

# Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia

Współpłacenie  
i prywatne ubezpieczenia zdrowotne



SPRAWNE PAŃSTWO  
PROGRAM *ERNST & YOUNG*

Iga Magda  
Krzysztof Szczygielski



# Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia

Współpłacenie  
i prywatne ubezpieczenia zdrowotne



SPRAWNE PAŃSTWO  
PROGRAM *ERNST&YOUNG*

Iga Magda  
Krzysztof Szczygielski

Warszawa 2011

## Recenzenci:

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Łukasz Zalicki, Radosław Zubek

## Projekt graficzny:

Kotbury

Raport powstał w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo.

## Zastrzeżenia prawne

Niniejszy raport został przygotowany przez pracowników naukowych i ma na celu dostarczenie czytelnikom ogólnych informacji na tematy, które mogą ich interesować.

Informacje zawarte w niniejszym raporcie nie stanowią w żadnym wypadku świadczenia usług.

Mimo iż dołożono należytych starań w celu zapewnienia rzetelności prezentowanych w raporcie informacji przez autorów, istnieje ryzyko pojawienia się nieścisłości. Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp. k. („EY”) nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności ani nie gwarantuje poprawności i kompletności informacji prezentowanych w raporcie. Raport może ponadto zawierać odnośniki do określonych ustaw i przepisów, które podlegają nowelizacji i stąd powinny być interpretowane wyłącznie w konkretnych okolicznościach, w których są cytowane. Informacje zamieszczane są bez uwzględniania jakichkolwiek zmian i EY nie zapewnia ich kompletności, poprawności i aktualności, oraz nie udziela w tym zakresie żadnych gwarancji wyraźnych ani dorozumianych.

Ponadto w najszerszym dopuszczonym przez prawo zakresie EY wyłącza jakiegokolwiek gwarancje, wyraźne lub dorozumiane, w tym między innymi dorozumiane gwarancje sprzedaży i przydatności do określonego celu. W żadnym wypadku EY, powiązane z EY spółki ani też partnerzy, agenci lub pracownicy EY lub spółek powiązanych z EY nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności wobec czytelnika lub innych osób z tytułu jakiegokolwiek decyzji lub działania podjętego na podstawie informacji znajdujących się w niniejszym raporcie ani też z tytułu jakichkolwiek pośrednich, szczególnych lub ubocznych strat, nawet w przypadku otrzymania informacji o możliwości ich wystąpienia.

© Copyright by Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp. k.

W braku odmiennego zastrzeżenia, prawa autorskie do treści niniejszego raportu posiada Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp. k. Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadne materiały znajdujące się w niniejszym raporcie, w tym tekst i grafika, nie mogą być reprodukowane lub przesyłane w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez pisemnego zezwolenia EY.



**SPRAWNE PAŃSTWO**  
*PROGRAM ERNST & YOUNG*

Rondo ONZ 1  
00-124 Warszawa  
tel. +48(22) 557 70 00  
fax +48(22) 557 70 01  
[www.sprawnepanstwo.pl](http://www.sprawnepanstwo.pl)

Patron prasowy:





Praktycznie na całym świecie rządy państw głowią się jak sprostać finansowo rosnącym potrzebom społeczeństw w zakresie ochrony zdrowia. Wydłużenie czasu życia, choroby związane z rozwojem cywilizacji, postęp zwiększający koszty stosowanych technologii i metod leczenia - to tylko niektóre czynniki wpływające na lawinowy wzrost kosztów ochrony zdrowia.

Wydatki w systemach ochrony zdrowia rosną zwykle szybciej niż PKB. Przy obecnych kłopotach fiskalnych stanowi to poważny problem społeczny i polityczny praktycznie w każdym kraju. Dlatego od szeregu lat można zaobserwować podejmowane przez rządzących różne działania zmierzające do zwiększenia efektywności systemów ochrony zdrowia (rozumianej jako stosunek uzyskanego efektu zdrowotnego do poniesionych nakładów). Wszystko to oczywiście dzieje się w otoczeniu zasad solidaryzmu społecznego (przyjętych przede wszystkim w systemach europejskich) oraz trudnych dyskusji politycznych, w których nie brakuje wyraźnych głosów różnych grup interesu.

Również w Polsce, w ostatnich kilku latach, dyskusja o możliwych kierunkach zmian w systemie ochrony zdrowia nabrała zdecydowanie większego znaczenia i zaangażowała wiele zainteresowanych stron. Jestem przekonany, że niniejszy raport, przygotowany w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo, będzie cennym wkładem do toczącej się dyskusji i rozważanych dalszych kierunków reform. Pomimo że w sektorze ochrony zdrowia nie istnieje jeden idealny model, a rozwiązania systemowe muszą uwzględniać lokalną specyfikę (demografia, epidemiologia, zamożność i siła nabywczą, stan obecny systemu, itd.), jestem przekonany, że warto zapoznać się z doświadczeniami innych krajów i wyciągać z nich wnioski dla polskich rozwiązań.

*Lukasz Zalicki*

Doradztwo Biznesowe  
Ernst & Young  
lukasz.zalicki@pl.ey.com

# Spis treści

Słowo wstępne .....	3
Streszczenie .....	6
1. Wprowadzenie .....	9
2. Opis polskiego systemu ochrony zdrowia.....	12
2.1. Otoczenie instytucjonalne .....	12
2.2. Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia .....	14
2.3. Problemy systemu: czas oczekiwania na świadczenia, niespełnione potrzeby zdrowotne.....	20
3. Podejście teoretyczne .....	24
3.1. Współpłacenie.....	24
3.2. Ubezpieczenia suplementarne .....	29
4. Scenariusz pierwszy - współpłacenie .....	30
4.1. Wprowadzenie .....	30
4.2. Szanse i zagrożenia związane z współpłaceniem - doświadczenia międzynarodowe .....	32
4.3. Możliwości wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne w Polsce .....	46
4.4. Ubezpieczenie od współpłacenia .....	52
4.5. Podsumowanie i wnioski.....	55
5. Scenariusz drugi - ubezpieczenia suplementarne .....	57
5.1. Wprowadzenie.....	57
5.2. Doświadczenia międzynarodowe - popyt na dobrowolne ubezpieczenia suplementarne .....	58
5.3. Doświadczenia międzynarodowe - ryzyka, regulacje i ramy funkcjonowania ubezpieczeń suplementarnych .....	63
5.4. Rynek ubezpieczeń suplementarnych w Polsce .....	71
5.5. Podsumowanie i wnioski.....	84

6. Scenariusz trzeci - konkurencja w systemie bazowym .....	89
6.1. Wprowadzenie .....	89
6.2. System zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii .....	89
6.3. Ocena działania systemu .....	91
6.4. Możliwości wprowadzenia konkurencji w systemie bazowym w Polsce .....	92
6.5. Podsumowanie i wnioski .....	92
7. Podsumowanie i rekomendacje .....	95
Przypisy .....	99
Bibliografia .....	103
Spis ramek .....	109
Spis tabel .....	109
Spis rysunków .....	110
Spis wykresów .....	110
Nasze raporty .....	111

## Streszczenie

Systemy ochrony zdrowia stoją w obliczu wyzwań związanych ze zmianami demograficznymi, postępem technologicznym w medycynie i ograniczonymi możliwościami wzrostu nakładów finansowych na zdrowie, co wymusza intensywniejsze poszukiwanie efektywności w ramach systemów. Polski system ochrony zdrowia dodatkowo charakteryzuje się relatywnie długimi kolejkami do świadczeń i mało efektywnym wykorzystywaniem środków. W dyskusji publicznej pojawia się wiele koncepcji reformy systemu, mających na celu poprawę jego funkcjonowania i zwiększenie nakładów finansowych na służbę zdrowia. Propozycje te bardzo rzadko wsparte są rzetelnymi analizami, argumentującymi za lub przeciw konkretnym rozwiązaniom.

Celem niniejszego opracowania jest wsparcie dyskusji nad możliwymi zmianami poprzez pokazanie kosztów, korzyści, szans i zagrożeń związanych z wdrożeniem wybranych reform instytucjonalnych w zakresie sposobu finansowania opieki zdrowotnej. Przyglądamy się doświadczeniom innych krajów stosujących dane rozwiązania. Wspieramy je analizą danych statystycznych, makro- i mikroekonomicznych.

W rozdziale drugim przedstawiamy instytucjonalny opis polskiego systemu ochrony zdrowia, strukturę jego finansowania oraz wybrane problemy. Polska odnotowała znaczący wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne w latach 2003-2008, ich udział w PKB sięga obecnie ok. 7%. Zaangażowanie środków prywatnych jest przeciętne, względnie niski jest natomiast udział finansowania z ubezpieczeń prywatnych. Czas oczekiwania na niektóre świadczenia, w szczególności te specjalistyczne, pozostaje jednym z najistotniejszych problemów systemu ochrony zdrowia; kolejki są też istotną przyczyną niespełnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

W rozdziale trzecim zwięźle omawiamy nasze podejście do możliwych rozwiązań usprawniających system opieki zdrowotnej wskazując, jak teoria ekonomii uzasadnia współpłacenie za usługi zdrowotne i dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Części czwarta i piąta poświęcone są głębszej analizie dwóch możliwych scenariuszy zmian instytucjonalnych. Pierwsza z nich polegałaby na wprowadzeniu współpłacenia za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Dostępne badania empiryczne pokazują, że współpłacenie ma potencjał zmniejszania popytu na usługi zdrowotne i że przynajmniej część z tego popytu to tzw. konsumpcja nadmierna, wynikająca ze zjawiska *moral*



*hazard*. Zarazem w większości krajów UE znaczenie współpłacenia jest ograniczone, przede wszystkim z uwagi na niewielkie stawki współpłacności oraz istniejące mechanizmy ochronne: ulgi i wyłączenia. Odpowiednio zaprojektowane współpłacenie musi równoważyć dwa cele: z jednej strony zmniejszenie presji popytowej i wytworzenie dodatkowych wpływów do systemu, z drugiej strony ochronę grup defaworyzowanych przed negatywnymi skutkami współpłacenia. Badamy szczegółowo stosunek społeczeństwa do współpłacenia i analizujemy alternatywne scenariusze współpłacenia pod względem ich skutków fiskalnych. Zalecamy wprowadzenie ograniczonego współpłacenia za usługi medyczne w systemie bazowym, polegającego na wprowadzeniu opłat za usługi specjalistyczne i pobyt w szpitalu, przy stosunkowo niewielkim zakresie zwolnień podmiotowych. W kolejnej części analizujemy doświadczenia innych krajów UE z ubezpieczeniami suplementarnymi, pozwalającymi na szybszy dostęp do usług zdrowotnych (i najczęściej większy wybór ich dostawców). W krajach, w których stanowią one dominującą formę ubezpieczeń prywatnych posiada je 10-15% populacji. Przeprowadzone przez nas analizy wskazały na znaczny potencjał dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych: zainteresowanie ich nabyciem deklaruje co piąte gospodarstwo domowe. Są one także uzasadnione z ekonomicznego punktu widzenia jako ubezpieczenie przed (niemałym) ryzykiem istotnych prywatnych wydatków zdrowotnych. Jednocześnie jednak funkcjonujący obecnie rynek abonamentów (oraz niewielki polis zdrowotnych) wydają się w znacznym stopniu zaspokajać popyt, tym samym potencjał rozwoju dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może wiązać się w znacznie większym stopniu z jego wartością niż wymiarem ilościowym. Ponadto w rozdziale tym wskazujemy na ryzyko subsydiowania sektora prywatnego przez publiczny i możliwe działania ograniczające to zjawisko. Rekomendujemy: przyjęcie Ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (po poprawkach) i monitorowanie jej skutków; jednoznaczne umożliwienie świadczeniodawcom publicznym zawieranie umów z ubezpieczycielami prywatnymi; działania zwiększające przejrzystość rynku ubezpieczeń zdrowotnych; kampanię promującą ubezpieczenia jako alternatywę dla wydatków bezpośrednich. Nie rekomendujemy natomiast wprowadzania ulgi podatkowej na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Alternatywnym rozwiązaniem rozważanym w rozdziale szóstym, wymagającym gruntownej przebudowy obecnego otoczenia instytucjonalnego systemu ochrony zdrowia, jest wprowadzenie konkurencji w bazowym systemie ubezpieczenia zdrowotnego, która wydaje się dobrze funkcjonować w Holandii. Rozwiązanie to omawiamy w naszym opracowaniu nieco mniej szczegółowo, odsyłając czytelnika do raportu Więckowskiej (2010). System holenderski charakteryzuje się większą, w porównaniu z polskim, przejrzystością i efektywnością

rynku usług zdrowotnych - dlatego proponujemy wzorować się na nim w tym zakresie (kwestię konkurencji w systemie bazowym pozostawiamy otwartą). Rekomendujemy m.in. ustabilizowanie systemu wyceny świadczeń zdrowotnych, poszerzenie dostępu pacjenta do informacji o świadczeniodawcach i ubezpieczycielach, jasne zdefiniowanie kompetencji regulacyjnych w układzie Ministerstwo Zdrowia - Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wsparcie merytoryczne i finansowe obu tych instytucji w wypełnianiu ich funkcji.

Rozdział siódmy zawiera wnioski z analizy i ujednoliczoną listę rekomendacji. Wszystkie trzy scenariusze stanowią pewną szansę poprawy funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie tylko pierwszy z nich daje się wprowadzić stosunkowo łatwo. Droga do pozostałych prowadzi przez pracę nad licznymi usprawnieniami systemu, które łącznie mają znaczący wpływ na jego funkcjonowanie i warunkują sukces większych reform.

# 1. Wprowadzenie<sup>1</sup>

Zgodnie z popularnym poglądem system ochrony zdrowia w Polsce znajduje się w ciężkim i chronicznym kryzysie. Opinię tę trzeba uznać za przesadzoną, zwłaszcza wobec wzrostu wydatków NFZ na zdrowie z niespełna 22 mld PLN w 2003 r. do ponad 60 mld PLN w 2011 r., faktem jest jednak, że polscy pacjenci są generalnie niezadowoleni i w zdecydowanej większości źle oceniają funkcjonowanie opieki zdrowotnej (CBOS 2010)<sup>2</sup>. Raporty Najwyższej Izby Kontroli wskazują na liczne problemy i nieprawidłowości; przykładowo w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych i racjonalnego wykorzystania potencjału kadrowego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub procedur w zakresie list oczekujących pacjentów<sup>3</sup>. Polski system ochrony zdrowia słabo wypada także w Europejsko-Kanadyjskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia<sup>4</sup>, nawet na tle innych krajów naszego regionu (Eisen i Björnberg, 2010). Powszechne jest oczekiwanie reformy, która, jeśli nie zmieni zasadniczo sytuacji, to da przynajmniej nadzieję na stopniową poprawę funkcjonowania systemu.

Na ten obraz nakładają się wyzwania, jakie stoją przed wszystkimi systemami ochrony zdrowia, związane z procesami demograficznymi i postępem technologicznym. Polska jest obecnie społeczeństwem relatywnie młodym (w porównaniu z innymi krajami europejskimi), jednak w najbliższych dekadach będzie mieć w nim miejsce ponadprzeciętna dynamika starzenia się ludności (IBS, 2010). Niski współczynnik dzietności i rosnąca, oczekiwana długość życia przełożą się na znaczącą zmianę struktury ludności: według projekcji Eurostatu, udział populacji w wieku 65+ wzrośnie z 14% w 2010 r. do 22% w 2030 r. i 35% w 2060 r. Będzie rodzić to presję finansową na system ochrony zdrowia, z uwagi na wyższe prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń wśród starszych osób, u których przeciętny koszt leczenia pojedynczego pacjenta jest wyższy (NFZ, 2010)<sup>5</sup>.

Koszty technologii i postępów w leczeniu wskazywane są jako najważniejsze determinanty rosnących wydatków na zdrowie. O ile rozwój technologii obniża jednostkowe koszty świadczeń to nie rekompensuje on rosnącego popytu na świadczenia. Efektem są coraz wyższe wydatki na opiekę zdrowotną (OECD 2006). Tymczasem możliwości dalszego wzrostu nakładów na służbę zdrowia są ograniczone, zwłaszcza w najbliższych latach, które upłyną pod znakiem redukcji deficytu sektora finansów publicznych i, zapewne, długu publicznego. Argumentem za taką prognozą jest obserwowana stagnacja budżetu NFZ w latach 2008-2011. Konieczność wzrostu wydatków na zdrowie w tej sytuacji oznaczałaby wypychanie innych wydatków i/lub wzrost podatków.

System ochrony zdrowia  
w Polsce

Determinanty rosnących  
wydatków na zdrowie

Na tym tle pojawiają się rozmaite propozycje zmian, z których wiele odnosi się do kwestii sposobu finansowania służby zdrowia, a w szczególności kwestii wydatków bezpośrednich i systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Można tu przytoczyć takie pomysły jak: likwidacja czy podział Narodowego Funduszu Zdrowia, powrót do systemu kas chorych, powrót do systemu zaopatrzeniowego, wprowadzenie współpłacenia za usługi medyczne, organizacja rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, czy oparcie jakiejś części podstawowej opieki medycznej na ubezpieczeniach prywatnych. Względnie niewiele propozycji zostało skonkretyzowanych<sup>6</sup>; niemniej nawet w wymiarze haseł obejmują one całe spektrum możliwych rozwiązań. Jednocześnie w dyskusji rzadko pojawiają się jakiegokolwiek przekonujące argumenty - za lub przeciw konkretnym rozwiązaniom.

Poza nielicznymi wyjątkami<sup>7</sup>, brakuje pogłębionej analizy tych propozycji, ich zalet i wad, przystawalności do polskich warunków i adekwatności do problemów, z jakimi boryka się nasz system ochrony zdrowia. Dlatego celem niniejszego opracowania jest wsparcie dyskusji o zmianach w polskim systemie ochrony zdrowia konkretnymi argumentami.

Przedstawiamy pogłębioną analizę wybranych możliwości reform instytucjonalnych w zakresie sposobu finansowania opieki zdrowotnej. Opieramy się na trzech scenariuszach reform. Pierwszy z nich zakłada wprowadzenie współpłacenia w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego, drugi rozważa szanse i zagrożenia związane z rozwojem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, natomiast trzeci wprowadzenie konkurencji w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Scenariusze pierwszy i drugi analizujemy szczegółowo: najpierw przyglądamy się doświadczeniom innych krajów stosujących dane rozwiązania, szukając tych elementów, które mogą mieć znaczenie w Polsce; następnie analizujemy szereg danych statystycznych, tak aby możliwie precyzyjnie określić skalę korzyści i kosztów związanych z danym scenariuszem zmian. Natomiast scenariusz trzeci omawiamy zwięźle, z uwagi na jego uszczegółowienie w opracowaniu Więckowskiej (2010).

Wybrana forma prezentacji możliwych kierunków reform - w postaci scenariuszy - służy wyłącznie lepszemu zrozumieniu wad i zalet każdego z analizowanych rozwiązań. Rozwiązania te nie wykluczają się wzajemnie, przeciwnie, mogą współistnieć - i współistnieją - w praktyce wielu krajów.

Ze względu na znaczny stopień skomplikowania zarówno samych systemów ochrony zdrowia, jak i badającej je ekonomii zdrowia, dobrze jest już na początku sformułować kilka definicji dotyczących zakresu ochrony gwarantowanej w systemie dodatkowego zabezpieczenia

zdrowotnego. Będziemy się opierać na terminologii używanej w polskim piśmiennictwie, która jest zgodna z terminologią Komisji Europejskiej. Klasyfikuje ona dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne na substytucyjne, komplementarne i suplementarne (por. Rysunek 1).

**Rysunek 1. Typologia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych**

substytucyjne	komplementarne	suplementarne
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ „zamiast” bazowego ubezpieczenia zdrowotnego</li> <li>▶ (najczęściej) obowiązkowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ „ponad” ubezpieczenie podstawowe</li> <li>▶ ubezpieczenie usług spoza koszyka lub kosztów współpłacenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ „obok” podstawowego ubezpieczenia</li> <li>▶ ubezpieczenie podstawowe nadal obowiązkowe</li> <li>▶ podniesienie jakości usług / szybszego dostępu</li> </ul>

Dodatkowe ubezpieczenia  
zdrowotne - typologia

Struktura opracowania jest następująca. W rozdziale drugim prezentujemy podstawy teoretyczne prowadzonej przez nas analizy, w trzecim natomiast wprowadzamy tło instytucjonalne polskiego systemu ochrony zdrowia, przedstawiając strukturę jego finansowania oraz niektóre problemy, z jakimi się boryka. Kolejne trzy rozdziały poświęcone są analizie możliwości i konsekwencji trzech scenariuszy zmian w polskim systemie ochrony zdrowia: wprowadzenia współpłacności za niektóre usługi (rozdział czwarty), rozwoju ubezpieczeń suplementarnych (rozdział piąty) i dopuszczenia konkurencji płatników w systemie bazowym (rozdział szósty). Opracowanie zamykają podsumowanie oraz rekomendacje.

## 2. Opis polskiego systemu ochrony zdrowia

Rozdział ten ma na celu przedstawienie cech strukturalnych i uwarunkowań instytucjonalnych polskiego systemu ochrony zdrowia. W pierwszej części rozdziału przedstawiamy charakterystyki otoczenia instytucjonalnego zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Drugą poświęcamy zagadnieniom finansowania opieki zdrowotnej i roli, jaką odgrywają nakłady publiczne i prywatne. W trzeciej części przedstawiamy najważniejsze kwestie dotyczące dwóch (silnie ze sobą połączonych) problemów systemu opieki zdrowotnej, mianowicie czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń oraz niespełnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Do problemów tych odnosimy się w kolejnych rozdziałach raportu, analizując możliwe reformy i ich oddziaływanie w tym zakresie.

### 2.1. Otoczenie instytucjonalne

System opieki zdrowotnej w odniesieniu do usług regulowany jest głównie przez:

- ▶ *art. 68 Konstytucji RP* (gwarantujący wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych);
- ▶ *Ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* - określającą zakres świadczeń i warunki ich udzielania; zasady dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego oraz ramy prawne funkcjonowania NFZ;
- ▶ *Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej* określającą zasady ich tworzenia i funkcjonowania;
- ▶ *Ustawy samorządowe* - regulujące funkcjonowanie lokalnych i regionalnych systemów ochrony zdrowia;
- ▶ *Ustawę o działalności leczniczej*.

Głównym źródłem finansowania powszechnej publicznej opieki zdrowotnej jest obowiązkowa składka zdrowotna odprowadzana do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wynosząca (2011 r.) 9% osiągniętych wynagrodzeń (pomniejszonych o opłacone składki na FUS, tj. 9% tzw. podstawy wymiaru składki) i innych dochodów podlegających oskładkowaniu (transferów emerytalnych, zasiłków dla bezrobotnych itp.). Część składek finansowana jest z podatków: budżet państwa lub fundusze/systemy celowe odprowadzają składki m.in. za: studentów, rolników i ich domowników (KRUS), urzędy pracy - za osoby bezrobotne, ośrodki pomocy społecznej - za osoby niepracujące, nie

Otoczenie indywidualne

Źródła finansowania

zarejestrowane w urzędach pracy, spełniające kryterium dochodowe, budżet państwa poprzez Fundusz Kościelny - za duchownych. Składka zdrowotna zależy, u większości płacących, od indywidualnych dochodów (poza np. rolnikami, gdzie dla zdecydowanej większości z nich jest obliczana od ceny kwintala żyta), co przesądza o redystrybucyjnym charakterze ubezpieczenia zdrowotnego. Budżet państwa finansuje także bezpośrednio niektóre procedury zdrowotne, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne. Poza NFZ i budżetem państwa wydatki powszechnej publicznej opieki zdrowotnej finansowane są (w niewielkim zakresie) przez pracodawców, opłacających m.in. świadczenia w zakresie medycyny pracy.

Głównym płatnikiem w systemie jest NFZ, nabywający świadczenia i usługi zdrowotne od dostawców. Poza NFZ, istotna część wydatków zdrowotnych finansowana jest bezpośrednio przez gospodarstwa domowe oraz w mniejszym stopniu przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego (JST)<sup>8</sup>, co szczegółowo omawiamy poniżej. Rola pracodawców i prywatnych ubezpieczycieli pozostaje marginalna.

Dostawcami usług zdrowotnych są przede wszystkim Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (NZOZ), indywidualne praktyki lekarskie i stomatologiczne, zakłady opiekuńczo-lekarskie. Część przychodni/zakładów opieki zdrowotnej zrzeszona jest w kompleksowe centra opieki medycznej (np. Luxmed, Medicover), oferujące usługi częściowo w ramach NFZ, ale przede wszystkim w ramach kontraktów abonamentowych z pracodawcami.

W Polsce nie ma obecnie ustawy, która regulowałaby funkcjonowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i współpracę między niezależnymi ubezpieczycielami a NFZ czy zakładami opieki zdrowotnej. Prace nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych trwają od kilku lat. W 2008 r. w sejmowej Komisji Zdrowia odbyły się dwa czytania projektu posłów Platformy Obywatelskiej, jednak w marcu 2011 r. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło nową propozycję ustawy, która ma być podstawą dalszych prac (por. Rozdział 5). Do tej pory nie została uchwalona. Funkcjonowanie rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (oferowanych przez rosnącą liczbę zakładów ubezpieczeniowych) regulowane jest przede wszystkim *Ustawą o działalności ubezpieczeniowej*, nieuwzględniającą specyfiki rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

W polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego współpłacenie odgrywa rolę marginalną. Osoba ubezpieczona w NFZ nie ponosi innych (poza składką) kosztów leczenia. Wyjątkiem jest opieka stomatologiczna osób

dorosłych, której koszty ponosi w całości pacjent; rehabilitacja i opieka sanatoryjna, które są dostępne za opłatą ryczałtową, i leki, z których część jest dostępna za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

W ramach publicznej służby zdrowia dostępne są świadczenia, których zakres wyznacza tzw. *koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych*. Znajdują się w nim przede wszystkim świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, zaopatrzenie w produkty lecznicze i wyroby medyczne, rehabilitacja, ratownictwo medyczne, programy profilaktyczne i zdrowotne, leczenie psychiatryczne i uzależnień, terapeutyczne programy lekowe onkologiczne i nieonkologiczne, świadczenia wysokospecjalistyczne. Ponadto, koszyk obejmuje świadczenia finansowane częściowo (świadczenia stomatologiczne; część lekarstw, leczenie uzdrowiskowe, świadczenia opiekuńczo-pielęgniarskie, świadczenia paliatywno-hospicyjne, przejazd środkami transportu sanitarnego). Niegwarantowanych jest ok. 300 procedur. np. chirurgia plastyczna (poza rekonstrukcjami po ciężkich wypadkach itp.), niektóre szczepionki, badania okresowe kierowców, zabiegi związane z metodą zapłodnienia in vitro. Poza koszykiem gwarantowanym umieszczono również niektóre zabiegi chirurgii szczękowo-twarzowej, medycynę sportową i medycynę transportu, m.in.: badania wstępne i okresowe kierowców pojazdów niektórych kategorii. O zakwalifikowaniu danego świadczenia do koszyka decyduje Agencja Oceny Technologii Medycznych.

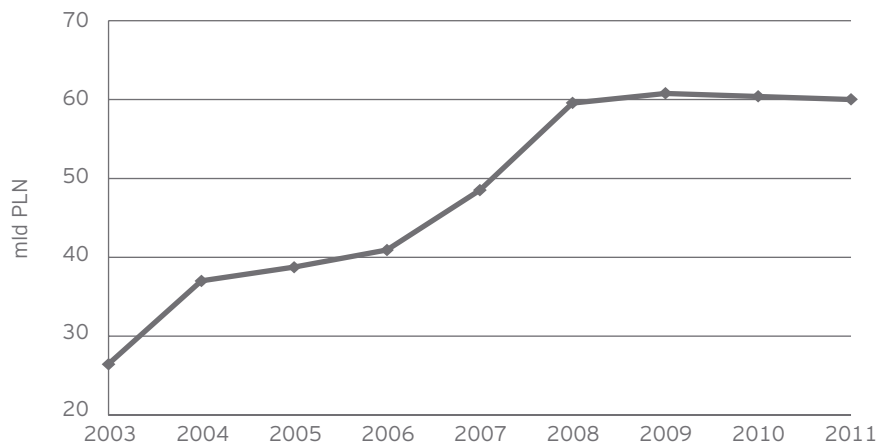
## 2.2. Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia

Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce znacząco wzrosły w latach 2003-2008 (por. Wykres 1). W ujęciu relatywnym, w połowie lat 90. pochłaniały one ok. 5,5-6% PKB, w 2008 r. wyniosły 7% PKB, przy średniej dla krajów OECD na poziomie 9% (OECD, 2009). Jednocześnie wzrost wydatków na opiekę zdrowotną w ostatniej dekadzie był w Polsce znacznie wyższy, niż w zdecydowanej większości obszaru OECD. W Polsce w latach 2000-2008 wydatki *per capita* rosły realnie o przeciętnie 7,4% rocznie.

Tak jak w zdecydowanej większości krajów OECD, także w Polsce środki publiczne pozostają głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej. Z prywatnych źródeł pochodzi nieco ponad 25% łącznych wydatków na zdrowie w Polsce, a udział ten nieznacznie zmalał na przestrzeni ostatniej dekady (jeszcze w połowie lat 90. przekraczał 33% wydatków). Zaangażowanie prywatnych środków (jako procent łącznych wydatków na zdrowie) jest w Polsce przeciętne na tle innych

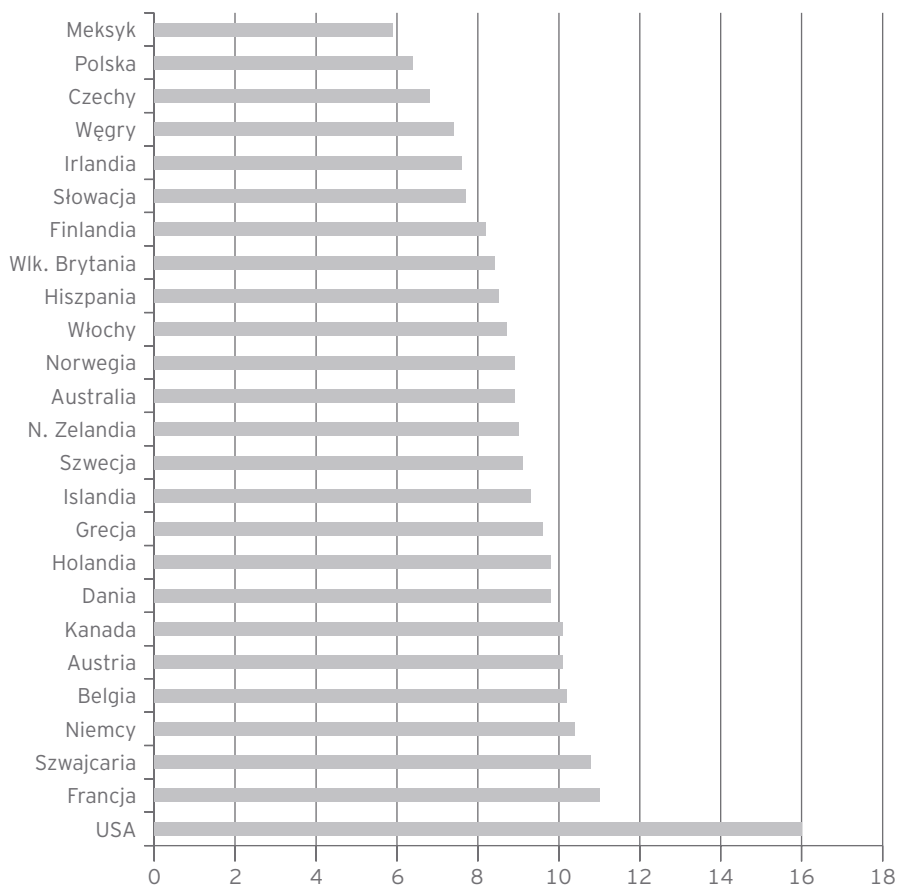


**Wykres 1. Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne w latach 2003-2011 (w cenach stałych z 2011 r., mld PLN)**



Źródło: Dane NFZ i OECD.

