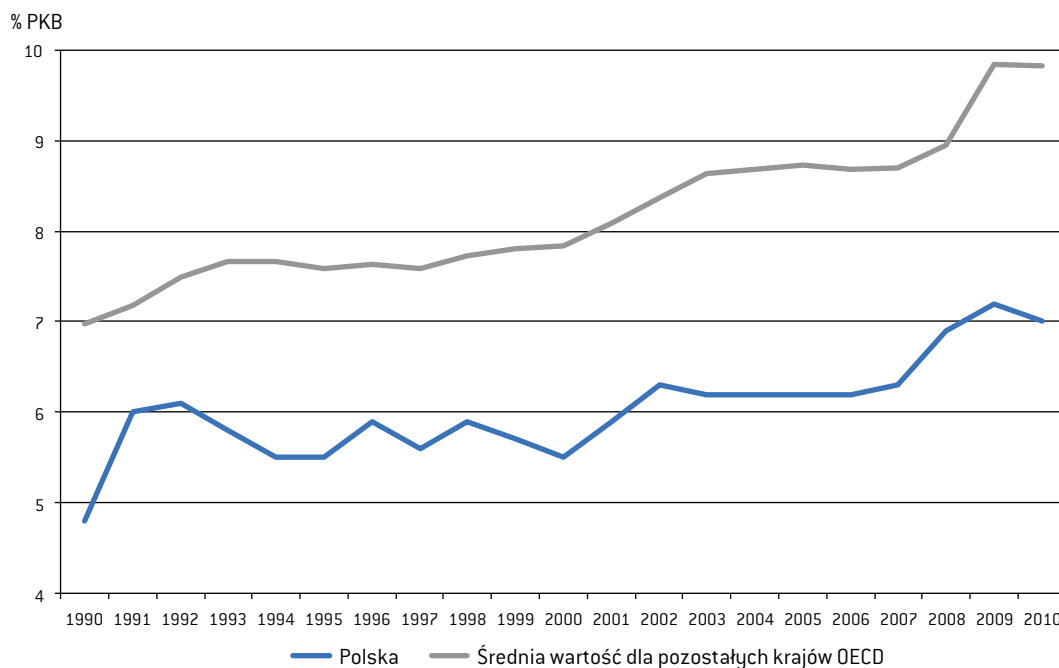


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Co więcej, z badań wynika, że wydatki na zdrowie rosną szybciej niż dochody. Z ekonomicznego punktu widzenia zdrowie jest zatem tzw. dobrem luksusowym – wraz ze wzrostem zamożności ludzie są skłonni przeznaczать na ten cel coraz większą część swojego dochodu.

Podobną zależność można zaobserwować również w Polsce. W latach 1990–2010 roczny PKB w cenach bieżących wzrósł w Polsce 23-krotnie. W tym samym okresie nominalne wydatki na zdrowie wzrosły aż 34-krotnie. W efekcie relacja wydatków na zdrowie do PKB Polski wzrosła w latach 1990–2010 z 4,8 proc. do 7 proc. [por. Wykres 4].

Wykres 4. Wydatki na zdrowie w relacji do PKB w Polsce oraz pozostałych krajach OECD w latach 1990–2010



Źródło: OECD.

2.3. CZYNNIK TECHNOLOGICZNY

Trzeci istotny czynnik powodujący wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, to rozwój technologii i wiedzy medycznej. W literaturze wskazuje się na dwa kluczowe mechanizmy oddziaływania efektu technologicznego na wydatki na ochronę zdrowia:

- ▶ obniżenie jednostkowych kosztów leczenia znanych chorób,
- ▶ poszerzenie zakresu leczonych schorzeń.

Pierwszy mechanizm teoretycznie działa w kierunku ograniczania kosztów w systemie ochrony zdrowia. W praktyce, ze względu na niedobór środków finansowych w stosunku do potrzeb zdrowotnych w większości systemów ochrony zdrowia (w tym również w Polsce), oszczędności uzyskane z obniżenia kosztów jednostkowych są przeznaczane na zwiększenie dostępności poszczególnych terapii.

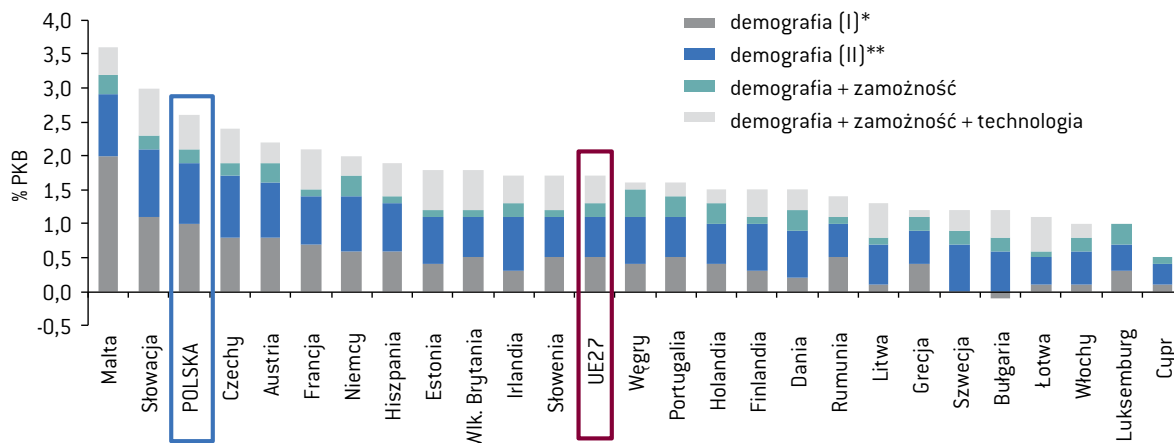
Drugi mechanizm wywiera presję na wzrost wydatków, gdyż generuje popyt w nowych, nieistniejących wcześniej obszarach. W efekcie wpływ netto postępu technologicznego na wydatki na ochronę zdrowia jest dodatni.

Potwierdzają to badania empiryczne. Mimo że pomiar kosztów związanych z technologią medyczną jest trudny ze względu na ograniczenia w dostępie do odpowiednich danych, wiele badań wskazuje, że historycznie rozwój technologii medycznej odpowiada za znaczną część wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną. Dla przykładu, S.D. Smith, S.K. Heffler i M.S. Freeland, po przeglądzie badań obejmujących okres 1940–1990 doszli do wniosku, iż około połowę realnego wzrostu kosztów ochrony zdrowia *per capita* można przypisać wprowadzaniu i rozpowszechnianiu się nowych technologii medycznych (szacowany przez autorów przedział to od 38 proc. do 62 proc.). Jak wskazują wnioski z jednego z przytaczanych przez autorów badań, w opinii aż 81 proc. ekonomistów specjalizujących się w ekonomii ochrony zdrowia oraz 68 proc. praktykujących lekarzy, zmiany technologiczne są główną przyczyną wzrostu udziału sektora ochrony zdrowia w PKB Stanów Zjednoczonych. Nowsze opracowanie Komisji Europejskiej podaje natomiast jeszcze szerszy przedział dla znaczenia technologii we wzroście wydatków na ochronę zdrowia w krajach rozwiniętych – od 27 proc. aż do 75 proc.

2.4. WNIOSKI DLA POLSKI

Zgodnie z prognozami Komisji Europejskiej, w przypadku Polski omówione powyżej czynniki (demograficzny, dochodowy oraz technologiczny) doprowadzą w perspektywie do 2060 r. do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych o 2,6 proc. PKB. Warto podkreślić, że będzie to jeden z najwyższych względnych wzrostów (w relacji do PKB) spośród wszystkich krajów UE. Co ciekawe, zdaniem Komisji Europejskiej, w przypadku Polski za ok. 70 proc. wzrostu zapotrzebowania odpowiadać będzie czynnik demograficzny, a tylko za 30 proc. czynniki pozademograficzne: wzrost zamożności i rozwój technologii (por. Wykres 5).

Wykres 5. Wzrost zapotrzebowania na ochronę zdrowia finansowaną ze środków publicznych w krajach UE w latach 2010–2060



* Scenariusz starzenia się populacji w dobrym zdrowiu.

** Różnica między efektem starzenia się w dobrym i złym zdrowiu – suma słupków „szarego” i „niebieskiego” obrazuje łączny efekt starzenia się w złym zdrowiu.

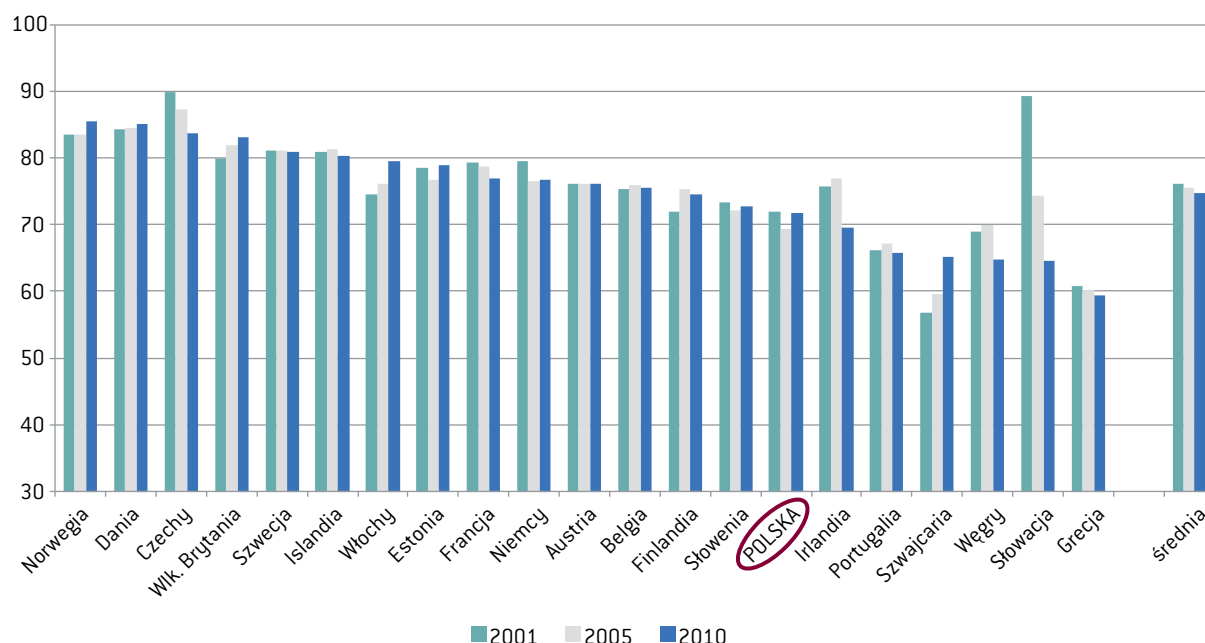
Źródło: European Commission, The 2012 Ageing Report.

3. ANALIZA MOŻLIWOŚCI ZASPOKOJENIA ROSNĄCYCH POTRZEB ZDROWOTNYCH

3.1. MOŻLIWOŚCI FINANSOWANIA ROSNĄCEGO ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ZE ŹRÓDEŁ PUBLICZNYCH

Omówione w rozdziale 2 czynniki będą wywierać coraz większą presję na zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia. Obecnie w Polsce, podobnie jak w zdecydowanej większości krajów europejskich, głównym źródłem finansowania wydatków związanych z ochroną zdrowia są środki publiczne (por. Wykres 6). W 2010 r. udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w Polsce wyniósł 71,7 proc. Z prywatnych źródeł pochodzi więc niecałe 30 proc. łącznych wydatków na ochronę zdrowia i udział ten nie uległ znaczącej zmianie na przestrzeni ostatniej dekady.

Wykres 6. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich w latach 2001, 2005 i 2010 (w %)



Źródło: GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 r., Warszawa 2012 [za:] dane OECD.

W większości krajów europejskich źródłem finansowania publicznych wydatków na ochronę zdrowia są podatki ogólne (tzw. system Beveridge'a) lub para-podatki funkcjonujące zazwyczaj w formie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (tzw. system Bismarcka). W każdym modelu wzrostowi publicznych wydatków na ochronę zdrowia musi towarzyszyć:

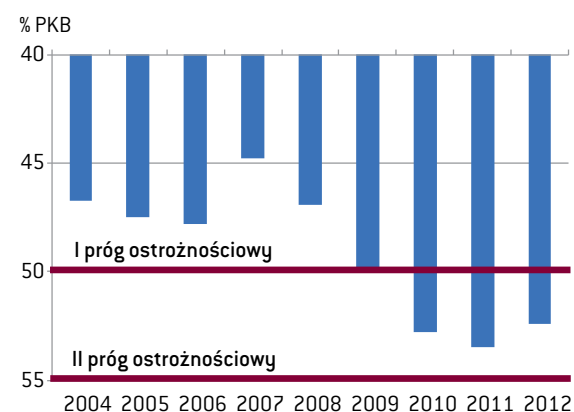
- ▶ pogorszenie salda sektora finansów publicznych, lub
- ▶ zwiększenie obciążeń fiskalnych – podatków lub składek na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, lub
- ▶ ograniczenie innych wydatków publicznych.

Oczywiście możliwe są dowolne kombinacje powyższych efektów. Biorąc jednak pod uwagę obecne uwarunkowania gospodarcze i fiskalne, w większości krajów europejskich scenariusze istotnego wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w perspektywie kilku najbliższych lat wydają się mało prawdopodobne.

Również w Polsce w nadchodzących latach nieunikniona jest dalsza konsolidacja fiskalna. Relacja państwowego długu publicznego do PKB wyniosła na koniec 2010 r. 52,8 proc. Tym samym przekroczony został pierwszy próg ostrożnościowy wskazany w ustawie o finansach publicznych (por. Wykres 7). Dodatkowo w 2011 r. relacja państwowego długu publicznego do PKB zbliżyła się do drugiego progu ostrożnościowego, o którym mowa w ww. ustawie.

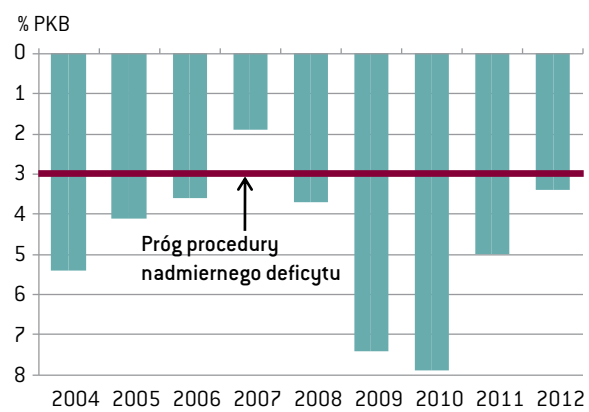
Jednocześnie należy pamiętać, że na Polskę nałożona jest obecnie przez Radę UE tzw. procedura nadmiernego deficytu. Decyzja ta to efekt przekroczenia przez Polskę w ostatnich latach wyznaczonego przez UE progu 3 proc. deficytu sektora instytucji rządowych i samorządowych w relacji do PKB (por. Wykres 8). W związku z tą procedurą Polska musi w najbliższych latach zredukować swój deficyt do poziomu poniżej wskazanego progu. W przeciwnym wypadku może się narazić na stratę części środków finansowych przyznawanych przez UE, m.in. na budowę infrastruktury drogowej.

Wykres 7. Państwowy dług publiczny w Polsce jako % PKB w latach 2004–2012



Źródło: Ministerstwo Finansów RP.

Wykres 8. Deficyt sektora instytucji rządowych i samorządowych w Polsce jako % PKB w latach 2004–2012



Źródło: AMECO.

Zwolennicy finansowania świadczeń ochrony zdrowia ze źródeł publicznych wskazują, że rosnące potrzeby zdrowotne w Polsce powinny być finansowane poprzez zwiększanie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Argumentuje się, że podniesienie stawki składki zdrowotnej, przy jednoczesnym utrzymaniu obecnego poziomu odpisu od podatku dochodowego zwiększy możliwości finansowe NFZ i jednocześnie nie wpłynie na stan finansów publicznych. Należy jednak pamiętać, że polityka taka zwiększyłaby klin płacowy¹, co pogorszyłoby sytuację na rynku pracy. Jest to niekorzystne zwłaszcza w sytuacji spowolnienia gospodarczego, z którą mamy do czynienia obecnie.

Wprowadzenie w Polsce obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oddzieliło publiczne wydatki na ochronę zdrowia od innych wydatków publicznych. Dlatego w przypadku Polski zmniejszanie innych wydatków publicznych nie daje bezpośredniej możliwości zwiększenia publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Dodatkowo, zmniejszenie wydatków publicznych w innych obszarach jest w praktyce trudne do przeprowadzenia, ponieważ narusza interesy niektórych grup społecznych.

3.2. ALTERNATYWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA ROSNĄCEGO ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Można przypuszczać, że zidentyfikowany w podrozdziale 2.4 wzrost zapotrzebowania na finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych przynajmniej częściowo zostanie pokryty ze środków prywatnych.

