

DOROTA M. FAL

Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. W chwili obecnej prawo to nie do końca jest w Polsce realizowane. Nie dotyczy ono jedynie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale także możliwości skorzystania z potrzebnej procedury w ramach środków prywatnych. Ponadto Konstytucja stanowi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Raport Komisji Europejskiej z marca 2011 r. zarzucił polskiemu systemowi nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowane kolejką pacjentów do świadczeń. Jednocześnie diagnoza społeczna z 2011 r. pokazuje, że wiele osób w Polsce rezygnuje z otrzymania świadczenia zdrowotnego ze względu na długi czas oczekiwania. Istotny jest również fakt, że długie oczekiwanie powoduje, iż świadczenie dostarczone w późniejszym czasie rodzi dodatkowe, negatywne skutki zdrowotne.

Zgodnie z Orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. (wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r.) Konstytucja nie przesądza, jaki model organizacyjno-prawny systemu opieki zdrowotnej powinien zostać wdrożony w Polsce. Ma on jednak być oparty na równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Mając na uwadze niewydolność systemu publicznego, należy podjąć rozmowy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Ubezpieczenie zdrowotne – definicja [na potrzeby konferencji]

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje finansowanie bądź zapewnianie przez zakład ubezpieczeń na rzecz ubezpieczonego świadczeń opieki zdrowotnej, które są związane z profilaktyką, bądź z terapią następstw choroby i wypadków. Korzystanie ze świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego nie może naruszać praw ani obowiązków świadczeniobiorców, które wynikają z przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Sytuacja obecna

Koszty opieki zdrowotnej z wiekiem dramatycznie rosną. Na przykładzie danych NFZ z 2010 r. widzimy, że:

- Koszt leczenia młodego mężczyzny średnio rocznie wynosił 547 zł;
- Koszt leczenia populacji osób młodszych niż 65-latkowie wynosił średnio 1159 zł;
- Koszt leczenia populacji osób starszych wynosił średnio na osobę 3262 zł;
- System w chwili obecnej nie jest w stanie sprostać finansowaniu ustawowo gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Faktem jest, że osoby, które są dla systemu „drogie”, to głównie osoby starsze. Obecnie ich liczba wynosi „zaledwie” 14,2 proc. populacji, tj. 5,4 mln. Jednakże w roku 2060 osób tych będzie już ponad 11 mln, co ma stanowić prawie 1/3 populacji Polski. Sytuacja ta rodzi niewyobrażalnie duże obciążenie dla płatnika publicznego, a brak wprowadzenia w systemie zmian spowoduje:
 - znaczące pogorszenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - konieczność podniesienia składki obowiązkowej na ubezpieczenie zdrowotne, co według analiz, będzie trudne pod względem tak ekonomicznym, jak i politycznym oraz społecznym oraz
 - wzrost nakładów prywatnych na opiekę zdrowotną (obecnie wynoszą one 1/3 wszystkich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce);

W kontekście wszystkich zachodzących zmian, zwłaszcza demograficznych, architektura systemu musi ulec zasadniczym zmianom. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące rozkładu wydawania środków pokazują, że 5 proc. ubezpieczonych konsumuje prawie 60 proc. dostępnych środków, a tylko 75 proc. ubezpieczonych w ogóle korzysta realnie ze świadczeń.

Idea ubezpieczenia

Ubezpieczenie to taka umowa, w której pewna liczba osób wpłaca środki finansowe (składkę) na wypadek nieprzewidzianego zdarzenia, przekraczającego możliwości finansowe jednostki. Skutki zdarzenia losowego dotyczącego jednego z ubezpieczonych zostaną sfinansowane z zebranych środków.

Obecnie większość świadczeń opieki zdrowotnej pokrywanych ze środków prywatnych jest finansowana na zasadzie *fee for service*, czyli opłaty za poszczególne świadczenia.

Aktualnie współpłacenie Polaków z własnej kieszeni wynosi około 33 proc. wszystkich wydatków na zdrowie i plasuje Polskę nieco powyżej średniej unijnej. Należy przy tym pamiętać, że wydatki na zdrowie w Polsce są daleko poniżej średniej krajów OECD zarówno w liczbach bezwzględnych, jaki i w odniesieniu do PKB.