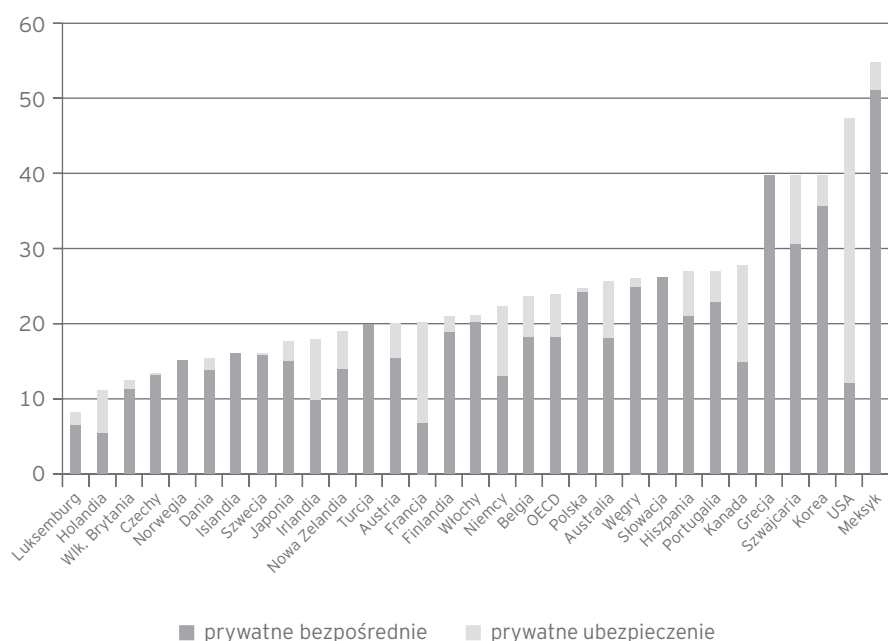
**Wykres 2. Wydatki na zdrowie jako % PKB w 2007 r.**



Źródło: Dane NFZ i OECD.

krajów OECD, gdzie waha się od 10% w Luksemburgu, do około 50% w USA i Meksyku (por Wykres 3).

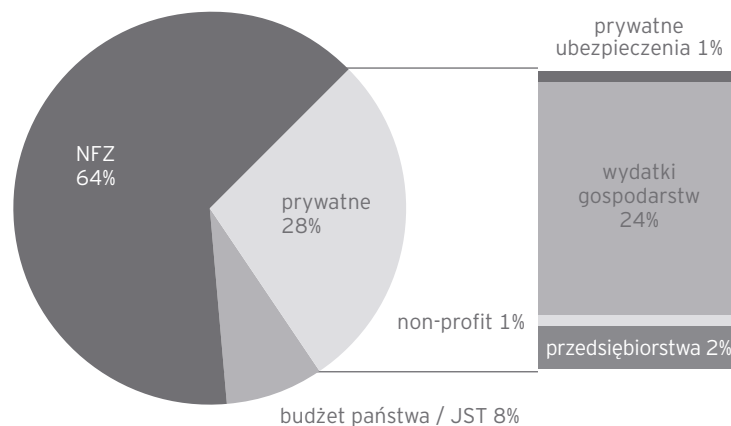
**Wykres 3. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w łącznych wydatkach na zdrowie w wybranych krajach w %, 2007 r.**



Źródło: OECD Health data.

W 2008 r. łączne, bieżące wydatki ogółem na ochronę zdrowia wyniosły w Polsce około 83,4 mld PLN. W ich ramach NFZ sfinansował świadczenia za ok. 53,8 mld PLN. Z budżetu Państwa i JST wydano około 6,3 mld PLN. Prywatne wydatki (przede wszystkim gospodarstw domowych) wyniosły około 23,2 mld PLN (por. Wykres 4).

**Wykres 4. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2008 r.**



Źródło: GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia.

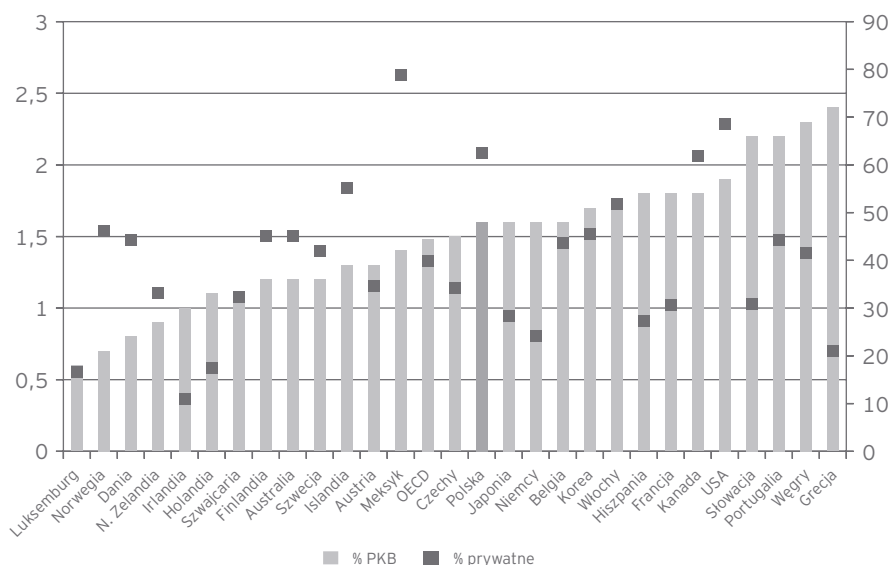
Wydatki prywatne na służbę zdrowia obejmują: (i) wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne, (ii) tzw. „*out-of-pocket payments*”, czyli wydatki ponoszone bezpośrednio przez pacjentów - na opłaty za korzystanie z opieki zdrowotnej oraz płatności nieformalne, (iii) wydatki instytucji niekomercyjnych, (iv) wydatki przedsiębiorstw. Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowią w Polsce zdecydowaną większość łącznych wydatków prywatnych na zdrowie; udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest niewielki (w 2008 r. sięgał niespełna 1% wydatków prywatnych). Większą rolę odgrywają abonamenty zdrowotne (plany o charakterze *pre-paid*), oferowane pracownikom przez pracodawców. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że w 2011 r. wartość ich rynku wyniesie ok. 2 mld PLN, podczas gdy rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oszacowany został na ok. 200 mln PLN<sup>9</sup>.

Niewielką rolę wydatków na prywatne ubezpieczenia na tle ogółu wydatków prywatnych potwierdza porównanie międzynarodowe danych OECD (por. Wykres 4). Nie jest to sytuacja wyjątkowa - nieodbiegające znacząco od Polski pod względem wydatków prywatnych Węgry i Włochy charakteryzują się porównywalnie niskim udziałem wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne (w łącznych wydatkach na zdrowie). Najwyższe udziały wydatków na polisy ubezpieczeniowe mają te kraje, w których rynek ubezpieczeń ma charakter substytucyjny lub te, w których polisy wykupuje większość społeczeństwa. Szerzej problematykę tę omawiamy w rozdziale 5.

Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych kierowane są przede wszystkim na zakup leków (67%) i usług leczniczych (30%). Środki z prywatnych ubezpieczeń w mniejszym zakresie finansują leki, a w większym same usługi lecznicze, a także usługi rehabilitacyjne.

Wydatki na zakup lekarstw są istotnie zróżnicowane między krajami. W Norwegii, Danii czy Luksemburgu wynoszą poniżej 1% PKB, a w Grecji, Portugalii i na Węgrzech są ponad dwukrotnie wyższe (por. Wykres 5). Polska sytuuje się nieznacznie powyżej średniej dla krajów OECD, wynoszącej 1,5% PKB. Trudno zaobserwować jednoznaczny wzorzec wydatków na leki - w krajach najlepiej rozwiniętych są one zarówno relatywnie wysokie (Kanada, USA, gdzie stanowią najwyższy udział w PKB<sup>10</sup>), jak i niskie (np. Dania, gdzie wynoszą tylko 0,8%). Wydatki te są zróżnicowane także między krajami naszego regionu - znacznie niższe w Polsce i Czechach w porównaniu do Słowacji i Węgier. Jednocześnie Polska wyróżnia się wyjątkowo wysokim udziałem wydatków prywatnych na leki - przekracza on 60% i wśród krajów OECD wyższy jest tylko w Meksyku i USA.

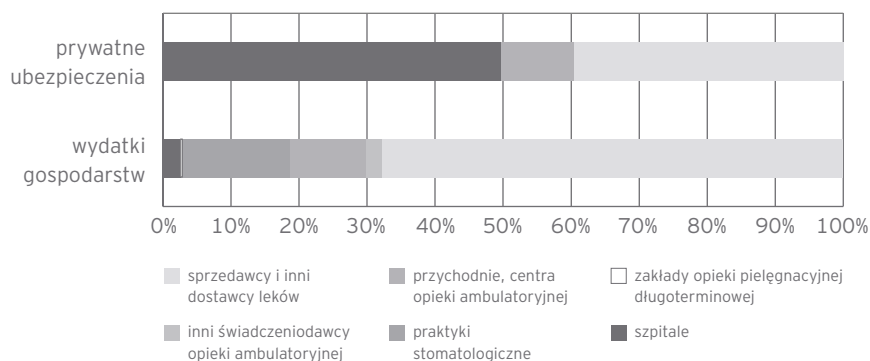
**Wykres 5. Wydatki na leki w OECD, jako % PKB (lewa oś) i udział wydatków prywatnych w łącznych wydatkach na leki (prawa oś) w 2007 r.**



Źródło: OECD, Health at Glance 2009

Struktury bezpośrednich wydatków prywatnych („z własnej kieszeni”) i tych w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są mocno zróżnicowane. Wydatki na usługi lecznicze w przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych<sup>11</sup> kierowane są przede wszystkim do szpitali, a w przypadku bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych są to przede wszystkim praktyki stomatologiczne i w nieznacznie mniejszym zakresie przychodnie i centra opieki ambulatoryjnej (por. Wykres 6). Wydatki bezpośrednie w znacznie większym stopniu pokrywają koszty zakupu leków, ich udział w przypadku ubezpieczeń prywatnych także jest znaczący, ale nie przekracza 40%.

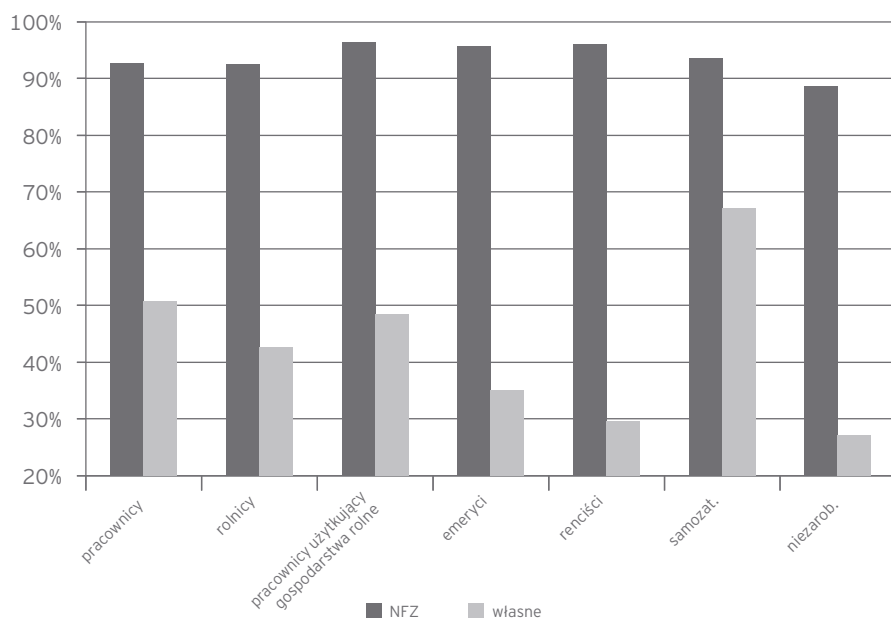
**Wykres 6. Struktura wydatków prywatnych gospodarstw domowych i prywatnych ubezpieczeń w 2007 r.**



Źródło: GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia, 2008 r.

Ponad 49% gospodarstw domowych w Polsce co najmniej jednokrotnie w ciągu 2009 r. opłacało usługi zdrowotne z własnej kieszeni. Częstość korzystania z prywatnych usług zdrowotnych jest silnie zróżnicowana między różnymi typami gospodarstw, niemniej nawet w najbiedniejszych gospodarstwach rencistów i osób utrzymujących się z pozazarobkowych źródeł, prawie co trzecie co najmniej raz poniosło prywatne wydatki na usługi zdrowotne. Najczęściej z prywatnie finansowanych usług zdrowotnych korzystają członkowie gospodarstw osób samozatrudnionych oraz pracowników najemnych. Na przestrzeni lat 2000-2009 odsetek gospodarstw domowych współfinansujących opiekę zdrowotną z własnej kieszeni wzrósł (z 38% do 49%).

**Wykres 7. Korzystanie z usług zdrowotnych finansowanych wg źródła finansowania w % (co najmniej raz w roku)**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2000-2009.

Przeprowadziliśmy analizę logitową indywidualnego prawdopodobieństwa korzystania z usług zdrowotnych opłacanych z własnej kieszeni. Najsilniejszy wpływ ma na nie (*ceteris paribus*) dochód *per capita* w gospodarstwach domowych. Statystycznie istotny jest także wpływ typu gospodarstwa (w stosunku do gospodarstw domowych pracowników najemnych, nieznacznie wyższe prawdopodobieństwo korzystania z prywatnych usług zdrowotnych charakteryzuje gospodarstwa osób pracujących na własny rachunek, a znacząco niższe gospodarstwa emerytów i rencistów). Można przypuszczać, że wpływ statusu społeczno-ekonomicznego gospodarstwa odzwierciedla przede wszystkim ich ograniczenia i preferencje czasowe. Ponadto występuje silne

zróznicowanie regionalne prawdopodobieństwa korzystania z prywatnych usług zdrowotnych (w stosunku do województwa opolskiego prawdopodobieństwo to jest znacząco wyższe w woj. podkarpackim, a niższe przede wszystkim na Warmii i Mazurach). Trudno jednoznacznie wnioskować o przyczynach tak dużych różnic międzyregionalnych, można jednak przypuszczać że w pewnym stopniu odzwierciedlają one dostępność podaży prywatnych i publicznych usług zdrowotnych oraz potencjalnie różnice w czasie oczekiwania na świadczenia.

### 2.3. Problemy systemu: czas oczekiwania na świadczenia, niespełnione potrzeby zdrowotne

Jednym z podstawowych problemów systemu opieki zdrowotnej<sup>12</sup> są kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne (Zielona Księga 2). Trudno zobrazować skalę tego zjawiska ilościowo, z uwagi na brak wiarygodnych, poprawnych metodologicznie danych - w szczególności pozwalających ocenić zmianę sytuacji na przestrzeni czasu. Niemniej w oparciu o zbierane statystyki oraz raporty kontrolne NIK staramy się ten problem opisać oraz odnieść do niego w dalszych rozdziałach, wskazując na ile potencjalne scenariusze zmian w sektorze zdrowia pomóc mogą w zmniejszeniu czasu oczekiwania na świadczenia.

#### Problemy systemu opieki zdrowia

Raport NFZ z 2009 r. wskazuje, że:

- ▶ w przypadku leczenia ambulatoryjnego najwięcej osób oczekuje w kolejkach do poradni okulistycznej (prawie 200 tys.) i kardiologicznej (105 tys.); mediana czasu oczekiwania wynosi w nich odpowiednio 14 i 35 dni, a trzeci kwartyl - 38 i 72 dni. Jednocześnie w przypadku 36% poradni okulistycznych i 24% poradni kardiologicznych nie ma żadnych kolejek (tj. średni przewidywany czas oczekiwania 0 dni),
- ▶ w przypadku leczenia szpitalnego najwięcej osób oczekuje na przyjęcie na oddziale chirurgii urazowo - ortopedycznej (ok. 51 tys.), gdzie mediana czasu oczekiwania wynosi 69 dni, a trzeci kwartyl - 171 dni oraz oddziale otolaryngologicznym (mediana 65 dni, trzeci kwartyl - 140 dni). Jednocześnie odpowiednio 31% i 22% powyższych oddziałów przyjmuje bez kolejek.

Jedynie obszary, w których nie ma oddziałów przyjmujących bez kolejek, to oddziały rehabilitacji narządu ruchu, gdzie w skali kraju oczekuje ok. 13 tys. osób, przeciętnie przez 225 dni (mediana czasu oczekiwania).

### **Ramka 1. Raporty NIK na temat kolejek w polskim systemie ochrony zdrowia**

Raporty te wskazują, że barierą dostępu do analizowanych przez NIK wybranych świadczeń zdrowotnych był: (i) niższy niż zapotrzebowanie limit świadczeń, (ii) braki w personelu medycznym (13% kontrolowanych szpitali), (iii) przestarzały, psujący się sprzęt (15%) oraz (iv) utrudniony dostęp do sal operacyjnych. Informacje te nie pozwalają niestety na ilościową ocenę, w jakim stopniu poszczególne problemy przyczyniły się do generowania kolejek. Jednocześnie w raporcie zidentyfikowano liczne zaniedbania i nieprawidłowości w prowadzeniu kolejek oczekujących. Dyrektorzy badanych szpitali wskazywali także na problem niskiej wyceny świadczeń w poradniach przez NFZ w stosunku do cen rynkowych, przyczyniając się do odchodzenia szpitali od prowadzenia poradni.

Źródło: NIK, Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, Lipiec 2010; NIK, Informacja o wynikach kontroli realizacji przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006-2007 (I półrocze), lipiec 2008.

Według danych zebranych przez NFZ, najdłuższy czas oczekiwania (mediana nawet 1300 dni) dotyczy wybranych zabiegów, takich jak: świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego, zabiegi zaćmy, rewizje po endoprotezoplastyce stawu biodrowego oraz kolanowego. Nie wiadomo jednak, w jakim stopniu dane te oddają rzeczywistość, z uwagi na wielokrotne występowanie tych samych osób na różnych listach, opóźnienia w czasie przekazywania list oraz samą jakość sprawozdawczości. Niestety zbiorcze statystyki, które pozwoliłyby ocenić potencjalne różnice regionalne w czasie oczekiwania na świadczenia, są niedostępne.

W teorii, konieczność dłuższego oczekiwania na świadczenia zdrowotne może wynikać z „racjonowania” liczby świadczeń wysokością finansowania i/lub niewystarczającej infrastruktury medycznej (miejsca w szpitalach, dostępność lekarzy). Kolejki do świadczeń zdrowotnych w Polsce wydają się być generowane przede wszystkim przez bariery finansowe, choć są także sygnały o problemach z niewystarczającą podażą infrastruktury i lekarzy. Tematykę tę szerzej omawiamy przy okazji analizowania scenariuszy potencjalnych zmian w polskim systemie (por. rozdziały 4 i 5).

Problem kolejek do świadczeń zdrowotnych poruszany jest także w badaniach społecznych, mających na celu między innymi ocenę polskiego systemu ochrony zdrowia i tego, jak odpowiada on na potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Zrealizowane przez GUS badanie

Długi czas oczekiwania  
na świadczenia

Kolejki do świadczeń

„Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych 2006” wskazało, że o ile zdecydowana większość ankietowanych dobrze ocenia dostęp do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, o tyle w przypadku lekarzy specjalistów większość osób wskazała na ich złą lub bardzo złą dostępność. Szczególnie źle oceniany jest dostęp do lekarzy specjalistów przez mieszkańców dużych miast.

Istotna jest także skala wskazań ankietowanych na niespełnione potrzeby zdrowotne. Według badania „Diagnoza społeczna” dotyczą one ok. 30% gospodarstw domowych (uwzględniając rezygnujących z wykupienia przepisanych lekarstw, z wizyty u lekarza lub pobytu w szpitalu, oraz z leczenia dentystycznego)<sup>13</sup>. Natężenie niespełnionych potrzeb silnie zależy od dochodu gospodarstwa domowego. Największe jest wśród gospodarstw o najniższych dochodach (w 1. decylnych dochodach ponad połowa gospodarstw deklaruje potrzeby zdrowotne, które nie zostały spełnione), maleje wraz z ich wzrostem (wśród 20% gospodarstw z najwyższymi dochodami niespełnione potrzeby deklaruje już tylko 10%). Analiza mikroekonometryczna<sup>14</sup> wskazała ponadto wpływ charakterystyk społeczno-ekonomicznych gospodarstwa na prawdopodobieństwo wystąpienia niespełnionych potrzeb zdrowotnych. W szczególności gospodarstwa rencistów (oraz w mniejszym stopniu emerytów) częściej deklaruje (niezależnie od dochodu) niespełnione potrzeby zdrowotne, co może odzwierciedlać gorszy stan zdrowia w tej populacji oraz większą częstotliwość konieczności korzystania z usług zdrowotnych.

Niespełnione  
potrzeby zdrowotne

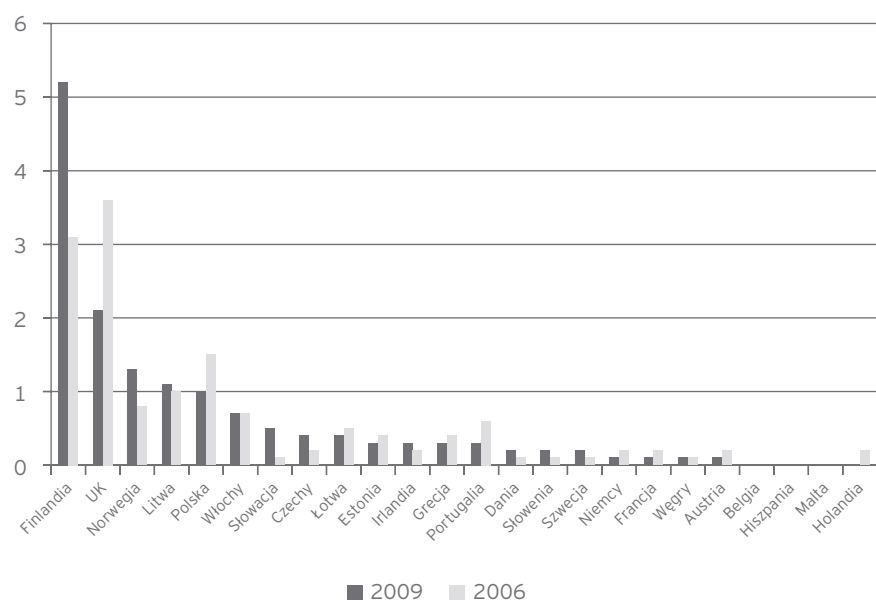
W badaniu z 2006 r. ok. 13% członków gospodarstw domowych zadeklarowało rezygnację z wizyty lekarskiej pomimo potrzeby, najczęściej ze względu na brak czasu (30%). Kolejnymi ważnymi przyczynami rezygnacji z wizyt były kolejki i brak pieniędzy (po 20% odpowiedzi). Brak czasu wskazywany był przede wszystkim przez osoby młode i w wieku *prime age* oraz osoby z wyższym wykształceniem. Długi czas oczekiwania na wizytę był natomiast powodem rezygnacji przede wszystkim rodziców z dziećmi oraz osób starszych. Osoby starsze i osoby o niskich dochodach przeważały w grupie deklarującej brak środków finansowych jako ważny powód rezygnacji z usług zdrowotnych.

Pewnych informacji o deklarowanych, niespełnionych potrzebach zdrowotnych społeczeństwa z powodu konieczności oczekiwania na dostęp do usług dostarcza także europejskie „Badanie Dochodów i Warunków Życia” (EU-SILC), pozwalające na odniesienie sytuacji w Polsce do innych krajów UE. Wskazuje ono, że relatywnie duża część mieszkańców Polski deklaruje niespełnione potrzeby zdrowotne z powodu kolejek (1% w 2009 r., przy medianie w UE na poziomie



0.3%, por. Wykres 8). Jednocześnie udział ten jest znacznie niższy niż w niektórych krajach UE (Finlandia, Wielka Brytania - gdzie w 2009 r. wyniósł on odpowiednio 5% i 2%). Ponadto znacząco zmalał na przestrzeni lat 2006-2009 (z 1.5%), odzwierciedlając znaczący wzrost nakładów na służbę zdrowia oraz dochodów gospodarstw domowych w tym okresie. Potwierdza to także znaczący spadek w tym okresie odsetku gospodarstw domowych deklarujących niespełnione potrzeby zdrowotne z powodów finansowych (w 2009 r. wyniósł on 4% i zbliżył się on do mediany dla krajów UE).

**Wykres 8. Niespełnione potrzeby zdrowotne z powodu kolejek, w krajach UE, jako % populacji w latach 2006-2009**



Źródło: Eurostat, EU-SILC.

Złożoność problemu, jakim są kolejki w systemie ochrony zdrowia podkreśla także wiele opracowań na temat systemów ochrony zdrowia w krajach UE i OECD (przeeglądy EO - European Observatory z cyklu *Health In Transition*). Wskazują one, że problem czasu oczekiwania zdecydowanie częściej podkreślany jest w krajach z powszechnym systemem ochrony zdrowia finansowanym w ramach podatków, w których państwo jest pracodawcą lekarzy (tzw. system Beveridge'a albo system zaopatrzeniowy). Niedofinansowanie nie jest jedyną wskazywaną przyczyną powstawania kolejek do świadczeń - analizy przypadku Słowenii podkreślają np. rolę niedostatków infrastruktury. Wskazują ponadto na istotne różnice w długości kolejek między szpitalami o podobnych zasobach, co uwypukla znaczenie samej organizacji pracy i produktywności świadczeniodawców.

## 3. Podejście teoretyczne

W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że ekonomia zdrowia bada ekonomiczne aspekty problemu ludzkiego zdrowia, w tym decyzji ludzi, firm i państwa mające na celu utrzymanie i poprawę zdrowia jednostek. Jest to dziedzina niezwykle bogata, a jej zakres ilustruje Rysunek 2 - cztery wewnętrzne prostokąty (A, B, C, D) to zasadnicze problemy koncepcyjne, a cztery prostokąty zewnętrzne (E, F, G, H) to szeroko ujęte pola badań stosowanych. Jest to oczywiście tylko jedno z możliwych ujęć, w dodatku nieco zdominowane przez perspektywę „amerykańską”: duży nacisk na analizy rynku i kwestię zarządzania służbą zdrowia, mniejszy na problem zdrowia publicznego. Zawiera jednak wszystkie istotne dla ekonomii zdrowia kierunki badań.

Ponieważ naszym tematem jest kwestia możliwych modyfikacji finansowania służby zdrowia, pod względem teoretycznym niniejsze badanie sytuuje się w polu C i częściowo D. W tym rozdziale przedstawimy krótko zasadnicze wyniki teorii ekonomii związane ze współpłaceniem i dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Najpierw wyjaśnimy na czym polega zjawisko nadmiernej konsumpcji usług zdrowotnych (*moral hazard*) i dlaczego jego występowanie uzasadnia istnienie współpłacenia za usługi medyczne. Następnie przedyskutujemy korzyści i koszty, jakie wiążą się z powstaniem rynku suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

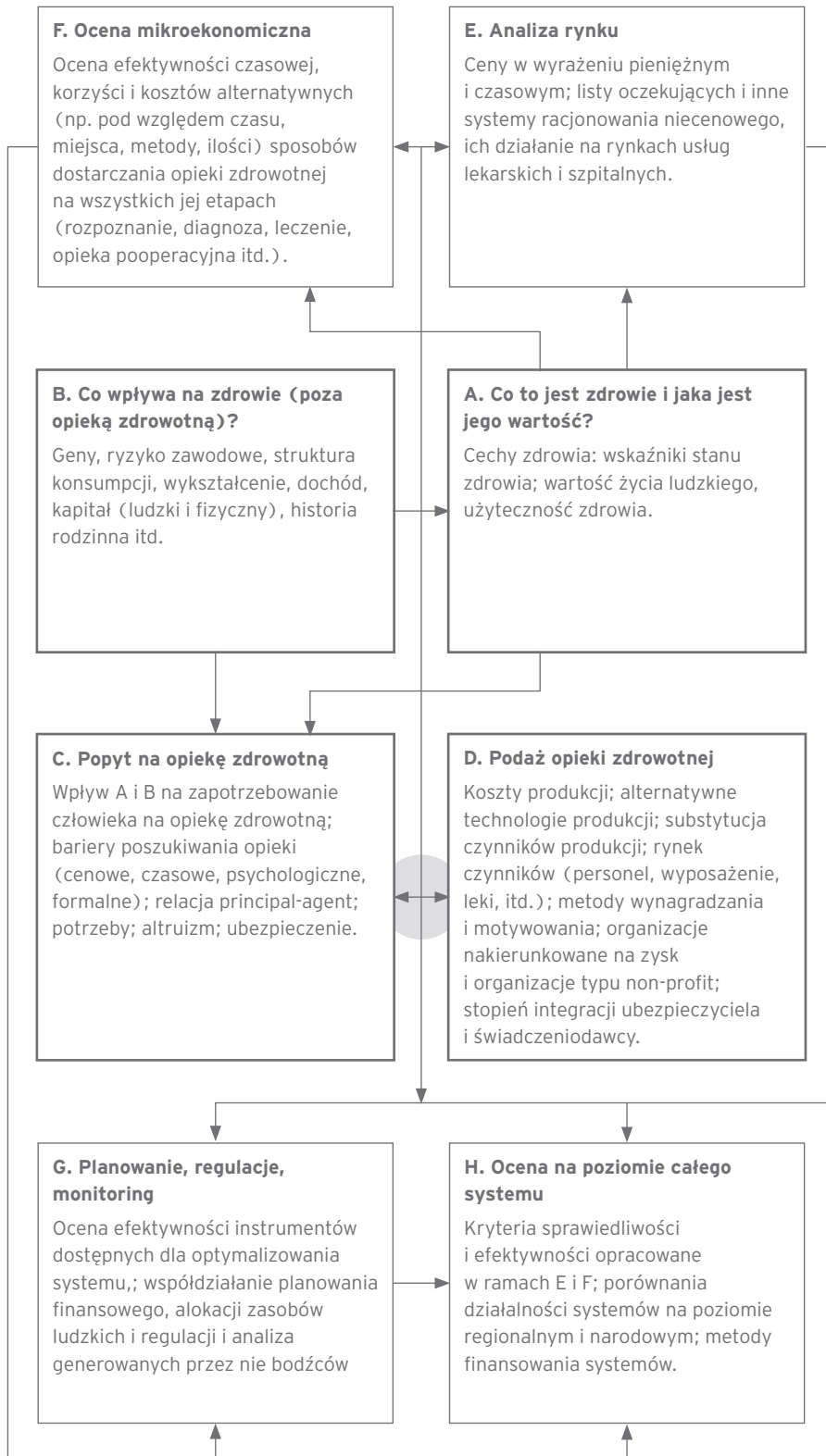
### 3.1. Współpłacenie

Na gruncie teoretycznym można znaleźć przynajmniej dwa argumenty za współpłaceniem. Najważniejszym jest zjawisko nadmiernej konsumpcji usług medycznych (*moral hazard ex post*<sup>15</sup>). Drugi argument może mieć zastosowanie, jeżeli składka nie jest aktuarialnie sprawiedliwa.