Prywatne wydatki na ochronę zdrowia można, ze względu na rodzaj (źródło) ich finansowania, podzielić na:

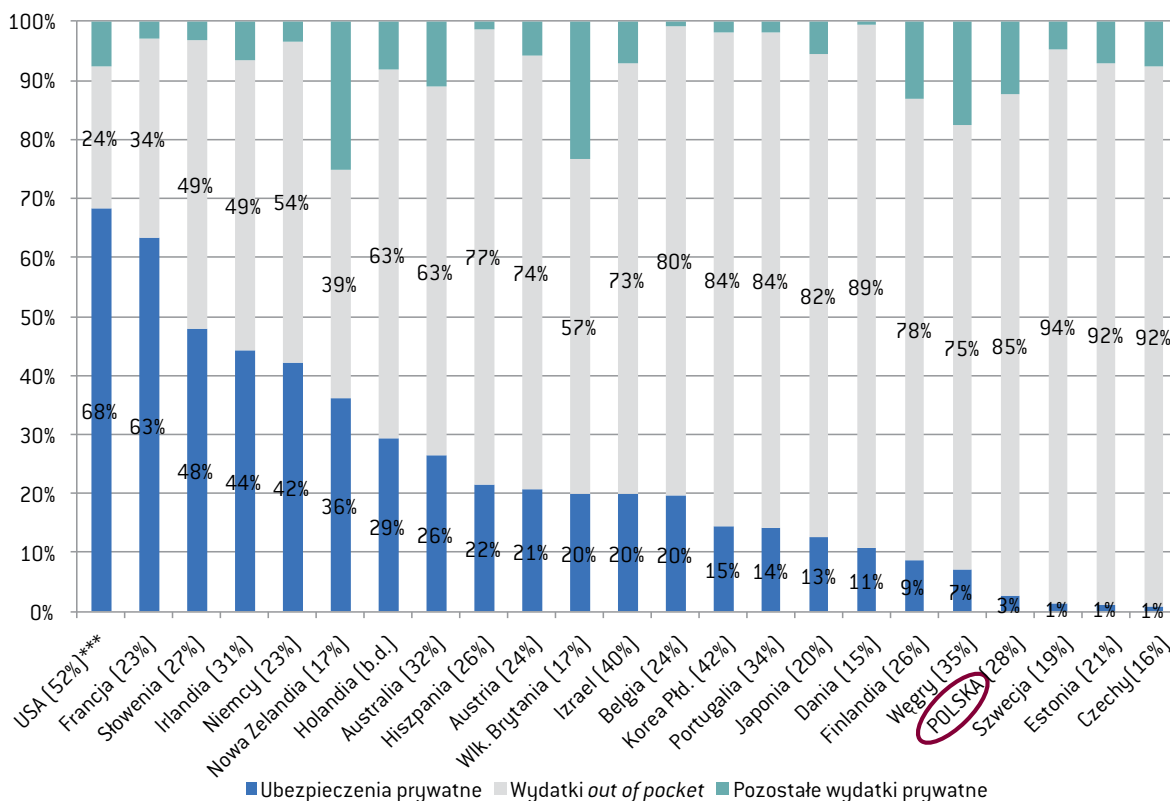
- ▶ wydatki gospodarstw domowych;

1 Klin płacowy rozumiany jako różnica między wynagrodzeniem brutto a wynagrodzeniem netto.

- ▶ wydatki przedsiębiorstw – głównie medycyna pracy oraz abonamenty medyczne i ubezpieczenia zdrowotne;
- ▶ wydatki instytucji niekomercyjnych.

Obecnie w Polsce 85 proc. wydatków prywatnych na ochronę zdrowia to bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych (ang. *out of pocket*)², podczas gdy udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wciąż jest niewielki – ok. 3 proc. ogółu wydatków prywatnych (por. Wykres 9).

Wykres 9. Struktura wydatków prywatnych na ochronę zdrowia* w wybranych krajach w 2010 r.**



* Ubezpieczenia prywatne („niebieskie słupki”) są kategorią szerszą niż zdefiniowane w rozdziale 4 i opisywane w dalszej części opracowania dodatkowo ubezpieczenia zdrowotne – obejmują także m.in. wydatki na ochronę zdrowia finansowane z ubezpieczeń na życie, ubezpieczeń wypadkowych itp.

** Dane dla Australii, Irlandii, Japonii za rok 2009, a dla Izraela za rok 2008.

*** W nawiasach podano procentową wartość prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w relacji do wydatków na ochronę zdrowia ogółem dla każdego z analizowanych krajów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Znaczny udział opłat za usługi zdrowotne ponoszonych bezpośrednio z kieszeni pacjentów w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia charakterystyczny jest dla krajów słabiej rozwiniętych. Jako jedną z głównych przyczyn wskazuje się niedorozwój instytucjonalnych form płatności za ochronę zdrowia w tych krajach.³

Aktualna struktura prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, z dominującym udziałem wydatków jednorazowych, nie sprzyja wzrostowi efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz jest dokuczliwa z punktu widzenia pacjentów. Tego typu wydatki generują istotne ryzyko dla pacjentów – w przypadku wystąpienia stanu chorobowego pacjent nie będzie mógł skorzystać z usług świadczonych poza systemem bazowym⁴, jeśli koszty

2 Do tej kategorii należą w szczególności bezpośrednie opłaty za leki, sprzęt medyczny, usługi medyczne, oficjalne dopłaty ze strony pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych zawartych w koszyku publicznym (tzw. „współpłacenie”), jak również płatności nieformalne o charakterze tzw. dowodów wdzięczności, [za:] M. Borda, *Wybrane aspekty funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich*, s. 5.

3 Por. np. S. Bogusławski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU i INFARMA, Warszawa 2011, s. 16–17 oraz 102–104.

4 W niniejszym opracowaniu za system bazowy uznaje się świadczenia gwarantowane w ramach obowiązkowego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego zazwyczaj ze środków publicznych.

świadczenia medycznego przekroczyć jego możliwości finansowe. Idea ubezpieczenia polega na zastąpieniu niepewnej, ale wysokiej straty (wydatek *out of pocket*) stratą pewną, ale relatywnie niską (składka ubezpieczeniowa)⁵. Dodatkowo, im powszechniejsze będą ubezpieczenia zdrowotne, tym – zgodnie z prawem wielkich liczb – ubezpieczyciel będzie mógł precyzyjniej określić koszty refinansowania leczenia. Innymi słowami, im więcej osób będzie posiadać ubezpieczenia zdrowotne, tym ubezpieczyciele będą mogli precyzyjniej określić średnie koszty leczenia pojedynczej osoby. Tym samym zmniejsza się cena za ryzyko, którą ubezpieczyciel uwzględni w cenie polisy. W takiej sytuacji pojawiają się też inne korzyści związane ze skalą prowadzonej działalności (np. wynikające ze zmniejszania się udziału kosztów stałych w kosztach ogółem), powodując dalsze ograniczenie kosztów przypadających na jedną polisę. W efekcie ubezpieczenia staną się dla pacjentów tańsze.⁶

Tak więc zastąpienie w Polsce wydatków jednorazowych wydatkami o charakterze ubezpieczeniowym pozwoliłoby podnieść efektywność prywatnych wydatków na ochronę zdrowia. Z perspektywy pacjenta ograniczone zostałoby też ryzyko poniesienia znacznych wydatków w przypadku zaistnienia stanu chorobowego bądź – w przypadku braku odpowiednich środków – konieczności oczekiwania na świadczenie w ramach systemu bazowego. Dlatego też, w oparciu o doświadczenia międzynarodowe, warto stworzyć w Polsce regulacje prawne umożliwiające upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

5 Model taki sprawdza się w praktyce, gdyż większość klientów czuje awersję do ryzyka i są oni skłonni dobrowolnie asekurować się, opłacając wyższą składkę niż wynikałoby to z wartości oczekiwanej związanej z podjęciem ryzyka poniesienia przez nich straty, co jest równocześnie warunkiem opłacalności umowy ubezpieczeniowej z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń.

6 S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, Rozdział 6.

4. DEFINICJE, SYSTEMATYKA ORAZ FUNKCJE DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

4.1. DEFINICJA DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Na potrzeby niniejszego opracowania za dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne uważa się⁷ ubezpieczenie obejmujące finansowanie lub zapewnienie przez zakład ubezpieczeń świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego związanych z profilaktyką lub terapią następstw wypadku lub choroby⁸. Korzystanie z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie narusza praw ani obowiązków świadczeniobiorców wynikających z przepisów o powszechnych świadczeniach zdrowotnych, w szczególności dotyczących obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz korzystania w ramach tego ubezpieczenia ze świadczeń gwarantowanych.

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne może obejmować świadczenia gwarantowane i pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia z zakresu medycyny pracy. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego może być zawierana grupowo lub indywidualnie, na czas określony lub nieokreślony.

Trzeba jednak podkreślić, że nie jest to jedyna i powszechnie uznana definicja, w szczególności w kontekście umiejscowienia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w całości systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne stanowi szczególny przypadek ubezpieczenia, którego istotą jest rozkładanie finansowych skutków związanych z wystąpieniem zdarzenia polegającego na utracie zdrowia, w dwóch wymiarach:

- ▶ w czasie – ze względu na opłacaną składkę ubezpieczeniową i gromadzenie środków potrzebnych na finansowanie konsekwencji utraty lub pogorszenia stanu zdrowia,
- ▶ w wymiarze podmiotowym – pomiędzy poszczególne osoby objęte ubezpieczeniem.

Jednocześnie w opracowaniu używa się pojęcia systemu bazowego, za który uznaje się świadczenia gwarantowane w ramach obowiązkowego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego zazwyczaj ze środków publicznych.

4.2. SYSTEMATYKA I FUNKCJE DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zależą w dużej mierze od różnic w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego w poszczególnych krajach. Dotyczy to zwłaszcza kształtu i zakresu systemów bazowych oraz dostępności oferowanych w ich ramach świadczeń. W zależności od relacji w stosunku do zabezpieczenia bazowego oraz pełnionych funkcji, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne dzielimy na (por. Tabela 1):

- ▶ suplementarne (równoległe, wzbogacające, duplikujące – funkcjonujące „obok” systemu bazowego⁹),
- ▶ komplementarne (uzupełniające – funkcjonujące „ponad” systemem bazowym).

⁷ Definicja na podstawie opinii prawnych oraz przeglądu literatury – por. np. E. Kowalewski, *Opinia prawna na temat konieczności regulacji prawnej ubezpieczenia zdrowotnego*; S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union*, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, s. 13; PIU, Projekt Ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych innych ustaw, s. 1; Ministerstwo Zdrowia RP, Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 4 marca 2011 r., s. 1–2; PIU, IBS, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – propozycja rozwiązań*, Warszawa 2008, s. 3.

⁸ W rozumieniu Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1151, z późn. zm.).

⁹ Są to więc ubezpieczenia dodatkowe *sensu stricto*, zwane także „podwójnymi”.

Oprócz ubezpieczeń suplementarnych i komplementarnych, w niektórych systemach funkcjonują tzw. substytucyjne ubezpieczenia zdrowotne, które traktowane są jako alternatywa dla systemu bazowego. Z uwagi jednak na fakt, że nie są one „wzbogaceniem” systemu bazowego, nie zalicza się ich do grupy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.¹⁰

Jednocześnie w niektórych krajach (np. Holandia, Szwajcaria) bazowy system zabezpieczenia zdrowotnego funkcjonuje w oparciu o obowiązkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

UBEZPIECZENIA SUPLEMENTARNE

Ubezpieczenia suplementarne obejmują świadczenia zdrowotne, które są gwarantowane w systemie zabezpieczenia bazowego. Ubezpieczenia te dają ubezpieczonemu możliwość korzystania z usług trudno dostępnych lub niedostępnych w ramach zabezpieczenia bazowego. W efekcie umożliwiają ubezpieczonemu łatwiejszy i szybszy dostęp do świadczenia oraz wyższą jego jakość niż jest to oferowane w systemie bazowym.

Ubezpieczenia te są charakterystyczne dla systemów opieki zdrowotnej, w których system bazowy pokrywa szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, ale świadczenia te są trudno dostępne, np. ze względu na długi okres oczekiwania. Co do zasady, osoby posiadające ubezpieczenie suplementarne są nadal objęte zabezpieczeniem bazowym i nie mogą z niego zrezygnować.

UBEZPIECZENIA KOMPLEMENTARNE

Ubezpieczenia komplementarne obejmują te świadczenia zdrowotne i procedury medyczne, które nie są objęte ubezpieczeniem bazowym. Są one uzupełnieniem świadczenia bazowego, a ich celem jest podwyższenie standardowego przedmiotowego zakresu ochrony oferowanej w systemie bazowym. Dodatkowo mogą też pełnić rolę ubezpieczenia od współpłacenia, jeżeli w danym systemie bazowym współpłacenie występuje.

Ubezpieczenia te są charakterystyczne dla systemów opieki zdrowotnej, w których system bazowy pokrywa zdefiniowany i ograniczony zakres świadczeń zdrowotnych lub dostęp do świadczeń gwarantowanych jest ograniczony przez mechanizm współpłacenia. Co do zasady, osoby posiadające ubezpieczenie komplementarne pozostają objęte ubezpieczeniem bazowym i nie mogą z niego zrezygnować.

UBEZPIECZENIA SUBSTYTUCYJNE

Ubezpieczenia substytucyjne są charakterystyczne dla systemów opieki zdrowotnej, w których pewne osoby są wyłączone z zabezpieczenia bazowego lub mogą z niego zrezygnować. W pierwszym przypadku ubezpieczenie substytucyjne ma charakter fakultatywny. W przypadku drugim ubezpieczenie to jest obligatoryjne, a jego zakres jest zazwyczaj regulowany prawnie i pokrywa się z zabezpieczeniem bazowym obowiązującym w danym systemie opieki zdrowotnej.

UBEZPIECZENIA BAZOWE

W niektórych krajach bazowy system zabezpieczenia zdrowotnego funkcjonuje w oparciu o obowiązkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Tym samym, w krajach tych istotnie ograniczono finansowanie systemu bazowego ze źródeł publicznych.

10 Tak ubezpieczenia dodatkowe traktuje np. Komisja Europejska w swojej klasyfikacji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Nie jest to jednak jednolicie przyjęta konwencja. Np. OECD wyróżnia pięć form (*primary principal, primary substitute, duplicate, complementary, supplementary*), [za:] J. Owoc, *Ubezpieczenia zdrowotne – szanse i zagrożenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2/2009, s. 104. Por. także np. S. Thomson, *What role for voluntary health insurance?*, [w:] J. Kutzin, Ch. Cashin, M. Jakab (ed.), *Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition*, WHO Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2010, s. 299 oraz cytowana tam literatura, jak również: S. Bogusławski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU i INFARMA, Grudzień 2011, s. 26.

Tabela 1. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w relacji do systemu publicznego

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 nieobjętych systemem bazowym ▶ ubezpieczenie od współpłacenia 	„ponad”
Substytucyjne	<ul style="list-style-type: none"> ▶ oferowane osobom wyłączonym 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 	„wyłączność”

Źródło: PIU na podstawie B. Więckowska, M. Osak, *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, W. Ronka-Chmielowiec [red.], Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, w druku.

Podsumowując, podstawową funkcją dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest uzupełnienie systemu bazowego. Nie zastępują one (nie zwalniają z) zabezpieczenia bazowego, lecz są do niego dodatkiem. Funkcja ta jest szczególnie charakterystyczna dla krajów UE, w których zabezpieczenie bazowe pełni dominującą rolę w systemie ochrony zdrowia. Z kolei głównym celem funkcjonowania bazowego zabezpieczenia zdrowotnego w oparciu o ubezpieczenia prywatne jest efektywniejsze wykorzystanie środków pieniężnych w tym systemie. Jest to możliwe dzięki wprowadzeniu konkurencji między prywatnymi ubezpieczycielami w systemie bazowym, co stwarza bodźce do obniżania cen ubezpieczeń przy jednoczesnym podnoszeniu jakości świadczeń zdrowotnych oraz racjonalizacji zachowań pacjenta.¹¹

¹¹ B. Więckowska, *Konkurencja pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, raport przygotowany w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo, Warszawa 2010, s. 6.

5. UWARUNKOWANIA ROZWOJU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

5.1. ZAKRES I JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W SYSTEMIE BAZOWYM A ROZWÓJ DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Konstrukcja i skala rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest bardzo silnie uwarunkowana charakterystyką systemu bazowego. Duże znaczenie ma m.in. jakość¹² oraz zakres świadczeń dostępnych w ramach systemu zabezpieczenia bazowego. Zagadnienie wpływu systemu bazowego na kształt dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje więc dwa główne wymiary:

- ▶ jakość i/lub dostępność świadczeń gwarantowanych w systemie bazowym – im jest niższa, tym większe możliwości dla rozwoju ubezpieczeń suplementarnych w danym kraju,
- ▶ zakres koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie bazowym – im jest węższy, tym większe pole dla rozwoju ubezpieczeń komplementarnych w danym kraju.

Obecnie system bazowy w Polsce charakteryzuje się szerokim zakresem świadczonych usług, jednak przy ich istotnie ograniczonej dostępności. Narastające problemy w zarządzaniu „kolejką” w systemie bazowym prawdopodobnie wymuszają wprowadzenie strukturalnych zmian w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ może doprowadzić m.in. do konieczności zawężenia koszyka świadczeń gwarantowanych.

UBEZPIECZENIA SUPLEMENTARNE

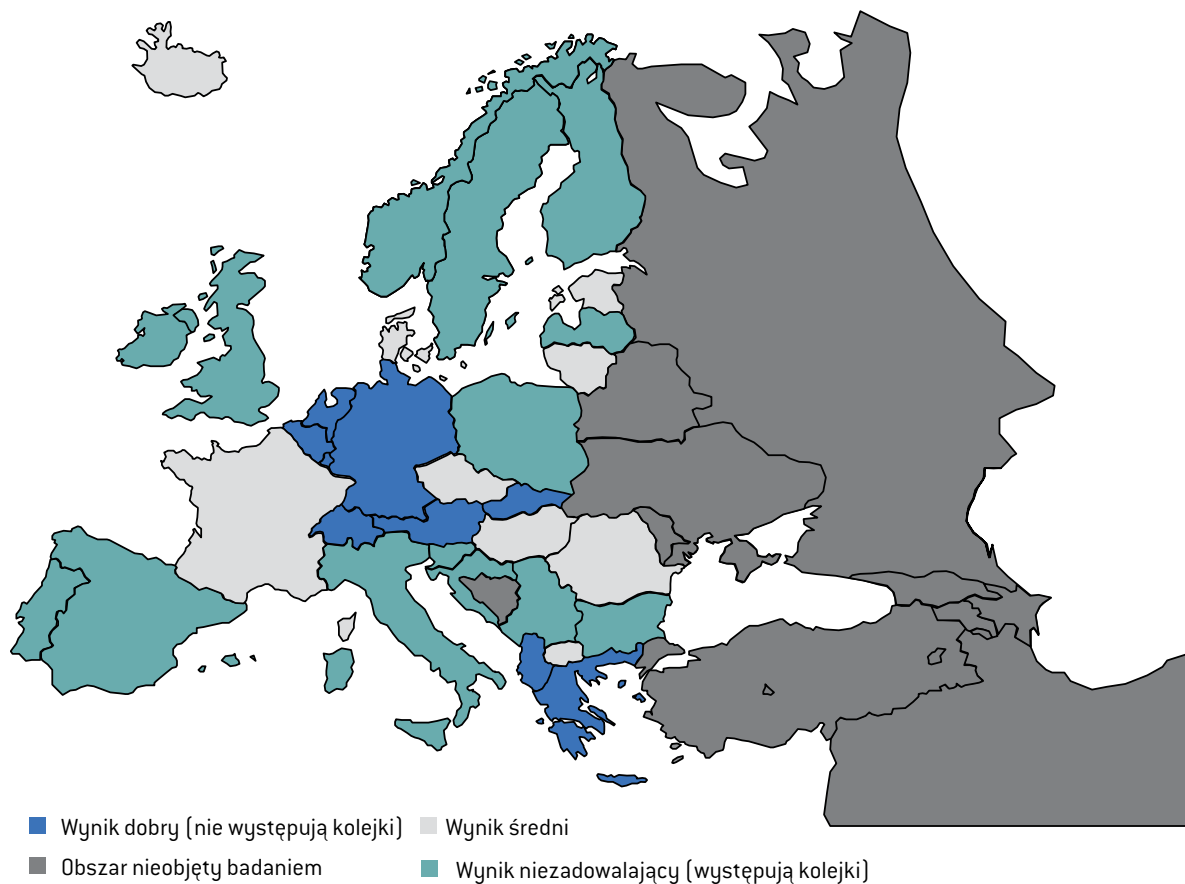
Zazwyczaj celem nabycia ubezpieczenia suplementarnego jest uzyskanie dostępu do świadczeń wyższej jakości niż te oferowane w systemie bazowym i/lub skrócenie czasu oczekiwania na te świadczenia. Im mniej pacjenci są zadowoleni z jakości i dostępności świadczeń gwarantowanych w systemie bazowym, tym większa jest ich determinacja do korzystania z pełniących alternatywną (ale nie zastępczą) wobec systemu bazowego rolę ubezpieczeń suplementarnych.