Jeśli weźmie się pod uwagę różne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sytuacja w zakresie prywatnych wydatków na zdrowie przedstawia się następująco:

- na leki z uwzględnieniem parafarmaceutyków i suplementów diety wydajemy 19 mld zł (70 proc. całej sumy), w tym ponad 10 mld zł na leki OTC i suplementy diety, a jedynie 9 mld na dopłaty do leków na receptę i na leki nierefundowane przez NFZ;
- leczenie ambulatoryjne i opieka stomatologiczna pochłaniają około 12 mld zł;

- na ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty, czyli przedpłaconą opiekę zdrowotną, przeznaczamy niecałe 10 proc. wszystkich wydatków prywatnych, czyli poniżej 3 mld złotych.

Warto zauważyć, że praktycznie nie finansujemy prywatnie opieki szpitalnej. Może to wynikać między innymi z tego, że przy braku rozwiniętych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są to wydatki, których społeczeństwo nie jest w stanie sfinansować z „własnej kieszeni”, ze względu na ich koszt.

Wykorzystanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Ponad 85 proc. środków prywatnych wydawanych jest w sposób niezinstytucjonalizowany, jako płatności *out-of-pocket*. W porównaniu do innych krajów UE, Polska ma niekorzystną strukturę prywatnych wydatków na ochronę zdrowia. Dominują w niej jednorazowe wydatki ponoszone bezpośrednio z „kieszeni pacjenta”. Taka struktura wydatków to efekt m.in. barier regulacyjnych uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Efektem barier jest także niski stopień partycypacji w tych ubezpieczeniach.

W wielu krajach europejskich dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęta jest znaczna część społeczeństwa. Są to ubezpieczenia komplementarne dwóch rodzajów, generujące wysoką partycypację:

- ubezpieczenia, które obejmują procedury świadczone poza systemem bazowym – Holandia, Liechtenstein, Austria, Dania;
- ubezpieczenia komplementarne od znaczącego współpłacenia – Francja, Luksemburg, Słowenia, Belgia.

Wysoka partycypacja może również wystąpić w przypadku ubezpieczeń suplementarnych, jak np. w Irlandii, gdzie partycypacja wynosi ponad 49 proc. Niższy procent partycypacji w przypadku tego rodzaju ubezpieczeń występuje w takich krajach jak np. Malta, Niemcy, Cypr (około 20 proc.) czy Wielka Brytania (11 proc.).

W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczony ma prawo do świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, czyli tzw. rozporządzeniach koszykowych. Koszyk świadczeń gwarantowanych wprowadzony ustawowo, definiowany rozporządzeniami Ministra Zdrowia, gwarantuje bardzo szeroki zakres świadczeń od leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej poprzez programy zdrowotne, leki itd. Zdaniem ekspertów koszyk jest jednak „niedookreślony”. Dla długookresowej stabilności systemu koszyk powinien zostać urealniony z uwzględnieniem środków, którymi dysponuje płatnik publiczny. Należy pamiętać o dostarczeniu narzędzi, które pozwolą rozłożyć na populację ryzyko zapłacenia za procedury, których w koszyku nie znajdziemy. Takim narzędziem są ubezpieczenia.

Wydatki publiczne na powszechne ubezpieczenia zdrowotne wciąż rosną. Do 2012 r. średni ich roczny wzrost wynosił 12 proc. Wynikał on ze wzrostu PKB, procentowego wzrostu składki zdrowotnej (od 7,75 proc. do 9 proc.) oraz wzrostu wynagrodzeń. Tak znaczący wzrost wydatków nie przełożył się jednak na wzrost satysfakcji z publicznej opieki zdrowotnej.

W sondażu CBOS „Opinia o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej” Polacy wyrazili swoje zdanie na temat zadowolenia bądź jego braku z systemu opieki zdrowotnej w Polsce. 78 proc. Polaków wyraziło swoje niezadowolenie z publicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z wynikami badania można

jednak odnotować, że Polacy są zadowoleni z dostępności podstawowej opieki zdrowotnej i nowoczesnej aparatury medycznej; 70 proc. respondentów jest niezadowolonych z dostępności lekarzy specjalistów, diagnostyki medycznej i czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne.