#### *Nadmierna konsumpcja usług medycznych*

Pojęcie „nadmiernej” konsumpcji usług medycznych, w tym znaczeniu, w jakim jest używane w ekonomii zdrowia, ma sens jedynie w kontekście ubezpieczeń zdrowotnych. Konsumpcja jest „nadmierna” w **stosunku do tego, co zakładał ubezpieczyciel przy zawieraniu umowy ubezpieczenia**. Nie oznacza to, że ubezpieczony łamie postanowienia umowy: po prostu nie postępuje zgodnie z przewidywaniami ubezpieczyciela. Jeżeli tym ubezpieczycielem jest państwo, skutkiem jest deficyt w państwowym systemie finansowania służby zdrowia.

Rysunek 2. Zakres ekonomii zdrowia



Źródło: Culyer, Newhouse (2000)

Teoretyczny argument za istnieniem zjawiska *moral hazard* przedstawił m.in. Blomqvist (1997). W jego modelu przyszły stan zdrowia pacjenta jest zmienną losową o rozkładzie ciągłym, co pociąga za sobą konieczność zastosowania teorii sterowania optymalnego. Uproszczoną wersję modelu zaproponowali Zweifel et al. (2009), którzy przyjmują, że pacjent może znaleźć się w jednym ze skończonej liczby stanów zdrowia (dzięki czemu można ograniczyć się do prostszych metod optymalizacji). Dokładniejsze, choć wciąż nietechniczne, omówienie ich modelu przedstawiamy w Ramce 2. Dowodzi się w nim, że nadmierna konsumpcja wystąpi zawsze, gdy spełnione są jednocześnie trzy warunki: (i) ubezpieczyciel nie może obserwować stanu zdrowia pacjenta, (ii) pacjent sam decyduje o wyborze leczenia, (iii) ubezpieczyciel finansuje leczenie pacjenta w całości. Zauważmy, że drugie i trzecie założenie jest konsekwencją pierwszego - gdyby ubezpieczyciel znał stan zdrowia pacjenta, nie musiałby zostawiać mu decyzji na temat rodzaju leczenia i de facto kosztów. Ponadto zakłada się, że składka jest aktuarialnie sprawiedliwa, czyli jest równa wartości oczekiwanej odszkodowań. Przypadkiem kiedy tak nie jest zajmiemy się w dalszej części rozdziału.

Rozumowanie jest następujące. Zawierając umowę ubezpieczenia, strony zgadzają się na pewien wymiar składki, jaką pacjent płaci z góry. Jednocześnie ubezpieczyciel robi pewne założenia na temat kosztów, jakie poniesie, gdyby pacjent zachorował. Jednak kiedy umowa została już zawarta i składka zapłacona, a pacjent faktycznie zachoruje, to nie ma on żadnego powodu, aby uwzględniać założenia ubezpieczyciela - krańcowy koszt leczenia wynosi zero, zatem pacjent skonsumuje tyle, aż użyteczność krańcowa wyniesie zero (punkt nasycenia). Dowodzi się, że będzie to zawsze więcej niż przyjmował ubezpieczyciel.

Jeżeli jednak wprowadzi się niepełny zwrot kosztów leczenia, czyli de facto współubezpieczenie (por. Ramka 3) - to optymalny poziom leczenia będzie dla samego pacjenta niższy niż poprzednio. Zweifel et al. (2009) pokazują, iż da się dla każdego pacjenta ustalić taką stopę współpłacenia, że sam wybierze on poziom leczenia, który odpowiada założeniom ubezpieczyciela. Jest to istotny wynik, na który będziemy się powoływać w dalszej części opracowania.

Jaki wniosek płynie z tych rozważań teoretycznych dla polskiego systemu ochrony zdrowia? Otóż w tym zakresie, w jakim pacjenci decydują o leczeniu, może następować nadmierna konsumpcja usług medycznych. Jest ona nadmierna w odniesieniu do „społecznej” umowy ubezpieczenia, jaką mamy w Polsce. Na mocy tej umowy składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9%, a budżet NFZ na świadczenia zdrowotne to około 60 mld PLN (2011 r.). Jeżeli dodatkowo chcemy, aby w systemie nie powstawał deficyt, to przy tych wszystkich

**Ramka 2. Model umowy ubezpieczenia zdrowotnego  
(Zweifel et al. 2009, s. 237-247)**

Pacjent (ubezpieczający się) czerpie użyteczność wyłącznie z dochodu. Dochód zależy jednak od stanu zdrowia, zarówno bezpośrednio, bo dochód z pracy jest funkcją zdrowia, jak i pośrednio, bo z danym stanem zdrowia wiążą się określone koszty leczenia i ubezpieczenia. Użyteczność jest rosnącą i wklęsłą funkcją dochodu. Ze znanym prawdopodobieństwem pacjent znajdzie się w jednym ze skończonej liczby stanów zdrowia. Stan ten można poprawić poprzez wyasygnowanie pewnej kwoty na leczenie – im więcej się wyda na leczenie, tym lepszy stan zdrowia.

Decyzja pacjenta polega na zdefiniowaniu polisy ubezpieczeniowej tzn. na określeniu wysokości rekompensaty, jaką otrzyma w każdym ze stanów zdrowia. Jednak decydując się na dany wektor odszkodowań, pacjent musi zaakceptować wysokość składki, jaki się z nią wiąże. Im wyższe rekompensaty, tym oczywiście wyższa składka. Postać funkcji składki, tzn. funkcji, której argumentem jest wektor odszkodowań a wartością wysokości składki, jest jednym z kluczowych założeń modelu. Zawiera ona w sobie założenia na temat strony podaży rynku ubezpieczeń. W tym przypadku zakładamy, że składka jest aktuarialnie sprawiedliwa.

Model rozwiązuje się maksymalizując oczekiwaną użyteczność względem wektora odszkodowań, wektora kosztów leczenia oraz składki, przy warunku wynikającym z funkcji składki. Rozwiązaniem modelu (które oczywiście nie jest jawne) jest wektor odszkodowań, wysokość składki oraz wektor kosztów leczenia. Nazwijmy te wartości optymalnymi (optymalny poziom składki, odszkodowań, kosztów).

Rozważmy teraz trochę inny model. Pacjent ma po prostu daną polisę ubezpieczeniową i składkę. Gdy znajdzie się w jednym ze stanów zdrowia, to sam określa koszt leczenia, a ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie. Formalnie, pacjent maksymalizując użyteczność określoną tak jak powyżej. Można łatwo pokazać, że wybrany koszt leczenia będzie odpowiadał poziomowi optymalnemu, określonymu powyżej wtedy i tylko wtedy, gdy odszkodowanie będzie równe odszkodowaniu optymalnemu. Można to interpretować w ten sposób, że ubezpieczyciel wie, w jakim stanie zdrowia znalazł się pacjent i wypłaca mu odpowiednie odszkodowanie.

Jeżeli jednak ubezpieczyciel zwraca koszt leczenia w całości – co interpretujemy tak, że nie zna stanu zdrowia pacjenta i musi polegać na jego decyzjach – to wybrany przez pacjenta poziom leczenia będzie wyższy od optymalnego. Występuje więc nadmierna konsumpcja usług medycznych (*moral hazard*).

Model umowy  
ubezpieczenia zdrowotnego

parametrach da się zapewnić pacjentom określony (czyli ograniczony) poziom leczenia. Jeżeli w jakiejś części systemu poziom ten jest przekraczany - np. ktoś korzysta z lekarza specjalisty dwa razy w roku, gdy wystarczyłby raz - to w innej części systemu nie można zapewnić wystarczającej opieki lub/oraz świadczeniodawcy generują kolejki. Jeżeli więc optymalny poziom leczenia jest przekraczany, to wprowadzenie współpłacenia może chronić „społeczną” umowę ubezpieczenia i być tym samym korzystne dla interesu publicznego.

Oczywiście diskutowany model - jak każdy model ekonomiczny - oparty jest na licznych uproszczeniach. Przede wszystkim nie uwzględnia on istnienia lekarza jako trzeciego podmiotu, dzięki któremu ubezpieczyciel ma pewną wiedzę o stanie zdrowia oraz ma wpływ na wybór leczenia. Zauważmy jednak, że lekarz nie uczestniczy w niektórych decyzjach pacjentów (np. w decyzji, aby odwiedzić lekarza pierwszego kontaktu), a nawet kiedy ma wpływ na decyzje, to bez dodatkowych bodźców sam nie ma powodu uwzględniać interesu ubezpieczyciela.

### ***Wysoka cena ubezpieczenia***

Teoretycznie możliwa jest sytuacja, w której pacjent nie będzie zainteresowany kontraktem ubezpieczeniowym przewidującym pełny zwrot kosztów. Stanie się tak zawsze wtedy, gdy ubezpieczyciel nie zaoferuje mu składki aktuarialnie sprawiedliwej. Wyższa składka może być wynikiem wysokich kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela (np. kosztów administracyjnych) albo skutkiem niedostatecznej konkurencji na rynku ubezpieczeniowym. Jeżeli występuje narzut na ryzyko, a kontrakt nie przewiduje współubezpieczenia, to optymalny dla pacjenta schemat odszkodowań zawiera *deductible* (franszyzę redukcyjną). Formalny argument za tym stwierdzeniem przedstawiają Zweifel et al. (2009). Ich model zakłada, że ubezpieczyciel może decydować o wyborze leczenia. Jeżeli jest inaczej, to powstaje problem *moral hazard* i tym bardziej wystąpi konieczność współpłacenia.

Wniosek dla systemu finansowania służby zdrowia jest następujący. Jeżeli ubezpieczyciel ma wysokie koszty administracyjne, a w danym kraju nie ma współpłacenia za usługi medyczne, to albo składka jest wyższa niż optymalna, albo system generuje deficyt.

### 3.2. Ubezpieczenia suplementarne

Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych najczęściej uzasadnia się dążeniem do poszerzenia usług medycznych oferowanych pacjentowi. Klasycznym narzędziem, które można zastosować do analizy kosztów i korzyści tego rozwiązania jest model konkurencji monopolistycznej Dixita-Stiglitz (1977). W tym modelu użyteczność konsumentów rośnie wraz ze zwiększaniem się liczby dostępnych wariantów dobra zróżnicowanego (*love of variety*). Z drugiej strony, ponieważ produkcja każdego z wariantów dobra wykazuje korzyści skali, większa liczba wariantów dobra oznacza wyższy koszt przeciętny. Istnieje więc optymalna liczba wariantów<sup>16</sup>.

Możemy spróbować zastosować logikę modelu Dixita-Stiglitz do naszego problemu próbując odpowiedzieć na pytanie, czy ubezpieczenia suplementarne zwiększą poziom dobrobytu. Szansa, że tak będzie jest tym większa, im większe jest zapotrzebowanie na szersze spektrum usług medycznych i im mniejsze efekty skali w ich produkcji. Te ostatnie zależą oczywiście od rodzaju usług - porady lekarskie cechują się niskimi kosztami stałymi, a leczenie szpitalne - ogromnymi.

Model Dixita-Stiglitz tylko podpowiada sposób myślenia o problemie. O ile w tym modelu występuje tylko poziome zróżnicowanie dobra (wszystkie warianty są tej samej jakości), o tyle w przypadku ubezpieczeń suplementarnych jest oczywiście inaczej. Cały sens tych ubezpieczeń polega na dostarczeniu jakości wyższej niż przeciętna konsumentom, którzy są skłonni za to zapłacić. Ani warianty dóbr, ani konsumenci nie są symetryczni. Załóżmy, że są tylko dwa ubezpieczenia: bazowe i suplementarne oraz tylko dwa rodzaje konsumentów: biedniejsi (którzy pozostaną tylko przy ubezpieczeniu bazowym) i bogatsi (którzy wykupią suplementarne). Przyjmijmy, że użyteczność bogatszych wzrasta, gdy pojawia się możliwość wykupienia dodatkowych ubezpieczeń. Użyteczność biedniejszych może jednak spaść na skutek wzrostu ceny ich ubezpieczenia spowodowanego zmniejszeniem skali produkcji usług medycznych finansowanych przez to ubezpieczenie. Oczywiście, ten negatywny scenariusz się nie ziści, jeżeli od początku istnieją w systemie ochrony zdrowia wolne moce produkcyjne i ubezpieczenia dodatkowe pozwolą je wykorzystać. Jak się wydaje istnienie takich rezerw jest istotnym czynnikiem sukcesu reform polegających na wprowadzeniu ubezpieczeń suplementarnych.

Model Dixita-Stiglitz

## 4. Scenariusz pierwszy - współpłacenie

### 4.1. Wprowadzenie

W niniejszym rozdziale rozważymy możliwość wprowadzenia w Polsce współpłacenia za usługi medyczne. Współpłacenie jest mechanizmem polegającym na konieczności pokrywania przez pacjenta pewnej części kosztów konsumowanej usługi medycznej, niezależnie od udziału w danym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (w przypadku Polski - niezależnie od bycia ubezpieczonym w NFZ). Część pokrywana przez pacjenta może być określana na różne sposoby (Ramka 3).

#### **Ramka 3. Formy współpłacenia**

Istnieją trzy zasadnicze formy współpłacenia: *co-insurance* (współubezpieczenie), gdy pacjent pokrywa ustaloną część kosztu usługi medycznej; *co-payment* (współpłacenie), gdy pacjent każdorazowo płaci pewną stałą kwotę za usługę oraz *deductible* (franszyza redukcyjna), gdy pacjent pokrywa całość kosztów, aż do pewnego ustalonego limitu, po którego osiągnięciu usługa staje się w danym okresie darmowa (Ros et al. 2000).

W każdym kraju UE/OECD, także w Polsce, występuje współpłacenie za leki. Jednak w większości krajów UE trzeba również dodatkowo płacić za badanie czy leczenie. Jak dowodzi zestawienie w Tabeli 1 podobny do polskiego schemat (braku) współpłacenia występuje jedynie w Danii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, na Węgrzech, Słowacji i na Litwie.

Pojawia się więc pytanie, czy nie byłoby sensownie wprowadzić to rozwiązanie w naszym kraju. Kwestię tę rozważymy w dwóch etapach. Najpierw w sekcji 4.2 zastanowimy się nad zaletami i wadami współpłacenia w świetle doświadczeń międzynarodowych. Następnie, w sekcji 4.3 odniesiemy zgromadzoną wiedzę do warunków polskich, a także zaprezentujemy wyniki naszych badań na temat potencjalnych skutków współpłacenia w Polsce.



**Tabela 1. Współłacenie za usługi medyczne w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego**

Kraj	Rok	Lekarz pierwszego kontaktu	Specjalista	Szpital	Dentysta
Austria	2007*	✓	✓	✓	✓
Belgia	2010	✓	✓	✓	✓
Bułgaria	2007	✓	✓	✓	✓
Cypr	2007*	✓	✓	✓	✓
Republika Czeska	2009	✓	✓	✓	–
Dania	2007	–	–	–	✓
Estonia	2008*	–	–	✓	✓
Finlandia	2008	✓	✓	✓	✓
Francja	2007*	✓	✓	✓	✓
Niemcy	2009	✓	✓	✓	✓
Grecja	2008*	✓	✓	✓	✓
Węgry	2011**	–	–	–	✓
Islandia	2003	✓	✓	–	✓
Irlandia	2009	✓	✓	✓	✓
Włochy	2009	–	✓	–	✓
Łotwa	2008	✓	✓	✓	✓
Litwa	2007*	–	–	–	✓
Luksemburg	2007*	✓	✓	✓	✓
Malta	2007*	✓	✓	✓	✓
Holandia	2010	✓	✓	✓	✓
Norwegia	2006	✓	✓	–	✓
Polska	2010	–	–	–	✓
Portugalia	2007	✓	✓	✓	✓
Rumunia	2008	–	–	–	✓
Słowacja	2011	–	–	–	✓
Słowenia	2006	✓	✓	✓	✓
Hiszpania	2010	–	–	–	✓
Szwecja	2003	✓	✓	✓	✓
Szwajcaria	2008	✓	✓	✓	✓
Wielka Brytania (Anglia)	2007*	–	–	–	✓

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów z cyklu 'Health Systems in Transition',

za wyjątkiem:

\* - źródło, Thomson et al. (2009)

\*\* - źródło, wywiad własny

W sekcji 4.4, zajmiemy się systemami, w których powszechne są ubezpieczenia od współpłacenia. O ile w większości krajów OECD takie ubezpieczenie jest albo stosunkowo mało popularne albo wręcz niemożliwe (np. w Szwajcarii jest ono zakazane, OECD (2004) s. 55), o tyle w kilku przypadkach ubezpieczenia od współpłacenia stanowią istotny element systemu. Występowanie ubezpieczenia od współpłacenia zmienia strukturę bodźców w systemie i może w zasadniczy sposób wpłynąć na jego finansowanie. Dlatego tę opcję i przykłady krajów, w których takie ubezpieczenia istnieją (Francja, Irlandia, Słowenia, Australia) badamy osobno.

#### **4.2. Szanse i zagrożenia związane z współpłaceniem - doświadczenia międzynarodowe**

Wśród hipotetycznych korzyści współpłacenia na pierwszym miejscu trzeba wymienić ograniczenie nadmiernej konsumpcji usług zdrowotnych, dzięki redukcji zjawiska *moral hazard*. Jeżeli ten efekt występuje, to siłą rzeczy współpłacenie zmniejsza wydatki na opiekę zdrowotną, zarówno publiczne, jak i prywatne<sup>17</sup>. Ma też wpływ na ograniczenie kolejek w systemie bazowym. Inną potencjalną korzyścią jest napływ dodatkowych środków do systemu.

Podstawowe ryzyko związane z zastosowaniem współpłacenia jest takie, że oprócz nadmiernej konsumpcji, ograniczana może być też potrzebna konsumpcja usług zdrowotnych, a to miałoby negatywne skutki dla zdrowia społeczeństwa, zwłaszcza grup uboższych. Poza tym, współpłacenie komplikuje system finansowania służby zdrowia.

Przeanalizujemy teraz po kolei wymienione aspekty współpłacenia odwołując się do doświadczeń innych krajów. Przedyskutujemy też rozwiązania instytucjonalne, jakie są stosowane na świecie dla ograniczenia ryzyka związanego z współpłaceniem.

##### ***Współpłacenie a korzystanie ze służby zdrowia***

Teoria podpowiada, że zwiększanie stopy współpłacenia - którą zdefiniujemy jako udział opłaty wnoszonej bezpośrednio przez pacjenta w całkowitym koszcie usługi medycznej - zmniejsza ilość usług medycznych, na którą zgłaszany jest popyt (p. rozdział 3). W badaniach empirycznych może to być odzwierciedlone albo przez mniejszą liczbę konsumowanych usług, albo przez skrócenie się czasu oczekiwania na usługę, czyli mniejsze kolejki<sup>18</sup>. Próbując odpowiedzieć na pytanie, czy takie efekty faktycznie występowały w systemach opieki zdrowotnej,

musimy odwołać się do doświadczeń innych krajów, jako że w Polsce nie było dotąd współpłacenia za zasadniczą część usług zdrowotnych<sup>19</sup>.

Zakładając, że dostępność usług zdrowotnych nie jest problemem, chcielibyśmy odpowiedzieć na pytanie: czy stopa współpłacenia wpływa na intensywność korzystania ze służby zdrowia? Zdecydowana większość badań wskazuje, że odpowiedź jest pozytywna. W literaturze dominują wyniki eksperymentów naturalnych (analizy skutków zmian w systemie), zaczniemy jednak od omówienia wyniku słynnego eksperymentu kontrolowanego.

W latach 70. XX wieku na zlecenie rządu Stanów Zjednoczonych RAND Corporation przeprowadziła doświadczenie, w ramach którego obserwowano zachowanie blisko trzech tysięcy amerykańskich rodzin, należących do pięciu różnych planów ubezpieczenia zdrowotnego, różniących się stopniem współpłacenia (Ramka 4). Wyniki eksperymentu wskazywały jednoznacznie na duże znaczenie współpłacenia: rodziny należące do programu, w którym świadczenia były darmowe odwiedzały lekarza średnio raz do dwóch razy w roku częściej niż te, które musiały płacić za wizytę. Te ostatnie zanotowały też o 20% mniej hospitalizacji; podobna była też różnica w korzystaniu z innych świadczeń medycznych, w tym leków, wizyt u stomatologa i konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych (RAND 2006).

#### **Ramka 4. Health Insurance Experiment**

Klasycznym eksperymentem kontrolowanym był Health Insurance Experiment przeprowadzony w latach 1971-1982 przez RAND Corporation na zlecenie rządu USA. Objął on losową próbę 2750 amerykańskich rodzin, w sumie ponad 7700 osób z sześciu amerykańskich miast i miasteczek (RAND 2006). Każdej z rodzin zaoferowano nieodpłatnie program ubezpieczenia zdrowotnego na okres 3-5 lat. Osoby biorące udział w eksperymencie miały mniej niż 61 lat, aby w czasie trwania badania nie mogły wejść do państwowego systemu ochrony zdrowia dla osób starszych Medicare; wykluczono także rodziny z trzech górnych centyli rozkładu dochodów. Było pięć zasadniczych programów ubezpieczeniowych różniących się zakresem i stopniem współpłacenia, od 0% do 95% (uwzględniając różnice wariantów, programów było 14). Dla biedniejszych rodzin wprowadzono górną granicę kosztów, jakie mogły ponieść w ciągu roku; po jej przekroczeniu, opieka zdrowotna była darmowa. Uczestnicy nie mogli sobie wybierać programów, mogli tylko przyjąć lub odrzucić proponowany im schemat ubezpieczenia (dzięki temu można było zredukować ryzyko autoselekcji).

Health Insurance Experiment

Podczas trwania eksperymentu dokładnie obserwowano korzystanie z różnych rodzajów usług medycznych przez uczestników. Ponadto zbadano stan ich zdrowia na początku (60% losowo wybranych uczestników) i na końcu udziału w projekcie (wszyscy uczestnicy).

Health Insurance Experiment dostarczył materiał do szeregu ciekawych opracowań i jest cytowany w praktycznie wszystkich publikacjach podejmujących problem współpłacenia. Z drugiej strony, jak podkreślają Zweifel i Manning (2000), jest to już dziś materiał dość stary, nieodpowiadający współczesnym realiom organizacji systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza jeśli chodzi o organizację strony podaży. Wypada zgodzić się z tą tezą. Obecnie płatnicy bardzo często próbują ograniczać koszty poprzez wywieranie wpływu na świadczeniodawcę. Być może więc nieefektywności systemów ochrony zdrowia są mniejsze niż w latach 70. i mniejsze jest też pole do oszczędności.

## Efekty współpłacenia

Keeler i Rolph (1988) przeprowadzili bardzo wnikliwą analizę danych z eksperymentu RAND, aby oszacować „czysty efekt cenowy” tzn. wyizolowany efekt stopy współpłacenia (nie zakłócony maksymalną kwotą współpłacenia). Z ich analizy wynika, że koszty leczenia osób, które musiały dopłacać, są - w zależności od planu i rodzaju usługi medycznej - od 18% do 51% niższe niż osób, które korzystały z darmowego planu ubezpieczeniowego (Tabela 2).

**Tabela 2. Szacowane koszty usług medycznych w hipotetycznych planach bez maksymalnych kwot współpłacenia - jako procent kosztów dla planu z zerową stopą współpłacenia**

Stopa współpł.	Lekarze 1 kont i specjaliści				Szpital	Razem koszty med.	Stomatologia
	Nagle	Chroniczne	Zdrowi	Razem			
<b>25</b>	72 (4)	67 (6)	75 (4)	71 (3)	71 (7)	71 (4)	<b>79</b> <b>(6)</b>
<b>50</b>	56 (5)	56 (7)	69 (6)	58 (4)	68 (13)	63 (7)	<b>68</b> <b>(5)</b>
<b>95</b>	<b>49</b> <b>(3)</b>	<b>51</b> <b>(5)</b>	<b>45</b> <b>(4)</b>	<b>49</b> <b>(2)</b>	<b>60</b> <b>(7)</b>	<b>55</b> <b>(4)</b>	<b>50</b> <b>(3)</b>

Uwaga: Błędy standardowe w nawiasach.

Źródło: Keeler i Rolph (1988)

Istnieje stosunkowo dużo opracowań analizujących efekty współpłacenia na podstawie eksperymentów naturalnych, jakich dostarczały zmiany polityki ubezpieczycieli w Stanach Zjednoczonych i reformy systemów ubezpieczeń w różnych krajach, tak rozwiniętych, jak i rozwijających się (oczywiście i tu występują problemy metodologiczne, por. Ramka 5). Zmiany te z reguły polegały na podwyższaniu stopy współpłacenia,

choć zdarzały się i przypadki odwrotne: np. w wyniku reformy z 1995 r. na Tajwanie objęto ubezpieczeniem zdrowotnym osoby, które wcześniej finansowały wydatki zdrowotne tylko z własnej kieszeni; w ich przypadku stopa współpłacenia spadła ze 100% do ustalonej stałej stawki, a w niektórych przypadkach do zera (Chu et al. 2005). Wszystkie wyniki dla USA i Kanady omówione przez Zweifela i Manninga (2000) wskazują na to, że korzystanie ze służby zdrowia maleje wraz ze stopą współpłacenia. Również raport Thomson et al. (2003), poświęcony krajom starej Unii, przytacza liczne opracowania wskazujące na ograniczającą rolę współpłacenia m.in. w Finlandii, Holandii i Szwecji (choć dla dwóch pierwszych krajów istnieją opracowania o odmiennych wynikach). Kim et al. (2005) analizują korzystanie ze służby zdrowia w Korei, kraju, który ma jedno z najwyższych stóp współpłacenia na świecie (40-55%, plus duże wydatki bezpośrednie). Ich wyniki również wskazują na ujemną elastyczność cenową usług medycznych<sup>20</sup>. Co ciekawe, zgodnie z niektórymi badaniami jedne rodzaje współpłacenia silniej działają na ograniczenie konsumpcji niż inne. Najskuteczniej ogranicza popyt franszyza redukcyjna (*deductible*, p. Ramka 3).

Warto podkreślić, że kiedy współpłacenie jest zmniejszane, konsumpcja usług zdrowotnych rośnie. Tak było w przeanalizowanym przez Heaneya i Riedla przypadku wprowadzenia przez prywatnego ubezpieczyciela w stanie Connecticut opcji zerowego współpłacenia za pobyt w szpitalu dla niektórych grup klientów (Heaney, Riedel 1970, cytaty za Zweifel, Manning 2000). Na Tajwanie, po wprowadzeniu wspomnianej wyżej reformy, koszty opieki zdrowotnej wzrosły z 4,93% PKB w 1994 r. do 5,27% PKB w 1995 r. (Chu et al. 2005).

#### **Ramka 5. Analiza skutków współpłacenia - problemy metodologiczne**

Generalnie zaleca się korzystanie z danych na poziomie mikro (Zweifel, Manning 2000, s. 406) i bardzo ostrożne operowanie porównaniami międzynarodowymi. Narodowe systemy ochrony zdrowia znacznie różnią się między sobą, a każdy z nich jest osadzony w pewnym kontekście gospodarczym, społecznym, kulturowym i instytucjonalnym. Nawet w ramach jednego kraju ryzykowne jest badanie danych zagregowanych (nawet na poziomie regionów czy grup), ze względu na możliwe obciążenia wyników.

Same badania mikroekonomiczne też nie są wolne od problemów. Rozważmy eksperyment naturalny polegający na zwiększeniu stawki współpłacenia. Możliwe, że spodziewając się podwyżki, pacjenci intensywnie korzystają z usług medycznych krótko przed reformą.

W takim przypadku, krótko po wprowadzeniu zmian, konsumpcja usług medycznych radykalnie spada. Jest jednak oczywiste, że efekt ten może mieć charakter krótkookresowy, a ocena elastyczności popytu na usługi medyczne na podstawie prostego porównania liczby pacjentów przed i po reformie będzie zawyżona. Osobnym problemem są możliwe zmiany po stronie podaży - jeżeli zmiana współpłacenia obejmuje cały system, to może wpłynąć np. na motywację świadczeniodawców do oferowania usług zdrowotnych.

Liczne studia podejmują problem współpłacenia badając zróżnicowanie konsumpcji usług medycznych nie w czasie, lecz przekrojowo - w zależności od rodzaju ubezpieczenia, jakim legitymuje się pacjent lub stopnia współpłacenia przypisanego do danej usługi medycznej. Tutaj z kolei występuje problem autoselekcji. Osoby zdrowsze będą chętniej korzystać z ubezpieczeń o niższej składce i akceptować związany z tym wyższy stopień współpłacenia (ponieważ prawdopodobieństwo, że faktycznie dojdzie do konsumpcji jest dla nich niskie). W takim przypadku obserwowane różnice w korzystaniu z usług medycznych osób o różnym statusie ubezpieczeniowym mogą wynikać nie z motywacyjnego efektu współpłacenia, lecz z odmiennego, wyjściowego stanu zdrowia ubezpieczonych (Zweifel, Manning 2000).