Doświadczenia krajów europejskich wskazują, że powodem niskiej jakości usług oferowanych w systemie bazowym są najczęściej niedostateczne kompetencje i zaangażowanie personelu medycznego (czynnik ludzki) bądź też niski standard lub słabe wyposażenie placówek (czynnik infrastrukturalny). Z kolei dostępność świadczeń rozumiana jest nie jako brak możliwości uzyskania danego świadczenia w systemie bazowym w ogóle, lecz najczęściej jako wydłużony czas oczekiwania pacjentów na dane świadczenie zdrowotne.¹³ Ocenę powszechności występowania list oczekujących na realizację świadczeń w poszczególnych krajach Europy przedstawia Mapa 1.

12 Aby zobrazować znaczenie świadczenia usług wysokiej jakości, podaje się, iż rocznie w Polsce dochodzi do 20–30 tys. zdarzeń niepożądanych w sektorze ochrony zdrowia, a kwoty odszkodowań i zadośćuczynień zasądzanych przez sądy zwiększają się i przekroczyły już 1 mln zł. Jednocześnie szacuje się, że 1 zł wydany na podjęte odpowiednio wcześniej działania prewencyjne w tym zakresie pozwala uniknąć ok. 100 zł roszczeń klienta. Efekt poprawy stanu zdrowia ocenia przy tym sam pacjent – nawet udokumentowana wynikami badań poprawa stanu zdrowia, jeśli nie jest przez niego dostrzegana, nie wpłynie na pozytywną opinię o procesie leczenia, [za:] M. Walków, I. Witczak, *Cena ludzkiego życia – koszty jakości w ochronie zdrowia*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, [w:] *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2012*, 2/3, Wrocław 2012, s. 207–212.

13 W tym także z przyczyn logistycznych lub natury biurokratycznej.

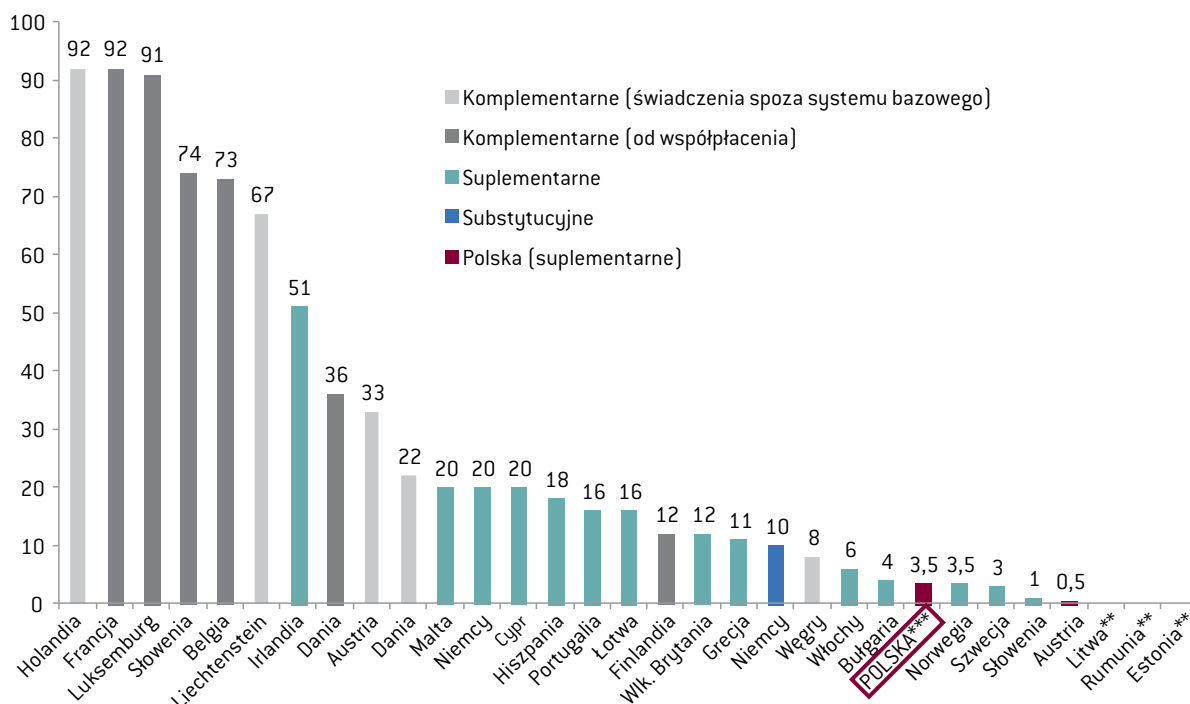
Mapa 1. Występowanie list pacjentów oczekujących na realizację świadczeń w wybranych krajach europejskich



Źródło: opracowanie własne na podstawie Health Consumer Powerhouse, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2012, s. 11.

Porównując dane zaprezentowane na powyższej mapie z udziałami populacji posiadającej poszczególne typy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w wybranych krajach europejskich (por. Wykres 10), można dostrzec, iż w większości krajów, w których występuje problem list pacjentów oczekujących w systemie bazowym, rozwinął się rynek ubezpieczeń suplementarnych (np. w Irlandii, Hiszpanii, Portugalii, na Łotwie czy w Wielkiej Brytanii).

Wykres 10. Udział populacji (w proc.) posiadającej dany typ dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego dla wybranych krajów europejskich w 2008 r.*



* Dane dla Szwecji i Norwegii za rok 2007, dla Finlandii i Słowenii za rok 2005, dla Łotwy za rok 2003, dla Grecji za rok 2002.

** Wartości dla Litwy, Rumunii i Estonii zawierają się w przedziale pomiędzy 0 a 0,5 proc.

***W przypadku Polski uwzględniono także abonamenty medyczne.

Źródło: S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, s. 28.*

UBEZPIECZENIA KOMPLEMENTARNE

Czynnikami sprzyjającym rozwojowi komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych jest konstrukcja systemu bazowego, w której:

- ▶ zakres świadczeń gwarantowanych jest ograniczony i precyzyjnie określony lub
- ▶ występuje współpłacenie.

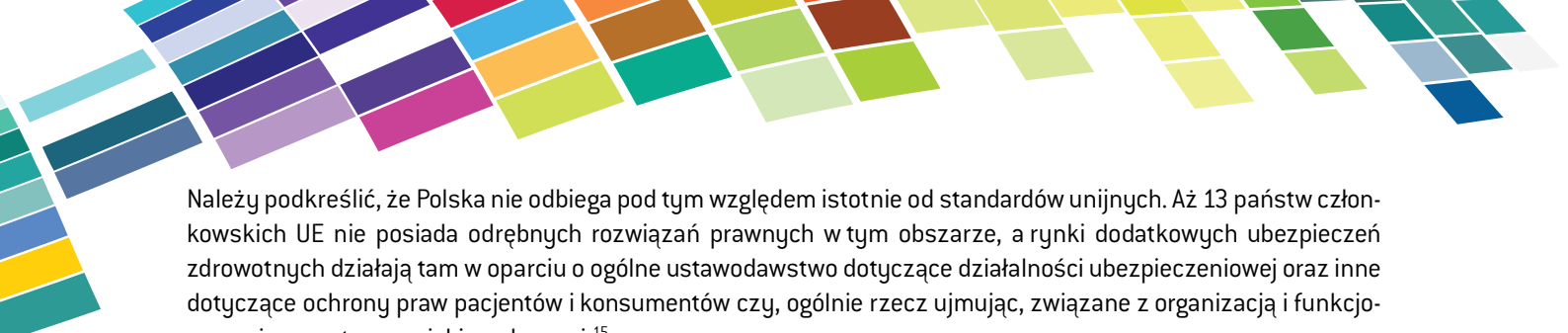
Oczywiście im węższy zakres świadczeń gwarantowanych i/lub wyższy poziom współpłacenia, tym silniejsze bodźce do rozwoju ubezpieczeń komplementarnych.

Warto podkreślić, że ograniczony koszyk świadczeń gwarantowanych i/lub współpłacenie za świadczenia w systemie bazowym stwarza dużo silniejszy bodziec do rozwoju ubezpieczeń dodatkowych niż niska jakość i/lub dostępność świadczeń w tym systemie. Na podstawie doświadczeń europejskich widać, że największe udziały populacji objętej dodatkowym ubezpieczeniem odnotowuje się w tych krajach, gdzie rozwijają się ubezpieczenia komplementarne (por. Wykres 10).

5.2. UWARUNKOWANIA REGULACYJNE

Rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce ograniczony jest przez brak odpowiednich regulacji prawnych. W obowiązującym stanie prawnym funkcjonowanie tego rynku reguluje bowiem głównie ustawa o działalności ubezpieczeniowej¹⁴, która ma charakter ogólny i nie uwzględnia specyfiki sektora ochrony zdrowia w Polsce.

14 Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej [Dz. U. 2003 Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.]



Należy podkreślić, że Polska nie odbiega pod tym względem istotnie od standardów unijnych. Aż 13 państw członkowskich UE nie posiada odrębnych rozwiązań prawnych w tym obszarze, a rynki dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych działają tam w oparciu o ogólne ustawodawstwo dotyczące działalności ubezpieczeniowej oraz inne dotyczące ochrony praw pacjentów i konsumentów czy, ogólnie rzecz ujmując, związane z organizacją i funkcjonowaniem systemu opieki medycznej.¹⁵

Specyfika konstrukcji prawnej polskiego systemu ochrony zdrowia (w tym art. 68 Konstytucji RP) powoduje jednak, że efektywny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wymaga wprowadzenia określonych ram regulacyjnych.

W szczególności dotyczy to uregulowania zasad współpracy między prywatnymi ubezpieczycielami a świadczeniodawcami, którzy jednocześnie realizują kontrakty w ramach umów z NFZ. Przy obecnym braku prawnego dookreślenia i ustalenia jednolitej wykładni szczegółowych zasad tej współpracy, świadczeniodawcy posiadający umowę z płatnikiem publicznym powstrzymują się od zawierania umów z płatnikami prywatnymi. Wynika to z obawy o skierowanie pod ich adresem zarzutu łamania umowy zawartej z NFZ i preferowania pacjentów ubezpieczonych prywatnie względem tych korzystających z zabezpieczenia bazowego. W efekcie świadczeniodawcy ci mogą utracić kluczowe dla nich kontrakty z NFZ, które stanowią podstawę finansowania ich działalności. Zwiększenie możliwości sprzedaży usług zdrowotnych przez świadczeniodawców nie tylko poprawiłoby ich sytuację finansową, ale także zwiększyłoby elastyczność rynku usług medycznych w Polsce.¹⁶ Swoboda zawierania umów ubezpieczycieli ze świadczeniodawcami warunkuje też ewentualne prawidłowe działanie konkurencji w systemie bazowym, w przypadku jej wprowadzenia.¹⁷

Luka regulacyjna w Polsce, przy jednoczesnym występowaniu istotnych ograniczeń w dostępie do systemu bazowego (problem długiego oczekiwania na świadczenia), doprowadziła do rozwoju *quasi*-ubezpieczeniowego systemu opartego na tzw. abonamentowym systemie finansowania świadczeń zdrowotnych przez prywatne firmy medyczne. Równoległe, produkty zbliżone do tych oferowanych przez firmy z rynku abonamentów medycznych zaproponowało też kilka firm ubezpieczeniowych. Jednak ze względu na brak odpowiednich regulacji podmioty funkcjonujące w oparciu o system przedpłat abonamentowych nie muszą posiadać statusu ubezpieczyciela. Mają więc pozycję uprzywilejowaną względem ubezpieczycieli świadczących dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ponieważ:

- ▶ nie muszą gwarantować dostępności usług zdrowotnych,
- ▶ zakresem umów abonamentowych mogą obejmować obowiązkowe i dobrowolne świadczenia związane z medycyną pracy,
- ▶ nie muszą stosować się do wymogów ustawy o działalności ubezpieczeniowej – ich działalność gospodarcza nie musi być prowadzona w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, nie muszą spełniać wymogów dotyczących wysokości kapitału zakładowego, nie muszą tworzyć rezerw ani przekazywać swoich sprawozdań finansowych Komisji Nadzoru Finansowego, ich oferta produktowa nie musi być przygotowana w oparciu o analizę aktuariałną, a umowy związane ze świadczeniem usług zdrowotnych nie podlegają takim obostrzeniom jak umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z dostępnymi opiniami prawnymi¹⁸ świadczone w systemie abonamentowym usługi medyczne (z wyjątkiem obowiązkowych świadczeń z zakresu medycyny pracy) w istocie pokrywają się z zakresem działalności ubezpieczeniowej i w związku z tym powinny podlegać reżimowi ustawy o działalności ubezpieczeniowej. O tym,

15 Państwa te to: Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Grecja, Hiszpania, Luksemburg, Łotwa, Malta, Polska, Portugalia, Szwecja i Wielka Brytania, [za:] S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, s. 69–70.

16 I. Magda, K. Szczygielski, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia – współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, raport przygotowany w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo, Warszawa 2011, s. 96.

17 B. Więckowska, *Konkurencja pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, raport przygotowany w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo, Warszawa 2010, s. 47.

18 Por. opinie prawne prof. dr. hab. r. pr. adw. Huberta Izdebskiego oraz r. pr. Macieja Dercza.

że abonamenty medyczne stanowią „swoistą” formę ubezpieczenia, nierzadko mówią też sami przedstawiciele tych firm, nie wspominając opinii polskich i zagranicznych ekspertów ochrony zdrowia.¹⁹

Jak wskazuje się w literaturze, rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce będzie wymagał m.in.:²⁰

- ▶ wprowadzenia precyzyjnej definicji dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego,
- ▶ umożliwienia oferowania w ramach ubezpieczeń dodatkowych świadczeń z zakresu profilaktyki oraz medycyny pracy,
- ▶ określenia szczegółowych warunków współpracy płatników prywatnych (ubezpieczycieli) ze świadczeniodawcami posiadającymi kontrakty z NFZ²¹,
- ▶ umożliwienia pracodawcom finansowania polis prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,
- ▶ określenia minimalnych wymagań, jakie powinny spełniać umowy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym Ogólne Warunki Umów (tzw. OWU)²².

W opinii ekspertów za szczególnie istotną należy uznać kwestię transparentności i porównywalności umów dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz abonamentów medycznych. W interesie ubezpieczonych/klientów firm abonamentowych jest to, aby nowa regulacja określiła ogólne ramy i wymagane standardy realizowanych umów. Nowa regulacja powinna także precyzyjnie określić, które świadczenia należą do obowiązkowych świadczeń z zakresu medycyny pracy, a które należy klasyfikować jako świadczenia dobrowolne.

Dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ważne jest stałe znoszenie barier, na które napotykają ubezpieczyciele, a jednocześnie konsekwentny i silny nadzór wymuszający prowadzenie działalności w sposób zgodny z prawem i interesem publicznym wyznaczonym w regulacjach. Warto zwrócić uwagę, że podobnie jak w innych krajach, niezbędne regulacje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce będą tym bardziej szczegółowe, im większe będzie ich znaczenie dla stabilności finansów całego systemu opieki medycznej.

W kontekście tworzenia ram prawnych dla funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych warto także zaznaczyć, że ani Konstytucja, ani dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego nie przesądzają, jaki konkretnie model finansowania świadczeń zdrowotnych powinien w Polsce obowiązywać. Musi on jednak, w części finansowanej ze środków publicznych, odpowiadać wymaganiom w zakresie równości i dostępności świadczeń, niezależnie od sytuacji materialnej obywateli.²³

19 Abonamenty medyczne zostały opisane jako ubezpieczenia zdrowotne w rozdziale poświęconym Polsce w: S. Thomson, E. Mossialos, *Private health Insurance in the European Union*, op. cit., s.278–288. Podobna klasyfikacja znajduje się w literaturze polskiej poświęconej ubezpieczeniom zdrowotnym np. S. Bogusławski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU i INFARMA, grudzień 2011, s. 83; W.P. Kalbarczyk, K. Łanda, M. Władysławski, *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń*, CEESTAHC. Kraków/Warszawa, 2011.

20 Por. np. S. Bogusławski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU i INFARMA, grudzień 2011, s. 91.

21 W tym w zakresie przekazywania danych oraz ewentualne dodatkowe wymagania w stosunku do świadczeniodawców wykonujących świadczenia zdrowotne zarówno na podstawie umów z NFZ, jak i z prywatnymi ubezpieczycielami.

22 Z uwzględnieniem m.in. postanowień gwarantujących należytą transparentność produktów ubezpieczeniowych dla ubezpieczających i ubezpieczonych.

23 Szerzej na ten temat m.in. [w:] M. Kulesza, M. Matczak, *Opinia prawna dla Polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie możliwości wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w świetle art. 68 Konstytucji RP*, Domański Zakrzewski Palinka, Warszawa 2011 oraz [w:] PIU, *IBS: Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – propozycja rozwiązań*, Warszawa 2008, s. 51–61.