W roku 2012 Narodowy Fundusz Zdrowia zanotował niedopłatę w stosunku do budżetu przekraczającą miliard złotych, którą udało się pokryć rezerwami, innymi wpływami oraz oszczędnościami z tytułu ustawy refundacyjnej. Ze względu na odnotowane w tym roku pogorszenie się wzrostu gospodarczego, z którym powiązana jest większość wskaźników ekonomicznych, spodziewana jest ponowna niedopłata w 2013 r.

Zgodnie z zapowiedzią Ministerstwa Zdrowia niezbędne jest rozpoczęcie prac nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. To cieszy, zwłaszcza że rozmowy na temat ubezpieczeń dodatkowych trwają już wiele lat.

Jakie powinny być te ubezpieczenia?

- powszechne – muszą wnosić wartość dodaną dla klienta/pacjenta i być dla niego dostępne cenowo;
- akceptowalne dla zakładów ubezpieczeń, tzn. zbierana składka powinna przynajmniej pokrywać koszty procedur medycznych – zakłady powinny chcieć je zaoferować i konkurować o ubezpieczonego;
- stać się realną częścią systemu opieki zdrowotnej, tzn. muszą pokrywać i zabezpieczać realną część potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Rozwiązania, które mogą wspierać powszechność systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych to:

- wsparcie produktów o charakterze grupowej kalkulacji ryzyka w celu uniknięcia wykluczenia osób o wyższym ryzyku zdrowotnym, tj. starszych lub chorych;
- wprowadzenie zachęt dla długoterminowości umów, czyli przedłużania i kontynuowania umów ubezpieczeniowych; efektem tego byłoby wprowadzenie elementów koordynowanej opieki zdrowotnej;
- umożliwienie pracodawcom finansowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i stworzenie dla nich stosownych zachęt;
- wprowadzenie innych zachęt podatkowych, które poprawią partycypację.

Koordynowana opieka zdrowotna

Koordynowaną opieką zdrowotną warto obejmować populację od momentu, kiedy jej podmiot, czyli ubezpieczony, jest jeszcze zdrowy, i powinna ona trwać do momentu zakończenia leczenia. W 1974 r. minister Lalonde stworzył podstawy nauki zwanej zdrowiem publicznym, zgodnie z którą stwierdził, że:

- aż około 70 proc. zdrowia człowieka zależy od jego: zachowania (50 proc.) i środowiska pracy (20 proc.);
- jedynie za około 10 proc. zdrowia człowieka odpowiada medycyna naprawcza.

Obecnie społeczeństwo polskie przeznaczają na medycynę naprawczą blisko 97 proc. środków, a tylko około 3 proc. na szeroko rozumianą profilaktykę. Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa i rozwój technologii medycznych, przypuszcza się, że w przyszłości Polaków nie będzie stać na utrzymanie tych proporcji. Konieczne jest więc wprowadzanie koordynowanej opieki zdrowot-

nej, od zbudowania prozdrowotnych podstaw po koordynowanie procesu leczenia na wszystkich jego poziomach. Bardzo ważny jest również tzw. *compliance*, czyli współpraca pacjenta z lekarzem. Prowadzenie pacjenta przez proces leczenia i system opieki zdrowotnej ograniczy koszty, a samemu pacjentowi poprawi standard życia. Dlatego należy zwracać uwagę na współpracę pacjenta zarówno w zapobieganiu chorobom, jak i w trakcie choroby. W tym celu warto tworzyć wspierające mechanizmy w systemie publicznym i prywatnym.

Kolejki do świadczeń zdrowotnych

Obecny system opieki zdrowotnej dyskryminuje osoby mniej zamożne poprzez kolejki do świadczeń zdrowotnych. Brak „przedpłaconego czy ubezpieczeniowego” systemu prywatnej opieki zdrowotnej powoduje, że dużej części społeczeństwa nie stać na droższe świadczenia, jak na przykład usługi szpitalne. Ponieważ brak kompleksowej, zintegrowanej opieki zdrowotnej, pacjent funkcjonuje w dwóch systemach – częściowo w prywatnym, częściowo w publicznym. Dlatego koszty, które są ponoszone z tego tytułu – koszty badań lekarskich, nieprzekazywania dokumentacji medycznych, powtarzania działań, braku jednego lekarza prowadzącego – są bardzo wysokie. W Polsce powinien powstać powszechny dodatkowy system ubezpieczeń zdrowotnych, który obejmie opieką większość społeczeństwa i będzie systemem kompleksowym, zachęcającym do obejmowania populacji opieką zdrowotną od wczesnej profilaktyki do końca procesu terapeutycznego, współpracującym i wspierającym system publiczny.