#### Przyczyny nieskuteczności współpłacenia

Mimo to nastawienie wielu autorów do współpłacenia pozostaje negatywne. Przykładem są Thomson i Mossialos, którzy w licznych opracowaniach (2003, 2009, 2010) przytaczają przykłady świadczące o tym, że współpłacenie faktycznie działa na popyt. Podkreślają bowiem, że „w przekroju międzynarodowym nie ma dowodów na to, że współpłacenie prowadzi do długookresowej kontroli kosztów” (Thomson et al. 2009, s. 67). To zdanie jest, ściśle rzecz biorąc, prawdziwe - tyle że nie neguje sensu współpłacenia w żadnym konkretnym kraju. Po pierwsze, porównania całych narodowych systemów ochrony zdrowia mają ograniczoną wartość poznawczą (p. Ramka 5), a po drugie - żaden element zarządzania systemem ochrony zdrowia sam z siebie nie zapewnia kontroli kosztów.

Trzeba jednak przyznać, że zarówno teoria, jak i badania empiryczne sugerują, że efekt ograniczenia kosztów może być niewielki i/lub krótkotrwały. Po pierwsze dlatego, że decyzja o leczeniu jest najczęściej wspólną decyzją pacjenta i lekarza. O ile dla pacjenta liczy się całkowita kwota wydatków bezpośrednich, o tyle dla świadczeniodawcy ważny jest przede wszystkim całkowity koszt usługi (czyli przychód świadczeniodawcy), a kwota wydatków bezpośrednich - tylko w tym zakresie, w jakim świadczeniodawca występuje w roli

agenta, pomagającego pryncypałowi (pacjentowi) podjąć decyzję o ilości konsumowanych usług, czyli skali leczenia (por. Keeler i Rolph, 1988). Dlatego też współpłacenie najbardziej ogranicza konsumpcję tych dóbr i usług, o których pacjent decyduje sam tzn. wizyt u lekarza pierwszego kontaktu i leków sprzedawanych bez recepty (Ros et al. 2000). Potwierdzałyby to wyniki eksperymentu RAND podane w Tabeli 2: różnice w wydatkach na pobyt w szpitalu między kategoriami pacjentów są mniejsze, niż analogiczne różnice w wydatkach na konsultacje lekarskie. Ding i Zhu (2007) analizując ubezpieczenia zdrowotne ludności miejskiej w Chinach dowodzą, że wprowadzenie współpłacenia w 1998 r. nie zmniejszyło kosztów służby zdrowia, a jednym z powodów było to, że lekarze i szpitale nie mieli żadnej motywacji, aby ograniczać ilość świadczeń. Jeszcze dobitniej widać rolę świadczeniodawców w przypadku polityki lekowej. W kilku krajach Europy Zachodniej wprowadzenie opłaty liczonej od realizowanej recepty poskutkowało wypisywaniem przez lekarzy większej liczby leków na jednej receptce. Zmniejszenie dopłat do leków w Hiszpanii zaostriżyło konkurencję między firmami farmaceutycznymi, ale głównymi beneficjentami były apteki (Thomson et al. 2003)<sup>21</sup>.

Drugim czynnikiem ograniczającym skuteczność współpłacenia w redukcji kosztów ochrony zdrowia jest substytucja między różnymi rodzajami usług medycznych. Zjawiskiem, które zaobserwowano w różnych krajach, jest nadmierne korzystanie z ostrych dyżurów przez osoby nie mogące sobie pozwolić na opłacenie (lub współpłacenie za) lekarza pierwszego kontaktu czy lekarza specjalisty. Przeważnie bowiem korzystanie z ostrych dyżurów jest zwolnione z opłat<sup>22</sup>. Efekt ten dla Francji zaobserwowali Lang et al. (1997), a dla Stanów Zjednoczonych - Simonet (2009). W tym drugim przypadku do szpitali zgłaszały się nie tylko osoby nieubezpieczone, ale także takie, które mają trudności w dostępie do lekarza pierwszego kontaktu (np. beneficjenci Medicaid, państwowego ubezpieczenia, którzy są stosunkowo mało atrakcyjnym klientem dla lekarzy). Substytucja może też wystąpić w przypadku leków: ciekawym przykładem są Niemcy, gdzie jedna z kas chorych wykluczyła w 1983 r. proste leki z listy refundacyjnej. Poskutkowało to wzrostem konsumpcji lepszych i droższych leków (Thomson et al. 2010).

Trzecia przyczyna nieskuteczności współpłacenia to niewystarczająco konsekwentne stosowanie tego mechanizmu. Istnieje bowiem cały wachlarz instrumentów ochronnych, które stosuje się w systemach zabezpieczenia zdrowotnego po to, aby zapobiec negatywnym skutkom współpłacenia. Temat ten omawiamy w kolejnych podrozdziałach<sup>23</sup>.

**Współpłacenie a kolejki**

Jeżeli istnieje ujemna zależność między współpłaceniem a popytem na usługi zdrowotne, to powinna być także ujemna zależność między współpłaceniem a długością kolejek w tych systemach, w których jest problem z dostępnością świadczeń. W literaturze nie ma zbyt wiele badań na ten temat; wyjątkiem jest cytowane przez Manninga i Zweifela (2000) opracowanie na temat reformy w Quebecu w latach 70., które potwierdza istotność współpłacenia (zmniejszenie stawek było związane z wydłużeniem się kolejek). Trzeba jednak podkreślić, że czas oczekiwania na wizytę lekarską czy miejsce w szpitalu zależy także od strony podaży (por. podrozdział 3.1). Jest więc istotne, jakie zmiany dla świadczeniodawców następują wraz ze zmianą stawek współpłacenia. Przykładowo, jeżeli opłata wnoszona przez pacjenta kierowana jest bezpośrednio do kasy lekarza, to wraz z redukcją popytu powinien nastąpić wzrost podaży, jeszcze silniej redukujący kolejki.

Jest przy tym dyskusyjne, czy problem kolejek może być w zasadniczy sposób złagodzony w wyniku stosowania współpłacenia. Proste porównanie międzynarodowe sugeruje, że co najmniej równie ważna jest wielkość podaży usług zdrowotnych. W Tabeli 3 pokazano wyniki regresji liniowej procentu osób deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne z powodu zbyt długiego oczekiwania na opiekę medyczną<sup>24</sup>, względem „quasi-ceny” usług zdrowotnych oraz miar podaży usług. „Quasi-cena” to udział wydatków pacjentów na współpłacenie za opiekę zdrowotną (z wyłączeniem leków) w PKB. Dane o sumie tych wydatków udało się ustalić dla 18 krajów europejskich na podstawie lektury raportów WHO z cyklu „Health Systems in Transition” oraz w niektórych przypadkach na podstawie innych opracowań. Relacja wydatków na współpłacenie do PKB ma w założeniu mierzyć obciążenie obywateli tymi opłatami i dlatego została nazwana „quasi-ceną”. Zastosowane miary podaży to liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (1) i udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB (2).

Współpłacenie a kolejki

**Tabela 3. Kolejki a współpłacenie i podaż usług zdrowotnych**

Zmienna objaśniana: % pacjentów z niespełnionymi potrzebami zdrowotnymi z powodu kolejek (2009)	(1)	(2)
Quasi-cena usługi zdrowotnej (w punktach bazowych)*	0.01 (1.58)	0.01 (1.57)
Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (2008)	-0.01 (-2.00)	
Udział całkowitych kosztów opieki zdrowotnej w PKB (2009)**		-0.40 (-1.56)
R kw.	0.20	0.29
N	<b>15</b>	<b>16</b>

Źródło danych: Eurostat, OECD, poza \* - objaśnienie w tekście; 100 pkt bazowych = 1%

Uwaga: w nawiasach wartości statystyki t-Studenta



Przedstawiona analiza nie jest próbą „wyjaśnienia” problemu kolejek w europejskim systemie ochrony zdrowia. Jest to raczej zwięzłe podsumowanie porównania danych dla kilkunastu krajów europejskich. Wynika z niego, że choć współpłacenie może mieć pewien wpływ na kolejki, jest to z pewnością tylko jeden z czynników.

### ***Negatywne skutki współpłacenia i mechanizmy ochronne***

Pomysł wprowadzenia współpłacenia zwykle budzi obawy o to, że pacjenci będą ograniczać korzystanie ze służby zdrowia ze szkodą dla zdrowia i że dotknie to przede wszystkim osoby biedniejsze. Obawy te nie są bezpodstawne. Jakkolwiek teoria sugerowałaby, że redukując konsumpcję pacjenci przede wszystkim zrezygnują z usług dających im najmniejszą użyteczność krańcową, czyli najmniej ważną dla ich zdrowia, badania empiryczne nie potwierdzają tej tezy. Jest ona zresztą wyjątkowo trudna do zweryfikowania, ze względu na brak miary „wartościowości” danej usługi.

Opracowania korzystające z wyników eksperymentu RAND (por. omówienia w Manning i Zweifel, 2000, oraz Rolph i Keene, 1988), wskazują na brak zależności tzn. sugerują, że pacjenci, którzy muszą płacić więcej, ograniczają zarówno te mniej ważne usługi, jak i te istotne i potrzebne. Badania te bazują jednak na dowodach pośrednich (liczba wizyt w szpitalu, długość hospitalizacji). Silniejszych argumentów dostarcza literatura na temat wykupywania przez pacjentów leków na receptę. Chernen et al. (2008) zbadali stopień wykupywania recept przez pacjentów z cukrzycą i chorobami krążenia w USA. W tym przypadku można uznać, że konsumpcja w ogóle nie powinna być ograniczana. Okazało się jednak, że im większa proporcja (kwota), jaką pacjent musi zapłacić za lek z własnej kieszeni, tym częściej recepta nie była realizowana. Do podobnych wniosków doszli inni autorzy badający amerykański system ochrony zdrowia (p. omówienie w Chernen et al. 2008).

Istnieje bardzo wiele dowodów na to, że współpłacenie silniej wpływa na ograniczenie konsumpcji przez osoby biedniejsze niż przez osoby bogatsze (jest to zresztą pośredni dowód na to, że zmniejszana jest nie tylko konsumpcja zbędna). We wspomnianym badaniu Chernen pacjenci mieszkający w rejonach biedniejszych nie tylko częściej nie kupowali potrzebnych leków, ale i ich wrażliwość na cenę była wyższa. Lexchin i Grootendorst (2004) dokonali przeglądu badań mierzących wpływ zwiększenia skali wzrostu współpłacenia na korzystanie z leków przez grupy szczególnego ryzyka (biedni, beneficjenci opieki społecznej, osoby przewlekłe chore i osoby o ogólnie złym stanie zdrowia). Praktycznie wszystkie badania wykazały, że wzrost udziału współpłacenia skutkował

### Negatywne skutki współpłacenia

rzadszym zakupem leków przez osoby o niskich dochodach i przewlekle chore. Thomson i Mossialos (2003) cytują opracowania z Belgii i Szwecji, które doprowadziły do tych samych wniosków.

Podobnie, osoby biedniejsze w większym stopniu ograniczają korzystanie z opieki lekarskiej. W artykule poświęconym szwedzkiemu systemowi ochrony zdrowia Andersen et al. (2001) cytują badania dowodzące, że w latach 90. (kiedy rosły stawki współpłacenia) zwiększyły się różnice w częstotliwości wizyt lekarskich między osobami lepiej i gorzej wykształconymi oraz między pracownikami umysłowymi a fizycznymi. Rueckert et al. (2008) uzyskali podobne wyniki dla Niemiec - wprowadzenie opłaty za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (10 EUR) spowodowało rezygnację lub opóźnienie jej wśród młodych i zdrowszych, ale także wśród osób o najniższych dochodach. Z kolei analiza przeprowadzona przez Kim et al. (2005) dla Korei wykazała, że elastyczność cenowa usług medycznych była wyższa dla osób biedniejszych, niż dla bogatszych.

Ponieważ współpłacenie w nierówny sposób wpływa na grupy dochodowe w społeczeństwie, we wszystkich krajach europejskich istnieją mechanizmy ochronne, które ograniczają obciążanie obywateli (zwłaszcza z grup defaworyzowanych) kosztami opieki zdrowotnej. Przyjmują one różne formy (Ramka 6).

#### **Ramka 6. Mechanizmy ochronne**

Mechanizmy chroniące społeczeństwo przed negatywnymi skutkami współpłacenia najczęściej polegają na tym, że dla pewnych grup pacjentów wprowadza się złagodzony reżim współpłacenia. Grupy te są zazwyczaj zdefiniowane przez (por Ros et al. 2000): (1) wiek (dzieci, osoby starsze), (2) dochód (osoby biedniejsze), (3) stan zdrowia (np. pacjenci cierpiący na ciężki i przewlekłe choroby). Łagodniejsze traktowanie tych pacjentów może polegać (a) na całkowitym zwolnieniu ich z opłat, (b) na stosowaniu dla nich obniżonych stawek współpłacenia, (c) na ustaleniu dla nich rocznej (miesięcznej) granicy sumy wydatków, po przekroczeniu której stawka współpłacenia spada do zera; istnieją też bardziej skomplikowane schematy preferencyjnego traktowania grup słabszych. Bardzo często w systemach opieki zdrowotnej występuje górna granica wydatków dla wszystkich ubezpieczonych.

W Tabeli 4 pokazano przegląd mechanizmów ochronnych stosowanych w UE i niektórych innych krajach europejskich. Jak widać bardzo często istnieje górna granica wydatków, jakie w ciągu roku może ponieść

pacjent. Faktycznie granica ta istnieje w większej liczbie krajów niż sugerowałaby to tabela. Istnieją bowiem systemy (np. portugalski czy grecki), w których nie płaci się za szpital lub istnieje dla tej usługi roczna granica wydatków, a stawki współpłacenia za opiekę ambulatoryjną są tak niskie, że nie ma ryzyka poniesienia przez pacjenta wysokich kosztów<sup>25</sup>.

**Tabela 4. Przegląd mechanizmów ochronnych w krajach europejskich**

Rodzaj mechanizmu		Górna granica kosztów	Zwolnienie z opłat	Stawka preferencyjna
Kryterium				
Wszyscy		AT, BE*, CR, FI, LV, DE, IE, SE*, CH, NL*, NO, BG (hosp**), EE, PT* (hosp)		
Wiek	Dzieci i młodzież	IL, SE*, IS*	BG, CR, CZ (poz), CZ (nwr), IT (dent), LV (<6lat), SJ, NL*, NO (<12 lat)	EE (dent), CH*, IS (<16lat)
	Osoby starsze		IL, IE, IT	IS (>=67lat)
Choroby		SE*	AT (leki), BG, IL, IT, SJ	
Dochód		BE*, DE, NL*	AT, BG, CY, CZ, IE, IT, SK, SJ, FR (poz)	BE, CY
Bezrobocie			BG, CR, SJ	
Inne***		IS*	BG (weterani), CR (niepełnosprawni, studenci, weterani), LU, LV, CZ - kobiety w ciąży i położu	

Źródło i rok dla którego dany stan występował: p. Tabela 5

\* W Belgii i Islandii górna granica kosztów i stawka współubezpieczenia (p. Ramka 2) jest różna dla poszczególnych grup pacjentów. W Szwecji do sumy wydatków nie wlicza się opłat za szpitale ani (za wyjątkiem osób z grupy uprzywilejowanej) za opiekę dentystyczną. W Szwajcarii osoby poniżej 18 roku życia nie płacą franszyzy redukcyjnej, ale muszą płacić współubezpieczenie. W Holandii w ubezpieczeniu państwowym (AWBZ) obowiązuje skomplikowany system ulg, natomiast w ubezpieczeniu prywatnym (Zvw), ubezpieczyciel może zwolnić pacjenta ze współpłacenia w zamian za korzystanie z usług wyznaczonych świadczeniodawców lub uczestnictwo w prewencyjnych programach zdrowotnych (por. też Rozdział 6)

\*\* hosp - hospitalizacja, poz - podstawowa opieka zdrowotna, dent - opieka dentystyczna, nwr - noworodki

\*\*\* wymieniono tylko niektóre grupy

Instrumentem stosowanym dla ochrony grup słabszych jest najczęściej całkowite zwolnienie z opłat, rzadziej - górna granica kosztów. Ciekawe są przy tym różnice w sposobie definiowania grup zasługujących na specjalne traktowanie. Jeśli chodzi o wiek, to w krajach postsocjalistycznych i skandynawskich są to dzieci, a w Izraelu, Irlandii, we Włoszech i Islandii - osoby starsze. Dość często tytułem do preferencyjnego traktowania jest niski dochód. Ciekawe jest preferencyjne traktowanie bezrobotnych w trzech krajach postsocjalistycznych, które nie są w jakiś szczególny sposób dotknięte problemem bezrobocia. Warto zauważyć, że stawka preferencyjna jest stosowana rzadko, przypuszczalnie z powodu trudności, jakie nastroczać musi administrowanie skomplikowanym systemem współpłacenia (choć teoretycznie ustalanie różnych stóp współpłacenia dla różnych typów zwiększa dobrobyt p. podrozdział 3.1).

Koszty zarządzania i kontroli są zresztą wadą każdego systemu współpłacenia. W skrajnym przypadku mogą one postawić pod znakiem zapytania sens całego przedsięwzięcia. Przykładem jest Holandia, gdzie reforma z 1997 r. wprowadzająca współpłacenie została wstrzymana już po dwóch latach, z tego właśnie powodu (Thomson et al. 2003). Nowy, prostszy mechanizm współpłacenia został wprowadzony w 2009 r.

Mechanizmy ochronne, jakkolwiek uzasadnione i w pewnym zakresie niezbędne, nie tylko komplikują system, ale też osłabiają bodźce związane ze współpłaceniem i zmniejszają wpływy z opłat. Temat ten będzie przedyskutowany w następnym podrozdziale.

Podkreślmy, że wszystko co powiedziano do tej pory, dotyczy współpłacenia obligatoryjnego. W wielu krajach, również w tych, w których nie pobiera się od pacjenta dodatkowych opłat (Wielka Brytania) albo są one niewielkie (Estonia), istnieje możliwość hospitalizacji w pokoju o podwyższonym standardzie - co podlega opłacie. W tym przypadku nie ma problemu negatywnych skutków społecznych.

### ***Fiskalne skutki współpłacenia***

Jakkolwiek współpłacenie występuje w zdecydowanej większości krajów europejskich, to różnorodność stawek i mechanizmów ochronnych powoduje, że mechanizm ten wygląda - i zapewne działa - w bardzo różny sposób. Przeanalizujemy różnice w realnych stawkach współpłacenia między krajami.

Dla kilkunastu krajów europejskich udało się ustalić udział wpływów z współpłacenia (bez opłat za leki) w całkowitych wydatkach na zdrowie.

Wyniki przedstawione w Tabeli 5 są nieco zaskakujące. Istnieje cała grupa krajów, w których, choć teoretycznie istnieje współpłacenie za usługi zdrowotne, to jego udział w finansowaniu służby zdrowia jest marginalny. Są to dwa kraje, dla których nie znamy dokładnych sum, ale wiemy z literatury, że są one niewielkie oraz kilka krajów, dla których wspomniany udział wynosi 1-2%. Porównując Tabelę 4 i Tabelę 5 można się przekonać, że przyczyną niskich wpływów ze współpłacenia jest szerokie stosowanie mechanizmów ochronnych. Można domniemywać, że do tej grupy należało też kilka innych systemów, dla których nie znamy dokładnych sum opłat (np. Grecja, Słowacja w latach 2004-2006).

Narzuca się pytanie, dlaczego w tych krajach nie zrezygnowano dotąd z pobierania opłat od pacjentów? Odpowiedź wymagałaby osobnego badania, możemy jednak zaryzykować następujące hipotezy. Po pierwsze, może być tak, że opłaty, choć w skali całego systemu mają znaczenie marginalne, stanowią zauważalne źródło przychodów dla pewnych grup interesu. Tak może się zdarzyć zwłaszcza tam, gdzie przychody z współpłacenia nie są odprowadzane do płatnika, ale zostają u świadczeniodawcy (np. w Bułgarii). Druga hipoteza jest taka, że jeżeli system opieki zdrowotnej boryka się z poważnymi problemami finansowymi, to każdy przychód jest cenny. Tak prawdopodobnie było w Niemczech, gdzie przychody z wprowadzonego w 2004 r. współpłacenia pomogły kasom chorym spłacić stare długi (Steinbronn 2005).

Na drugim końcu Tabeli 5 znajdują się Szwajcaria i Finlandia, w których przychody ze współpłacenia finansują ponad 10% kosztów systemu opieki zdrowotnej. Charakterystyczne, że oba te kraje bardzo powściągliwie stosują mechanizmy ochronne: w Finlandii nie ma w ogóle żadnych ulg dla grup defaworyzowanych (zamiast tego są transfery z pomocy społecznej), a w Szwajcarii jedynie osoby młode mogą liczyć na realne zmniejszenie stawki współpłacenia. Co ciekawe, Szwajcaria i Holandia to jedyne kraje w badanej populacji stosujące franszyzę redukcyjną (*deductible*). W Szwajcarii do kwoty 300 CHF rocznie pacjent sam pokrywa wszelkie koszty. Literatura, którą cytowaliśmy wcześniej, sugerowała, że wśród modeli współpłacenia franszyza redukcyjna najskuteczniej ogranicza popyt. Może jest to też najskuteczniejsza metoda z fiskalnego punktu widzenia?

Pouczające jest też spojrzenie na problem kolejek w Szwajcarii i Finlandii. O ile w pierwszym z tych krajów nie ma ich prawie w ogóle (niespełnione potrzeby zdrowotne z powodu oczekiwania deklaruje 0% pacjentów z badania SILC z 2008 r.), o tyle drugi jest na czele tej niechlubnej statystyki (5.1%, por też. Wykres 8). Ewidentnie decyduje o tym liczba lekarzy i personelu medycznego - tutaj Szwajcaria jest na czele a Finlandia na końcu wśród krajów Europy Zachodniej.

Trzecia grupa krajów, jaką można wyróżnić na podstawie Tabeli 5 to ta, w której opłaty pacjentów pokrywają kilka (maksimum sześć) procent wydatków zdrowotnych. Kraje te cechują się średnim zakresem wyłączeń i ulg (por. Tabela 4).

**Tabela 5. Udział wpływów ze współpłacenia (bez opłat za leki w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną)**

Kraj	Rok	Udział (w %)
Chorwacja	2005***	~ 0
Malta	1998***	~ 0
Portugalia	2007	1,00
Izrael	2005	2,00
Niemcy*	2009	2,18
Szwecja**	2003	3,04
Islandia	2000-2003	3,46
Łotwa	2004	4,40
Austria	2004	4,79
Belgia	2006	5,70
Finlandia	2008	10,40
Szwajcaria*	2009	14,30
Bułgaria, Cypr, Republika Czeska, Estonia, Grecja, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Włochy	-	brak danych
Francja, Irlandia, Słowenia	-	Inny system

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów z cyklu WHO 'Health Systems in Transition', za wyjątkiem Niemiec (BfG 2009) i Szwajcarii (BAG 2010)

\* Udział opłat wnoszonych przez pacjentów w wydatkach kas chorych (główny płatnik w systemie)

\*\* Udział opłat wnoszonych przez pacjentów w wydatkach samorządów (główny płatnik w systemie)

\*\*\* Przyjęto jako datę rok przed wydaniem raportu z cyklu 'Health Systems in Transition'

### **System współpłacenia a system wynagradzania świadczeniodawców**

Mechanizm współpłacenia za usługi medyczne jest częścią systemu ochrony zdrowia i jako taki powinien współgrać z pozostałymi jego częściami. Tymczasem nie każdy sposób współpłacenia daje się w logiczny sposób połączyć z dowolnym ze sposobów wynagradzania świadczeniodawców (Ramka 7).

Jak zauważają Ros et al. (2000) instytucja współpłacenia w formie współubezpieczenia lub franszyzy redukcyjnej wymaga, aby znany był dokładny koszt usługi medycznej. To natomiast jest możliwe w systemie, w którym świadczeniodawca jest wynagradzany na zasadzie

*fee-for-service*, ale już nie w systemie z kapitacją lub zatrudnianiem świadczeniodawców przez państwo. Natomiast współpłacenie jest uniwersalną formą współpłacenia i może występować zawsze.

Istotnie, przegląd systemów ochrony zdrowia 15 krajów starej UE plus Norwegii, Islandii i Szwajcarii pokazał, że w 1997 r., współubezpieczenie występowało tylko w tych systemach, w których działała zasada *fee for service* (Ros et al. 2000). Współpłacenie występowało zarówno w systemach *fee for service*, jak i wtedy, gdy lekarze byli zatrudniani bezpośrednio przez państwo. Natomiast wśród krajów, w których lekarze pierwszego kontaktu byli opłacani wg stawek kapitacyjnych nie było ani jednego, w którym istniałoby jakiegokolwiek współpłacenie za ten rodzaj usług medycznych.

Jak wyjaśnić ten fakt, skoro nie ma technicznych przeciwwskazań do połączenia kapitaacji ze współpłaceniem w formie *co-payment*? Prawdopodobnie chodzi, z jednej strony, o samą filozofię systemu, a z drugiej o system wartości w społeczeństwie. Zauważmy najpierw, że kapitaacja polega na wykupywaniu usług medycznych z góry przez płatnika, który tym samym nie ma już żadnego interesu w ograniczaniu popytu. Współpłacenie może mieć w takim przypadku tylko sens fiskalny. Co więcej, opłacanie lekarzy z góry ma na celu zabezpieczenie dostępu do służby zdrowia i może świadczyć o tym, że społeczeństwo przywiązuje dużą wagę do opiekuńczej roli państwa. Tymczasem istnienie współpłacenia zwiększa odpowiedzialność jednostki za sposób leczenia (por. Ros et al.)

#### **Ramka 7. Wynagradzanie świadczeniodawców przez płatnika (systemy finansowane w większości ze środków publicznych)**

- ▶ Kapitaacja - forma wynagradzania lekarzy pierwszego kontaktu; polega na wypłacaniu lekarzowi rocznej/miesięcznej kwoty zależnej wyłącznie od liczby przypisanych mu pacjentów (a nie np. od liczby pacjentów faktycznie przyjętych).
- ▶ *Fee-for-service* - polega na pokrywaniu przez płatnika kosztów uprzednio dokładnie wycenionej usługi medycznej.
- ▶ Zatrudnienie bezpośrednio - polega na tym, że lekarze i inni świadczeniodawcy (np. fizjoterapeuci) są bezpośrednio zatrudnieni przez państwo i otrzymują od niego pensję.

Inny problem związany ze spójnością systemu ochrony zdrowia to kwestia lekarzy pierwszego kontaktu jako „strażników systemu”, których akceptacja (skierowanie) jest niezbędna, aby uzyskać poradę

specjalisty. W takim przypadku wizyta u lekarza pierwszego kontaktu często jest koniecznością i jako taka nie powinna podlegać opłacie. Tak jest w istocie w większości krajów. W 1997 r. wyjątkami były tylko Norwegia i Portugalia, gdzie, mimo iż skierowania do specjalistów były niezbędne, lekarze pierwszego kontaktu pobierali od pacjentów opłatę w formie współpłacania (*co-payment*).

### 4.3. Możliwości wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne w Polsce

Zanim wykorzystamy wiedzę z przeglądu międzynarodowego do zaproponowania mechanizmu współpłacenia w Polsce, przyjrzymy się stosunkowi społeczeństwa do tego rozwiązania. Następnie sformułujemy możliwe warianty współpłacenia i ocenimy ich wady i zalety.

#### *Społeczny odbiór współpłacenia*

Stosunek społeczeństwa do współpłacenia podsumowuje Tabela 6 i jak widać - jest on negatywny. Co ciekawe, deklaracje zgody na współpłacenie są mocno zróżnicowane w zależności od rodzaju usługi medycznej. Choć zgodę na opłaty za pobyt w szpitalu, wizytę u lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty deklaruje od 10 do 15% respondentów badania „Diagnoza Społeczna”, to jednocześnie zgodę na opłatę za którąkolwiek z tych usług wyraża co czwarta osoba. Znacznie szersza jest akceptacja współpłacenia za to, co nazwaliśmy „usługami dodatkowymi” (zabiegi rehabilitacyjne, wizyty lekarzy spoza pogotowia ratunkowego czy też podwyższony standard pobytu w szpitalu). W sumie połowa respondentów zgadza się na opłaty za którąś z tych usług lub usług zasadniczych.