6. ROZWIĄZANIA PRAWNE WPŁYWAJĄCE NA UPOWSZECHNIENIE DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

6.1. INFORMACJE WSTĘPNE

Rozwiązania prawne przedstawione w rozdziale 5 są niezbędne dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Nie gwarantują one jednak, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne będą miały charakter masowy i staną się realnym wsparciem dla systemu bazowego. Żeby się tak stało, należy rozważyć wprowadzenie dodatkowych regulacji, które zachęcą pacjentów do korzystania z tych ubezpieczeń. W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną rozwiązania, które istotnie wspierały rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w innych krajach.

Na rynku ubezpieczeń zdrowotnych występuje asymetria informacji między ubezpieczycielem oraz ubezpieczonym – ubezpieczyciel co do zasady posiada istotnie mniejszą wiedzę na temat stanu zdrowia ubezpieczonego niż sam ubezpieczony. W efekcie, przy określaniu ceny ubezpieczenia pod uwagę brane są nie indywidualne cechy zdrowotne ubezpieczonego, lecz dane na poziomie zagregowanym (zazwyczaj dla pewnej grupy osób o zbliżonych cechach, takich jak wiek, płeć itp.). Taka sytuacja generuje jednak istotne ryzyka dla ubezpieczyciela, bowiem znacznie silniej zachęca ona do ubezpieczenia się osoby o relatywnie gorszym stanie zdrowia (tzw. problem negatywnej selekcji). W większości krajów ubezpieczyciele mogą swobodnie określać zakres swoich produktów oraz decydować, komu będą one oferowane. Dzięki temu mają możliwość ograniczania skutków mechanizmu negatywnej selekcji, np. poprzez różnicowanie składek na podstawie przypisania osoby ubezpieczającej się do różnych grup ryzyka (np. na podstawie obowiązkowych badań lekarskich), czy też na podstawie historycznych informacji o intensywności korzystania z usług zdrowotnych (tzw. *experience rating*).

Efekt ubocznym takiej praktyki jest ograniczenie możliwości wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego dla części społeczeństwa, ze względu na wysokość składki. Dotyczy to najczęściej osób powyżej 65 roku życia oraz osób o złym stanie zdrowia. Żeby ograniczyć to zjawisko, niektóre kraje zdecydowały się na wprowadzenie mechanizmów mających na celu ułatwienie dostępu do dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Do najpopularniejszych tego typu rozwiązań należą:

- ▶ zakaz wykluczania z rynku poszczególnych osób (ang. *open enrolment*); np. Belgia, Irlandia, Słowenia;
- ▶ obowiązek przedłużenia umowy ubezpieczeniowej zgodnie z wolą ubezpieczonego (ang. *lifetime cover*); np. Austria, Belgia, Irlandia, Słowenia;
- ▶ zakaz różnicowania wysokości składki pomiędzy ubezpieczonymi²⁴ (ang. *community rating*); np. Irlandia, Słowenia, Australia.

Trzeba jednak podkreślić, że wprowadzenie tych rozwiązań w praktyce oznacza subsydiowanie części kosztu ubezpieczenia osobom o gorszym stanie zdrowia przez osoby zdrowsze. Z drugiej jednak strony masowy rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych umożliwi spadek cen tych produktów, co będzie korzystne dla wszystkich ubezpieczonych.

Oprócz powyższych regulacji, w niektórych krajach wprowadzane są zachęty fiskalne w postaci ulg podatkowych, które w założeniu mają sprzyjać popularyzacji dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

²⁴ Składka jest kalkulowana w oparciu o przewidywane koszty świadczeń zdrowotnych dla danej grupy ryzyka i jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od wieku i innych czynników ryzyka.

6.2. ZAKAZ WYKLUCZANIA Z RYNKU POSZCZEGÓLNYCH OSÓB

W celu zwiększenia dostępności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, w niektórych krajach wprowadzono zakaz „odrzucań” klientów przez ubezpieczyciela ze względu na ich wiek czy też aktualny lub oczekiwany stan zdrowia. Tego typu regulacje prawne zostały wprowadzone na przykład w Belgii, Irlandii i Słowenii, a więc w krajach, w których odsetek populacji korzystającej z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest relatywnie duży [por. Wykres 10]. Zakaz wykluczania z rynku pewnych grup osób nie oznacza jednak, że dla takich osób cena ubezpieczenia musi być taka sama jak w przypadku pozostałych ubezpieczonych.

6.3. OBOWIĄZEK PRZEDŁUŻANIA UMÓW UBEZPIECZENIOWYCH

Dla ubezpieczycieli działających w krajach UE charakterystyczne jest zawieranie krótkoterminowych (zazwyczaj jednorocznych) umów dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W konsekwencji, po wygaśnięciu terminu umowy, ubezpieczyciel może odmówić jej przedłużenia lub zaproponować ubezpieczonemu nowe warunki.

Taka praktyka, poza ograniczaniem zjawiska negatywnej selekcji, pozwala wyeliminować jeszcze jedną zawodność rynku, polegającą na korzystaniu z usług objętych ubezpieczeniem w sposób nadmierny w stosunku do faktycznych potrzeb (problem tzw. pokusy nadużycia). Z punktu widzenia ubezpieczonego usługi te są bowiem darmowe, więc nie ma w tym przypadku ekonomicznego bodźca do racjonalnego z nich korzystania. Możliwość renegocjacji warunków umowy stwarza taki ekonomiczny bodziec.

Z drugiej strony, ubezpieczyciel może w ten sposób doprowadzić do nadmiernego ograniczenia realizowanych świadczeń. Aby wyeliminować to zjawisko, w czterech krajach UE, tj. Austrii, Belgii, Irlandii i Słowenii, wprowadzono ustawowy nakaz przedłużania umów ubezpieczeniowych na niezmienionych warunkach. Ponieważ skutek takich przepisów ubezpieczyciel nie ma możliwości zmiany warunków ubezpieczenia, efekt różnicowania cen ubezpieczeń w czasie jest silnie złagodzony. Z drugiej strony, taka sytuacja naraża ubezpieczyciela na ryzyko związane z pokusą nadużycia, co może prowadzić do ogólnego wzrostu cen ubezpieczeń dla nowych klientów.

6.4. ZAKAZ RÓŻNICOWANIA WYSOKOŚCI SKŁADKI POMIĘDZY UBEZPIECZONYMI

Opisany powyżej zakaz wykluczania z rynku poszczególnych osób, jak również obowiązek przedłużania umów ubezpieczeniowych na niezmienionych warunkach, nie wyklucza możliwości określania stawki ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie oceny stanu zdrowia danej osoby. W efekcie, osoby o gorszym stanie zdrowia nadal mogą być ze względów finansowych wykluczone z systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Sposobem na wykluczanie z rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych osób o gorszym stanie zdrowia jest oferowanie ubezpieczeń grupowych. Istotą tego produktu ubezpieczeniowego jest uśrednienie ryzyka wystąpienia zdarzenia losowego dla populacji objętej danym ubezpieczeniem, a w konsekwencji uśrednienie składki ubezpieczeniowej. Nie jest to jednak rozwiązanie uzależnione od dobrowolnej decyzji ubezpieczyciela, dlatego w niektórych krajach wprowadza się regulacje prawne zakazujące różnicowania cen danego produktu ubezpieczeniowego ze względu na wiek, a także obecny lub przewidywany stan zdrowia ubezpieczonego.²⁵

W założeniu, mechanizm uśrednionej składki ubezpieczeniowej jest wprowadzeniem zasady solidaryzmu społecznego między osobami o lepszym i gorszym stanie zdrowia (tzw. zasada *community rating*). Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że wprowadzenie zasady *community rating* istotnie sprzyja upowszechnieniu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Aby to zobrazować, poniżej porównano systemy ochrony zdrowia funkcjonujące w Irlandii i Wielkiej Brytanii (por. Tabela 2). W obydwu krajach roczne wydatki na ochronę zdrowia stanowią porównywalną część ich PKB (odpowiednio

²⁵ Zgodnie z precedensowym wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości UE (Wielka Izba) z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie C236/09 Test-Achats – różnicowanie cen wszystkich produktów ubezpieczeniowych ze względu na płeć ubezpieczonego jest zakazane. Stanowi to realizację unijnej zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn.

9,2 proc. w Irlandii oraz 9,6 proc. w Wielkiej Brytanii). Przekłada się to również na porównywalny poziom wydatków na ochronę zdrowia *per capita* w tych krajach (por. Tabela 2). W obu źródłem finansowania publicznej opieki zdrowotnej jest budżet państwa. Jednocześnie w obu krajach publiczna opieka zdrowotna zapewniana jest w ramach modeli zintegrowanych, w których płatnikiem i świadczeniodawcą usług zdrowotnych jest ten sam podmiot (por. podrozdział 6.6). Dodatkowo, na podstawie Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, można stwierdzić, że oba te systemy opieki zdrowotnej oceniane są przez ich użytkowników podobnie.²⁶ Mimo tych podobieństw, w przypadku Irlandii prywatne wydatki na ochronę zdrowia stanowią 30 proc. wydatków ogółem, w przypadku zaś Wielkiej Brytanii jedynie ok. 17 proc. W Irlandii w 1994 roku wprowadzono ustawy zakaz różnicowania cen dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na wiek, płeć, a także obecny oraz prognozowany stan zdrowia ubezpieczonych. Takiej regulacji nie wprowadzono w Wielkiej Brytanii. Można przypuszczać, że regulacja ta w znacznym stopniu przyczyniła się do upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Irlandii.²⁷ Obecnie wydatki na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w Irlandii stanowią ok. 38 proc. prywatnych wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy w Wielkiej Brytanii jedynie ok. 19 proc. Co więcej, w Irlandii 51 proc. populacji posiada dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, a w Wielkiej Brytanii tylko 11 proc. (por. Tabela 2). Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w Irlandii stanowią 11,4 proc. całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, w Wielkiej Brytanii tylko 3,3 proc.

Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia w Irlandii i w Wielkiej Brytanii w 2010 r.

	Irlandia	Wielka Brytania
Wydatki na ochronę zdrowie ogółem jako % PKB	9,2	9,6
Wydatki na ochronę zdrowia ogółem w przeliczeniu na 1 osobę w USD PPP	3718	3433
Prywatne wydatki na zdrowie jako % łącznych wydatków na ochronę zdrowia	30	17
Wydatki na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako % wydatków prywatnych na ochronę zdrowia	38	19
Wydatki na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako % łącznych wydatków na ochronę zdrowia	11,4	3,3
% populacji objęty dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi	51	11

Źródło: GUS, OECD oraz S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, s. 28.*

Ustawy zakaz różnicowania cen dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Irlandii wymusił wprowadzenie dodatkowych rozwiązań instytucjonalnych. Jednym z nich był system wyrównywania ryzyk (ang. *risk equalisation*) między ubezpieczycielami, polegający na transferze środków pieniężnych do ubezpieczycieli, którzy mają bardziej ryzykowny portfel ubezpieczonych klientów.

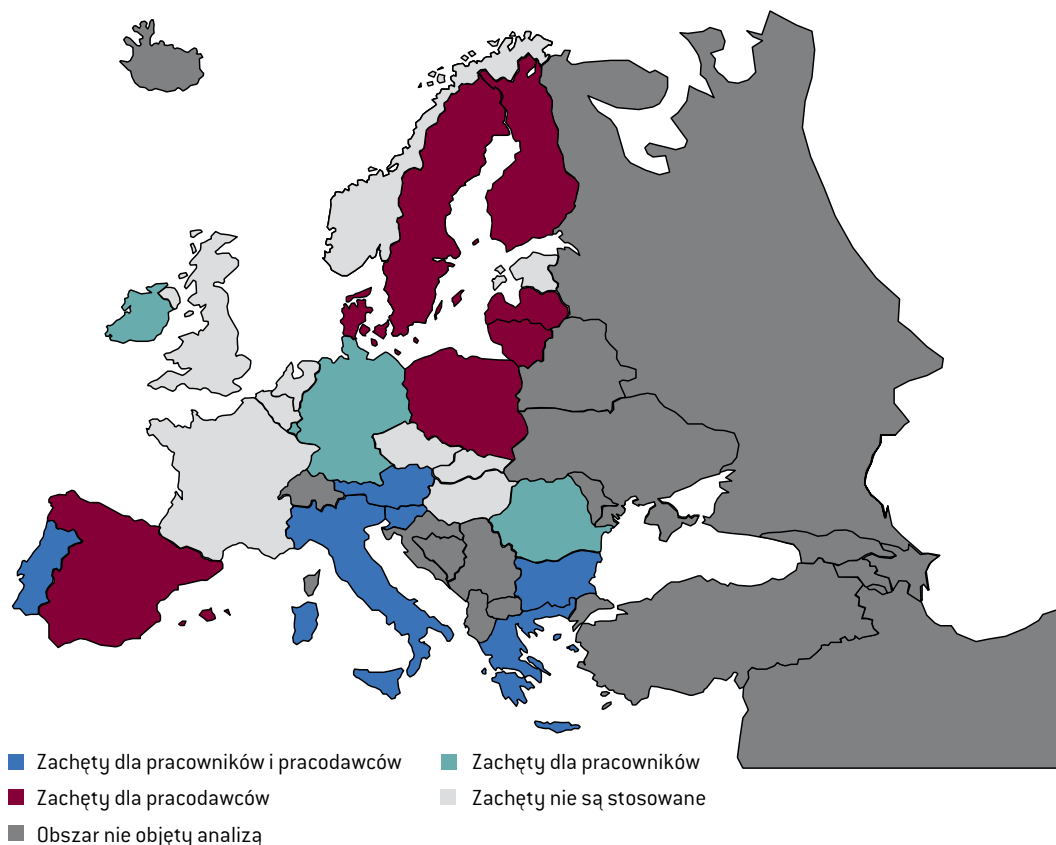
6.5. ZACHĘTY FISKALNE

Niektóre kraje UE stosują zachęty fiskalne mające na celu upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zachęty te przyjmują zazwyczaj formę odliczeń od dochodów całości lub części kosztów związanych z nabyciem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W niektórych krajach dotyczą one ubezpieczeń grupowych i są zachętami podatkowymi wykorzystywanymi przez pracodawców, w innych zaś przyjmują formę ulgi podatkowej wykorzystywanej przez pracowników. W kilku krajach mogą z nich korzystać zarówno pracodawcy, jak i pracownicy (por. Mapa 2).

²⁶ Jak wynika z raportów podsumowujących wyniki rankingów systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich i Kanadzie, systemy zintegrowane postrzegane są, z punktu widzenia konsumentów (pacjentów) korzystających z usług zdrowotnych, konsekwentnie gorzej niż modele rozdzielające funkcje płatnika i świadczeniodawcy. Wyjątkiem są mało zaludnione kraje nordyckie, gdzie efektywne zarządzanie systemem zintegrowanym jest łatwiejsze niż w dużych systemach funkcjonujących np. w Wielkiej Brytanii, we Włoszech czy w Kanadzie, [za:] B. Eisen, A. Björnberg, *Euro-Canada Health Consumer Index 2010*, Policy Series No. 89, Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse, May 2010, s. 18 oraz A. Björnberg, *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia*, Health Consumer Powerhouse AB, 2012, s. 14–15.

²⁷ Szerzej na ten temat np. [w:] F. Colombo, N. Tapay, *Private Health Insurance in Ireland: A Case Study*, OECD Health Working Papers (10), Paris 2004.

Mapa 2. Stosowanie zachęt fiskalnych w celu upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach UE



Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, s. 71–74.*

W Polsce jako zachętę podatkową do nabywania przez pracodawców dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na rzecz pracowników uznaje się, obowiązujące od 1 stycznia 2007 r., zniesienie ograniczenia możliwości zaliczania do kosztów uzyskania przychodów wyłącznie kosztów świadczeń zdrowotnych, do których ponoszenia zobowiązują pracodawcę przepisy Kodeksu Pracy oraz inne regulacje prawne. Nowelizacja w tym zakresie objęła zarówno ustawę o podatku dochodowym od osób fizycznych, jak i ustawę o podatku dochodowym od osób prawnych. Dlatego też, w obecnym stanie prawnym pracodawca ponoszący wydatki na zapewnienie opieki zdrowotnej pracownikom – zarówno tej o charakterze obowiązkowym (np. medycyna pracy), jak i wykraczającej poza ten zakres – może zaliczyć je do kosztów uzyskania przychodów.²⁸ Możliwość ta dotyczy zarówno nabywania produktów ubezpieczeniowych, jak i abonamentowych.

Na przestrzeni ostatnich lat niektóre kraje UE zaczęły ograniczać zachęty fiskalne lub wycofywać się z nich z uwagi na ich niewielką skuteczność w stymulowaniu popytu na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.²⁹ Z niektórych zachęt podatkowych zrezygnowano m.in. w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Pomimo tak prowadzonej polityki w krajach tych nie zauważono istotnego spadku popytu na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.³⁰ Warto jednak podkreślić, że niektóre badania wskazują³¹, iż wycofanie się rządu brytyjskiego z ulgi podatkowej dla osób po 60

28 Fragment [za:] *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 15189 w sprawie podatku dochodowego od świadczeń na rzecz ochrony zdrowia pracowników*, marzec 2010.

29 I. Magda, K. Szczygielski, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego system ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Ernst & Young, 2011, s. 69.

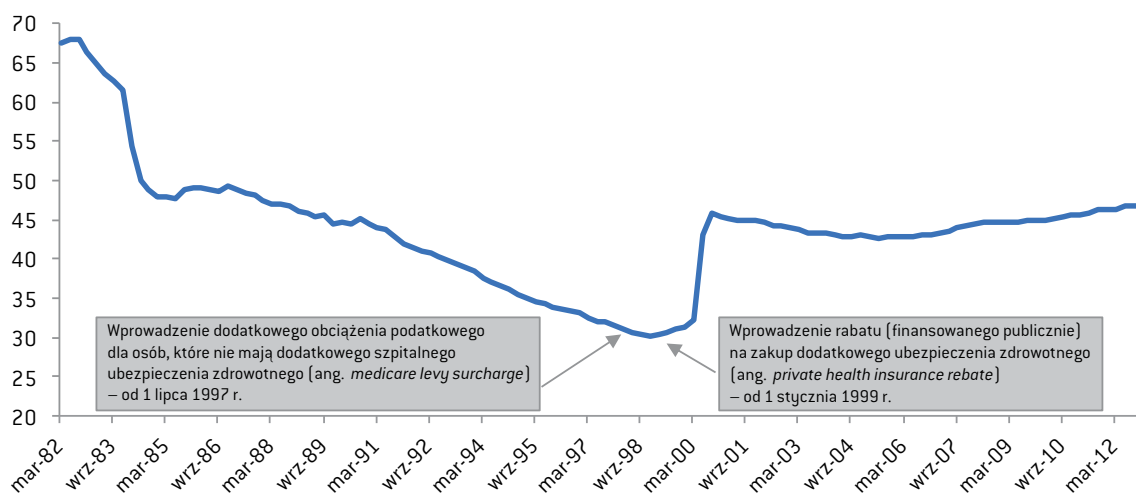
30 S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, s. 71.*

31 D.R. King, E. Mossialos, *The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England*, London School of Economics and Political Science, 2002, s. 28.

roku życia co prawda nie miało wpływu na decyzję o rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego, jednakże zniechęcało nowe osoby przed nabyciem takiej polisy. W Hiszpanii, w celu lepszej stymulacji popytu na podatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ulgi fiskalne przysługujące pracownikom zamieniono na ulgi oferowane pracodawcom.