Możliwość wyboru i konkurencja

Sytuacja w dziedzinie opieki zdrowotnej w Polsce jest bardzo trudna. Zarówno akademickie szpitale kliniczne, jak i instytuty medyczne odnotowują duże problemy finansowe w lecznictwie dotyczącym procedur wysokospecjalistycznych. Wiele szpitali samorządowych także, nawet pomimo dobrego zarządzania, walczy z kłopotami finansowymi. Jest to związane z faktem, że ich jedynym przychodem są limitowane środki z NFZ. Ze względu na to, że kolejka pacjentów nie ustawia się do świadczeń zdrowotnych, lecz do pieniędzy NFZ, instytucje te, mając wolne zasoby do zagospodarowania, potrzebują dodatkowych środków finansowych. Większość szpitali wykorzystuje zdecydowanie poniżej 70 proc. swoich zasobów. Warto zatem znaleźć sposób, aby pieniądze prywatne zebrane w sposób zinstytucjonalizowany mogły zasilić instytucje już funkcjonujące, które często posiadają znakomity sprzęt i kadry. Tym sposobem może być wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Mam nadzieję, że mimo iż Polska jest na początku drogi tworzenia systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, powstanie on szybko i będzie satysfakcjonujący dla wszystkich interesariuszy.



DOROTA M. FAL – doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, ekspert ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia, lekarz i ekonomista z dyplomem MBA. Autorka wielu publikacji, współautorka projektu ubezpieczeń zdrowotnych PIU. Z rynkiem ubezpieczeniowym związana od 1997 r.

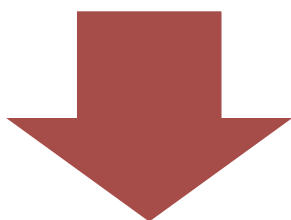


Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Dorota M. Fal
Doradca Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń

Konferencja Polskiej Izby Ubezpieczeń
Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich
Warszawa, 17 maja 2013 r.

Otoczenie prawne systemu opieki zdrowotnej

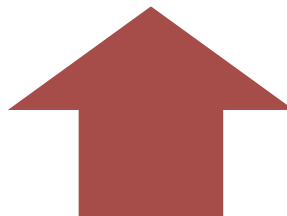


Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

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

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

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



Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – definicja

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

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

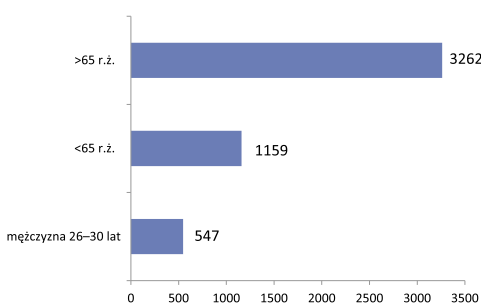
Źródło: Raport pt. Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski, Polska Izba Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young.



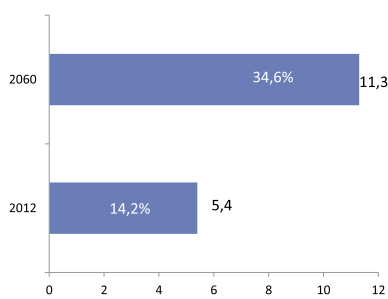
3

Wpływ demografii na obecny system ochrony zdrowia

Średni koszt leczenia w 2010 r. (PLN)



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



Źródło: NFZ, GUS, Eurostat.

Gorszy dostęp do świadczeń?

Wyższa składka obowiązkowa?

Wzrost nakładów prywatnych?

Ograniczenie koszyka?

Spadek jakości usług?