**Tabela 6. Akceptacja współpłacenia za usługi medyczne w Polsce, 2009 r.**

	20 PLN za dzień pobytu w szpitalu	za wizytę u lekarza 1 kontaktu	za wizytę u specjalisty	za którekolwiek z poprzednich	za którekolwiek z poprzednich i usługi dodatkowe*
TAK	15%	10%	13%	23%	51%
NIE	85%	90%	87%	77%	49%

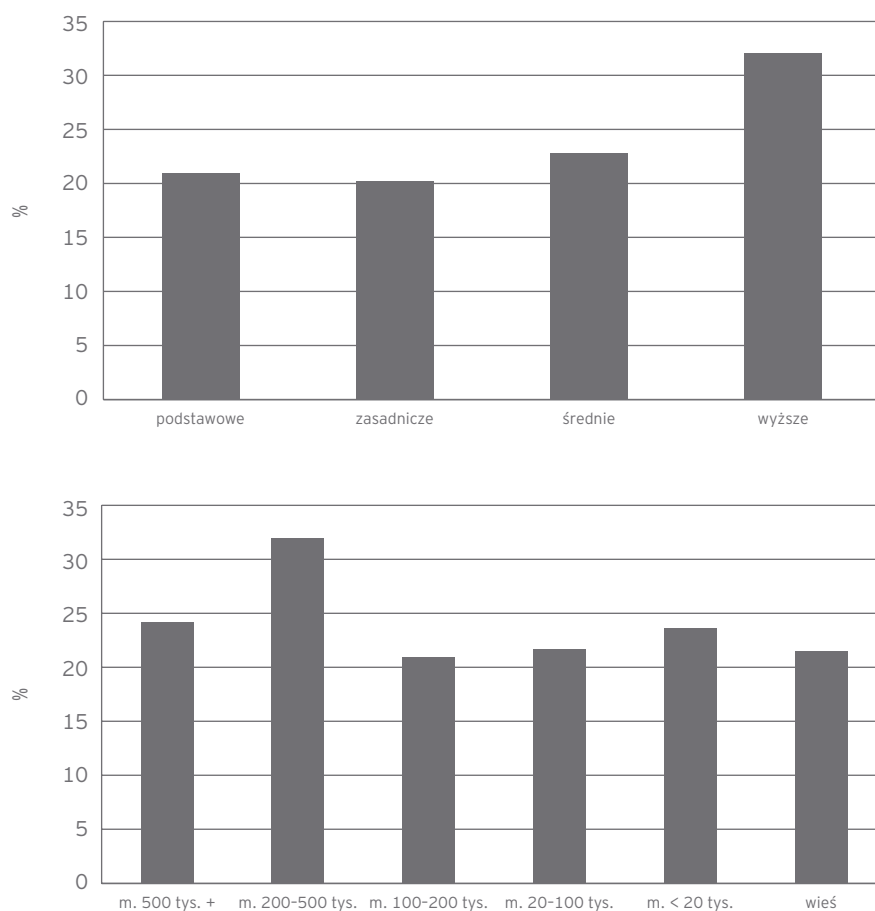
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2009

\* wyjaśnienie w tekście



Czynnikiem, który silnie różnicuje gotowość do współpłacenia jest dochód - im wyższy tym częstsza zgoda na opłaty. Ponadto częściej na współpłacenie godzą się gospodarstwa domowe o lepszym poziomie wykształcenia (por. Wykres 9). Miejsce zamieszkania różnicuje akceptację współpłacenia w znacznie mniejszym stopniu - jest ona wyraźnie wyższa tylko w dużych miastach (ale nie największych). Częściej na współpłacenie zgadzają się gospodarstwa domowe z kategorii wiekowej 25-55 lat niż gospodarstwa „starsze” lub „młodsze”.<sup>26</sup>

**Wykres 9. Procent osób deklarujących zgodę na współpłacenie za usługi lekarskie lub pobyt w szpitalu w 2005 r.**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Diagnozy Społecznej.

Ze względu na niewielki procent osób wyrażających zgodę na współpłacenie, nie jest możliwe uwzględnienie wszystkich charakterystyk gospodarstw domowych w jednym badaniu ekonometrycznym, tak aby zachować istotność zmiennych. Stosując model probitowy zbadaliśmy jednak związek wybranych cech

gospodarstw z prawdopodobieństwem wyrażenia przez nie zgody na opłaty za wizyty u lekarza lub w szpitalu. Dochód jest zmienną istotną i zwiększającą akceptację współpłacenia również po uwzględnieniu zmiennych, które mogą być interpretowane jako stan zdrowia osób w gospodarstwie: faktu korzystania w poprzednim roku z opieki szpitalnej lub zgłaszania niezaspokojonych potrzeb medycznych<sup>27</sup>. Łączne uwzględnienie dochodu gospodarstwa domowego, a także wieku i wykształcenia, zachowuje istotność i znaki wszystkich zmiennych.

Współpłacenie jest mało popularne nie tylko w Polsce, ale w ogóle w krajach postsocjalistycznych. W ostatnich latach miały miejsce dwa przypadki szybkiego porzucenia reform tego typu. Na Słowacji współpłacenie zostało wprowadzone w 2003 r. i faktycznie zlikwidowane zaraz po zmianie rządu w 2006 r. (EO 2011, s. 137-139). Jeszcze krótszy był żywot opłat wprowadzonych w 2007 r. w węgierskim systemie ochrony zdrowia - rząd wycofał się z nich po referendum w 2008 r. (Sinko 2009, Sándor 2008). Również w Polsce negatywne nastawienie społeczeństwa jest wyczuwane przez partie polityczne, z których tylko Prawo i Sprawiedliwość i Polska jest Najważniejsza dopuszcza wprowadzenie współpłacenia w ograniczonej formie (DGP 2011).

### *Scenariusze współpłacenia*

Budując scenariusz współpłacenia w Polsce musimy rozstrzygnąć kilka kwestii: po pierwsze, **zakres przedmiotowy** współpłacenia („za co”), po drugie **zakres podmiotowy** („kto?”), a po trzecie **stawkę** („ile”).

Odpowiedzi na dwa pierwsze pytania nakładają się na siebie. Zaczniemy od tego, że rozpatrujemy tylko współpłacenie za: (1) podstawową opiekę zdrowotną, (2) porady lekarzy specjalistów, (3) leczenie szpitalne w szpitalach ogólnych, (4) niektóre inne zabiegi i świadczenia<sup>28</sup>. Nie zakładamy więc współpłacenia m.in. za ratownictwo medyczne, opiekę długoterminową nad osobami starszymi, opiekę paliatywną i hospicyjną, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień<sup>29</sup>.

W Polsce obowiązuje kapitulacyjna metoda wynagradzania lekarzy pierwszego kontaktu. Jak pokazaliśmy powyżej, łączenie jej ze współpłaceniem za usługi tych lekarzy byłoby czymś sztucznym. Dlatego możliwe są dwie opcje: wprowadzenie opłat tylko za wizyty u lekarzy specjalistów, leczenie szpitalne i inne świadczenia albo wprowadzanie opłat za całe rozpatrywane spektrum usług zdrowotnych, wraz z przejściem na system *fee-for-service* w wynagradzaniu lekarzy pierwszego kontaktu.

Zakres podmiotowy współpłacenia jest w Polsce sprawą szczególnie trudną. Z jednej strony można się spodziewać sporych oczekiwań społecznych co do mechanizmów ochronnych, a z drugiej strony wiemy, że szerokie stosowanie wyłączeń i stawek preferencyjnych stawia pod znakiem zapytania sens współpłacenia. Przyjmujemy więc następujące założenia. Przede wszystkim mechanizmy ochronne będą polegały na zwolnieniach z opłat, dla uniknięcia kosztów administracyjnych wynikających z bardziej skomplikowanego systemu (np. ze stawkami preferencyjnymi). Niezależnie od wieku i statusu materialnego pacjenta ze współpłacenia wykluczamy: ginekologię i położnictwo<sup>30</sup>, leczenie onkologiczne, choroby układu krążenia i cukrzycę, a także inne choroby przewlekłe lub wyjątkowo drogie w leczeniu. Dalej, przyjmujemy, że ze współpłacenia zwolnione będą osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej. Wreszcie rozstrzygnąć trzeba kwestię wieku. Rozpatrzmy trzy warianty. W pierwszym nie będzie wyłączeń ze względu na wiek, w drugim zwolnione ze współpłacenia będą tylko osoby do 18 roku życia, w trzecim zwolnione będą ponadto osoby powyżej 65 roku życia (osobno ustosunkujemy się do pomysłu zwolnienia z opłat emerytów). Nie będziemy zakładali explicite istnienia górnej granicy kosztów przyjmując, że powyższe mechanizmy ochronne faktycznie wprowadzają taką granicę.

Ile konkretnie mają wynosić opłaty wnoszone przez pacjentów? Nie mogą być zbyt niskie, bo wtedy współpłacenie nie będzie mieć wpływu na popyt i nie wygeneruje dodatkowych wpływów do systemu. Z drugiej strony, zważywszy na małe poparcie dla współpłacenia w społeczeństwie, stawka współpłacenia nie może być zbyt wysoka. Proponujemy wyznaczyć je procentowo, jako udział w kosztach ponoszonych przez NFZ. Nie przesądzamy tym samym, że współpłacenie miałoby mieć formę współubezpieczenia (przy obecnym trybie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej jest to zresztą niemożliwe). Koszty NFZ są dla nas raczej punktem odniesienia. Dla podstawowej opieki zdrowotnej i porad specjalistycznych proponujemy więc najniższą stawkę z eksperymentu RAND - 25% kosztów NFZ, natomiast za jeden dzień w szpitalu - 10%. Zgodnie z przeglądem rynku amerykańskiego przytoczonym przez Cutlera i Zeckhausera (2000), na początku lat 90. stopa współpłacenia w USA wynosiła najczęściej 20%, ale jednocześnie stosowane były franszyzy redukcyjne. Wyniki kilku symulacji, których autorzy próbowali ustalić optymalną stopę współpłacenia bazując na modelu Blomqvista (p. rozdział teoretyczny), sugerują stopę bliską 25% (choć znowu z franszyzą redukcyjną, p. Cutler i Zeckhauser s. 587)

Dokładne liczby są podane w Tabeli 7. Podane tam opłaty są **orientacyjne** - bazują np. na średniej koszcie „zwykłej” porady lekarskiej

i kosztu porady wraz z niezbędnymi badaniami. W praktyce trzeba by oczywiście wprowadzić osobne stawki za wizyty lekarskie i za badania.

**Tabela 7. Możliwe opłaty za usługi medyczne**

	POZ (porada lekarska*)	Porada specjalistyczna (porada lekarska*)	Leczenie szpitalne (1 dzień)
Orientacyjny koszt NFZ	48 PLN	72 PLN	537 PLN
Stoпа współpłacenia	25%	25%	10%
Opłata	12 PLN	18 PLN	54 PLN

\* Średni koszt porady - p. wyjaśnienia w tekście.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (2010) i NFZ (2010)

### **Spodziewane skutki fiskalne**

Przeprowadziliśmy symulację przychodów ze współpłacenia dla opisanych wcześniej scenariuszy. Należy podkreślić, że przedstawione w tym podrozdziale szacunki są orientacyjne, oparte na publicznie dostępnych, a więc mocno zagregowanych danych. Zanim je omówimy, kilka słów o przyjętych założeniach.

Podstawą, od której liczymy spodziewane przychody, są koszty zaplanowane przez NFZ na 2010 r. (po modyfikacji planu przez NFZ). Aby oszacować skutki mechanizmów ochronnych, wyłączamy z podstawy koszty terapii lekowej w szpitalach (co pozwala uwzględnić wyłączenie ze współpłacenia chorób ciężkich i przewlekłych), a także część kosztów usług ambulatoryjnych i leczenia szpitalnego, która odpowiada proporcji wizyt specjalistycznych u lekarzy: onkologów, kardiologów, diabetologów oraz ginekologów i położników (w sumie jest to prawie 25% porad). W zależności od wariantu współpłacenia i rozważanych wyłączeń różnych grup wiekowych zmniejszamy podstawę obliczania przychodów proporcjonalnie do udziału tych grup w konsumpcji usług medycznych.

Zakładamy, że wprowadzenie współpłacenia zmniejszy nieco popyt na usługi medyczne. Przyjmując, że skala tej redukcji będzie mniejsza niż w eksperymencie RAND, zakładamy spadek konsumpcji usług POZ o 15%, porad specjalistycznych i leczenia szpitalnego o 5%. Szczególnie jeśli chodzi o porady lekarzy specjalistów trudno oczekiwać radykalnie mniejszej konsumpcji, zważywszy na istnienie kolejek; można natomiast oczekiwać pewnego ich skrócenia.

**Tabela 8. Szacunkowe przychody ze współpłacenia - wielkości hipotetyczne, 2010 r.**

	Planowany koszt NFZ w 2010 r.	Szacowane przychody ze współpłacenia:			
		Wariant 1*	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
podstawowa opieka zdrowotna	7 274 510	1 455 369	1 126 430	699 939	486 587
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 227 275	733 307	637 349	412 914	351 069
leczenie szpitalne bez terapii lekowych	25 085 696	1 740 651	1 512 874	980 135	833 333
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 397 642	96 980	96 308	54 608	46 429
Suma		4 026 308	3 372 961	2 112 006	1 930 771
Udział w całkowitych kosztach na ochronę zdrowia (THE)**		4,01%	3,36%	2,10%	1,92%
Suma bez podstawowej opieki zdrowotnej		2 570 939	2 246 531	1 412 067	1 230 832
Udział w całkowitych kosztach na ochronę zdrowia (THE)		2,56%	2,24%	1,41%	1,23%

Wszystkie kwoty w tys. PLN

\* Wariant 1 - zwolnieni ze współpłacenia tylko beneficjenci pomocy społecznej.

Wariant 2 - zwolnieni ze współpłacenia: beneficjenci PS oraz dzieci i młodzież do lat 18

Wariant 3 - zwolnieni: beneficjenci PS, dzieci i młodzież do lat 18, osoby po 65 r. życia

Wariant 4 - zwolnieni: beneficjenci PS, dzieci i młodzież do lat 18, osoby po 60 r. życia

\*\* THE - całkowite wydatki na ochronę zdrowia. Zakładamy, że THE w 2010 r. będzie równe THE w 2008 r. razy wzrost budżetu NFZ.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2010), NFZ (2010) oraz Hryniewiecka (2009)

W Tabeli 8 przedstawiono cztery warianty z rosnącym zakresem wyłączeń. W ostatnim z nich wyłączyliśmy osoby powyżej 60 (a nie 65) roku życia. Jest to wbrew pozorom istotna różnica. Oznacza ona prawie pełne wyłączenie z współpłacenia emerytów - w 2008 r. aż 87% osób pobierających świadczenia emerytalne miało 60 lat i więcej (65 lat i więcej - 64%; ZUS 2009). Jest to o tyle ważne, że gdyby w Polsce faktycznie rozpoczęła się debata o współpłaceniu, zapewne pojawiłby się pomysł zwolnienia emerytów z tego obowiązku.

Szacowane przychody ze współpłacenia wahają się od 2 mld do 4 mld PLN. Porównując udziały przychodów w całkowitych kosztach ochrony zdrowia z analogicznymi wartościami dla innych krajów (Tabela 5) stwierdzamy, że rozważane projekty usytuowałyby Polskę

w dolnej lub środkowej części rankingu. Decydujące znaczenie mają tu - jak zawsze - mechanizmy ochronne. Zwłaszcza zwolnienie ze współpłacenia osób starszych skokowo zmniejsza wpływy do systemu.

W sumie, nawet przy najmniejszym z rozważanych wariantach wyłączeń, możliwe wpływy nie są zbyt duże. Dla porównania, według naszych szacunków podniesienie składki zdrowotnej o jeden punkt procentowy dałoby dodatkowy przychód w wysokości ok. 5,3 mld PLN. Oczywiście podniesienie składki obciążyłoby wszystkich ubezpieczonych, a nie tylko tych korzystających z opieki zdrowotnej i nie miałoby wpływu na popyt na usługi medyczne.

#### 4.4. Ubezpieczenie od współpłacenia

Ciekawą, „hybrydową” formą finansowania opieki zdrowotnej jest ubezpieczenie na współpłacenie. W krajach, które zdecydowały się na ten system pacjenci muszą współpłacić za usługi medyczne, ale mogą się ubezpieczyć od ryzyka tych kosztów. Skutkiem tego rozwiązania - jeżeli jest ono powszechnie stosowane - jest system na tyle odmienny, że zasługuje na osobne potraktowanie.

Odmienność przede wszystkim polega na tym, że taki system nie zachęca (ubezpieczonego już) pacjenta do ograniczania konsumpcji usług medycznych i tym samym **ma mniejszy wpływ na zredukowanie nadmiernej konsumpcji i obniżenie kosztów opieki zdrowotnej**. Jest to powód, dla którego w niektórych krajach (np. w Szwajcarii) nie wolno ubezpieczać kosztów współpłacenia. Z drugiej strony istnienie ubezpieczeń na współpłacenie nie zmienia faktu, że do systemu wpływają dodatkowe środki z opłat. Można też argumentować, że dzięki ubezpieczeniom pacjent ma szerszy wybór, gdyż może zarządzać ryzykiem współpłacenia. Być może dlatego w większości krajów, w których istnieje współpłacenie, formalnie istnieje możliwość ubezpieczania opłat.

Nie znaczy to jednak, że w wielu krajach rozwinęły się rynki takich ubezpieczeń. Przeważnie ubezpieczenia od współpłacenia nie odgrywają większej roli. W Europie wyjątkami są Francja, Irlandia i Słowenia - i to do ich doświadczeń, będziemy się odwoływać w naszym omówieniu; z krajów pozaeuropejskich przywołam przypadek Australii<sup>31</sup>. Podsumowanie najważniejszych wiadomości o roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w tych krajach zawiera Tabela 9.

**Tabela 9. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach**

	Francja	Słowenia	Irlandia	Australia
Procent pacjentów objętych prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym	85,1 (2000)	85* (2007)	50** (2007)	43% (2003)
Procent wydatków na zdrowie pokrywany z ubezpieczeń prywatnych (2007 lub 2008)	13,6	13,1	6,6 (2006)	7,1
Całkowite wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB (2007 lub 2008)	11,2	8,3	7,6	9,7

Źródło: OECD oraz raporty HIT.

\* jest to 98% wszystkich, których obowiązuje współpłacenie

\*\* jest to ok 70% wszystkich których obowiązuje współpłacenie

Dlaczego ubezpieczenia od współpłacenia rozwinęły się tylko w kilku systemach? Jednym z powodów wydaje się być wysokość stawek współpłacenia. Żeby produkt ubezpieczeniowy znalazł nabywcę, musi istnieć wystarczająco duże ryzyko, tymczasem jeżeli opłaty wnoszone przez pacjenta są niewielkie, to ryzyko jest nieznaczne. Tezę tę zdaje się potwierdzać fakt, że stopa współpłacenia trzech krajach europejskich jest dość znaczna: dla POZ i opieki ambulatoryjnej wynosi 100% w Irlandii<sup>32</sup>, 25% we Francji i Słowenii; przy czym w tym ostatnim kraju stopa dla niektórych zabiegów jest wyższa<sup>33</sup>.

Wysoka stopa współpłacenia może być oczywiście problemem dla grup defaworyzowanych, tym bardziej, że ubezpieczenia dla pacjentów z takich grup mogą być drogie ze względu na zwiększone ryzyko zachorowania. Odpowiedzią na ten problem są mechanizmy ochronne - np. w Irlandii i Słowenii ze współpłacenia są zwolnione osoby starsze, a we Francji najbiedniejsi - lub istnienie na rynku towarzystw ubezpieczeniowych typu non-profit (w 2000 r. ubezpieczały 50,4% Francuzów).

Wśród krajów gdzie ubezpieczenie od współpłacenia odgrywa istotną rolę, można wyróżnić **dwa typy systemów**. Pierwszy to taki, w których dużą rolę odgrywają ubezpieczenia suplementarne, a ubezpieczenie od współpłacenia jest tylko elementem całego pakietu wykupywanego przez pacjentów. Przykładem jest Irlandia, gdzie ubezpieczenia suplementarne nie tylko pokrywają koszty współpłacenia, ale także pozwalają zajmować w szpitalach tzw. prywatne łóżka i gwarantują krótszy czas oczekiwania na świadczenia. Podobnie jest w Australii: tu ubezpieczenia suplementarne finansują przede wszystkim leczenie w prywatnych szpitalach, a niejako przy okazji - koszty współpłacenia, ale tylko te ponoszone u lekarzy przyjmujących w ramach prywatnej

#### Ubezpieczenie od współpłacenia

praktyki (por. Colombo, Tapay 2003)<sup>34</sup>. Do systemów drugiego typu zaliczyć można Francję i Słowenię. W tych krajach ubezpieczenie od współpłacenia jest sprzedawane co najwyżej w szerszym pakiecie ubezpieczeń komplementarnych.

To co różni oba typy systemów, to rola ubezpieczycieli prywatnych. W Irlandii i Australii muszą oni wchodzić w bliskie relacje ze świadczeniodawcami - negocjować z nimi ceny usług medycznych, opracowywać system rozliczeń itd. We Francji i Słowenii ubezpieczyciele odgrywają rolę pasywną - są po prostu płatnikami. Można powiedzieć, że w krajach realizujących ten model państwo zleca prywatnym firmom i/lub pracodawcom (Francja) pobieranie dodatkowej składki zdrowotnej. Składka ta jest dobrowolna, a jej zebranie niesie z sobą dodatkowe koszty, jeżeli dokonują tego zorientowane na zysk firmy ubezpieczeniowe.

Składka jest dobrowolna, ale, jak dowodzą dane w Tabeli 9, prawie cała dorosła populacja decyduje się na jej opłacenie. W systemach, które określiliśmy mianem typu pierwszego zainteresowanie ubezpieczeniami jest istotnie mniejsze. Odpowiednio mniejsza jest też fiskalna rola ubezpieczeń prywatnych. Warto podkreślić, że w obu systemach typu pierwszego wydatki na ochronę zdrowia mają wysoki udział w PKB. Francja ma w tym rankingu drugie miejsce w OECD (za USA), natomiast Słowenia co prawda wydaje na zdrowie podobny procent PKB co dwa pozostałe kraje w tabeli, ale jest to przecież kraj o niższym PKB per capita. Jak na swój poziom rozwoju Słowenia wydaje sporo. Póki co jest więc tak, że model „dodatkowej składki” jest praktykowany przez kraje, które charakteryzują się wysokim poziomem wydatków na zdrowie.

Zakładając wprowadzenie współpłacenia w Polsce w postaci zaproponowanej powyżej, uważamy, że nie należy, przynajmniej w początkowym okresie, pozwolić na ubezpieczanie się od współpłacenia, aby nie osłabiać wpływu współpłacenia na popyt na opiekę zdrowotną. Decyzję tę można zrewidować w przyszłości, gdyby wprowadzona została jakaś reforma silnie stymulująca rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (np. system typu holenderskiego, dyskutowany w rozdziale 6).

Zdecydowanie nie zalecamy wprowadzania w Polsce systemu typu drugiego - wysokiej stopy współpłacenia z jednoczesną możliwością ubezpieczenia się od tego rodzaju wydatku. Jak argumentowaliśmy powyżej, jest to w istocie dodatkowa składka zdrowotna. Taki system współpłacenia miałby prawdopodobnie znikomy wpływ na popyt, a efekt fiskalny można uzyskać prościej i taniej - podnosząc zasadniczą stopę ubezpieczenia zdrowotnego.



#### 4.5. Podsumowanie i wnioski

Współpłacenie za usługi medyczne jest stosowane w większości krajów UE i w wielu krajach pozaeuropejskich. Przyjmuje różne formy, od niewielkich opłat stałych (*co-payments*) do całkiem pokaźnych fransyz redukcyjnych (*deductibles*).

Współpłacenie ma pewien wpływ na popyt i ogranicza zjawisko *moral hazard*. Wskazują na to doświadczenia wielu krajów, które wprowadzały to rozwiązanie w różnych częściach swoich systemów ochrony zdrowia, a także wyniki amerykańskiego eksperymentu kontrolowanego z lat 70. Ma więc potencjał ograniczania kosztów i skracania kolejek. Jednak te ostatnie zależą w co najmniej równym stopniu od wielkości i organizacji podaży świadczeń zdrowotnych.

Z drugiej strony, istnieją dowody na nierówne rozkładanie się negatywnych skutków współpłacenia w społeczeństwie. Dlatego, aby chronić grupy słabsze przed nadmiernym ograniczaniem konsumpcji usług medycznych w wyniku współpłacenia, w większości narodowych systemów ochrony zdrowia istnieją mechanizmy ochronne. Polegają one na częściowym lub pełnym zwalnianiu części obywateli z obowiązku współpłacenia i/lub na wprowadzaniu górnych granic kosztów, jakie pacjent może ponieść w ciągu roku. Jednak szerokie stosowanie mechanizmów ochronnych powoduje, że w większości krajów UE znaczenie współpłacenia jest ograniczone. Wydaje się, że w niektórych z nich instrument ten został wprowadzony dość niekonsekwentnie i teraz „wegetuje” w systemie – od likwidacji chroni go być może interes grup lub instytucji do których kierowane są opłaty.

Większości polskiego społeczeństwa nie podoba się pomysł współpłacenia za zasadniczą część usług medycznych (ujętą w koszyku świadczeń gwarantowanych). Choć akceptacja tego rozwiązania jest wyższa wśród osób zamożniejszych, lepiej wykształconych i należących do grupy *prime-age*, to zawsze zdania negatywne przeważają nad pozytywnymi. Niskie jest też poparcie dla współpłacenia w elitach politycznych.

Współpłacenie w Polsce mogłoby nieco zmniejszyć kolejki i zwiększyć wpływy do systemu, aczkolwiek skala tych ostatnich bardzo silnie zależy od tego, jak szeroko zastosowane by były mechanizmy ochronne. Ustalając stawki i zakres współpłacenia trzeba uwzględnić dwa trudne do pogodzenia cele: zachować sensowność współpłacenia, a jednocześnie nie spowodować oporu społecznego. Trzeba mieć na uwadze niskie poparcie dla współpłacenia w społeczeństwie i niedawne przypadki nieudanych reform tego typu na Węgrzech i na Słowacji.

Wnioski i rekomendacje

**Rekomendowanym przez nas rozwiązaniem byłoby wprowadzenie opłat za porady specjalistyczne, opiekę szpitalną i inne zabiegi - ale nie za podstawową opiekę zdrowotną - z niewielkim zakresem zwolnień.** Badania opinii publicznej wskazują, że społeczeństwo łatwiej zaakceptowałoby współpłacenie za część usług medycznych niż za cały ich zakres. Takie rozwiązanie nie zamykałoby też drogi do dalszych reform systemu w przyszłości - np. wprowadzenia współpłacenia za podstawową opiekę zdrowotną ze zmianą wynagradzania lekarzy na regułę *fee-for-service*. Ponadto, jak wykazaliśmy w naszej analizie, to rozwiązanie wygenerowałoby pewne dodatkowe środki dla systemu. Proponujemy, aby przychody ze współpłacenia płynęły do NFZ, a nie zostawały u świadczeniodawców, po to by nie tworzyć wokół tego mechanizmu nowych grup interesu. Uważamy, że przynajmniej w początkowym okresie działania współpłacenia, nie powinno być możliwości ubezpieczania ryzyka wystąpienia tego rodzaju kosztów.

## 5. Scenariusz drugi - ubezpieczenia suplementarne

### 5.1. Wprowadzenie

Rozdział ten jest poświęcony analizie drugiego, alternatywnego scenariusza zmian w polskim systemie ochrony zdrowia, polegającego na wyborze ubezpieczeń suplementarnych jako głównego kierunku rozwoju rynku. Ubezpieczenia suplementarne („podwójne”, „duplikaty” - por. rozdział 1) pozwalają na szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych (oferowanych przez dostawców prywatnych lub publicznych, jeśli prawo na to pozwala), często podnosząc ich jakość i standard (oferując na przykład dostęp do pojedynczych pokoi w szpitalach). Jednocześnie osoby wykupujące polisy suplementarne pozostają w powszechnym systemie ochrony zdrowia, opłacając w nim składki zdrowotne (i/lub podatki na ten cel).

W ramach przeprowadzonej analizy przedstawiamy doświadczenia wybranych krajów Unii Europejskiej, w których wśród prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dominują te o charakterze suplementarnym. Szczegółowo badamy wielkość rynków ubezpieczeń prywatnych i generowanych przez nie przychodów, omawiamy także istniejące regulacje ubezpieczeń i sposób ich oddziaływania na rynek. Odnosimy się ponadto do argumentów wskazujących na ryzyka związane z funkcjonowaniem ubezpieczeń suplementarnych dla spójności społecznej i sektora finansów publicznych. Staramy się także odpowiedzieć na pytanie, czy rozwój rynku polis suplementarnych pozwolił na zmniejszenie problemu czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w systemie publicznym.

Druga część niniejszego rozdziału poświęcona jest analizie potencjału rynku ubezpieczeń suplementarnych w Polsce. Korzystając z przedstawionych doświadczeń innych krajów staramy się wyciągnąć wnioski o szansach, zagrożeniach i ryzykach popularyzacji polis suplementarnych w Polsce. Odnosimy się także do przedstawionych w marcu 2011 r. założeń Ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce, stwarzającej ramy funkcjonowania ubezpieczeń o charakterze suplementarnym (i potencjalnie komplementarnym).

## 5.2. Doświadczenia międzynarodowe - popyt na dobrowolne ubezpieczenia suplementarne

### *Gdzie funkcjonują suplementarne ubezpieczenia zdrowotne?*

Dobrowolne suplementarne ubezpieczenia funkcjonują w wielu krajach Unii Europejskiej i OECD, jednak ich rola, charakter i zakres są silnie zróżnicowane. Suplementarne ubezpieczenia zdrowotne są dominującą formą dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych przede wszystkim w krajach śródziemnomorskich (Włochy, Grecja, Hiszpania, Portugalia), relatywnie popularne są także w Wielkiej Brytanii. W krajach tych powszechne usługi zdrowotne są dostarczane przede wszystkim przez publiczną służbę zdrowia (w zdecydowanej większości są to systemy zaopatrzenia powszechnego, tzw. systemy Beveridge'a, finansowane z podatków). Rola prywatnych ubezpieczeń w zdecydowanej większości krajów Unii Europejskiej jest mniejsza niż np. w USA czy Australii, co wynika przede wszystkim z charakteru funkcjonujących w nich systemów zdrowotnych, oferujących powszechny dostęp do szerokiego zakresu publicznych usług zdrowotnych, finansowanych w ramach obowiązkowych składek i/lub podatków.

Doświadczenia międzynarodowe

### *Popyt na ubezpieczenia suplementarne i jego determinanty*

W krajach, w których wśród ubezpieczeń dobrowolnych dominuje ubezpieczenie suplementarne, posiada je ok. 10-15% populacji. O ile w latach 80. i 90. obserwowano wzrost popytu na dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, obecnie jego poziom praktycznie nie zmienia się, co może sugerować stabilizację i nasycenie rynku w ramach obecnie funkcjonujących systemów opieki zdrowotnej (*EO Health Systems In Transition: Portugal 2007, Italy 2009, Spain 2010, Greece 2011*). Największy zakres podwójnego ubezpieczenia występuje w Irlandii i Australii, gdzie posiada je ponad 40% populacji. W tych krajach ubezpieczenie dobrowolne nie ma jednak charakteru czysto suplementarnego, lecz jest ubezpieczeniem na współpłacenie, którego stopa wynosi do 100% (por. Ramka 8 i poprzedni rozdział).

Dostępne dane nt. charakterystyk ubezpieczonych suplementarnie wskazują, że najczęściej są to osoby lepiej wykształcone, o wyższych dochodach, mieszkające w bogatszych regionach (OECD 2004). Ponadto, jak wskazują dane m.in. dla Grecji, Włoch czy Portugalii prawdopodobieństwo posiadania ubezpieczenia suplementarnego

jest najwyższe u osób w tzw. *prime-age* (25-44 lata). Doświadczenie Wielkiej Brytanii wskazuje także, że struktura nabywających ubezpieczenia suplementarne pozostaje relatywnie stała, pomimo zmian instytucjonalnych mających na celu jej zmianę - funkcjonująca w latach 1990-1997 ulga podatkowa na polisy zdrowotne dla osób po 60 roku życia praktycznie nie zwiększyła udziału osób starszych wśród ogółu ubezpieczonych.