Australia jest przykładem kraju, w którym polityka fiskalna pełni aktywną rolę w upowszechnianiu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Od lipca 1997 r. osoby, które osiągają odpowiedni poziom dochodów i jednocześnie nie mają prywatnego ubezpieczenia szpitalnego, odprowadzają dodatkowy podatek dochodowy. Poza tym od stycznia 1999 r. osoby, które nabywają dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, mogą skorzystać z rabatu finansowanego ze środków publicznych. Rabat ten w zależności m.in. od wieku i dochodów danej osoby może wynieść do 30 proc. wartości polisy. Obie te polityki mogły w istotny sposób wpłynąć na upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Australii, gdzie udział osób posiadających prywatne ubezpieczenie szpitalne w relacji do całej populacji wzrósł z 30 proc. w grudniu 1998 r. do 46 proc. we wrześniu 2000 r., czyli o 16 p.p. (por. Wykres 11).

Wykres 11. Udział populacji (w %) posiadającej prywatne ubezpieczenie szpitalne w Australii w latach 1982–2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Australian Private Health Insurance Administration Council.

Opisany przykład Australii wskazuje, że odpowiednia polityka fiskalna może prowadzić do upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Doświadczenia te wskazują, że popularyzowanie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych może być skuteczne nie tylko przez zmniejszanie dochodów sektora finansów publicznych (będących efektem ulg podatkowych), ale także poprzez regulacje nakładające dodatkowe obciążenia fiskalne na osoby, które nie mają dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Nałożenie dodatkowych podatków na osoby, które nie nabywają dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego spowoduje jednak, że ubezpieczenia te trudno będzie nadal nazywać dobrowolnymi.

W literaturze³² opisywane są także działania fiskalne, które zniechęcają do korzystania z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednym z nich jest nałożenie podatku dochodowego na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nabywane przez pracodawców i przekazywane pracownikowi jako dodatkowy benefit rzeczowy. Takie rozwiązania fiskalne obowiązują m.in. w Estonii, na Litwie, w Polsce i Wielkiej Brytanii. Kwestia zasadności powyższego rozwiązania wpisuje się w szerszą dyskusję na temat opodatkowania wszystkich świadczeń otrzymywanych od pracodawcy, zarówno tych pieniężnych, jak i niepieniężnych. Zgodnie ze stanowiskiem polskiego Ministerstwa Finansów, wszelkie świadczenia niepieniężne otrzymywane przez pracownika są dla niego przychodem i w związku z tym podlegają opodatkowaniu. Jednocześnie zwolnienia przedmiotowe w tym zakresie nie stanowią standardu prawnego, a są jedynie wyjątkiem od zasady powszechności opodatkowania³³. Biorąc pod uwagę

32 S. Thomson, E. Mossialos, *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science.

33 Wyrażone m.in. w: *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 15189 w sprawie podatku dochodowego od świadczeń na rzecz ochrony zdrowia pracowników*, marzec 2010.

powyższe stanowisko, trudno będzie w najbliższych latach o włączenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych do listy rodzajów dochodów zwolnionych z opodatkowania.

Wartym rekomendowania jest natomiast rozwiązanie, które daje możliwość finansowania grupowych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z zakładowych funduszy świadczeń socjalnych. Wydaje się, że zmiana ta w istotnym stopniu mogłaby upowszechnić grupowe dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Należy jednak pamiętać, że rozwiązanie to dotyczyłoby głównie przedsiębiorstw zatrudniających co najmniej 20 pracowników, dla których posiadanie zakładowego funduszu świadczeń socjalnych jest obligatoryjne.

6.6. ROZDZIELNOŚĆ PODMIOTOWA UBEZPIECZYCIELA I ŚWIADCZENIODAWCY A ZINTEGROWANIE TYCH FUNKCJI

W systemie ochrony zdrowia można wyróżnić trzy typy podmiotów: świadczeniodawcę (realizującego usługi zdrowotne), świadczeniobiorcę (pacjenta) oraz płatnika (finansującego usługi świadczone na rzecz pacjenta). Czasem dwie z powyższych cech pełni ten sam podmiot. Przykładowo, w przypadku wydatków jednorazowych (*out of pocket*) świadczeniobiorca (pacjent) jest równocześnie płatnikiem usług.

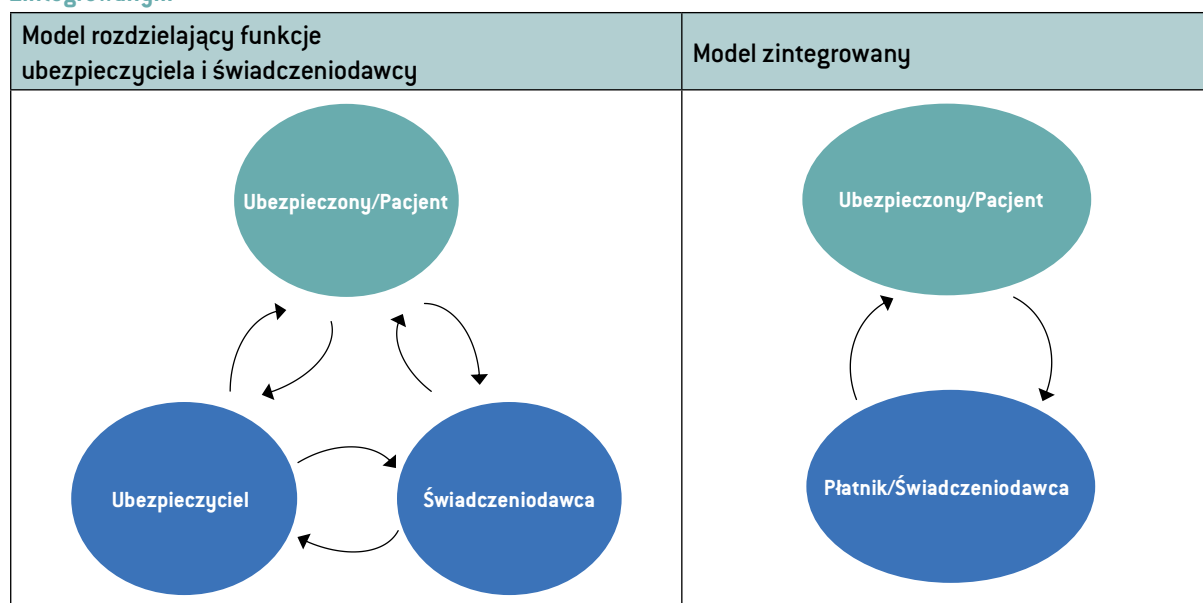
Na rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wykształciły się dwa modele biznesowe:

- ▶ model rozdzielający funkcję płatnika i świadczeniodawcy,
- ▶ model zintegrowany, w którym płatnik i świadczeniodawca to jeden podmiot.

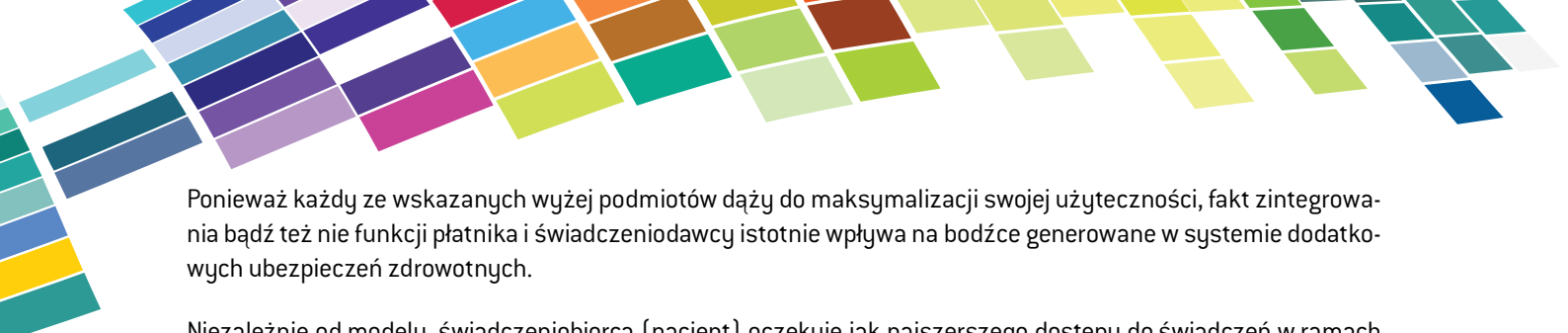
W modelu rozdzielającym funkcje płatnika i świadczeniodawcy ubezpieczyciel wchodzi w bilateralne relacje biznesowe ze świadczeniodawcami usług zdrowotnych, finansując świadczeniobiorcom (ubezpieczonym) świadczenia zdrowotne udzielane przez świadczeniodawców. W modelu tym ubezpieczyciel pełni więc jedynie funkcję płatnika.

Model zintegrowany zakłada podmiotową integrację funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Pacjent przekazuje wówczas składki podmiotowi, który jest jednocześnie świadczeniodawcą usług zdrowotnych (por. Schemat 2).

Schemat 2. Porównanie modelu zakładającego separację funkcji ubezpieczyciela i świadczeniodawcy z modelem zintegrowanym



Źródło: opracowanie własne.



Ponieważ każdy ze wskazanych wyżej podmiotów dąży do maksymalizacji swojej użyteczności, fakt zintegrowania bądź też nie funkcji płatnika i świadczeniodawcy istotnie wpływa na bodźce generowane w systemie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Niezależnie od modelu, świadczeniobiorca (pacjent) oczekuje jak najszerszego dostępu do świadczeń w ramach uiszczanej opłaty. Z drugiej strony płatnik dąży do ograniczania liczby udzielanych świadczeń, które stanowią dla niego koszt. Kluczowa różnica między modelem rozdzielnym i zintegrowanym jest taka, że w modelu zintegrowanym płatnik, dzięki temu że pełni jednocześnie rolę świadczeniodawcy, ma większe możliwości nadmiernego ograniczenia realizowanych usług zdrowotnych, jeśli tylko na rynku konkurencja pomiędzy podmiotami jest ograniczona. W modelu rozdzielnym pacjent kontaktuje się bezpośrednio ze świadczeniodawcą, który nie ma bodźców do ograniczania ilości usług. Wręcz przeciwnie, w modelu tym świadczeniodawca zainteresowany jest udzielaniem jak największej liczby świadczeń zdrowotnych. Ryzyko nadmiernego ograniczania świadczeń jest więc istotnie mniejsze.

Charakterystyka modelu rozdzielnego generuje natomiast bodźce do pokusy nadużycia (ang. *moral hazard*) ze strony świadczeniodawcy oraz świadczeniobiorcy, co prowadzi do ryzyka nadmiernego korzystania ze świadczeń zdrowotnych, często bez wyraźnego uzasadnienia medycznego. Jednakże dzięki występowaniu naturalnego konfliktu interesów między płatnikiem (ubezpiaczyciel) a świadczeniodawcą, ryzyko to jest istotnie ograniczone, a zakres świadczeń zbliża się do poziomu optymalnego.

W modelu rozdzielającym funkcje ubezpieczony może zazwyczaj swobodnie wybierać świadczeniodawcę, u którego chce podjąć leczenie. Dzięki temu w modelu tym dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne dostępne są szerokiemu gronu świadczeniobiorców, a konkurencja między świadczeniodawcami obniża w długim okresie ceny polis ubezpieczeniowych. Model zintegrowany skierowany jest zaś głównie do świadczeniobiorców, którzy mieszkają w pobliżu funkcjonowania podmiotu zintegrowanego.

Warto także podkreślić, że funkcjonujący w Polsce system zabezpieczenia bazowego oparty jest na modelu rozdzielającym funkcje ubezpieczyciela i świadczeniodawcy, w którym publiczny płatnik kontraktuje świadczenia zdrowotne u niezależnych świadczeniodawców. Jeżeli więc w Polsce system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będzie się rozwijał w oparciu o model rozdzielający funkcje, a nie w oparciu o model zintegrowany, to w większym stopniu skorzystają na tym wszyscy funkcjonujący na rynku świadczeniodawcy, w tym także publiczni. Stanie się tak, ponieważ w modelu rozdzielającym funkcje ubezpieczyciele prywatni będą kontraktować część świadczeń zdrowotnych u publicznych świadczeniodawców, co z definicji jest utrudnione w przypadku modelu zintegrowanego, bazującego z założenia na własnych świadczeniodawcach (szerzej na ten temat patrz podrozdział 7.2).

Tabela 3. Wady i zalety modelu rozdzielającego funkcje płatnika i świadczeniodawcy oraz modelu zintegrowanego

	Zalety	Wady
Model rozdzielający funkcje płatnika i świadczeniodawcy	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Naturalny konflikt interesów między ubezpieczycielem i świadczeniodawcą z korzyścią dla pacjenta ▶ Konkurencja między świadczeniodawcami obniżająca ceny świadczeń zdrowotnych ▶ Otwarty dostęp pacjenta do dużej liczby świadczeniodawców ▶ Szerokie grono odbiorców (brak ograniczeń przestrzennych) ▶ Potencjalnie szeroki zakres gwarantowanych świadczeń zdrowotnych (profilaktyka, POZ, AOS, szpitale, leki) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bodźce do występowania pokusy nadużycia
Model zintegrowany	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ograniczone ryzyko pokusy nadużycia 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bodźce skłaniające do nadmiernego limitowania świadczeń zdrowotnych ▶ Potencjalnie wąski zakres świadczeń zdrowotnych ograniczony do tych oferowanych przez zintegrowany podmiot ▶ Skierowany głównie do pacjentów mieszkających w pobliżu miejsca funkcjonowania podmiotu zintegrowanego

Źródło: opracowanie własne.

6.7. SZEROKI ZAKRES DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA

Zaletą dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest ich różnorodność oraz szeroki zakres produktów, które mogą oferować. Istnieją dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, które oferują podstawowe lub wybrane świadczenia zdrowotne, oraz takie, które zapewniają kompleksową opiekę medyczną – od profilaktyki poprzez lecnicstwo otwarte i zamknięte, aż do leków. Zaletą dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest także możliwość zapewnienia ciągłości opieki medycznej u dotychczasowych lekarzy, co jest szczególnie ważne w przypadku opieki specjalistycznej lub zaawansowanych badań diagnostycznych.

Model podstawowych ubezpieczeń zapewnia pacjentom dostęp do standardowych lub wybranych przez ubezpieczonego procedur medycznych. Jego zaletą jest relatywnie niska cena. W modelu kompleksowych ubezpieczeń pacjent objęty jest pełną ochroną przed wszystkimi ryzykami związanymi z utratą zdrowia. Ten typ opieki jest też niekiedy nazywany ochroną „od kołyski aż po grób”, gdyż nie przewiduje on wyjątków lub wyłączeń w stosowaniu terapii od narodzin aż do śmierci ubezpieczonego pacjenta. Wadą jest relatywnie wysoki koszt takiego ubezpieczenia.

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne dają także możliwość stosowania tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej [KOK – ang. *managed healthcare*]³⁴. Głównym celem KOK jest optymalne wykorzystanie środków pieniężnych wnoszonych przez ubezpieczonego, głównie poprzez promowanie profilaktyki wśród pacjentów, systemy zachęt dla lekarzy decydujących się na mniej kosztowne terapie medyczne czy kontrolowanie zasadności pobytu pacjentów w szpitalach. W efekcie, pomimo tego, że ubezpieczony w mniejszym zakresie korzysta ze świadczeń zdrowotnych, jego stan zdrowia jest lepszy niż stan zdrowia pacjentów, u których nie wykorzystuje się KOK.

W zależności od stopnia integracji płatników ze świadczeniodawcami, w literaturze wyróżnia się trzy główne rodzaje organizacji KOK (por. Schemat 3).

Schemat 3. Główne rodzaje organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej*

Organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej		
Organizacje preferowanych świadczeniodawców	Organizacje utrzymania zdrowia	Plany punktów usług
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Umożliwiają ubezpieczonym skorzystanie z preferowanych przez organizację świadczeniodawców, z którymi podpisano umowę w zamian za niższe stopy refundacji wydatków. ▶ Korzystanie z usług świadczeniodawców spoza sieci wiąże się z wyższymi opłatami. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Oferują zwykle wszechstronną opiekę zdrowotną dostarczaną pacjentowi przez autoryzowanego świadczeniodawcę zintegrowanego pionowo w ramach organizacji. ▶ Za nieautoryzowane leczenie należy uiścić dodatkową opłatę. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mają cechy obydwu pozostałych rodzajów. ▶ Pacjenci mogą korzystać z sieci preferowanych świadczeniodawców, w których opłaty są niższe. ▶ Organizacje zatrudniają lekarzy pierwszego kontaktu, którzy autoryzują wszelkie usługi ochrony zdrowia świadczone przez te sieci.

* W obrębie organizacji utrzymania zdrowia wyróżnia się także szereg podkategorii, jak np. model pracowników, model grupy, model sieci, czy model niezależnych praktyk lekarskich.

Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Warszawa 2011, s. 202–204.

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogą odegrać pozytywną rolę w zakresie popularyzacji profilaktyki i zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów. Do najpopularniejszych tego typu działań należą zajęcia i porady dietetyczne, terapie psychologiczne czy organizacja rutynowych ćwiczeń fizycznych. Niektóre programy przewidują także takie korzyści, jak sfinansowanie asystenta pomagającego kobietom w pierwszych tygodniach po przebytej ciąży, wizyty domowe lekarzy oraz promocję aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia.