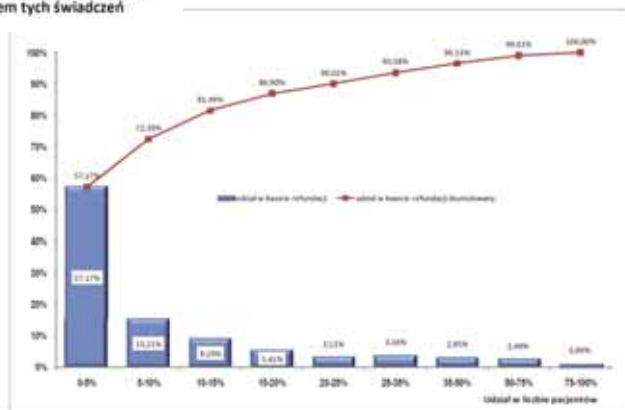
W kontekście zmian demograficznych architektura systemu musi ulec zasadniczym zmianom.



4

Udział w środkach NFZ

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



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

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



Systemy publiczne

Podniesienie składki zdrowotnej. Wprowadzenie dodatkowego (celowego) podatku zdrowotnego



Ograniczenie zakresu należnych świadczeń



Wprowadzenie udziału własnego (współpłacenie, co-payment)

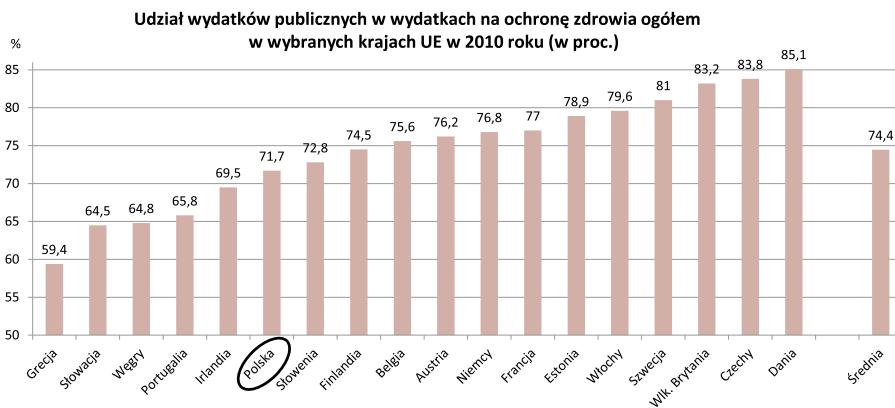


Metody pozyskiwania nowych pieniędzy



Finansowanie wydatków na ochronę zdrowia w krajach UE

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

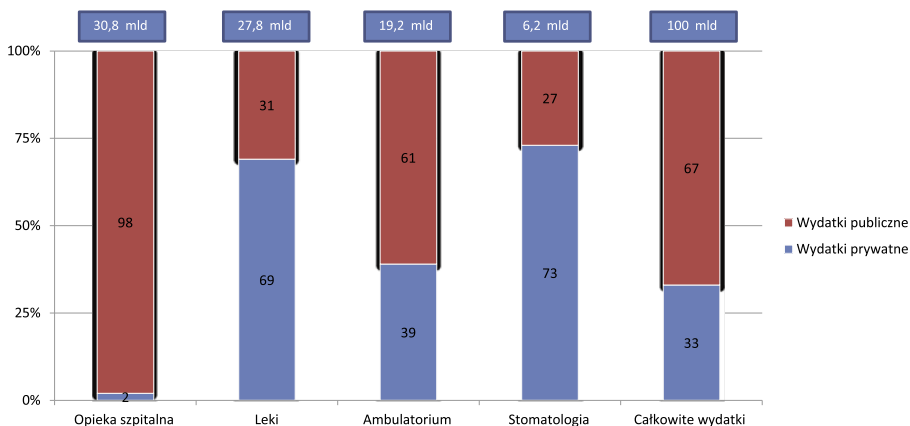


Źródło: GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 r. [za:] dane OECD.



8

Wydatki prywatne i publiczne w systemie ochrony zdrowia



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

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



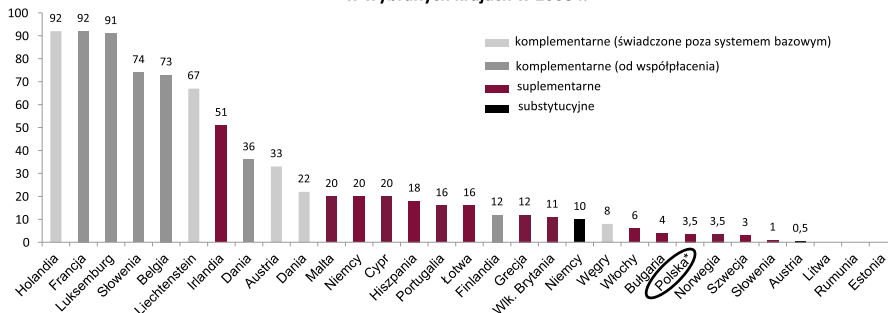
10

Wykorzystanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

► Efektem barier regulacyjnych uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest także niska stopa partycypacji w tych ubezpieczeniach.