Elastyczność popytu na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne względem cen i dochodów jest mocno zróżnicowana. W Kanadzie i Nowej Zelandii obniżenie ulg podatkowych na oferowane przez pracodawców dodatkowe ubezpieczenia zmniejszyło na nie popyt. Z drugiej strony w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii popyt na dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia wydaje się być nieelastyczny względem zmian w cenie składki, choć niski wpływ ceny na popyt w tych krajach może wynikać z faktu, że suplementarne ubezpieczenia częściej nabywają w nich osoby o wyższych dochodach (OECD 2004).

Suplementarne ubezpieczenia nabywane są z uwagi na chęć poszerzenia możliwości wyboru dostawców świadczeń. Dostępne badania często wskazują także na wyraźny związek postrzeganej jakości usług w systemie powszechnym, w szczególności czasu oczekiwania, z popytem na dodatkowe ubezpieczenia pozwalające je ominąć (Besley et al. 1999, Harmon i Nolan 2001, Costa i Garcia 2001, Srivastava i Zhao 2008). Związek ten jest jednak zdecydowanie silniejszy w przypadku polis indywidualnych niż grupowych. Ponadto jest złożony, a kierunek zależności przyczynowo-skutkowej wcale nie jest oczywisty - Mossialos i Thomson (2004) prezentują badania pokazujące, że regiony Wielkiej Brytanii, w których relatywnie duża część populacji posiadała ubezpieczenie suplementarne, poświęcały mniejszą część zasobów na utrzymywanie krótkich kolejek do świadczeń.

### **Zakres ubezpieczenia suplementarnego**

W ramach ubezpieczeń suplementarnych oferowany jest najczęściej relatywnie szeroki zakres usług, mający na celu zwiększenie wyboru konsumenta i poprawę jakości usług zdrowotnych, przede wszystkim poprzez szybszy dostęp do świadczeń oraz wyższy standard zakwaterowania w szpitalach (pojedyncze pokoje, osobna łazienka, itp.). W ramach usług szpitalnych najczęściej finansowane są te, oferowane w prywatnych szpitalach (np. relatywnie prosta chirurgia), choć w niektórych krajach finansowane są także koszty usług w szpitalach publicznych (dla pacjentów wybierających opcję „pacjenta prywatnego”). Ubezpieczenia suplementarne poszerzają także sam

wybór dostawców usług zdrowotnych. Wybór ten może być ograniczany do preferowanych sieci dostawców, w szczególności tych zintegrowanych z ubezpieczycielem, nie jest to jednak częste zjawisko w krajach Unii Europejskiej (przeeglądy EO „Health In Transition”), szczególnie w tych, gdzie rynki prywatnych ubezpieczeń są relatywnie niewielkie.

### Ramka 8. Ubezpieczenia suplementarne w krajach OECD

Systemy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczeń suplementarnych, mimo swoich podobieństw w podstawowych założeniach systemowych, różnią się znacząco w szczegółach konstrukcji, efektywności działania i najważniejszych zaletach oraz wadach. Poniżej przedstawiamy wybrane charakterystyki systemów w kilku krajach, starając się przedstawić najciekawsze z punktu widzenia naszego badania.

W **Hiszpanii** popularyzacja ubezpieczeń suplementarnych była w dużej mierze odpowiedzią na problem kolejek w powszechnym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Trudno jednak jednoznacznie stwierdzić, czy większy udział ubezpieczonych dodatkowo (ok. 4% na początku obecnej dekady do 6% 8 lat później) zmniejszył problem oczekiwania na świadczenia. Dostępne dane wskazują, że kolejki do operacji nieznacznie się zmniejszyły, ale te do specjalistów – nie. Pogorszyły się także opinie społeczeństwa nt. problemu kolejek do usług zdrowotnych. Hiszpania charakteryzuje się najniższą liczbą łóżek szpitalnych wśród 27 krajów Unii Europejskiej, ma także problem niedostatku personelu medycznego. Można przypuszczać, że kwestie podażowe odgrywają istotną rolę w generowaniu dłuższych list oczekujących na świadczenia.

W **Grecji** ubezpieczenia suplementarne są relatywnie popularne, posiada je ok. 12% populacji. Jednocześnie przychody z nich są względnie niewielkie, przekładają się na tylko ok. 2% łącznych wydatków na ochronę zdrowia. Pozostałe wydatki prywatne są bardzo wysokie na tle innych krajów OECD. Powodem jest przede wszystkim wysoki udział płatności nieformalnych. Faktycznie, wydatki na dobrowolne ubezpieczenia suplementarne w Grecji (pozwalające na szybszy dostęp do usług, ich wyższą jakość i większy wybór dostawców) nie zastępują prywatnych płatności, co Mossialos i Thomson (2004) tłumaczą przede wszystkim rolą „przyzwyczajenia” i „szczególnych relacji”: w przypadku zwyczaju opłacania lekarza lub szpitala bezpośrednio, zmiana tej relacji i transfer płatności do trzeciej strony może być postrzegany jako „zaburzenie” kontaktów między pacjentem a lekarzem. Wśród barier rozwoju sektora ubezpieczeń

suplementarnych w Grecji wymienia się także kwestie relatywnie niskich dochodów wielu gospodarstw domowych, a także społeczne postrzeganie kwestii zdrowia jako dobra publicznego, dostępnego w ramach ubezpieczenia powszechnego (teoretycznie w pełnym zakresie i bez dodatkowych opłat). Oferta polis suplementarnych kierowana jest przede wszystkim do osób młodszych, o wyższych dochodach i lepszym stanie zdrowia, co także ogranicza potencjalny popyt.

Odmiernym systemem obowiązkowych i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wyróżnia się **Irlandia**, w której nie funkcjonuje kompleksowy system finansowania opieki zdrowotnej i powszechnego dostępu do niej, a odpowiedzialność za zdrowie w znacznej mierze pozostaje kwestią indywidualną. Ten publiczno-prywatny mix finansowy w zakresie dostawy usług zdrowotnych rozwinął się już w latach 1947-1970. Obecnie powszechny (bezpłatny) dostęp do usług zdrowotnych gwarantowany jest dla ok. 30-40% społeczeństwa (w szczególności osób o najniższych dochodach). Osoby nie kwalifikujące się do tego wsparcia płacą z własnej kieszeni za wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu oraz ponoszą część kosztów opieki ambulatoryjnej i szpitalnej, powszechnie ubezpieczanych w ramach dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych. Prywatne polisy posiada połowa populacji, a oprócz wspomnianych opłat za pobyt w szpitalu gwarantują one zwrot części kosztów poniesionych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiają także szybszy dostęp do niektórych świadczeń jako „pacjent prywatny” w szpitalach publicznych. Z uwagi na powszechność ubezpieczeń prywatnych i ich charakter, będący de facto połączeniem ubezpieczeń suplementarnych i komplementarnych, sektor ten podlega w Irlandii znacznie większym regulacjom niż w zdecydowanej większości krajów Unii Europejskiej.

Źródło: Przeglądy EO „Health In Ttransition” dla poszczególnych krajów.

Zakres świadczeń oferowanych w ramach ubezpieczeń suplementarnych nie jest regulowany i zależy od decyzji ubezpieczyciela. W efekcie w większości krajów Unii Europejskiej mamy do czynienia z bardzo szeroką ofertą suplementarnych polis ubezpieczeniowych, zróżnicowanych pod względem zakresu świadczeń, mechanizmów finansowania i współfinansowania, limitów wydatków - i tym samym wysokości składek.

### Finansowanie

Ubezpieczenia suplementarne nie odgrywają znaczącej roli w finansowaniu opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej. Ich udział w łącznych wydatkach na zdrowie nie przekracza 5-6% (por. Tabela 10, w której przedstawiono dane dla krajów, w których dominują ubezpieczenia o charakterze suplementarnym). Niski udział wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne w całości wydatków na zdrowie przypisuje się przede wszystkim powszechnym świadczeniom zdrowotnym w systemie publicznym. Determinują one rolę ubezpieczeń suplementarnych pokrywających częstsze, ale mniej kosztowne ryzyka zdrowotne. Udział wydatków suplementarnych w ogóle wydatków jest nieznacznie wyższy w Irlandii i Australii (ok. 7%), w krajach, w których zakres ryzyk nieubezpieczonych w ramach powszechnej opieki zdrowotnej jest szerszy (np. wizyty u lekarza rodzinnego dla większości populacji w Irlandii), a same ubezpieczenia nie mają charakteru *stricte* suplementarnego. Udział wydatków w ramach ubezpieczeń suplementarnych w większości prezentowanych krajów nie przekracza 0.5% PKB.

**Tabela 10. Wydatki na prywatne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne**

	IE	AUS	ES*	GR	PT	IT	UK
% łącznych wydatków na zdrowie w PKB	7.6%	9.7%	8.5%	9.0%	9.8%	8.7%	8.0%
% wydatków na PUZ w łącznych wydatkach	6.6%	7.1%	5.5%	2.1%	2.5%	2.0%	1.0%
%PUZ w PKB	0.5%	0.7%	0.5%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%
% osób objętych PUZ	50%	43%	13%	12%	10%	15%	11.50%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeglądów HIT WHO.

\* w Hiszpanii niewielka część populacji (urzędnicy służby cywilnej) mają prawo wyłączyć się z ubezpieczenia powszechnego (ok. 14% urzędników podjęło taką decyzję), wówczas ich ubezpieczenia prywatne mają charakter substytucyjny.

### Polisy indywidualne czy grupowe?

Istotną rolę w rozwoju rynku dobrowolnych ubezpieczeń suplementarnych odegrały polisy nabywane grupowo - przede wszystkim przez pracodawców, jako świadczenia oferowane w ramach dodatku do wynagrodzeń pracowników. Polisy grupowe zdobywały coraz większy udział w rynku w latach 90., obecnie stanowią istotną część ubezpieczeń oferowanych na rynkach krajów unijnych. Według niektórych źródeł (Mossialos i Thomson, 2004) w krajach takich jak: Wielka Brytania, Grecja, Portugalia, Szwecja, Irlandia zdecydowana



większość rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych ma postać polis grupowych. Wśród wyjątków można wymienić Hiszpanię, gdzie polisy grupowe stanowią mniej niż 20% rynku.

Zaletą polis grupowych jest wycena ryzyka na poziomie grupy oraz mniejsze koszty transakcyjne, przekładające się na ich niższe ceny (polisy indywidualne częściej wyceniają ryzyko dla poszczególnych osób)<sup>35</sup>. Ponadto, polisy oferowane za pośrednictwem pracodawców trafiają do przeciętnie zdrowszej, młodszej populacji (w stosunku do populacji generalnej). Zaletą polis grupowych jest także wspieranie konkurencji na rynku ubezpieczeniowym - pracodawca z większym prawdopodobieństwem (niż osoba prywatna) porównywał będzie różne oferty i poszukiwał tych najlepszych.

### 5.3. Doświadczenia międzynarodowe - ryzyka, regulacje i ramy funkcjonowania ubezpieczeń suplementarnych

Jak już zostało wspomniane, ubezpieczenia suplementarne funkcjonują w większości krajów OECD, w wielu mają charakter dominujący w zakresie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Z drugiej strony w niektórych systemach ochrony zdrowia stosuje się częściowe lub całkowite zakazy duplikowania publicznego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Przykładowo, w Kanadzie większość prowincji zabrania prywatnym ubezpieczycielom pokrywania kosztów usług medycznych (szpitalnych, opieki ambulatoryjnej) zapewnianej przez system publiczny<sup>36</sup>, a Australia zakazuje pokrywania przez ubezpieczycieli kosztów współpłacenia za niektóre usługi ambulatoryjne.

Poniżej przedstawiamy potencjalne ryzyka i wyzwania, jakie wiążą się z funkcjonowaniem dobrowolnych (w szczególności suplementarnych) ubezpieczeń zdrowotnych, prezentując jednocześnie możliwe odpowiedzi w zakresie regulacji prawnych i rozwiązań systemowych pozwalających je minimalizować. Warto w tym miejscu wspomnieć, że kraje Unii Europejskiej mają relatywnie mniej indywidualnych możliwości regulacji i dostosowań legislacyjnych w zakresie funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, z uwagi na konieczność ich podporządkowania regulacjom prawa europejskiego<sup>37</sup>.

#### ***Ryzyko pozytywnej i negatywnej selekcji***

W wielu krajach ubezpieczyciele na rynku dobrowolnych, suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych mają silne zachęty do „zbierania śmietanki” (tzw. *cream-skimming*), tj. takiego doboru

Ryzyko pozytywnej  
i negatywnej selekcji

ubezpieczonych, który pozwala minimalizować ryzyka zdrowotne (i tym samym wydatki). Ma to najczęściej miejsce w sytuacji, kiedy możliwa jest odmowa oferty ubezpieczenia (kierowana najczęściej do osób o wyższym ryzyku zachorowania), jej przerwanie lub wykluczenie aplikujących na podstawie uwarunkowań zdrowotnych danej osoby, istniejących w momencie zawierania kontraktu. Następuje wtedy selekcja negatywna. „Naturalnej” selekcji ryzyka może także sprzyjać możliwość szacowania składki zdrowotnej w oparciu o dane medyczne/zdrowotne, zniechęcająca osoby o wyższym ryzyku wysoką składką. Ta selekcja często budzi obawy o kwestie równości w dostępie do usług zdrowotnych i sytuację osób o gorszym zdrowiu, które zmuszone są opłacać wyższe składki, na które często nie mogą sobie pozwolić. Ubezpieczyciele mogą także stosować bardziej „subtelne” formy selekcji mniejszego ryzyka do portfela ubezpieczonych – poprzez działania marketingowe, np. promocję ubezpieczeń wyłącznie wśród pewnych grup osób (np. posiadających konta internetowe w banku, pracowników wybranych sektorów). Jest to przykład selekcji pozytywnej.

Jednocześnie jednak, w przypadku nieuwzględniania danych indywidualnych i obliczania składek na podstawie ryzyka grupowego (np. danej społeczności, tzw. *community rating*), osoby o niższym ryzyku mogą być zainteresowane rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku, gdy jest to możliwe, w strukturze ubezpieczonych dominować mogą osoby o wyższym ryzyku zdrowotnym, prowadząc w efekcie do wzrostu składek i/lub bankructwa ubezpieczyciela.

Rozwiązania ograniczające ryzyko „zbierania śmietanki” mogą uwzględniać:

- ▶ zobowiązanie ubezpieczycieli do gwarantowania ubezpieczenia (otwarta rekrutacja),
- ▶ zapewnienie automatycznego odnawiania umów (po okresie ich wygaśnięcia, np. 1 roku),
- ▶ ograniczenie wyłączeń z uwagi na istniejące schorzenia,
- ▶ wyrównywanie ryzyka między ubezpieczycielami.

Rozwiązania te są jednak rzadkie na rynkach Unii Europejskiej, dotyczą w szczególności ubezpieczeń o charakterze szerszym niż suplementarne i/lub tych rynków, na których ubezpieczenia prywatne odgrywają znaczącą rolę (np. w Irlandii, Holandii). W przypadku polis suplementarnych większość ubezpieczycieli wyłącza z ubezpieczenia schorzenia istniejące w momencie zawierania polisy, a umowy ubezpieczeniowe najczęściej zawierane są na krótki okres. Ponadto, większość ubezpieczycieli narzuca ogólny limit wiekowy ubezpieczonego (60-75 lat), niektórzy rozwiązują

umowy w momencie przejścia osoby ubezpieczonej na emeryturę. Rozwiązania polegające na wyrównywaniu ryzyka w zakresie ubezpieczeń *stricto* suplementarnych nie funkcjonują w żadnym z krajów Unii Europejskiej<sup>38</sup>. Umowy zawierane długoterminowo lub bezterminowo dostępne są w niewielu krajach - np. w Portugalii, w przypadku najdroższych polis.

W krajach, w których ubezpieczyciele oferują otwarty dostęp do polis, najczęściej obowiązuje okres oczekiwania (karencji), w trakcie którego świadczenia nie są dostępne lub szkody zdrowotne nie są ubezpieczone. Okresy karencji różnią się między krajami, w przypadku ubezpieczeń suplementarnych wynoszą najczęściej od 3 do 12 miesięcy.

Ubezpieczenia suplementarne najczęściej wykluczają znane (istniejące) schorzenia. Wyłączają też pewien zakresy ryzyk. Ich lista może być relatywnie długa - przykładowo, w Wielkiej Brytanii obejmuje ona np. wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu, przypadki nagłe, choroby takie jak: cukrzyca lub astma, HIV/AIDS, bezpłodność i wiele innych (OECD 2004), a także ciążę.

Dowody empiryczne w zakresie występowania i skali ryzyka negatywnej selekcji są ograniczone i często niekonkluzywne. Przykładowo Cardon i Hendel (2001) nie znajdują potwierdzenia negatywnego doboru ubezpieczonych na amerykańskim rynku ubezpieczeń zdrowotnych, natomiast Finkelstein et al. (2004) uzyskali odmienne wyniki. Liczba badań w tym zakresie dla europejskich rynków ubezpieczeń suplementarnych jest ograniczona, Bolhaar et al. (2008) pokazują jednak dowody na pozytywną selekcję na rynku irlandzkim, wynikającą przede wszystkim z heterogeniczności ubezpieczonych pod względem dochodu, zdrowia i preferencji zdrowotnych. Z drugiej strony dostępne dane o strukturze ubezpieczonych w różnych krajach europejskich mogą wskazywać na ograniczony zakres negatywnej selekcji.

Ryzyko subsydiowania

### ***Ryzyko subsydiowania sektora prywatnego***

W literaturze przedmiotu podnoszone są kwestie dotyczące efektywności wykorzystywania publicznych łóżek przez prywatnych pacjentów, w szczególności odpowiedniej wyceny ich kosztów i potencjalnego ryzyka subsydiowania sektora prywatnego w tym zakresie. Wskazują na to doświadczenia Irlandii: w 2006 r. oszacowano, że opłaty za prywatne łóżka w szpitalach publicznych wynoszą tylko 80% ich rzeczywistych kosztów (EO Ireland, 2009). Niedooszacowanie realnych kosztów sektora publicznego stwarza także zachętę dla ubezpieczycieli do kierowania pacjentów do szpitali publicznych

(a nie prywatnych, gdzie koszty są wyższe), co może przekładać się na dostępność miejsc dla pacjentów publicznych.

Inny przykład pochodzi z Wielkiej Brytanii, gdzie w latach 90. zreformowano sposób wyceny prywatnych łóżek w szpitalach należących do NHS. Prywatni ubezpieczyciele wyraźnie odczuli to finansowo, a największy z nich wycofał się z finansowania świadczeń w szpitalach NHS (Mossialos i Thomson 2004).

### ***Ryzyko pogłębienia nierówności w dostępie do usług zdrowotnych***

W dyskusjach nad dobrowolnymi, prywatnymi ubezpieczeniami często podnoszony jest argument równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych osób nimi objętych i nieobjętych. Z jednej strony częste są głosy o zwiększeniu nierówności, z uwagi na fakt, że osoby posiadające polisy suplementarne (lub komplementarne) mogą mieć szybszy dostęp do niezbędnej opieki zdrowotnej. Z drugiej strony podkreśla się, że objęcie części populacji dodatkowymi ubezpieczeniami pozwala na zmniejszenie czasu oczekiwania i presji na wydatki w sektorze publicznym, co poprawia także sytuację osób nieposiadających dodatkowych polis zdrowotnych.

Argument o mniejszej presji na wydatki publiczne jest podważany. Istnieją dowody na to, że rosnąca rola prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu wydatków zdrowotnych nie tylko przesuwa ciężar jego finansowania z sektora publicznego do prywatnego, ale może także podnosić łączny popyt na świadczenia (OECD 2004). Lu i Savage (2006) pokazują na przykładzie Australii, że wzrost udziału populacji posiadającej ubezpieczenia suplementarne przełożył się na znacznie większą skalę korzystania z prywatnych usług w stosunku do zmniejszonego zapotrzebowania na usługi publiczne, tym samym wpływ na przesunięcie ciężaru finansowania z sektora publicznego do prywatnego był bardzo skromny (i kosztowny, z uwagi na wprowadzone zachęty finansowe dla polis prywatnych).

Z drugiej strony, mając na uwadze fakt, że nabywcami suplementarnych polis zdrowotnych w praktycznie każdym kraju są przede wszystkim osoby lepiej sytuowane, można przypuszczać, że w przypadku braku możliwości double ubezpieczenia osoby te mogłyby korzystać z szybszego dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez prywatnych dostawców i wyższe wydatki „z własnej kieszeni”. Ponadto, istnienie oferty ubezpieczeniowej może stanowić alternatywę dla wydatków prywatnych i zmniejszać ryzyko nadmiernych kosztów, poprawiając tym samym dostępność usług dla osób decydujących się wykupić ubezpieczenie od ryzyka.

Według wielu opinii ubezpieczenia suplementarne nie zmniejszają progresywności systemów zdrowotnych, nawet pomimo faktu, że kupujące je osoby płacą podwójnie. Wyniki badań nad wpływem dobrowolnych ubezpieczeń suplementarnych na nierówności w korzystaniu z usług zdrowotnych są niekonkluzywne. Wiele z nich wskazuje na efekt zwiększonych nierówności, choć nie jest on duży (OECD 2004). Warto podkreślić, że nierówności w korzystaniu z usług zdrowotnych istnieją niezależnie od funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych. Zarówno w krajach bez rozbudowanych systemów ubezpieczeń dobrowolnych, jak i z nimi, z usług medycznych specjalistów częściej korzystają osoby lepiej wykształcone, o wyższych dochodach.

Ryzyko ograniczania dostępu dla osób nie objętych ubezpieczeniem suplementarnym dotyczy przede wszystkim tych systemów, w których rozgraniczenie między prywatnie i publicznie finansowaną opieką zdrowotną nie jest wyraźne (np. jasne zdefiniowanie alokacji czasu pracy lekarzy między świadczenie usług prywatnych i publicznych). Ryzyko to jest wyższe w krajach, w których występuje problem ograniczonych zasobów (lekarzy, łóżek w szpitalu, sprzętu medycznego), w szczególności jeśli dostawcy usług opłacani są zarówno przez sektor publiczny, jak i prywatny lub/i gdy dobrowolne ubezpieczenia stwarzają zachęty dla lekarzy do innego traktowania pacjentów publicznych i prywatnych. W większości krajów Unii Europejskiej, gdzie funkcjonują relatywnie rozwinięte dobrowolne ubezpieczenia suplementarne, lekarze mają prawo świadczenia usług zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym (Portugalia, Hiszpania, Wielka Brytania, Włochy - z limitem czasu na praktykę prywatną), wyjątkiem jest np. Grecja. Rozwiązania systemowe mogą stwarzać bodźce do różnego traktowania pacjentów prywatnych i publicznych - przykładowo, w Hiszpanii zachętę może stanowić wynagradzanie za usługę pacjentów prywatnych (w przeciwieństwie do pensji w przypadku publicznych). Mossialos i Thomson (2004) cytują także przykłady częstszych badań u pacjentów prywatnych między innymi w Hiszpanii i Portugalii. Niektóre kraje, z uwagi na możliwe zagrożenia, decydują się regulować publiczno - prywatny podział czasu pracy lekarzy (narzucając limity czasu pracy dla sektora prywatnego lub zakazując łączenia pracy w obu jednocześnie).

W pewnych krajach z dominującymi, suplementarnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi ubezpieczyciele korzystają z „prywatnych łóżek” w szpitalach publicznych (tj. łóżek zarezerwowanych jako prywatne) - ma to miejsce przykładowo w Wielkiej Brytanii i Portugalii). W innych (Grecja, Hiszpania, Włochy) łóżka w publicznych szpitalach nie są dostępne dla prywatnych pacjentów. Narzucanie limitu liczby łóżek

Asymetria informacji

możliwych do wykorzystania „prywatnie” w szpitalach publicznych jest jedną z możliwych (i praktykowanych, np. w Austrii, Irlandii) regulacji mających na celu ograniczenie potencjalnego ryzyka zwiększenia nierówności w dostępie do zdrowia między osobami z i bez ubezpieczeń dobrowolnych. Inne rozwiązanie wprowadziła Estonia ustalając, że dostawca usług ma prawo świadczenia usług prywatnym pacjentom (przeskakującym kolejkę) tylko wtedy, gdy kolejka oczekujących wynika z powodów finansowych, a nie podaźowych - tj. gdy jego kontrakt z głównym płatnikiem (EHIF, odpowiednik polskiego NFZ) został wyczerpany (EO Estonia 2008).

**Asymetria informacji**

Konsumenci na wielu europejskich rynkach mają obecnie dostęp do relatywnie szerokiego spektrum produktów ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego. Teoretycznie sprzyja to wyborowi odpowiedniego, najlepiej dopasowanego do indywidualnych potrzeb produktu. Problemem w wielu krajach Europy (np. Wielkiej Brytanii, Portugalii) jest jednak dostępność informacji pozwalających na porównywalność polis, w szczególności w zakresie ubezpieczeń komplementarnych i suplementarnych (OECD 2004). Wielkość dostępnej oferty działa wówczas na niekorzyść konsumentów, nie mających możliwości i/lub nie potrafiących wybrać optymalnej polisy.

Wśród rozwiązań pozwalających na zmniejszenie asymetrii informacji na rynku wymieniać można regulacje wymagające istnienia standardowych produktów (o określonym zakresie usług), wymogi informacyjne odnośnie oferowanych produktów, stworzenie łatwo dostępnych źródeł, w których możliwe jest uzyskanie informacji o wszystkich ofertach (np. odpowiednio skonstruowane bazy danych). Standardowe pakiety usług wymagane są w kilku krajach, ale wyłącznie w przypadku ubezpieczeń substytucyjnych.

Ulgi podatkowe

**Zachęty podatkowe dla osób i firm**

W wielu krajach z relatywnie rozwiniętym systemem ubezpieczeń suplementarnych w latach 90. funkcjonowały ulgi podatkowe na zakup polis zdrowotnych (np. Włochy, Portugalia, Grecja, Wielka Brytania). Trudno oszacować, w jakim stopniu zachęty podatkowe przekładają się na popyt na dodatkowe ubezpieczenia, z uwagi na fakt, że popyt ten determinowany jest nie tylko przez ceny polis, ale także wiele innych czynników, między innymi postrzeganie jakości/ dostępności powszechnej opieki zdrowotnej.

Obecnie obserwuje się trend zmniejszania lub odchodzenia od ulg podatkowych na indywidualne polisy zdrowotne, z uwagi na ich niewielką skuteczność w stymulowaniu popytu (OECD 2004). Przykładowo, ich wycofanie w Hiszpanii nie miało wpływu na popyt na polisy. Brytyjski rząd wycofał się w latach 90. z funkcjonującej przez kilka lat ulgi na polisy dla osób po 60 roku życia wykazując, że nie spełniła ona swojej roli, a jej koszty znacznie przewyższały korzyści. W Hiszpanii początkowe ulgi przysługujące osobom fizycznym zamieniono na ulgi skierowane do pracodawców - jak podkreślają Mossialos i Thomson (2004) to one właśnie przyczyniły się do wzrostu popytu na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w wielu krajach UE. W ostatniej dekadzie tylko Portugalia zdecydowała się na utrzymanie relatywnie hojnej ulgi podatkowej na indywidualne dobrowolne polisy zdrowotne. Stabile (2002) badał wpływ ulg podatkowych na polisy zdrowotne w przedsiębiorstwach USA, stwierdzając ich istotny wpływ tylko wśród małych firm, które bez zachęty w postaci zwolnień podatkowych rezygnowałyby z nabywania ubezpieczenia zdrowotnego dla swoich pracowników.

### ***Regulacje ustalania składek***

Składki za ubezpieczenia wyznaczone mogą być w oparciu o ryzyko indywidualne lub przeciętne ryzyko danej grupy (np. społeczności, pracowników danej firmy). W świetle dyrektyw unijnych ubezpieczyciele mają swobodę w wyznaczaniu poziomu składek dla ubezpieczeń suplementarnych. W przypadku szacowania indywidualnego ryzyka informacje najczęściej brane pod uwagę uwzględniają wiek, płeć, zawód, miejsce zamieszkania, wielkość gospodarstwa domowego, stan zdrowia, historię medyczną, historię chorób w rodzinie - oraz zakres świadczeń, jakie polisa ma obejmować. Składki wyznaczone w oparciu o ryzyko danej grupy (np. społeczności) są w krajach Unii Europejskiej znacznie mniej popularne.

### ***Relacje ubezpieczycieli z dostawcami i/lub ubezpieczonymi***

Doświadczenia krajów OECD wskazują na trzy podstawowe modele relacji między ubezpieczonymi, ubezpieczycielem a dostawcami usług: (i) zintegrowane systemy dostawy usług (w których dostawca usług jest jednocześnie ubezpieczycielem), (ii) umowy między dostawcą usług a ubezpieczycielem o świadczenie usług, (iii) umowa między ubezpieczonym a ubezpieczycielem, oferującym „ubezpieczenie od szkody” (czyli od kosztu usługi zdrowotnej).

W ramach zintegrowanych systemów dostawy usług zdrowotnych czyli ubezpieczyciele tworzą/ posiadają lub kontraktują sieć szpitali i placówek zdrowotnych, łącząc finansowanie i dostarczanie usług w jednej organizacji. Są one relatywnie mało popularne w krajach europejskich (funkcjonują np. w Hiszpanii). Ich przykładem są funkcjonujące w USA HMO (*health maintenance organizations*), zarządzające dostarczaniem usług zdrowotnych i kontrolujących ich finansowanie.<sup>39</sup>

Umowy między dostawcami usług a niezależnymi ubezpieczycielami są rozwiązaniem najpopularniejszym. Ubezpieczyciele najczęściej oferują dostęp do usług u ustalonych dostawców, często jednak pozwalają na zwrot kosztów świadczenia u dostawcy spoza wyznaczonej listy (przy górnym limicie kosztów poszczególnych świadczeń). W ramach umów z dostawcami najczęściej wyznaczane są ceny za poszczególne świadczenia (tzw. *fee for service*, p. też Ramka 7), choć spotyka się także rozliczenia w oparciu o stawki kapitacyjne (np. w niewielkim zakresie w Hiszpanii). Ceny są głównym kryterium negocjacyjnym między dwoma stronami, inne kryteria - takie jak: ilość, typ, jakość opieki zdrowotnej znacznie rzadziej są przedmiotem umów ubezpieczycieli i dostawców (OECD 2004).