Działania mające na celu poprawę świadomości społeczeństwa oraz propagowania i wspierania zachowań prozdrowotnych, do których zobowiązane są niektóre podmioty prowadzące działalność ubezpieczeniową, okazują się często efektywne, m.in. ze względu na fakt, iż w interesie ubezpieczyciela leży długofalowe niwelowanie prawdopodobieństwa pogorszenia się stanu zdrowia ubezpieczonych.

34 Pierwsza organizacja typu KOK powstała w 1910 r. w Tacoma w stanie Washington. Ich rozpowszechnienie nastąpiło od wprowadzenia w 1973 r. ustawy regulującej działalność organizacji utrzymania zdrowia, by następnie stracić nieco na popularności począwszy od lat 90. XX w. Najbardziej kontrowersyjnym aspektem działalności KOK okazało się wymaganie uzyskania uprzedniej autoryzacji lekarza pierwszego kontaktu i nieliczne przypadki utrudniania pacjentom dostępu do niezbędnej opieki w wyniku nadmiernej biurokratyzacji procesu podejmowania decyzji przez zarządzających, [za:] P.D. Fox, P.R. Kongstvedt, *The Origins of Managed Health Care*, [w:] *The Essentials of Managed Health Care*, 5th edition, ed. P.R. Kongstvedt, Jones & Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007, s. 1–4 oraz 12–14.

7. PROGNOZA ROZWOJU RYNKU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE I JEGO POTENCJALNE SKUTKI

7.1. PROGNOZA ROZWOJU RYNKU DO 2016 R.

Ze względu na istniejące ograniczenia prawne (por. podrozdział 5.2), obecnie poziom rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest relatywnie niski. W efekcie, równoległe do rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, w Polsce wykształcił się rynek tzw. medycznych firm abonamentowych, które oferują produkty zbliżone do produktów oferowanych w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W 2012 r. łączna wartość rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i medycznych produktów abonamentowych wyniosła ok. 2,8 mld zł. Według szacunków Polskiej Izby Ubezpieczeń, sam rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych osiągnął w 2012 r. wartość mierzoną przypisem składki ok. 363 mln zł.

Charakterystyki polskiego rynku sprawiają, że prognozowanie rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest niezwykle trudne. Wynika to przede wszystkim z trzech przesłanek. Po pierwsze, podział rynku na część abonamentową i ubezpieczeniową jest bardzo nietypowy w skali międzynarodowej, co utrudnia analizę porównawczą. Co więcej, z ekonomicznego punktu widzenia, ubezpieczenia i abonamenty są bliskimi substytutami. Po drugie, sam rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest obecnie bardzo niewielki, a zmiany jego wartości w czasie są bardzo silne (dynamika rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce wyniosła w latach 2010 i 2011 odpowiednio 26 proc. i 76 proc.). Przy czym zmiany te mogą wynikać z czynników trudnych do oszacowania, takich jak np. indywidualna decyzja firmy ubezpieczeniowej o poszerzeniu oferty produktów ubezpieczeniowych o ubezpieczenia zdrowotne. Po trzecie przewidzenie, w jaki sposób rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz rynek abonamentów medycznych będą na siebie wzajemnie oddziaływać w przyszłości, uzależnione jest w dużej mierze od regulacji prawnych oraz strategii sprzedaży kluczowych graczy na obydwu rynkach.

W efekcie, wykorzystanie zaawansowanych metod modelowania do szacowania wielkości rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest praktycznie niemożliwe. W związku z tym, w dalszej części analizy rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz rynek abonamentów medycznych będą traktowane łącznie. Dzięki temu możliwe stanie się określenie potencjału rozwoju rynku w Polsce na podstawie dwóch kluczowych czynników: dotychczasowych trendów oraz doświadczeń międzynarodowych.

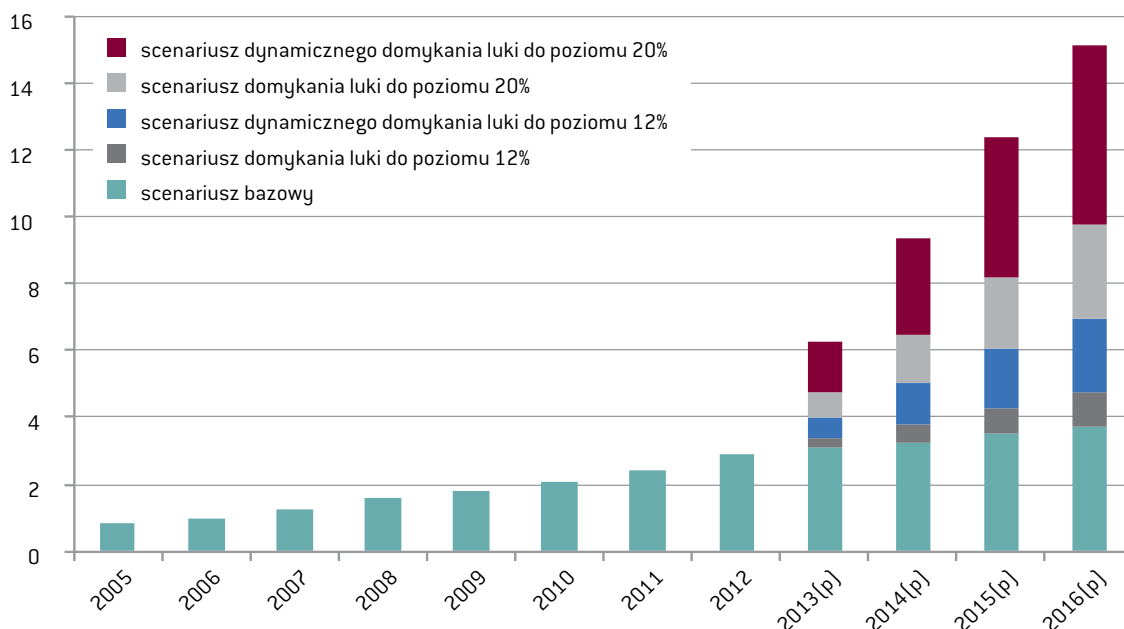
Wykres 12 przedstawia prognozę rozwoju rynku ubezpieczeń i abonamentów w Polsce do 2016 r. Prognozy te zostały przedstawione dla pięciu scenariuszy:

- ▶ **Scenariusz bazowy** (scenariusz BAU, od ang. *business as usual*) – zakłada, że relacja wydatków na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne do całkowitych wydatków prywatnych na zdrowie utrzyma się w horyzoncie prognozy na stałym poziomie z 2012 r.,
- ▶ **Dwa scenariusze domykania luki** (scenariusze DL) – zakładają, że stopa partycypacji³⁵ rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych w 2032 r. osiągnie poziom 12 proc. (scenariusz DL12) lub 20 proc. (scenariusz DL20),
- ▶ **Dwa scenariusze dynamicznego domykania luki** (scenariusze DDL) – zakładają, że stopa partycypacji rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych w 2022 r. osiągnie poziom 12 proc. (scenariusz DDL12) lub 20 proc. (scenariusz DDL20).

35 Przez stopę partycypacji rozumie się stosunek liczby osób objętych dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym lub produktem abonamentowym w relacji do całej populacji, wyrażony w procentach.

Zakładany wzrost partycypacji w scenariuszach DL i DDL wynika z hipotetycznego założenia, że od 2013 r. zacznie obowiązywać ustawa o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, która znosi wszelkie bariery prawne ograniczające rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Założono, że zniesienie tych ograniczeń spowoduje dynamiczny rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, który w perspektywie roku 2022 (scenariusz DDL) lub 2032 (scenariusz DL) (wraz z medycznym rynkiem abonamentowym) osiągnie poziom partycypacji równy 12 proc. lub 20 proc. Docelowy wzrost partycypacji do 12 proc. wynika z założenia, że rynek ten rozwinie się do poziomu charakterystycznego dla Wielkiej Brytanii, a więc kraju, w którym system bazowy jest względnie zbliżony do obowiązującego w Polsce (szeroki zakres świadczeń gwarantowanych, przy jednoczesnym braku współpłacenia). W scenariuszach ze wzrostem stopy partycypacji do poziomu 20 proc. zakłada się, że wraz z ustawą o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym zaczną obowiązywać rozwiązania regulacyjne, których celem będzie upowszechnienie tych ubezpieczeń. W prognozach DL oraz DDL założono ponadto, że wzrost stopy partycypacji z obecnego poziomu ok. 5 proc. do docelowych poziomów 12 proc. lub 20 proc. nie będzie równomierny. Przyrosty stopy partycypacji będą najwyższe w początkowych latach po wprowadzeniu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zaczną systematycznie maleć w kolejnych latach.

Wykres 12. Rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów do 2016 r. (w mld zł)



Źródło: obliczenia własne.

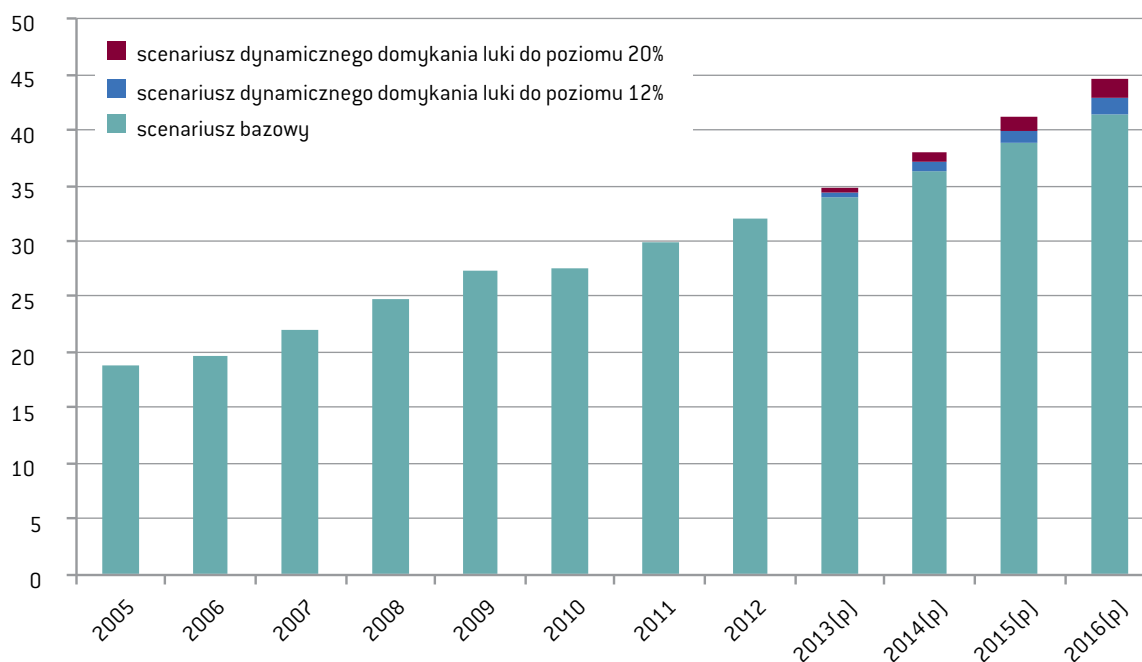
Z prognozy (por. Wykres 12) wynika, że w scenariuszu BAU łączny rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów wzrośnie w latach 2013–2016 z ok. 2,8 mld zł do 3,7 mld zł. W scenariuszach DL12 i DDL12 prognozowana wartość tego rynku w 2016 r. wyniesie odpowiednio 4,8 mld zł i 7 mld zł, zaś w scenariuszach DL20 i DDL20 odpowiednio 9,8 mld zł i 15,2 mld zł.

Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz medycznych produktów abonamentowych powinno mieć dwójaki wpływ na prywatne wydatki na ochronę zdrowia ogółem. Po pierwsze, powinno zmienić ich strukturę, przez wyparcie wydatków typu *out of pocket* wydatkami o charakterze ubezpieczeniowym. Po drugie, powinno wpłynąć też na łączną wielkość wydatków prywatnych.

W celu oszacowania znaczenia tych dwóch efektów zbudowano ekonometryczny model panelowy, w którym jedną ze zmiennych objaśniających poziom wydatków prywatnych jest stopa partycypacji w rynku ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych (szczegóły konstrukcji modelu zawiera Ramka 1).

Wykres 13 przedstawia prognozę prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce dla trzech scenariuszy rozwoju rynku ubezpieczeń i abonamentów: scenariusza bazowego oraz scenariuszy DDL12 i DDL20. W scenariuszu bazowym prywatne wydatki ogółem na ochronę zdrowia wzrosną z 32,1 mld zł w roku 2012 do 41,4 mld zł w 2016 r. Jednocześnie w wyniku upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (scenariusze DDL) prywatne wydatki na ochronę zdrowia będą w latach 2013–2016 w scenariuszu DDL12 oraz w scenariuszu DDL20 wyższe niż w scenariuszu bazowym odpowiednio o 3,7 mld zł i 8,2 mld zł.

Wykres 13. Prognoza prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2011–2016 (w mld zł)



Źródło: opracowanie własne.

Zestawienie prognoz rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i rynku abonamentów medycznych z prognozami wydatków prywatnych na ochronę zdrowia ogółem pozwala stwierdzić, że wydatki na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty w scenariuszach DL oraz DDL będą rosły szybciej niż prywatne wydatki na zdrowie ogółem. Tym samym udział dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów w wydatkach prywatnych ogółem będzie się zwiększał. W scenariuszu DDL12 udział ten w latach 2013–2016 wzrośnie z 13,6 proc. do 22,0 proc., zaś w scenariuszu DDL20 w tym samym okresie z 17,9 proc. do 34,0 proc. Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wpłynie więc nie tylko na zmianę struktury wydatków prywatnych – wydatki bezpośrednie zastąpione zostaną wydatkami na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne lub abonamenty medyczne, ale także spowoduje wzrost całkowitych prywatnych wydatków na ochronę zdrowia.

Ramka 1. Podstawowe informacje dotyczące prognozy prywatnych wydatków na ochronę zdrowia

W celu prognozowania prywatnych wydatków na ochronę zdrowia skonstruowano model ekonometryczny, w którym zmienną objaśnianą jest wysokość wydatków na zdrowie *per capita* ponoszona przez sektor prywatny, wyrażony w dolarach amerykańskich w parytecie siły nabywczej. Do modelowania tej wielkości zdecydowano się wykorzystać model panelowy, gdyż pozwala on na uzyskanie bardziej wiarygodnych wyników w porównaniu do analiz przeprowadzonych w oparciu o dane przekrojowe. Wśród zmiennych objaśniających znalazły się:

- ▶ produkt krajowy brutto *per capita* (w postaci logarytmicznej dla wyznaczenia elastyczności dochodowej wydatków na zdrowie),
- ▶ liczba punktów zdobyta przez dany kraj w kategorii „zakres dostępnych świadczeń” będąca składową Europejskiego Indeksu Zdrowia Konsumentów opracowywanego przez Health Consumer Powerhouse (jako miara zaspokojenia potrzeb pacjentów w systemie),
- ▶ liczba łóżek szpitalnych przypadająca na 1000 osób (dodatkowa aproksymanta zaspokojenia potrzeb w systemie bazowym),
- ▶ odsetek osób posiadających abonament lub dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (dla weryfikacji hipotezy o tym, że wysoka partycypacja kreuje dodatkowe wydatki prywatne, a nie tylko zmienia ich strukturę poprzez eliminację wydatków *out of pocket*).

Dane potrzebne do budowy modelu wydatków prywatnych pochodzą z baz danych OECD oraz Eurostatu i obejmują grupę 23 państw europejskich³⁶ w okresie od roku 1990 do 2010. Zatem, wykorzystane dane stanowią typowy panel, w którym jednostką panelu jest dany kraj, zaś jednostką czasu – rok. Tabela 4 przedstawia wyniki oszacowań parametrów modelu.

Tabela 4. Wyniki oszacowań parametrów modelu prywatnych wydatków na zdrowie

Nazwa zmiennej objaśniającej	Estymator PCSE ze wspólnym współczynnikiem autokorelacji	Estymator PCSE z indywidualnymi współczynnikami autokorelacji
PKB <i>per capita</i> , USD PPS (ln)	1,205***	1,147***
Ocena w rankingu HCP (zakres świadczeń)	-0,011***	-0,009***
Liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców	-0,0485***	-0,056***
Partycypacja w rynku MS+PMI	0,008***	0,008***
Stała	-4,808***	-4,288***

Zmienna objaśniana: wydatki prywatne na ochronę zdrowia *per capita*, USD PPS (ln).
Poziom istotności zmiennych: *** 1%, ** 5%, * 10%

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane oszacowania parametrów modelu, w którym zmienną objaśnianą jest logarytm wydatków na ochronę zdrowia sektora prywatnego *per capita*, pozwalają wnioskować, że podobnie jak w przypadku łącznych wydatków na zdrowie, wysokość wydatków sektora prywatnego zależy od dochodu danego społeczeństwa. Uzyskane oszacowanie elastyczności dochodowej (1,15–1,20) wpisuje się w nurt badań empirycznych, stwierdzających ponadjednostkową elastyczność takich wydatków względem dochodu (por. podrozdział 2.2). Sprawny sektor państwowej służby zdrowia, oferujący szeroki zakres dostępnych świadczeń oraz zapewniający stosunkowo łatwy i powszechny dostęp do nich w statystycznie istotny sposób obniża wydatki sektora prywatnego na usługi zdrowotne.

Wyniki analizy ekonometrycznej wskazują też, że wzrost partycypacji w prywatnych ubezpieczeniach oraz abonamentach zmienia nie tylko strukturę wydatków prywatnych, ale również ich sumę.

Warto jednak zauważyć, iż w przypadku zakupu produktów i usług związanych z ochroną zdrowia przez sektor prywatny nieistotne okazały się zmienne o charakterze demograficznym. Potwierdzałoby to przypuszczenie, że – w świetle doświadczeń międzynarodowych – wzrost wydatków związany z czynnikami demograficznymi dokonywał się głównie kanałem zwiększonego finansowania po stronie publicznej. Nie ma jednak pewności, że możliwości publicznego płatnika okażą się w tym względzie wystarczające.