► W wielu krajach europejskich dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęta jest znaczna część społeczeństwa.

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



Źródło: Komisja Europejska.

* W przypadku Polski uwzględniono także abonamenty medyczne



11

Koszki świadczeń gwarantowanych

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

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



Procedury nieujęte w koszyku

Rozłożenie ryzyka na całość populacji

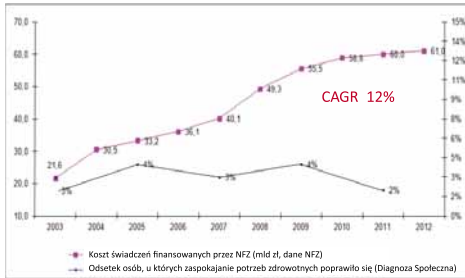
Eksperci od dawna wskazują na to, że dla stabilności systemu niezbędne jest urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych.



12

Rosnący budżet NFZ nie przekłada się na zadowolenie pacjentów

Wydatki publiczne



Powody rosnących przychodów publicznych:

Wzrost PKB

Wyższe wpływy

Lepsza ścigałość składki

Rosnące wynagrodzenia

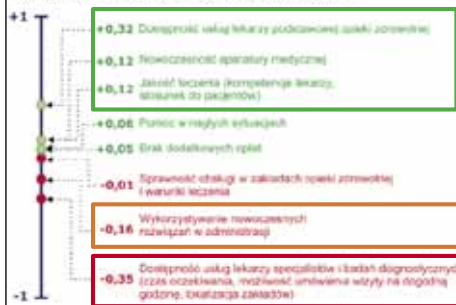
Według sondażu CBOS z marca 2012 r. 78% Polaków nie jest zadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej.



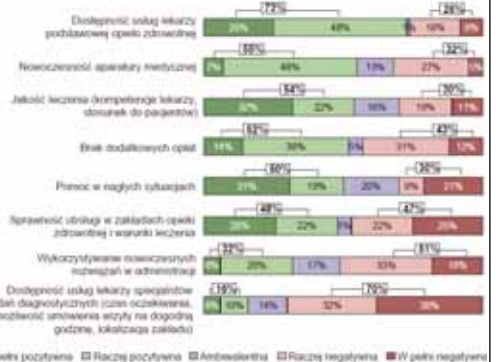
14

Ocena funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej wg CBOS 2012

SŁABE I MOCNE STRONY SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ*



RYG. 2. OCENY FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ**



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

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

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

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



15

Czy istnieje sposób na rozwiązanie tego problemu?

Strategia Zdrowia



Reforma systemu leczenia 2012-2015



Źródło: „Reforma NFZ”, Ministerstwo Zdrowia.



16

Efektywny system DUZ z myślą o pacjentach i rynku ochrony zdrowia

Dodatkowe Ubezpieczenia Zdrowotne POWSZECHNE

DLA PACJENTA POTRZEBNE I DOSTĘPNE CENOWO

dla jak największej grupy osób.
Oferujące znaczącą wartość dodaną.

DLA ZU AKCEPTOWALNE

aby zakłady ubezpieczeń chciały je zaoferować i konkurować na tym rynku.

DLA SYSTEMU JAKO INTEGRALNA CZĘŚĆ

System oparty o nowe, przemyślane regulacje prawne, które włączą DUZ do działającego systemu i zabezpieczą znaczną część potrzeb zdrowotnych Polaków.



17

Narzędzia mogące wpłynąć na zapewnienie powszechności systemu

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

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

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

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

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

Dodatkowe zachęty podatkowe dla osób kupujących dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.



18

Koordynowana opieka medyczna

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



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

Skoordynowany proces leczenia na wszystkich jego poziomach.



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



19

Obecny system vs. cele DUZ



Tak jest:

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



Tak może być:

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