Umowy między ubezpieczonym a ubezpieczycielem, oferujące „ubezpieczenie od szkody” popularniejsze są w krajach, gdzie rynki dodatkowych ubezpieczeń nie odgrywają znaczącej roli. Ubezpieczyciele wybierając to rozwiązanie z reguły narzucają limit wydatków - wyznaczając maksymalne, refundowane koszty poszczególnych świadczeń i/lub limity łącznych wydatków.

Funkcjonujące modele współpracy ubezpieczycieli z dostawcami usług zdrowotnych w różny sposób wpływają na zachowania po stronie podażowej i popytowej rynku i tym samym na ceny. Zintegrowane systemy mają najszerze możliwości kontroli kosztów świadczeń, w przypadku umów „odszkodowawczych” są one najmniejsze. Regulacje umów między ubezpieczycielami i dostawcami istnieją praktycznie wyłącznie w krajach, gdzie ubezpieczenia prywatne odgrywają istotną rolę (Australia, Irlandia, Szwajcaria, Holandia) i dotyczą m.in. możliwości selektywnego kontraktowania dostawców usług zdrowotnych.

### ***Koszty administracyjne dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych***

Koszty administracyjne systemów dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych są znacznie wyższe niż w obowiązkowych, powszechnych systemach zabezpieczenia zdrowotnego. Głównym powodem jest konieczność zbierania i przetwarzania informacji niezbędnej do



oszacowania indywidualnego ryzyka, projektowania różnorodnych polis, prowadzenia działań marketingowych, utrzymywania pośredników ubezpieczeniowych, ponoszenia kosztów własnego ubezpieczenia itp. Dostępne dane zebrane przez Mossialos i Thomson (2004) potwierdzają te spostrzeżenia. O ile koszty administracyjne systemów powszechnego zabezpieczenia powszechnego sięgają 3-5% w większości krajów (w Danii i Włoszech są nawet niższe), w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych wahają się one od 10% (towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w Niemczech, Francji, Holandii) do 25% w Belgii, Portugalii i we Włoszech. W krajach z dominującymi, suplementarnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi wynoszą one od 15% w Wielkiej Brytanii i Hiszpanii do ponad 25% we Włoszech i Portugalii.

#### **5.4. Rynek ubezpieczeń suplementarnych w Polsce**

Podrozdział ten poświęcony jest zagadnieniu ubezpieczeń suplementarnych w Polsce. Przedstawiamy w nim obecny rynek dodatkowych polis zdrowotnych, a w oparciu o badania polskich gospodarstw i doświadczenia innych krajów staramy się odpowiedzieć na pytanie, jaki jest potencjał popytu na dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, zarówno w wymiarze ilościowym, jak i wartościowym. Analizujemy również, czy wydatki na prywatne ubezpieczeniowe mogą zastąpić bezpośrednio wydatki prywatne i zmniejszyć kolejki do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym.

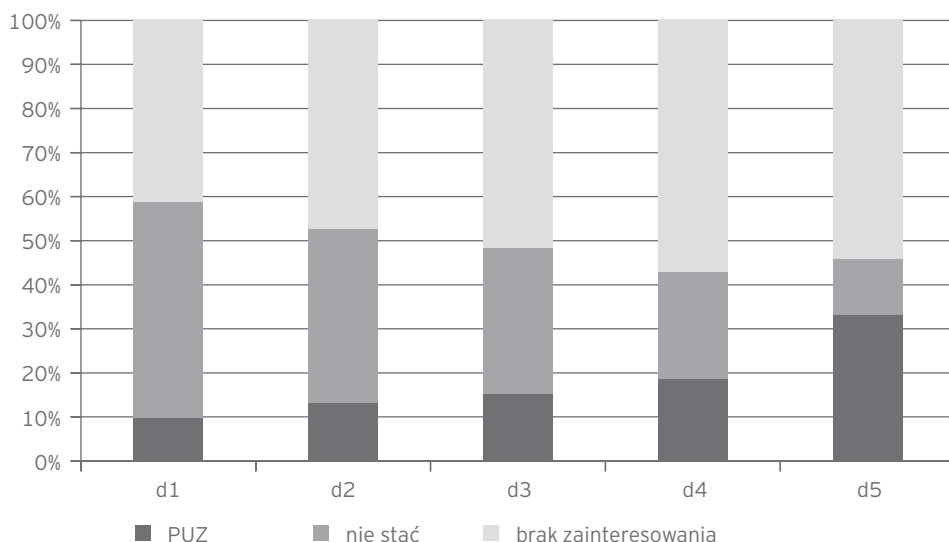
##### ***Potencjał rynku dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych***

Pomimo relatywnie wysokiego udziału wydatków prywatnych w ogóle wydatków na ochronę zdrowia, częstego korzystania z prywatnych usług zdrowotnych, zainteresowanie nabyciem ubezpieczenia od ryzyka zdrowotnego jest relatywnie niskie. Deklaruje je niespełna 19% gospodarstw domowych. Ponad połowa badanych rodzin nie wyrażała zainteresowania nabyciem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, brak zainteresowania był wyższy wśród gospodarstw z górnej części rozkładu dochodów (por. Wykres 10).

Biedniejsze gospodarstwa najczęściej deklarują brak możliwości finansowych nabycia dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a bariera ta maleje wraz ze wzrostem dochodów. O ile w pierwszym kwintylu dochodów niespełna 10% gospodarstw zadeklarowało zainteresowanie nabyciem dodatkowego ubezpieczenia, wśród najbogatszych 20% nabyłoby je co trzecie gospodarstwo.

Zdecydowana większość deklaracji dotyczyła składek o wysokości do 100 PLN miesięcznie, wartości wyższe (w szczególności powyżej 250 PLN) deklarowane były sporadycznie.

**Wykres 10. Zainteresowanie dobrowolnym PUZ wg kwintyli dochodowych, 2007 r.**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2000-2009.

Uwagi: PUZ = prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Zadane pytanie dotyczyło zainteresowania nabyciem dodatkowego, dobrowolnego, prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego pokrywającego członkom gospodarstwa koszty leczenia. Mając na uwadze obecną konstrukcję koszyka świadczeń gwarantowanych, odpowiedzi na to pytanie należy traktować jak deklarację zainteresowania ubezpieczeniem o charakterze suplementarnym.

## Potencjał dodatkowych ubezpieczeń

W analizowanym okresie 4% gospodarstw domowych deklarowało, że korzystało z usług zdrowotnych finansowanych w ramach abonamentu opłacanego przez pracodawcę (por. rozdział 2). Deklaracje dotyczące zainteresowania dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym były w tej grupie znacznie częstsze (36% w stosunku do 4% w grupie gospodarstw nie korzystających z opieki abonamentowej). Wskazuje to, że część potencjalnego popytu jest już zaspokojona w ramach alternatywnych (w stosunku do ubezpieczeń zdrowotnych) rozwiązań funkcjonujących obecnie na rynku.

### Ramka 9. Dochodowa elastyczność popytu na PUZ w Polsce

Dochód jest bardzo silną determinantą popytu na dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (por. przegląd badań w OECD, 2004). W szczególności w krajach, w których system publiczny

gwarantuje relatywnie szeroki zakres podstawowej opieki zdrowotnej, dodatkowe polisy zdrowotne postrzegane są jak dobro luksusowe, a popyt na nie rośnie wraz z dochodem. Jednocześnie siła wpływu dochodu na popyt jest trudna do oszacowania, a wyniki badań w tym obszarze niekonkluzywne, przede wszystkim z uwagi na rolę innych czynników, takich jak postrzegana jakość powszechnej opieki zdrowotnej.

Dane zebrane w ramach badania „Diagnoza Społeczna” pozwalają ocenić, jak zmieniało się deklarowane zainteresowanie nabyciem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w relacji do zmian dochodów gospodarstw domowych. W analizowanym okresie, między 2005 i 2007 r., wraz z istotnym wzrostem dochodów gospodarstw domowych, wzrosło także zainteresowanie nabyciem prywatnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z 13% do niespełna 19%. Wzrost ten dotyczył gospodarstw ze wszystkich grup dochodowych i rozkładał się relatywnie równomiernie. Jednocześnie jednak znacząco zwiększył się odsetek gospodarstw deklarujących brak zainteresowania nabyciem dodatkowego ubezpieczenia (z 43 do 51%), wskazując na narastającą polaryzację deklaracji. Zmiany deklaracji zainteresowania zakupem polis zdrowotnych (nowozgłoszone chęci nabycia lub utrata zainteresowania) nie zależały od zmian dochodu - przeciętny procentowy wzrost dochodu był taki sam w gospodarstwach deklarujących po raz pierwszy zainteresowanie zakupem ubezpieczenia w 2007 r., jak wśród tych, którzy na przestrzeni lat 2005-2007 to zainteresowanie stracili.

Dochód jest silną, ale nie jedyną determinantą popytu na dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce. Analiza danych z badania Diagnozy Społecznej (2005-2009) wskazuje, że istotny jest także status społeczno-ekonomiczny gospodarstwa oraz deklaracja niespełnionych potrzeb zdrowotnych. W analizie mikroekonomicznej potwierdzenie znajdują obserwacje na poziomie zagregowanym: gospodarstwa z górnych kwintyli rozkładu dochodu mają wyższe prawdopodobieństwo zainteresowania nabyciem polis zdrowotnych. Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów charakteryzują się (*ceteris paribus*) niższym prawdopodobieństwem zainteresowania nabyciem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Ciekawy wynik dotyczy niespełnionych potrzeb zdrowotnych - informacja, że występują w danym gospodarstwie domowych zmniejsza jego prawdopodobieństwo zainteresowania zakupem prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>40</sup>. Wielkość miejsca zamieszkania (oraz podział miasto/wieś) są statystycznie nieistotne dla analizowanych deklaracji.

Doświadczenia innych krajów europejskich, w których popularne są suplementarne ubezpieczenia zdrowotne wskazują, że ich nabywcy stanowią relatywnie homogeniczną grupę - osób lepiej wykształconych, z wyższymi dochodami, w wieku najwyższej aktywności zawodowej (25-54), są to najczęściej mieszkańcy większych miast. Analiza danych z Badania aktywności ekonomicznej ludności i Badania budżetów gospodarstw domowych wskazuje (por. Tabela 11), że potencjał popytu na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne wśród podobnych grup osób (gospodarstw domowych) w Polsce mieściłby się w zakresie 1,4-2,3 mln osób (5-9% dorosłej populacji). Część tych osób opłacałaby także składki za członków swoich rodzin, w szczególności dzieci, zwiększając tym samym wskaźniki objęcia ubezpieczeniami dla całej populacji. Szacunki te należy traktować z ostrożnością, mają one na celu jedynie przybliżenie potencjalnej liczebności odbiorców suplementarnych polis zdrowotnych, odzwierciedlającej charakterystyki ubezpieczonych „podwójnie” w innych krajach Unii Europejskiej. Warto zauważyć, że wartości te (uwzględniając objęcie częścią polis dodatkowych członków gospodarstw) zbliżone są do wskaźników objęcia polisami suplementarnymi w krajach UE (por. Tabela 10). Ponadto sugerują, że już obecna wielkość rynku abonamentów i polis zdrowotnych pokrywa tak zdefiniowany potencjalny popyt.

**Tabela 11. Potencjał popytu na dodatkowe ubezpieczenia, 2007 r.**

Charakterystyki grupy	Udział w populacji 18+ (liczebność)
osoby z wykształceniem co najmniej średnim, w wieku 25-54, mieszkające w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców, o wynagrodzeniu (dochód z pracy najemnej) co najmniej 2000 PLN netto	8% (2,1 mln osób)
osoby z wykształceniem wyższym, w wieku 25-54, mieszkające w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, o wynagrodzeniu (dochód z pracy najemnej) co najmniej 2000 PLN netto	4% (1,2 mln osób)
osoby pracujące na własny rachunek poza rolnictwem, z co najmniej średnim wykształceniem, niezależnie od miejsca zamieszkania i wieku - 20% z nich	0,7% (0,2 mln osób)
gospodarstwa domowe z 4 lub 5. decyla dochodów (per capita w GD), z miejscowości powyżej 100 tys. mieszkańców, pracowników lub osób pracujących na własny rachunek	13,5% gosp. domowych (11% ogółu osób (z dziećmi), tj. ok. 4.2 mln); szacunkowo ok. 1.5 mln dorosłych

Źródło: Obliczenia własne na podst. BAEL 2007, BBGD 2007, DS.

Równie trudno jest oszacować potencjalną wartość rynku ubezpieczeń suplementarnych w Polsce. Dostępne informacje (por. rozdział 2) wskazują, że w 2011 r. rynek abonamentów medycznych wart był

ok. 2 mld PLN. Zakładając, że abonamenty te posiada 1,5-2 mln Polaków, a ich przeciętny koszt wynosi 100 PLN miesięcznie, można zakładać, że wartość obecnego rynku może sięgać 1,8-2,4 mld PLN rocznie. Rynek polis zdrowotnych w 2010 r. szacowany był na ok. 160 mln PLN, w 2011 r. Ministerstwo Zdrowia podało wartość 200 mln PLN.

Odnosząc się do doświadczeń tych krajów europejskich, w których ubezpieczenia suplementarne stały się popularne (przy relatywnie szerokim dostępie do usług zdrowotnych w ramach powszechnej opieki zdrowotnej, jak w Wielkiej Brytanii, we Włoszech, Hiszpanii, Grecji, por. Ramka 8) można przypuszczać, że także wartość polskiego rynku polis suplementarnych kształtować będzie się w przedziale 1-2,5% łącznych wydatków na zdrowie, co przekłada się na wydatki rzędu 1-2,3 mld PLN. Wskazuje to, że wartość obecnego rynku dodatkowych wydatków na zdrowie w Polsce już osiągnęła wysoką (bliską „docelowej”?) wartość - pod względem udziału w łącznych wydatkach na zdrowie, a nie wielkości nominalnej. Trudno przesądzać, jakie są szanse, aby łączny udział wydatków na ubezpieczenia prywatne w ogóle wydatków zdrowotnych był wyższy (jak np. w Hiszpanii). Zależać będzie to zarówno od postrzeganej jakości powszechnej opieki zdrowotnej, jak i cen oferowanych polis (i ewentualnych rozwiązań podatkowych). Tym samym wydaje się, że główną determinantą wzrostu nominalnej wartości rynku polis zdrowotnych będą zmiany dochodów - gospodarstw domowych oraz wzrost PKB.

### ***Czy ubezpieczenia suplementarne są szansą na zmniejszenie bezpośrednich wydatków prywatnych?***

W rozdziale 2. przedstawiono dane na temat wydatków na usługi zdrowotne w Polsce. Wynika z nich, że udział wydatków prywatnych w całości wydatków jest w Polsce wyższy o kilka punktów procentowych od przeciętnego udziału w krajach OECD. W przeciwieństwie jednak do zdecydowanej większości krajów OECD, w Polsce zdecydowanie wyższy jest udział bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, przy marginalnej roli ubezpieczeń prywatnych (por. Wykres 4). Powstaje pytanie, czy i w jakim stopniu rozwój rynku ubezpieczeń prywatnych mógłby zmienić strukturę ogółu wydatków prywatnych? Drugie ważne pytanie dotyczy potencjalnej substytucyjności wydatków na prywatne polisy zdrowotne i wydatków publicznych.

Doświadczenia krajów OECD wskazują, że nie można mówić o substytucyjności publicznych wydatków na ochronę zdrowia i prywatnych wydatków na ubezpieczenia zdrowotne. W szczególności

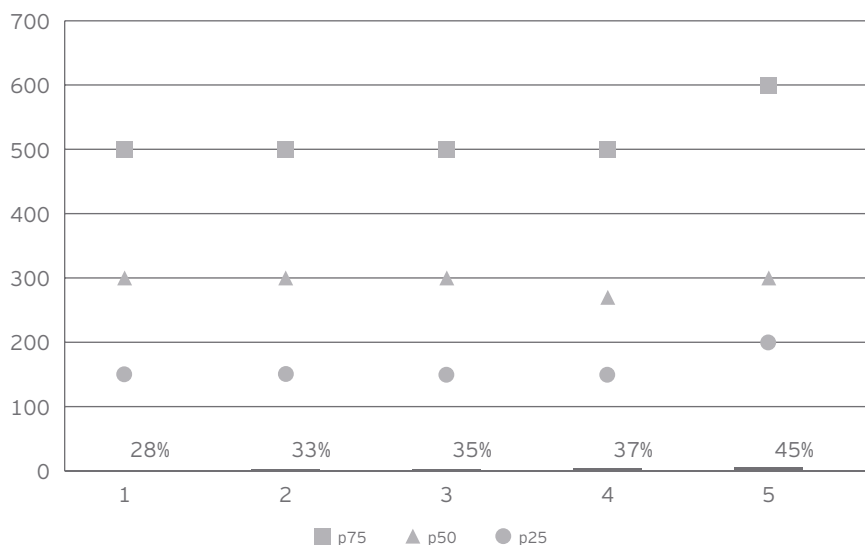
wśród krajów z dominującą rolą ubezpieczeń suplementarnych, porównywalny udział wydatków na prywatne polisy (jako % PKB) współlistnieje z relatywnie wyższymi (Portugalia, 7%) i niższymi (Grecja, 5.4%) wydatkami publicznymi. Nie ma też jednoznacznych zmian struktury i poziomu wydatków w czasie (OECD, 2004).

Nie zaobserwowano także „konwergencji” między krajami OECD co do udziałów bezpośrednich wydatków prywatnych oraz wydatków w ramach dodatkowych ubezpieczeń. Przykładowo, obecnie wysokie wydatki prywatne w Grecji praktycznie w całości pochodzą bezpośrednio „z kieszeni” gospodarstw domowych, niższe wydatki prywatne (jako udział w całości) w Hiszpanii i Portugalii w znacznie większym stopniu finansowane są w ramach dodatkowych ubezpieczeń. Ponadto warto podkreślić, że w krajach Europy Południowej (Hiszpania, Portugalia, Grecja, Włochy), pomimo relatywnie wysokich wydatków „z własnej kieszeni” (na tle innych krajów OECD) udział osób posiadających ubezpieczenia suplementarne pozostaje relatywnie niski (10-12%, por. Tabela 10). Mossialos i Thomson (2004) wskazują, że duże znaczenie ma w tym przypadku niechęć gospodarstw domowych do płacenia trzeciej stronie, co zmieniałoby relację między pacjentem a dostawcą usług. Podkreślają także, że te kulturowe uwarunkowania mają szczególne znaczenie w krajach z relatywnie wysokimi płatnościami nieformalnymi.

Więcej informacji na temat bezpośrednich wydatków zdrowotnych gospodarstw domowych w Polsce dostarcza badanie „Diagnoza społeczna”. Wykorzystując je analizujemy wydatki na usługi zdrowotne, z wyłączeniem wydatków na leki (są to przede wszystkim koszty wizyt i badań prywatnych w przychodniach i gabinetach). W ciągu trzech miesięcy 2009 r. prawie 40% gospodarstw poniosło takie wydatki, a ich mediana (za okres trzech miesięcy) wyniosła 300 PLN, przy średnich wydatkach na poziomie 555 PLN. Kwoty tych wydatków były praktycznie identyczne dla wszystkich gospodarstw, niezależnie od ich dochodu (por. Wykres 11). Wśród gospodarstw o niższych dochodach niższy był tylko udział tych, które poniosły jakiegokolwiek wydatki.

Powstaje pytanie, w jakim stopniu ryzyko ponoszenia prywatnych wydatków na zdrowie rozkłada się na gospodarstwa domowe. Jeśli wydatki te częściej dotyczą tych samych gospodarstw, skłonność pozostałych do ubezpieczania się będzie niska. Jeśli jednak ryzyko konieczności poniesienia wydatków zdrowotnych dotyczy większości gospodarstw, wykupienie polisy ubezpieczających od nich wydaje się bardziej prawdopodobne, w szczególności, jeśli koszt polisy nie przekraczałby obserwowanej mediany wydatków.

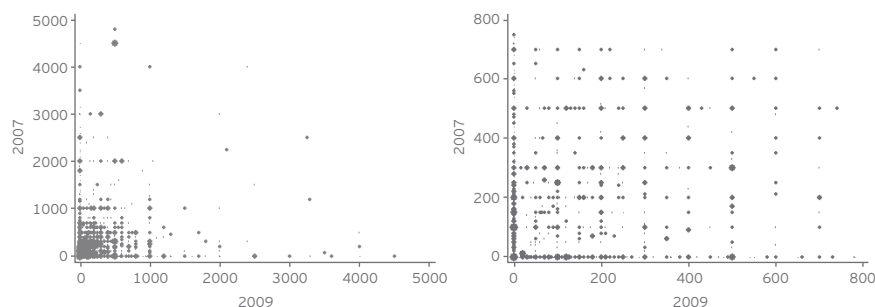
**Wykres 11. Wydatki gospodarstw na usługi zdrowotne (w PLN), wg kwintyli dochodowych, 2007 r.**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2000-2009.

Uwagi: p25, p 50, p75 oznaczają stosowne percentyle wysokości wydatków. Wielkości w procentach podane dla każdego kwintyla oznaczają udział w nich gospodarstw, które poniosły w danym okresie jakiegokolwiek wydatki prywatne.

**Wykres 12. Wydatki gospodarstw na usługi zdrowotne w 3 miesiącach lat 2007 i 2009**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2000-2009.

Uwaga: prawy panel jest uszczegółowieniem wykresu na lewym panelu (ograniczenie do wydatków poniżej 800 PLN).

Wykres 12 przedstawia, jak kształtowały się prywatne wydatki zdrowotne gospodarstw domowych w dwóch okresach - trzech miesiącach 2007 r. i analogicznych trzech miesiącach 2009 r. Widać wyraźne zróżnicowanie wysokości ponoszonych wydatków na osi czasu. Znacząca część gospodarstw, które w 2007 r. nie deklarowały prywatnych wydatków na usługi zdrowotne, informowała o nich w 2009 r., najczęściej rzędu kilkuset złotych, choć o istotnie zróżnicowanej wysokości. Analogicznie, gospodarstwa ponoszące prywatne wydatki w roku 2007 r. dwa lata

Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a kolejki

później deklarowały równie często wzrost wydatków, co ich spadek do zera. Wskazuje to, że ryzyko wystąpienia konieczności poniesienia prywatnych wydatków zdrowotnych dotyczy każdego gospodarstwa. Wysokość możliwych wydatków, rzędu kilkuset złotych, stanowi istotną część budżetów wielu gospodarstw domowych, w szczególności tych z dolnej części rozkładu dochodów i z ekonomicznego punktu widzenia gospodarstwa te powinny być zainteresowane wykupieniem ubezpieczenia od ryzyka tych wydatków.

### ***Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a kolejki w systemie publicznym***

W rozdziale 2. zarysowaliśmy problem kolejek do świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia. W tej części chcemy odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakim stopniu napływ dodatkowych środków do systemu, w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, mógłby przyczynić się do zmniejszenia list oczekujących na świadczenia. W tym celu dokonujemy przeglądu doświadczeń innych krajów, staramy się także przeanalizować, w jakim stopniu kolejki w systemie ochrony zdrowia wynikają z niedostatecznego dofinansowania, a w jakim z problemów z niewystarczającymi zasobami w systemie ochrony zdrowia.

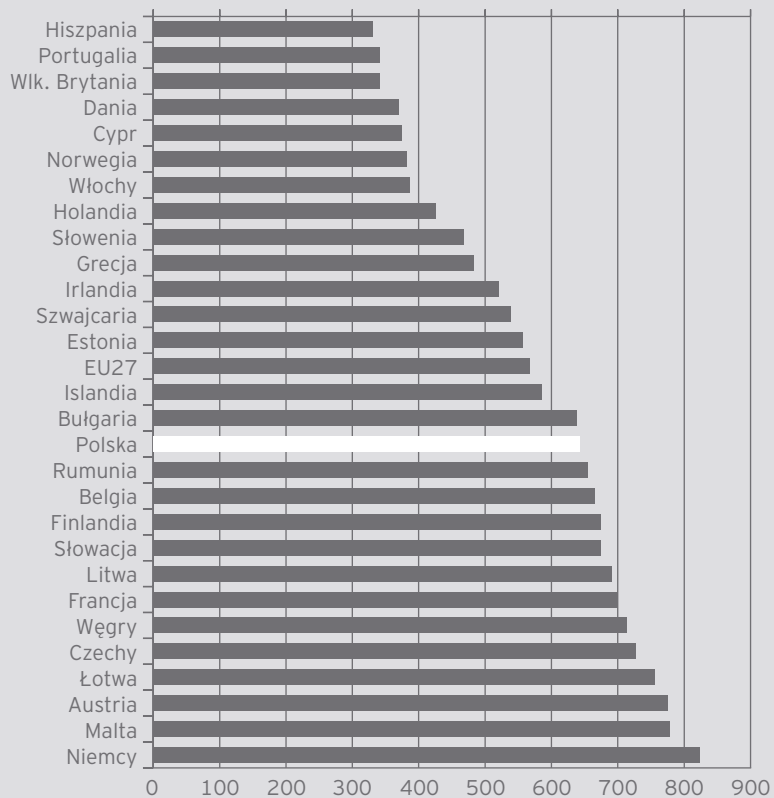
#### **Ramka 10. Zasoby systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE**

Pod względem liczby łóżek szpitalnych na 100 000 mieszkańców Polska sytuuje się powyżej średniej dla krajów Unii Europejskiej. Relatywnie niska jest także częstotliwość hospitalizacji, znacznie poniżej mediany liczby wypisów ze szpitala na 100 000 mieszkańców wśród tych krajów europejskich, dla których dane są dostępne. Informacje o przeciętnym czasie hospitalizacji w Polsce wskazują, że jest on na poziomie przeciętnym (medianowym) wśród krajów UE. Można tym samym przypuszczać, że ani ograniczone zasoby infrastrukturalne, ani długi czas hospitalizacji lub ich ilość nie powinny istotnie determinować czasu oczekiwania na dostępność tego typu świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Warto podkreślić, że zarówno podaż łóżek w szpitalach, jak i liczba hospitalizacji (mierzona wypisami ze szpitala) różnią się znacząco między krajami Unii Europejskiej. Występuje statystycznie istotna i relatywnie wysoka korelacja między tymi wielkościami, jak obrazuje Wykres 15. Polska plasuje się na tym tle jako kraj, w którym liczba hospitalizacji jest relatywnie niska w stosunku do ilości dostępnych łóżek.

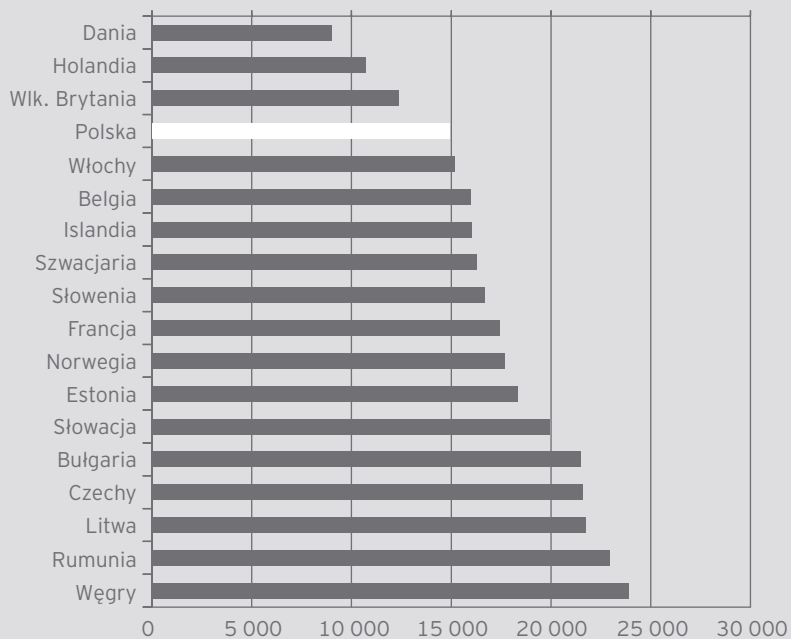


**Wykres 13 Liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców**



Źródło: Eurostat

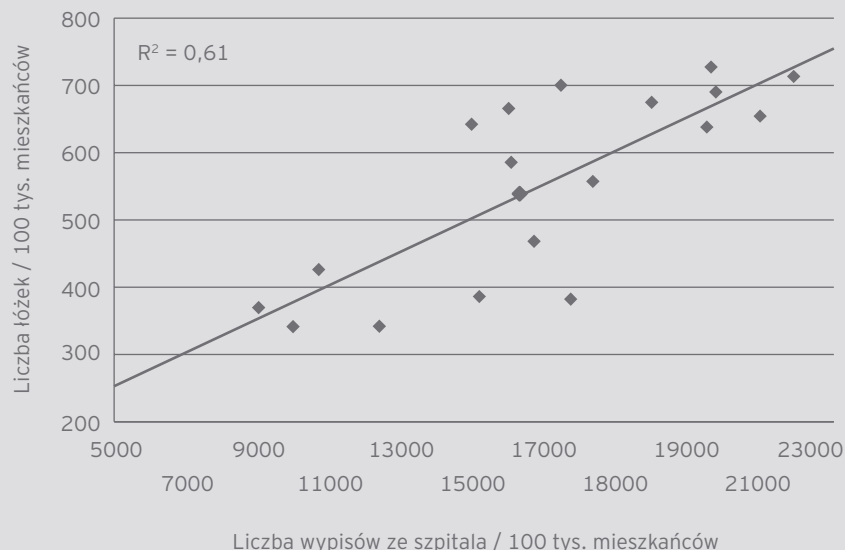
**Wykres 14. Liczba wypisów na 100 tys. mieszkańców**



Źródło: Eurostat

Zasoby systemu zdrowia  
w Polsce

**Wykres 15. Relacja liczby łóżek w stosunku do liczby hospitalizacji (mierzonej wypisami ze szpitala) w krajach UE**



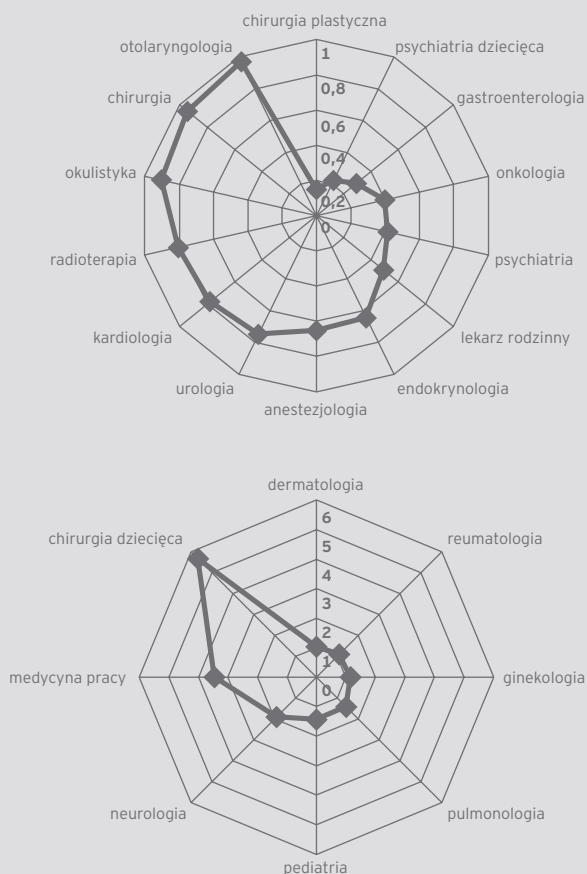
Źródło: Obliczenia własne na podstawie Eurostat, dane 2007-2008.