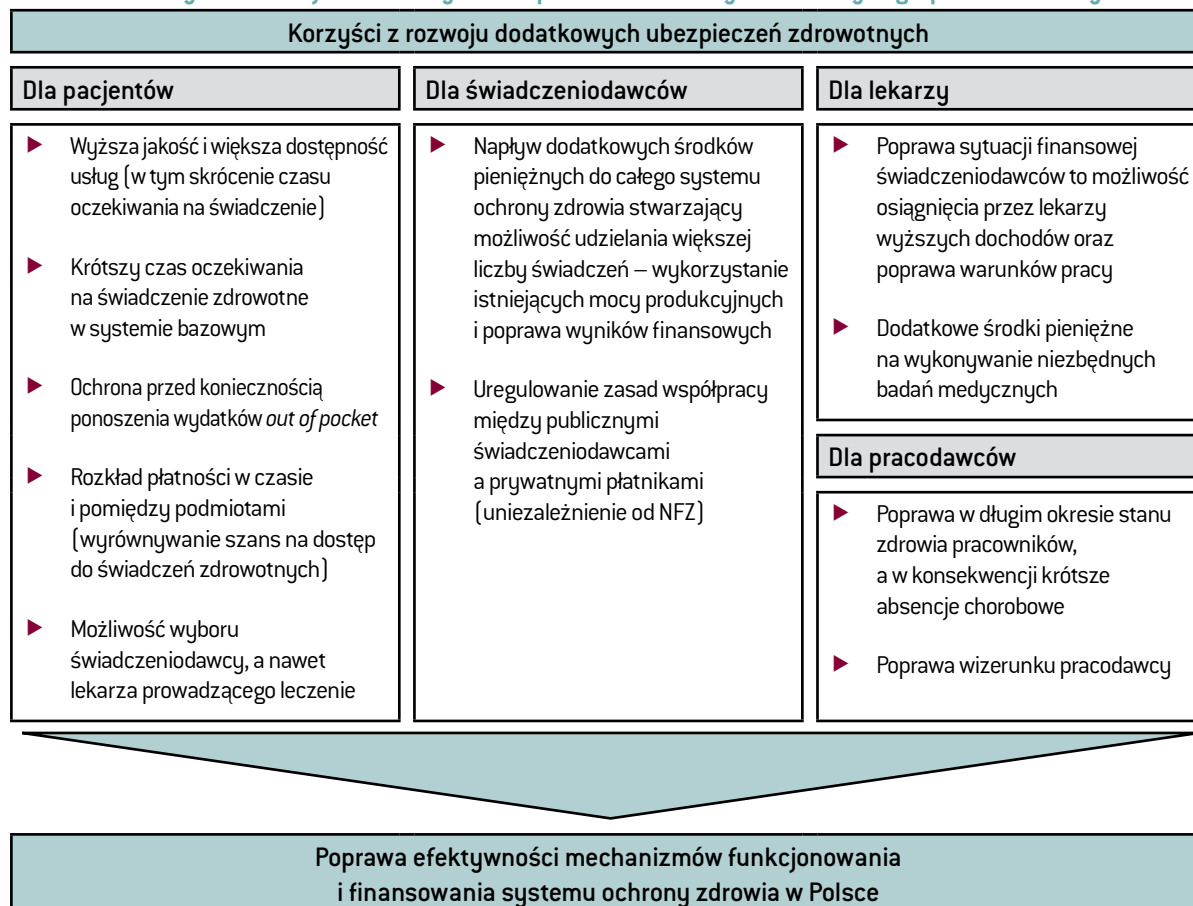
³⁶ Analiza obejmowała następującą grupę krajów: Austria, Belgia, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy.

7.2. KORZYŚCI Z ROZWOJU RYNKU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE

Przedstawione w poprzednim podrozdziale wyniki analizy ilościowej wskazują, że upowszechnienie w Polsce dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wpłynie na zwiększenie wydatków prywatnych w horyzoncie objętym prognozą. Tym samym cały system ochrony zdrowia pozyska dodatkowe środki pieniężne w porównaniu do scenariusza, w którym nie wprowadza się żadnych zmian systemowych upowszechniających dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Jednocześnie zmieni się także struktura wydatków prywatnych. Część wydatków *out of pocket* zostanie zastąpiona przez dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

W efekcie, beneficjentami upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będą nie tylko pacjenci z nich korzystający, ale także osoby korzystające wyłącznie z systemu bazowego, świadczeniodawcy, lekarze oraz pracodawcy (por. Schemat 4, wraz z opisem poniżej).

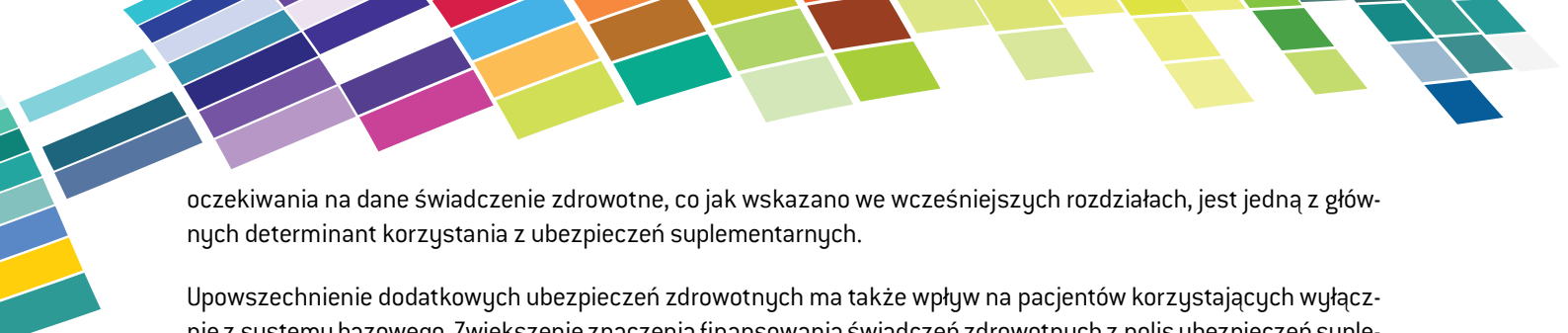
Schemat 4. Korzyści z rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla różnych grup interesariuszy w Polsce



Źródło: opracowanie własne.

KORZYŚCI DLA PACJENTÓW

Pacjenci korzystający z ubezpieczeń suplementarnych zyskują możliwość wyboru świadczeniodawcy, u którego mogą się leczyć. Osoby posiadające takie ubezpieczenia mają bowiem możliwość wyboru miejsca i sposobu, a nawet lekarza prowadzącego leczenie, co pozwala na dopasowanie zakresu opieki do ich indywidualnych potrzeb. Większa liczba potencjalnych świadczeniodawców zwiększa dostępność danej usługi oraz z dużym prawdopodobieństwem wpływa na wzrost jej jakości. Zwiększenie dostępności wiąże się w dużej mierze ze skróceniem czasu



oczekiwania na dane świadczenie zdrowotne, co jak wskazano we wcześniejszych rozdziałach, jest jedną z głównych determinant korzystania z ubezpieczeń suplementarnych.

Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ma także wpływ na pacjentów korzystających wyłącznie z systemu bazowego. Zwiększenie znaczenia finansowania świadczeń zdrowotnych z polis ubezpieczeń suplementarnych spowoduje, że więcej pieniędzy ze środków publicznych (NFZ) będzie mogło zostać przeznaczonych na finansowanie leczenia osób korzystających wyłącznie z systemu bazowego. Tym samym osoby korzystające z systemu bazowego będą mogły szybciej zaspokoić swoje potrzeby zdrowotne, co zwiększy dostępność tych świadczeń. Wpłyne to także na skrócenie „kolejek” w systemie zabezpieczenia bazowego.

Z punktu widzenia pacjenta, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne chronią też przed jednorazowymi, często istotnie obciążającymi budżet domowy wydatkami *out of pocket*. Ubezpieczenia z definicji rozkładają bowiem płatności w czasie i pomiędzy różne osoby. Interes ubezpieczyciela, który dąży do tego, by nie dopuścić do utraty zdrowia przez klienta i/lub przywrócić mu zdrowie, pokrywa się przy tym, co do zasady, z interesem pacjenta. Ubezpieczyciel ma też znacznie większe możliwości egzekwowania od świadczeniodawcy wykonywania możliwie szybko usług wysokiej jakości.

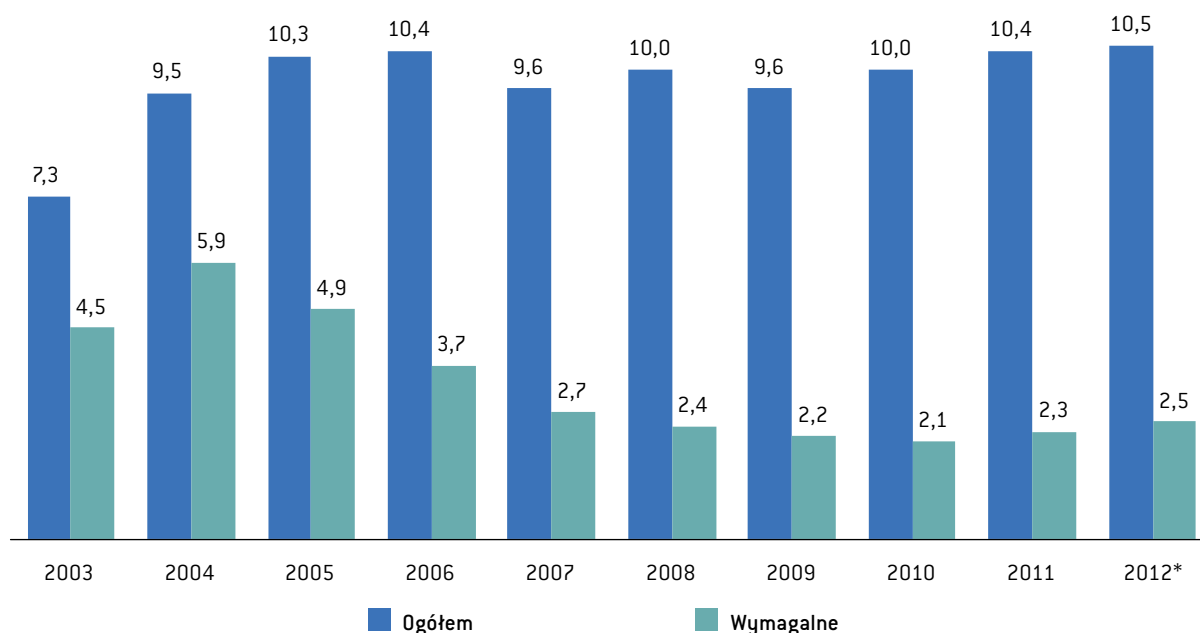
KORZYŚCI DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Jak wskazano w podrozdziale 7.1 upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje napływ dodatkowych środków pieniężnych do systemu ochrony zdrowia w Polsce. Już sam ten fakt, przy innych czynnikach bez zmian, powoduje, że w całym systemie ochrony zdrowia będzie mogła być udzielona większa liczba świadczeń zdrowotnych, na czym skorzystają świadczeniodawcy.

Jednocześnie zmiany legislacyjne, które uregulują m.in. zasady współpracy pomiędzy publicznymi świadczeniodawcami a prywatnymi płatnikami sprawią, że współpraca między tymi dwiema grupami podmiotów stanie się powszechniejsza. Sytuacja ta będzie szczególnie korzystna dla publicznych świadczeniodawców, którzy obecnie są niemal całkowicie uzależnieni od finansowania ze źródeł publicznych (NFZ).

W ostatnich latach publiczni świadczeniodawcy (głównie szpitale) realizowali więcej świadczeń niż wynikało to z ich umów zawartych z publicznym płatnikiem (NFZ). Jednocześnie część z tych ponadplanowych wykonań nie została sfinansowana przez NFZ. Dla przykładu w 2010 r. 4,8 proc. świadczeń zrealizowanych przez publiczne szpitale nie została rozliczona przez NFZ. Z tego powodu w kolejnych latach szpitale ograniczały planowane przyjęcia, dostosowując ich liczbę do warunków kontraktów podpisanych z NFZ. W efekcie obecnie świadczeniodawcy publiczni (głównie szpitale) nie wykorzystują w pełni swoich mocy produkcyjnych. W 2011 r. statystyczne łóżko w szpitalu publicznym wykorzystane było średnio jedynie przez 249 dni. Można więc powiedzieć, że szpitale publiczne w 2011 r. przeciętnie wykorzystywały swoje zasoby jedynie w ok. 70 proc. Gdyby więc szpitale te mogły świadczyć usługi finansowane przez prywatnych płatników, możliwości podażowe systemu ochrony zdrowia zostałyby efektywniej wykorzystane, a wyniki finansowe publicznych świadczeniodawców byłyby znacznie lepsze. Aspekt ten jest istotny szczególnie w sytuacji, w której publiczni świadczeniodawcy mają problemy z uzyskaniem dodatniego wyniku finansowego. Warto podkreślić, że według wstępnych szacunków na koniec 2012 r. zadłużenie publicznych świadczeniodawców wyniosło ok. 10,5 mld zł, w tym zadłużenie wymagalne 2,5 mld zł [por. Wykres 14].

Wykres 14. Stan zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na koniec okresów w latach 2003–2012 [w mld zł]



* Wyniki wstępne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

KORZYŚCI DLA LEKARZY

Jak wskazano powyżej, poza pacjentami głównymi beneficjentami rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będą świadczeniodawcy – zarówno prywatni, jak i publiczni. Poprawa sytuacji finansowej świadczeniodawców spowoduje natomiast, że skorzystają także zatrudniani przez nich lekarze, którzy zyskają możliwość osiągnięcia wyższych dochodów oraz poprawy warunków zatrudnienia. Jednocześnie napływ dodatkowych środków pieniężnych do całego systemu ochrony zdrowia spowoduje, że lekarzom łatwiej będzie wykonywać swój zawód zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej z wykorzystaniem odpowiednich terapii.

KORZYŚCI DLA PRACODAWCÓW

Rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ułatwia pacjentom dostęp do opieki medycznej. Dotyczy to zarówno pacjentów korzystających z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jak i tych korzystających wyłącznie z systemu bazowego. Z punktu widzenia pracodawców, łatwiejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych powinien w długim okresie wpłynąć na poprawę stanu zdrowia pracowników poprzez szybsze, a co za tym idzie, skuteczniejsze leczenie schorzeń oraz powszechniejsze stosowanie profilaktyki. Lepszy stan zdrowia pracowników to wymierne korzyści dla pracodawców, którzy zyskują na wyższej efektywności i krótszej absencji chorobowej swoich pracowników.

Jednocześnie pracodawcy, którzy zapewnią swoim pracownikom dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, będą lepiej postrzegani na rynku pracy i łatwiej im będzie zatrudnić najlepszych pracowników.

7.3. MITY DOTYCZĄCE DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

W podrozdziale 7.2 wskazano podstawowe korzyści w systemie ochrony zdrowia wynikające z upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednocześnie w obiegowej opinii pokutują jednak błędne przekonania, że rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych niesie ze sobą ryzyko wystąpienia szeregu niekorzystnych zjawisk (por. Schemat 5).

Schemat 5. Główne mity dotyczące zagrożeń związanych z rozwojem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce



Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części tego podrozdziału omówiono każdy ze wskazanych mitów, wraz z uzasadnieniem, dlaczego twierdzenie o wystąpieniu danego zagrożenia w przypadku rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest błędne.

„WYPCHNIĘCIE” NAJBIEDNIEJSZYCH PACJENTÓW NA KONIEC KOLEJKI W SYSTEMIE BAZOWYM

Jest to jeden z najczęściej przytaczanych mitów dotyczących upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zarzut polega na tym, że ubezpieczenia te zwiększą nierówność dostępu do świadczeń zdrowotnych, wbrew idei solidaryzmu społecznego.

Mit ten bierze się z błędnej diagnozy dotyczącej tzw. kolejek w systemie bazowym. Mylnie zakłada się bowiem, że przyczyną kolejek jest niedostateczny zasób lekarzy i aparatury w systemie zabezpieczenia bazowego. Tymczasem głównym powodem kolejek w systemie bazowym jest niedostateczny zasób środków finansowych, którymi dysponuje NFZ. W praktyce mamy zatem do czynienia z tzw. kolejką do pieniędzy NFZ. Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może doprowadzić do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia w systemie bazowym.

KORZYSTANIE Z DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE PRZEZ ZAMOŻNYCH PACJENTÓW

Jak wskazano w podrozdziale 3.2, wykorzystanie produktów ubezpieczeniowych jest dla pacjentów korzystniejsze niż finansowanie świadczeń poprzez płatności jednorazowe (*out of pocket*). Obecnie dominujący system finansowania świadczeń w sektorze prywatnym w oparciu o zasadę *out of pocket* zdecydowanie bardziej ogranicza osobom mniej zamożnym dostęp do świadczeń niż produkty ubezpieczeniowe.

Dodatkowo, wzorem innych krajów UE, możliwe jest wprowadzenie regulacji ograniczających możliwość różnicowania cen dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na wiek lub stan zdrowia (szerzej w: patrz podrozdział 6.4).

„UCIECZKA” LEKARZY Z PUBLICZNEGO SEKTORA DO PRYWATNEGO

Często wskazuje się na zagrożenie polegające na tym, że w sytuacji rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych najlepsi lekarze zmieniają swoich pracodawców z publicznych na prywatnych, a tym samym pacjenci korzystający z systemu bazowego nie będą mogli się u nich leczyć.

Słuszne wydaje się założenie, że wraz z rozwojem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych rozwijać się będzie także rynek prywatnych świadczeniodawców, a tym samym wzrośnie liczba lekarzy pracujących na tym rynku. Nie jest jednak prawdą, iż w długim okresie tracić będą na tym pacjenci korzystający wyłącznie z systemu bazowego. Wraz z rosnącą liczbą świadczeniodawców prywatnych NFZ większą część swoich kontraktów realizować będzie bowiem w ramach umów z podmiotami prywatnymi, a tym samym pacjenci korzystający z systemu bazowego trafiać będą do najlepszych lekarzy. Tylko od decyzji NFZ zależy, gdzie będą leczone osoby ubezpieczone w systemie bazowym.

Abstrahując od opisanego powyżej mechanizmu, należy stworzyć także ramy prawne ułatwiające efektywną współpracę pomiędzy prywatnymi ubezpieczycielami a publicznymi świadczeniodawcami. W ten sposób prywatni ubezpieczyciele w większym stopniu mogliby korzystać z oferty publicznych świadczeniodawców, poprawiając jednocześnie wyniki finansowe publicznych placówek. W efekcie publiczni świadczeniodawcy będą w stanie oferować lepsze warunki płacowe zatrudnianym przez siebie lekarzom, przez co zachęcą ich do pozostania w obecnym miejscu pracy.

WZROST CEN ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Według niektórych opinii upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zwiększy efektywny popyt na świadczenia zdrowotne, a tym samym spowoduje wzrost ich cen. W efekcie NFZ, dysponujący ograniczonym budżetem, będzie mógł zakontraktować mniejszą liczbę świadczeń, na czym ucierpią pacjenci korzystający z systemu bazowego.

Prawdą jest, że upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje napływ do systemu ochrony zdrowia dodatkowych środków pieniężnych, a tym samym większa część potrzeb zdrowotnych pacjentów będzie mogła być realizowana. Trudno jednak zgodzić się z tym, że bezpośrednio przełoży się to na wzrost cen świadczeń zdrowotnych. Jak wspomniano powyżej, przyczyną tzw. kolejek w systemie bazowym nie są ograniczenia podażowe wynikające z niedostatecznej liczby lekarzy i/lub aparatury medycznej, ale z ograniczonego budżetu NFZ, który nie jest w stanie zaspokoić z definicji nieograniczonych potrzeb zdrowotnych wszystkich ubezpieczonych. Dlatego też świadczeniodawcy, w tym świadczeniodawcy publiczni, posiadają nie w pełni wykorzystane zasoby, które mogliby uruchomić, gdyby w całym systemie ochrony zdrowia znalazły się dodatkowe środki na ich sfinansowanie. Takie właśnie dodatkowe środki gwarantują dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Dopóki więc dostawcy świadczeń będą mieć wolne moce (taką sytuację mamy w Polsce obecnie), dopóty wzrost popytu na świadczenia nie powinien powodować wzrostu ich ceny.

8. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

NARASTAJĄCE PROBLEMY W BAZOWYM SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

W nadchodzących latach w Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, obserwować będziemy istotny wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Głównym tego powodem będą zmiany demograficzne związane ze starzeniem się ludności. Liczba osób w wieku 65+ wzrośnie w latach 2010–2060 z 5,1 mln (13 proc. populacji) do 11,3 mln (34 proc. populacji). Spowoduje to presję na zwiększanie publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Zgodnie z danymi NFZ średnie roczne koszty leczenia jednej osoby poniżej 65. roku życia wynoszą obecnie 1,2 tys. zł, zaś w grupie osób w wieku 65+ rosną do 3,4 tys. zł. Ze względu na potrzebę dalszej konsolidacji finansów publicznych w najbliższych latach rosnące potrzeby zdrowotne Polaków coraz trudniej będzie zaspokajać ze środków publicznych. W efekcie, przy braku strukturalnych zmian w całym systemie ochrony zdrowia, luka między popytem a podażą usług zdrowotnych będzie narastać, implikując negatywne skutki, takie jak: pogarszający się stan zdrowia, niższa aktywność zawodowa, presja na wzrost świadczeń socjalnych, a w efekcie gorsze wyniki gospodarcze całego kraju.

POTRZEBA WPROWADZENIA ZMIAN STRUKTURALNYCH

Rozwiązanie powyższego problemu wymaga podjęcia działań w różnych obszarach związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Będą one musiały obejmować takie zagadnienia, jak określenie optymalnego poziomu stawek obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, przegląd zakresu świadczeń gwarantowanych w systemie zabezpieczenia bazowego i dostosowanie ich do możliwości finansowych płatnika publicznego, czy też optymalizacja funkcjonowania publicznych podmiotów w systemie ochrony zdrowia. Jak wynika z niniejszej analizy, ważnym elementem zmian systemowych powinno być również stworzenie warunków do rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

KORZYŚCI ZWIĄZANE Z MASOWYM ROZWOJEM RYNKU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Masowy rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje:

- ▶ napływ dodatkowych środków finansowych do systemu ochrony zdrowia, co przyczyni się do ograniczenia prognozowanej luki między zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a możliwościami finansowymi systemu bazowego,
- ▶ zmianę struktury prywatnych wydatków na zdrowie – mniej skuteczne jednorazowe wydatki bezpośrednie zastąpione zostaną wydatkami o charakterze systemowym.

Tym samym masowy rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych przyniesie korzyści szerokiemu gronu, w tym:

1. **Pacjentom korzystającym z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych** – dzięki zapewnieniu dostępu do szerszego grona świadczeniodawców, a w efekcie poprawie dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, z których korzystają.
2. **Pacjentom korzystającym wyłącznie z systemu bazowego** – dzięki temu, że mniejsza część populacji korzystać będzie wyłącznie z systemu bazowego. Tym samym zarządzanie „kolejką” w systemie bazowym stanie się łatwiejsze, co pozwoli na skrócenie okresu oczekiwania na poszczególne świadczenia.
3. **Pracodawcom** – łatwiejszy dostęp do świadczeń medycznych w długim okresie poprawi stan zdrowia wszystkich Polaków. Skorzystają na tym pracodawcy, ponieważ ich pracownicy będą efektywniejsi oraz skróci się okres ich absencji chorobowej.

4. **Świadczeniodawcom** – upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje napływ do systemu ochrony zdrowia dodatkowych prywatnych środków. Tym samym świadczeniodawcy publiczni będą mogli udzielić większej liczby świadczeń zdrowotnych, wykorzystując przy tym swoje wolne zasoby, i jednocześnie poprawią wyniki finansowe.
5. **Lekarzom** – poprawa warunków finansowych świadczeniodawców to zarazem szansa dla pracujących dla nich lekarzy, którzy będą mogli liczyć na poprawę warunków zatrudnienia.

W efekcie masowy rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych stanie się skutecznym uzupełnieniem bazowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego.

BARIERY W ROZWOJU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Brak ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym stwarza istotną barierę dla rozwoju tego rynku w Polsce. Obecnie ok. 85 proc. prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce ponoszone jest w formie bezpośrednich wydatków jednorazowych. Pacjenci, w przypadku wystąpienia stanu chorobowego, narażeni są więc na wysokie jednorazowe wydatki, które często przekraczają ich możliwości finansowe. Mniej zamożna część społeczeństwa pozbawiona jest tym samym możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych prywatnie i zmuszona do leczenia wyłącznie w systemie bazowym.

MOŻLIWE SCENARIUSZE ROZWOJU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

W celu zapewnienia w Polsce warunków dla rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń należy podjąć następujące działania:

- I. Działania konieczne – usuwające bariery prawne blokujące rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.
- II. Działania pożądane – wspierające masowy rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Ad I. Działania konieczne

Warunkiem koniecznym do stworzenia w Polsce odpowiednich warunków dla rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest uchwalenie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustawa ta musi:

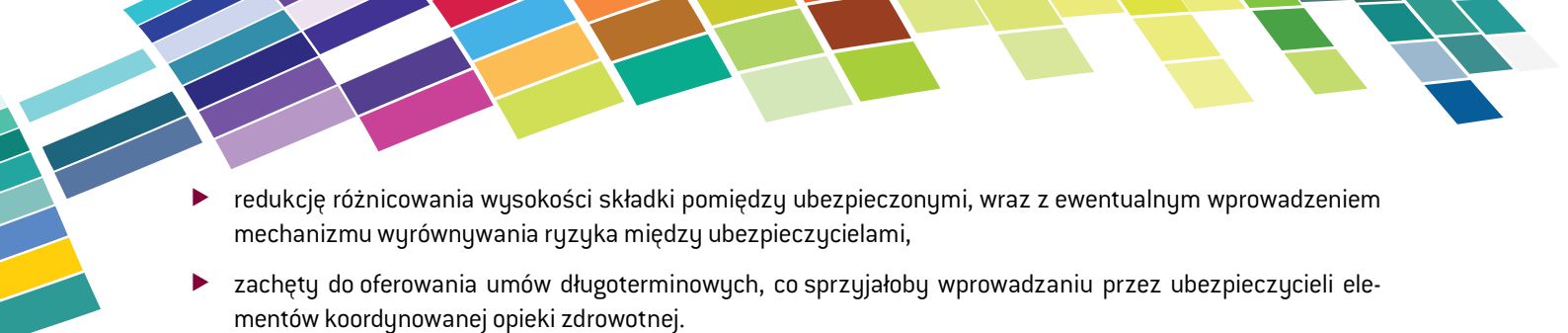
- ▶ precyzyjnie zdefiniować, czym są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, i wskazywać, które podmioty mogą je oferować,
- ▶ umożliwić oferowanie w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych świadczeń z zakresu medycyny pracy oraz świadczeń związanych z profilaktyką zdrowotną,
- ▶ określić szczegółowe warunki współpracy płatników prywatnych (ubezpieczycieli) ze świadczeniodawcami posiadającymi kontrakty z NFZ (głównie publicznymi szpitalami),
- ▶ zapewnić przejrzystość na rynku prywatnych usług medycznych poprzez określenie ogólnych ram i wymaganych standardów realizowanych umów zarówno dla dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jak i dla abonamentowych usług medycznych.

Powyższe działania powinny przyczynić się do umiarkowanego rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednak nie wystarczą one do tego, by dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne stały się produktem „masowym”, a tym samym nie będą istotnym, systemowym uzupełnieniem bazowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego.

Ad II. Działania pożądane

W celu umożliwienia masowego rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych pożądane jest wprowadzenie w ustawie o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym szeregu rozwiązań regulacyjnych zachęcających pacjentów do korzystania z tej formy ubezpieczenia. Można do nich zaliczyć:

- ▶ wsparcie rozwiązań o charakterze grupowej kalkulacji ryzyka redukujące wykluczanie z rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych określonych populacji, np. osób starszych lub o złym stanie zdrowia,

- 
- ▶ redukcję różnicowania wysokości składki pomiędzy ubezpieczonymi, wraz z ewentualnym wprowadzeniem mechanizmu wyrównywania ryzyka między ubezpieczycielami,
 - ▶ zachęty do oferowania umów długoterminowych, co sprzyjałoby wprowadzaniu przez ubezpieczycieli elementów koordynowanej opieki zdrowotnej.

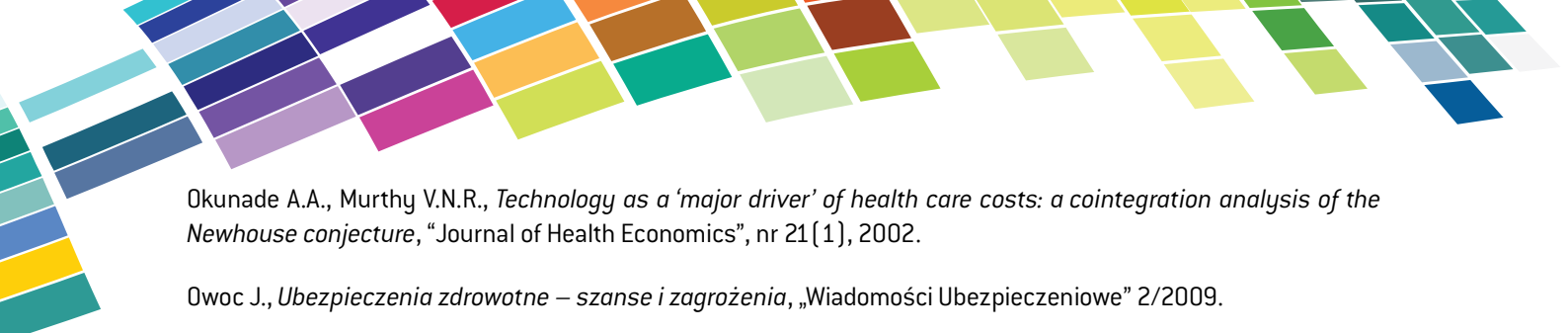
Trzeba jednakże pamiętać, że powyższe regulacje prawne będą dla ubezpieczycieli dodatkowymi obciążeniami w stosunku do tych, które nakłada na nich ustawa o działalności ubezpieczeniowej. W efekcie mogą one prowadzić do wzrostu kosztów, a tym samym cen polis. Dlatego w rozwiązaniach prawnych warto:

- ▶ umożliwić pracodawcom finansowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,
- ▶ rozważyć wprowadzenie dodatkowych (w stosunku do tych już obowiązujących) zachęt fiskalnych dla podmiotów/osób, które będą nabywać dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Warto promować szczególnie te produkty, które gwarantują ubezpieczonym szeroki zakres ochrony zdrowotnej, począwszy od świadczeń o charakterze profilaktycznym, aż do opieki szpitalnej i ubezpieczeń lekowych. Jednocześnie wskazane jest przeprowadzenie dodatkowej społeczno-ekonomicznej analizy w tym zakresie, w szczególności ustalenie optymalnego poziomu zachęt fiskalnych w relacji m.in. do: oczekiwanego rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, ich wpływu na obciążenie systemu bazowego oraz kondycję finansową publicznych świadczeniodawców.

Stworzenie warunków regulacyjnych umożliwiających masowy rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje, że ubezpieczenia te staną się istotnym wsparciem finansowym dla całego systemu ochrony zdrowia. Należy pamiętać, że do uzyskania stabilności systemu niezbędne jest urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych w stosunku do możliwości ich finansowania.

9. WYKAZ ŹRÓDEŁ

- Björnberg A., *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia*, Health Consumer Powerhouse AB, 2012.
- Bogusławski S., Kalbarczyk W.P., Tytko Z., *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU i INFARMA, Warszawa 2011.
- Borda M., *Wybrane aspekty funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich*.
- Colombo F., Tapay N., *Private Health Insurance in Ireland: A Case Study*, OECD Health Working Papers (10), Paris 2004.
- De Cos P.H., Moral-Benito E., *Health care expenditure in the OECD countries: efficiency and regulation*, Documentos Ocasionales No. 1107, Banco de España, Eurosistema 2011.
- Dybczak K., Przywara B., *The role of technology in health care expenditure in the EU*, „European Economy”, nr 2/2010.
- Eisen B., Björnberg A., *Euro-Canada Health Consumer Index 2010*, Policy Series No. 89, Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse, May 2010.
- Fox P.D., Kongstvedt P.R., *The Origins of Managed Health Care*, [w:] Kongstvedt P.R. (red.), *The Essentials of Managed Health Care*, 5th edition, Jones & Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007.
- Fuchs V.R., *Economics, Values, and Health Care Reform*, [w:] *The American Economic Review*, Vol. 86, No. 1 (Mar., 1996).
- Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Szkoła Główna Handlowa, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Polityka Zdrowotna X, Warszawa, Marzec 2012.
- Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010–2060)*.
- Kalbarczyk W.P., Łanda K., Władysiuk M., *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń*, CEESTAHC, Kraków–Warszawa, 2011.
- King D.R., Mossialos E., *The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England*, London School of Economics and Political Science, London 2002.
- Kulesza M., Matczak M., *Opinia prawna dla Polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie możliwości wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w świetle art. 68 Konstytucji RP*, Domański Zakrzewski Palinka, Warszawa 2011.
- Magda I., Szczygielski K., *Ocena możliwości poprawy działania polskiego system ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Ernst & Young, Warszawa 2011.
- Matczak M., Karaś T., *Opinia prawna dla Polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie oceny rozwiązań normatywnych zaproponowanych w projekcie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Domański Zakrzewski Palinka, Warszawa 2011.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- OECD 2010, *Health care systems: Getting more value for money*, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.



Okunade A.A., Murthy V.N.R., *Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture*, "Journal of Health Economics", nr 21(1), 2002.

Owoc J., *Ubezpieczenia zdrowotne – szanse i zagrożenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2/2009.

PIU, IBS, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – propozycja rozwiązań*, Warszawa 2008.

Skonieczna A., Stefańczyk M., *Private Healthcare market in Poland 2012*, PMR Publication, Warsaw 2012.

Smith S.D., Heffler S.K., Freeland M.S., *The impact of technological change on health care cost spending: an evaluation of the literature*, Health Care Financing Administration, Baltimore, MD, 2000.

Szulc J., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce. Założenia proponowanej regulacji na tle rozwiązań innych państw UE*, Prezentacja Ministerstwa Zdrowia RP, Warszawa 2010.

Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, London 2009.

Thomson S., *What role for voluntary health insurance?*, [w:] Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M. (ed.), *Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition*, WHO Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2010.

Walków M., Witczak I., *Cena ludzkiego życia – koszty jakości w ochronie zdrowia*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, [w:] *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2012*, 2/3, Wrocław 2012.

WHO, *The European Health Report 2009 – Health and Health Systems*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2009.

Więckowska B., *Konkurencja pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Raport przygotowany w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo, Warszawa 2010.

Więckowska B., Osak M., *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, W. Ronka-Chmielowiec [red.], Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, w druku.

POZOSTAŁE ŹRÓDŁA:

Bazy danych statystycznych następujących instytucji oraz organizacji międzynarodowych: OECD, GUS, UE (AMECO, Eurostat).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.).

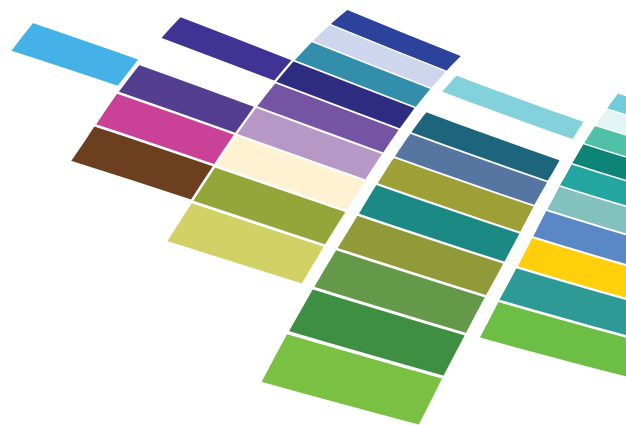
Ministerstwo Zdrowia RP, Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych innych ustaw z dnia 4 marca 2011 r., wraz z uzasadnieniem.

Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 15189 w sprawie podatku dochodowego od świadczeń na rzecz ochrony zdrowia pracowników, Warszawa 2010.

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE (Wielka Izba) z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie C236/09 Association Belge des Consommateurs Test-Achats ASBL i inni przeciwko Conseil des Ministres, Dz. U. C 130 z 30 kwietnia 2011 r., s. 4. – tekst mający znaczenie dla Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG).



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

00-684 Warszawa, ul. Wspólna 47/49
tel.: 22 42 05 105, 22 42 05 106, faks. 22 42 05 107
office@piu.org.pl
www.piu.org.pl