W przypadku świadczeń zdrowotnych wymagających dostępu do specjalistycznego sprzętu problemem może być jego niedostatek. Statystyki wskazują, że liczba rezonansów magnetycznych jest w Polsce trzykrotnie niższa niż mediana dla krajów OECD (2007 r.), liczba tomografów komputerowych - dwukrotnie. Różnice te istotnie zmalały na przestrzeni ostatniej dekady, co pozwala przypuszczać, że relatywnie szybko ta potencjalna bariera dostępu do świadczeń przestanie istnieć.

Pod względem łącznej liczby personelu medycznego (na mieszkańca) Polska znajduje się poniżej mediany obserwowanej dla krajów Unii Europejskiej. Jednocześnie w przypadku lekarzy specjalistów sytuacja jest zróżnicowana. W wielu specjalizacjach liczba lekarzy (per capita) w Polsce jest znacząco poniżej mediany dla krajów UE-15, ale są też takie, w których specjalistów jest w Polsce relatywnie więcej. Wykres 16 przedstawia specjalizacje „deficytowe” (górny wykres, miarą jest relacja do mediany analogicznej liczby lekarzy w UE 15) i „nadwyżkowe” (dolny wykres).

Warto zauważyć, że część relatywnie rzadkich specjalizacji lekarskich występuje w tych obszarach, w których według sprawozdań NFZ kolejki oczekiwania na świadczenia zdrowotne są długie - np. chirurgów czy urologów (a według dowodów jednostkowych także anestezjologów). Nie jest to jednak regułą, trudno więc bez głębszych analiz stwierdzić, w jakim stopniu taka struktura specjalizacji lekarskich może przyczyniać się do dłuższego oczekiwania pacjentów na niektóre świadczenia zdrowotne.

**Wykres 16. Specjalizacje z liczbą lekarzy *per capita* niższą (górny wykres) i wyższą (dolny wykres) niż mediana w krajach UE**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Eurostat.

W świetle przedstawionych w rozdziale 2 informacji o istotnym zróżnicowaniu czasu oczekiwania między placówkami można przypuszczać, że problemem mogą być niedopasowania terytorialne popytu na świadczenia zdrowotne i ich podaży, determinowanej nierównomierną terytorialnie lokalizacją infrastruktury zdrowotnej. Porównanie zróżnicowania terytorialnego dostępności łóżek szpitalnych per capita w Polsce i Hiszpanii (kraju o podobnej liczbie mieszkańców i regionów) pokazuje, że w Polsce jest ono znacznie większe (przy dwukrotnie wyższej liczbie łóżek per capita). W Hiszpanii liczba ta waha się między regionami od 75% średniej liczby łóżek do 130% średniej, w Polsce natomiast - od 79% (pomorskie) do 164% (zachodniopomorskie). Warto podkreślić, że przegląd systemu ochrony zdrowia w ramach „Health In Transition” (EO) podkreślał i tak wysokie zróżnicowanie dostępu, jakości i efektywności opieki zdrowotnej między regionami Hiszpanii.

Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w systemie publicznym jest istotną determinantą nabywania polis suplementarnych we wszystkich analizowanych przez nas krajach, w których te ubezpieczenia dominują wśród ogółu dodatkowych dobrowolnych form zabezpieczenia zdrowotnego. Nabycie dodatkowej polisy wyraźnie poprawia dostępność usług zdrowotnych i skraca czas oczekiwania, co potwierdzają między innymi doświadczenia Wielkiej Brytanii, Włoch, Hiszpanii czy Irlandii. Nie ma jednak łatwej odpowiedzi na pytanie, czy popularyzacja ubezpieczeń suplementarnych pozwoliła ograniczyć kolejki w systemie publicznym. Doświadczenia niektórych krajów OECD wskazują, że napływ dodatkowych środków z prywatnych ubezpieczeń pozwolił na rozbudowę sektora prywatnych szpitali. OECD (2004) podaje przykład Australii i Irlandii, które - pomimo podobnych udziałów osób posiadających podwójne ubezpieczenie - różnią się znacząco czasem oczekiwania na zabiegi chirurgiczne. Różnice te mogą wynikać z rozwoju sektora prywatnych szpitali w Australii (w następstwie popularyzacji ubezpieczeń dodatkowych), w przeciwieństwie do Irlandii. Łączna dostępność łóżek szpitalnych w Irlandii jest znacznie mniejsza, co może wskazywać, że zasoby infrastrukturalne odgrywają ważniejszą rolę w czasie oczekiwania na świadczenia niż struktura ich finansowania. Doświadczenia Hiszpanii (por. Ramka 8) nie wskazują na odczuwalną poprawę w dostępie do świadczeń zdrowotnych w następstwie popularyzacji ubezpieczeń prywatnych. Należy mieć jednak na uwadze ograniczone zasoby infrastruktury zdrowotnej w tym kraju, które - podobnie jak w Irlandii - mogą stanowić barierę skrócenia czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń. Konieczne jest również podkreślenie ograniczeń metodologicznych tych porównań: nie jest możliwe wyodrębnienie surowego wpływu zwiększonego finansowania na długość list oczekujących, możliwe jest, że pozostaje on niezauważony z uwagi na niezmnieszone kolejki, choć bez przesunięcia części finansowania z sektora publicznego do prywatnego kolejki w systemie publicznym byłyby potencjalnie wyższe.

Warto dodać, iż jednym z powodów, dla których wzrost liczby osób wykupujących dodatkowe polisy zdrowotne nie musi przełożyć się na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenia jest możliwy wzrost ogólnego zapotrzebowania na usługi zdrowotne. Rosnąca rola prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu wydatków zdrowotnych niekoniecznie przesunęła ciężar finansowania z sektora publicznego na prywatny, ponieważ podnosi jednocześnie łączny popyt na świadczenia. Jak podkreśla OECD (2004) nie jest jednak jasne, w jakim stopniu wzrost popytu wynika z przyczyn strukturalnych, jak starzenie się ludności, a w jakim z nadmiernej konsumpcji usług medycznych.

### **Ramka 11. Propozycje regulacji dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce**

W marcu 2011 r. Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało nowy projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (poprzedni, poselski projekt Platformy Obywatelskiej z 2008 r. nie doczekał nadal trzeciego czytania w sejmowej Komisji Zdrowia). Deklarowanym, głównym celem projektu ustawy jest zagwarantowanie świadczeniobiorcom należytej realizacji ich uprawnień wynikającej z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz stworzenie ram systemowych dla dalszego rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Ponadto, zgodnie z założeniami, rozwiązania te mają poprawić dostępność świadczeń zdrowotnych, zwiększyć poziom finansowania opieki zdrowotnej oraz poprawić jakość świadczeń. Autorzy projektu wskazują także, że proponowane regulacje pozwolą świadczeniodawcom na racjonalniejsze zarządzanie (wolnymi) zasobami.

Ustawa precyzuje definicję dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego i charakter oferowanych w jego ramach świadczeń. Jednocześnie nie wprowadza znaczących regulacji systemowych. Przykładowo, umowy ubezpieczeniowe mogą być zawierane na czas określony lub nieokreślony. Ustawa pozwala na indeksację składek, wymagając jednocześnie określenia sposobu ich indeksacji w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Projekt ustawy stawia natomiast pewne wymogi informacyjne w zakresie warunków udzielania świadczeń oraz określenia ich standardów.

Projekt ustawy reguluje świadczenie usług zdrowotnych w ramach dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego przez tych świadczeniodawców, którzy mają podpisane kontrakty na świadczenia finansowane ze środków publicznych. Postawiony jest przede wszystkim warunek minimalnej realizacji kontraktu z NFZ na poziomie (narastającym) 90% (pozwalający na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z prywatnym ubezpieczycielem). Świadczeniodawcy mają obowiązek powiadomienia stosownego oddziału NFZ o zawartej (lub rozwiązanej) umowie z prywatnym ubezpieczycielem, zakresie świadczeń jakie obejmuje, a także dostarczenia szczegółowych informacji o listach oczekujących na świadczenia u danego świadczeniodawcy (objęte finansowaniem zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych w ramach ubezpieczenia). Ustawa przewiduje także sankcje (w tym sankcje finansowe) za nienależyte wykorzystanie kontraktu z NFZ przez jednostki świadczące usługi w ramach prywatnego ubezpieczenia.

Projekt ustawy przewiduje także ulgę podatkową na wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne (odliczenie od dochodu) oraz możliwość finansowania ich z zakładowych funduszy świadczeń socjalnych.

## 5.5. Podsumowanie i wnioski

Przegląd doświadczeń innych krajów w zakresie funkcjonowania systemów dobrowolnych ubezpieczeń suplementarnych wskazał, że niektóre kraje OECD można wybrać jako punkty odniesienia do sytuacji w Polsce. W krajach Europy Południowej (Włochy, Hiszpania, Portugalia, Grecja) i w Wielkiej Brytanii w otoczeniu funkcjonujących - względnie podobnych - rozwiązań podstawowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego<sup>41</sup> (i ich problemów, przede wszystkim długich list oczekujących na niektóre świadczenia) rozwinęły się ubezpieczenia suplementarne, zwiększające wybór dostarczanych usług dla pacjentów oraz pozwalające na szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. W oparciu o doświadczenia tych krajów staramy się wyciągnąć wnioski dla potencjalnego rozwoju systemu „podwójnych” ubezpieczeń w Polsce.

W interesujących nas krajach ubezpieczenia suplementarne posiada 10-15% populacji i udział ten pozostaje relatywnie stabilny na przestrzeni ostatniej dekady. W Polsce zainteresowanie nabyciem dodatkowej polisy zdrowotnej zadeklarowało w 2007 r. 19% gospodarstw domowych, co odpowiada ok. 21% łącznej populacji (niespełna 6 mln dorosłych osób w gospodarstwach domowych). Zainteresowanie to wskazywałoby na poważny potencjał rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w Polsce. Pozostaje jednak pytanie o przyczyny tak dużego rozdźwięku między deklaracjami a realnym popytem na dodatkowe polisy (i abonamenty zdrowotne, które w polskich warunkach w dużym stopniu odzwierciedlają popyt na dodatkowe ubezpieczenia), który w 2010 r. szacowany był na 2-2.5 mln wykupionych polis i abonamentów (czyli 7-9% dorosłej populacji). Analizując charakterystyki osób kupujących suplementarne ubezpieczenia w przedstawionych krajach UE i odnosząc je do sytuacji w Polsce, można przypuszczać, że ubezpieczenia te nabyłoby ok. 5-8% osób (wykształconych, z wyższymi dochodami, mieszkających w większych miejscowościach), co jednocześnie odpowiada obecnej wielkości rynku ubezpieczeń. Trudno tym samym o jednoznaczne wskazanie ilościowego potencjału dalszego rozwoju. Także z perspektywy finansowej wartość obecnego rynku abonamentów i polis zdrowotnych, szacowana łącznie na 2-2,5 mld PLN, odpowiada pod względem udziału w łącznych wydatkach na zdrowie wielkościom obserwowanym w większości krajów UE, w których wśród dobrowolnych ubezpieczeń dominują suplementarne. Tym samym wydaje się, że podstawowym czynnikiem wzrostu wartości rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będzie wzrost PKB i dochodów gospodarstw domowych.

Czynnikiem zwiększającym szanse na rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest relatywnie wysoki udział wydatków *out-of-pocket* w łącznych wydatkach na zdrowie.

Co prawda doświadczenia krajów OECD nie wskazują na istnienie zależności między wydatkami *out-of-pocket* a wydatkami na prywatne polisy zdrowotne. W Polsce za potencjałem rynku ubezpieczeniowego wydaje się przemawiać relatywnie równy rozkład ryzyka poniesienia wydatków rzędu kilkuset złotych w ciągu 3 miesięcy (kwoty stanowiącej znaczącą część budżetów większości gospodarstw domowych). Z ekonomicznego punktu widzenia gospodarstwa domowe powinny być zainteresowane ubezpieczeniem się od tego ryzyka, minimalizując konieczność poniesienia wysokich, prywatnych wydatków na zdrowie. Argumenty ekonomiczne nie muszą jednak przeważać - jak wskazują doświadczenia np. Grecji, istotne znaczenie mają przyzwyczajenia pacjentów do płatności bezpośrednio lekarzom świadczącym usługi (w tym płatności nieformalne), powodujące niechęć do płacenia trzeciej stronie (w ramach umowy ubezpieczeniowej). Można przypuszczać, że przyzwyczajenia te odgrywają istotną rolę także w Polsce, ograniczając możliwość zastępowania wydatków prywatnych ubezpieczeniami.

W przedstawionym projekcie ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce zaproponowane zostało wprowadzenie ulgi podatkowej, która pozwalałaby na odliczenie wydatków na polisy zdrowotne od opodatkowanych dochodów (osób fizycznych). Abstrahując od rozważań na temat (braku) możliwości jej wprowadzenia w obecnej sytuacji budżetowej i objęcia unijną procedurą nadmiernego deficytu, w świetle przedstawionych doświadczeń krajów UE, trudno przesądzać, w jakim stopniu jej wprowadzenie przyczyniłoby się do wzrostu popytu na polisy - i w szczególności czy byłoby to rozwiązanie efektywne kosztowo dla finansów publicznych. Argumenty za wprowadzeniem ulgi podatkowej opierają się na założeniach, że zwiększa ona popyt na dobrowolne ubezpieczenia, a te zmniejszają presję na wydatki publiczne na zdrowie. Jednocześnie nie ma przekonujących argumentów za żadnym z nich. Ulgi podatkowe nie muszą znacząco zwiększać popytu, a stać się wyłącznie „wynagrodzeniem” dla ich dotychczasowych nabywców, przesądzając o jałowej stracie z punktu widzenia efektywności działania - i oznaczając wymierną stratę dla finansów publicznych. Ponadto, cytowane badania i doświadczenia innych krajów wskazują, że suplementarne ubezpieczenia niekoniecznie zmniejszają popyt na usługi finansowe ze środków publicznych. Dalsze argumenty przeciwko uldze podatkowej na prywatne, dobrowolne polisy zdrowotne odnoszą się przede wszystkim do związanych z nią kosztów administracyjnych, a także faktu zniekształcania sygnałów cenowych na rynku. Ponadto, z uwagi na charakterystyki osób nabywających polisy, ulga podatkowa służy przede wszystkim osobom zamożniejszym, zwiększając nierówności dochodowe (co więcej, nawet gdyby osoby niezamożne chciały nabywać prywatne ubezpieczenie, najczęściej nie płacą one podatku, od którego

ulgę mogłyby odliczyć). Przedstawione doświadczenia innych krajów sugerowały, że polisy nabywane przez pracodawców odnosiły większe sukcesy w zwiększaniu populacji posiadającej dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Niższe koszty polis oferowanych pracownikom (wynikające zarówno z niższych kosztów administracyjnych tego rozwiązania, korzyści skali, jak i częstego szacowania ryzyka w oparciu o całą populację pracowników danej firmy, a nie w wymiarze indywidualnym) wspierają ich popularność i potencjalnie większą efektywność tego rodzaju wsparcia. Popyt na polisy nabywane przez pracodawców jest ponadto w mniejszym stopniu zależny od postrzeganej jakości usług publicznych i ich zmian. Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązanie polegające na finansowaniu polis z zakładowych funduszy świadczeń socjalnych idą w tym kierunku, ograniczają one jednak wsparcie wyłącznie do średnich i większych przedsiębiorstw (potencjalnie najmniej wrażliwych na bodźce finansowe, jak pokazały cytowane badania).

Rynki ubezpieczeń suplementarnych budzą obawy o ryzyko „zbierania śmietanki”, tj. selekcji ubezpieczonych mającej na celu ograniczenie ryzyk zdrowotnych. Rynki ubezpieczeń suplementarnych budzą obawy o ryzyko „zbierania śmietanki”, tj. selekcji ubezpieczonych charakteryzujących się niskim ryzykiem zdrowotnym. Jednocześnie, w przypadku regulacji uniemożliwiających indywidualne wyznaczanie stawek w oparciu o ryzyko, z dużym prawdopodobieństwem w strukturze ubezpieczonych przeważać będą osoby z wyższym ryzykiem, wpływając na wzrost składek lub spiralę niewypłacalności ubezpieczyciela. Rozwiązania ograniczające pozytywną selekcję do grona ubezpieczonych funkcjonują tylko na tych rynkach, gdzie dodatkowe ubezpieczenia mają charakter substytucyjny i/lub gdzie obejmują istotną część populacji. W krajach, gdzie dominują ubezpieczenia suplementarne najczęściej nie podlegają one istotnym regulacjom - w tę stronę zmierza także proponowany projekt ustawy dla polskiego rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Pozwala ubezpieczycielom na dowolność w zakresie zawierania umów ubezpieczeniowych, wyłączenia ryzyk itp. Wydaje się, że z punktu widzenia regulacji istotnym będzie monitorowanie realizacji wymogów odnośnie przejrzystości i klarowności oferty ubezpieczeniowej i zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia.

Dostępne prace wskazują, że rozwój rynku ubezpieczeń prywatnych może pociągać za sobą ryzyko subsydiowania sektora prywatnego w przypadku świadczenia usług ubezpieczonym przez publicznych dostawców. Uniknięcie tego wymaga rzetelnej wyceny usług i świadczeń. Kolejnym wskazywanym ryzykiem jest wzrost wydatków publicznych, wynikający z częstszego korzystania z (droższych)



usług, „indukowanego” wizytami w ramach ubezpieczenia prywatnego. Nie ma możliwości oceny *ex ante*, czy to ryzyko faktycznie występuje w Polsce i jak jest duże - wydaje się, że istotna będzie ewaluacja wprowadzonych rozwiązań, ocena ich zalet i wad. Najistotniejsze ryzyko wiąże się z często podnoszonym argumentem o zwiększeniu nierówności w dostępie do zdrowia między osobami korzystającymi i niekorzystającymi z dodatkowych polis ubezpieczeniowych. Można przypuszczać, że obawy te mogą być w przypadku Polski mniejsze, z dwóch powodów. Po pierwsze, ewentualny wzrost środków finansowych w systemie ma szansę zwiększyć łączną podaż usług zdrowotnych, poprawiając także sytuację osób nieubezpieczonych dodatkowo<sup>42</sup>. Przedstawione analizy zasobów infrastrukturalnych sugerują, że nie powinny one być barierą dla dostępności świadczeń zdrowotnych, wskazując na rolę ograniczeń finansowych. Ponadto, szeroki zakres świadczeń gwarantowanych w koszyku podstawowym także zmniejsza obawy o kwestie równości w dostępie do świadczeń.

Potencjał dalszego rozwoju sektora dobrowolnych ubezpieczeń w Polsce będzie zależał przede wszystkim od zmian regulacyjnych (np. zmian w zakresie dostępności koszyka świadczeń gwarantowanych, konkurencji w systemie bazowym), jakości usług w systemie publicznym oraz zasobności społeczeństwa. Możliwe, że z perspektywy jego wielkości, przy obecnych uwarunkowaniach instytucjonalnych (szerokiego zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej, polityki selekcjonowania ryzyka przez ubezpieczycieli, a także przypuszczalnej niechęci części społeczeństwa do korzystania z ubezpieczeń) nie będzie znaczącego pola do zwiększania roli dodatkowych polis zdrowotnych w łącznych wydatkach na zdrowie. Jednocześnie konsekwencje zmian demograficznych (np. wydatki związane z opieką długoterminową) oraz rozwoju technologii w dziedzinie zdrowia mogą być trudne do zaabsorbowania przez sektor publiczny i finansowanie w ramach podatków i składek, co może wymagać w przyszłości większej roli indywidualnego finansowania/ dofinansowywania z wykorzystaniem prywatnych ubezpieczeń.

Najnowsza propozycja zmian legislacyjnych w zakresie prywatnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (z marca 2011 r.) nie wprowadza głębokich zmian w systemie (poprzednie z 2008 r. miały znacznie bardziej „rewolucyjny” charakter), niemniej powinna pozwolić na stworzenie ram prawnych funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń i tym samym uporządkowanie obecnego systemu. Zakres proponowanych regulacji wydaje się utrzymywać kierunek, w jakim rozwija się system zabezpieczenia zdrowotnego i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce - tj. powszechnego dostępu do relatywnie szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych w systemie

powszechnym i rozwiniętego systemu ubezpieczeń suplementarnych, pozwalających na szybszy dostęp do usług medycznych. Jednocześnie pewne zapisy propozycji ustawy mogą budzić obawy o nadmierne regulacje (np. kwestia, czy Narodowemu Funduszowi Zdrowia powinien przysługiwać dostęp do informacji o zawartych przez dostawców umowach z prywatnymi ubezpieczycielami).

Podsumowując, rekomendujemy przyjęcie obecnego projektu Ministerstwa Zdrowia, ze stosownymi poprawkami (nadmierne uprawnienia NFZ). Krok ten musi być jednak uzupełniony o:

- ▶ jednoznaczne umożliwienie świadczeniodawcom (SPZOZ i NZOZ prowadzone przez podmioty publiczne) zawierania umów z płatnikami innymi niż NFZ<sup>43</sup> i stosowna regulacja tych możliwości, chroniąca „pacjentów publicznych”. Problem ten podjęty został w projekcie ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych z marca 2011 r.,
- ▶ monitorowanie skutków ustawy w zakresie wpływu na popyt na świadczenia zdrowotne i problem selekcji negatywnej i pozytywnej,
- ▶ położenie nacisku na działania promujące i uświadamiające w zakresie ubezpieczeń jako produktu finansowego,
- ▶ działania w kierunku jak najbardziej przejrzystej i zrozumiałej informacji i porównywalności różnych ofert ubezpieczeniowych.

Ponadto jesteśmy przeciw wprowadzaniu ulgi podatkowej na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ze względu na niepewne skutki takiego rozwiązania dla rynku ubezpieczeń i sytuację finansów publicznych.

Możliwe, że w krótkim okresie skutkiem wprowadzenia Ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnych będzie częściowa transformacja funkcjonujących obecnie abonamentów medycznych w polisy ubezpieczeniowe (co oznaczałoby niewielkie realne zmiany w systemie zdrowia). Jednak w dłuższej perspektywie realizacja powyższych rekomendacji zwiększyłaby szanse na dalszy rozwój ubezpieczeń suplementarnych z korzyścią dla polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego.

## 6. Scenariusz trzeci - konkurencja w systemie bazowym

### 6.1. Wprowadzenie

W dyskusjach nad możliwymi kierunkami zmian w Polsce często wysuwane były postulaty całkowitej modyfikacji obecnego systemu zabezpieczenia zdrowotnego i wprowadzenia w nim szerokiej konkurencji, na wzór rozwiązań przyjętych w Holandii<sup>44</sup>. W tej części postaramy się przybliżyć, na czym one polegają i pokrótce podsumować możliwość przeniesienia ich do polskich realiów oraz przedstawić szanse i zagrożenia z tym związane.

System ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii swoją konstrukcją przypomina rozwiązania przyjęte także w USA i Niemczech<sup>45</sup>. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne odgrywają znaczącą rolę w dostarczaniu podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, które w ramach publicznego systemu oferowane jest tylko pewnym grupom osób (USA, Holandia) lub nie jest obowiązkowe i wyłączenie się z niego jest dozwolone (jak w Niemczech, dla osób o wyższych dochodach). Tym samym PUZ w tych krajach nie wpisuje się w klasyczny podział zaprezentowany we wstępie do opracowania, łącząc w sobie cechy ubezpieczeń substytucyjnych, komplementarnych i suplementarnych. Warto dodać, że pomimo tych podobieństw w konstrukcji systemu ubezpieczeń zdrowotnych między interesującą nas Holandią a USA, ich wyniki oraz ocena funkcjonowania są diametralnie różne (OECD, 2004). W szczególności, w Holandii praktycznie nie ma osób nieposiadających podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, podczas gdy w USA ich udział sięga 15% populacji (2008 r.).

### 6.2. System zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii

Holenderski system ubezpieczeń składa się z trzech filarów (hol. *compartimenten*)

- 1) AWBZ, obowiązkowe ubezpieczenie państwowe na opiekę długoterminową, zapewniającą ubezpieczonym opiekę w przypadku chorób przewlekłych, wiążących się z istotnymi kosztami finansowymi. Ubezpieczenie to finansowane jest głównie ze składek

zależnych od dochodu, a korzystanie z usług w ramach AWBZ wiąże się ze współpłaceniem,

- 2) Zvw, obowiązkowe podstawowe ubezpieczenie u ubezpieczyciela prywatnego. Składka ubezpieczeniowa złożona jest z dwóch elementów: (a) składki liniowej, kierowanej bezpośrednio do wybranego ubezpieczyciela, niezależnej od indywidualnego ryzyka; (b) składki zależnej od dochodu, opłacanej przez pracodawcę i kierowanej do Narodowego Funduszu Ubezpieczeń<sup>46</sup>,
- 3) komplementarne, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, u prywatnych ubezpieczycieli, na usługi dodatkowe nie pokrywane w ramach AWBZ i Zvw; ubezpieczyciele mają dużą dowolność w ustalaniu składek.

Osoby o najniższych dochodach otrzymują wsparcie w postaci „świadczenia zdrowotnego”, mającego na celu częściową rekompensatę kosztów obowiązkowego ubezpieczenia (AWBZ i Zvw). Budżet finansuje także badania naukowe, prewencję zdrowotną oraz część składek za dzieci.

#### Zabezpieczenia zdrowotne w Holandii

Pierwszy i drugi filar ubezpieczeń podlegają ścisłym regulacjom. Przede wszystkim, składka na AWBZ zależy od czynników ryzyka i „intensywności opieki”, szacowanej indywidualnie dla każdego pacjenta. W ramach drugiego filaru Narodowy Fundusz Ubezpieczeń rozdziela zebrane składki między ubezpieczycieli z uwzględnieniem schematu wyrównywania ryzyka (*ex-ante* oraz kompensacji *ex-post*). Lekarze rodzinni są natomiast opłacani systemem złożonym zarówno z opłat na zasadzie *fee-for-service*, jak i kapitaacji.

Rząd ustala także podstawowy pakiet usług w ramach ubezpieczenia Zvw i AWBZ. Dla wszystkich usług poza lekarzami rodzinnymi (i pewnymi wyjątkami, np. opieką macierzyńską) występuje forma współpłacenia - tzw. *deductible* (franszyza redukcyjna, tj. konieczność pokrycia pewnej ustalonej kwoty z własnej kieszeni). Ubezpieczyciele mają obowiązek oferowania podstawowego pakietu świadczeń (nie mogą wykluczyć żadnego z aplikantów), a konkurować mogą jakością świadczeń i ceną.

Istnieją także regulacje dotyczące kontraktowania świadczeń przez prywatnych ubezpieczycieli. Opierają się one na systemie DBC (*Diagnose Behandeling Combinaties*), przypominającym koncepcję Jednorodnych Grup Pacjentów (bardziej rozbudowaną). Część cen usług definiowanych przez DBC jest ustalana przez państwo, część natomiast jest negocjowana przez świadczeniodawców

z ubezpieczycielami (ich udział jest stopniowo zwiększany)<sup>47</sup>. Ubezpieczyciele mają także prawo (od 2009 r.) do selektywnego kontraktowania. Niezależnie istnieją także „taryfy” dla pacjentów otrzymujących usługę niezaktraktowaną u danego dostawcy. Na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu negocjacje prowadzone są przez ich komitety z największym ubezpieczycielem w regionie (celem usprawnienia negocjacji). Inne zasady kontraktowania dotyczą opieki długoterminowej (ubezpieczenie AWBZ), oparte są na przetargach.

### 6.3. Ocena działania systemu

System zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii jest wysoko oceniany w literaturze. Od wielu lat zajmuje czołowe miejsce w Europejsko-Kanadyjskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Ben i Björnberg, 2010)<sup>48</sup>, gdzie wysoko oceniane są przede wszystkim prawa pacjenta i dostęp do informacji, ogólne wyniki (zdrowotne) systemu i dostępność leków (względnie słabiej czas oczekiwania na świadczenia, choć jego oceny też są wysokie<sup>49</sup>). Przegląd EO (Health In Transition 2010) podkreślał silną pozycję dobrze zorganizowanej opieki podstawowej (zapobiegającej zbędnym wydatkom na droższym poziomie opieki specjalistycznej i dobrze koordynującej spójną opiekę nad pacjentem) i szerokie prawa pacjenta.

Jednocześnie autorzy przeglądu EO oceniali jakość świadczeń w holenderskim systemie zdrowia i jego efektywność<sup>50</sup> jako przeciętne na tle innych bogatych krajów (które wydają na opiekę zdrowotną podobny odsetek PKB tj. 8-10%), podkreślając zarazem, że jest za wcześnie na ostateczną ocenę. Czas pokaże czy wprowadzenie regulowanej konkurencji przyczyniło się do poprawy ogólnych wyników systemu zdrowia w Holandii. Będzie to zależało od tego, jaką rolę w nowym systemie odegrają ubezpieczyciele (mający za zadanie nabywać najlepsze usługi i poprzez własne wybory dostawców wpływać na jakość usług na rynku) oraz pacjenci (którzy wybierając ubezpieczycieli wpływają na wybór dostawców). Więckowska (2010) pozytywnie ocenia holenderski system konkurencji, wskazując jednocześnie na kilka jego wad, przede wszystkim zagrożenie selektywnego doboru ryzyka przez ubezpieczycieli i zmniejszone bodźce do zastępowania opieki ambulatoryjnej hospitalizacją.

#### 6.4. Możliwości wprowadzenia konkurencji w systemie bazowym w Polsce

Więckowska (2010) analizuje, w jakim stopniu polski system zabezpieczenia zdrowotnego spełnia warunki pozwalające (na podstawie doświadczeń Holandii) poprawić efektywność systemu, dzięki wprowadzeniu regulowanej konkurencji. Wymienia wiele obszarów, które wymagałyby interwencji i szczególnej regulacji. Należałoby do nich staranne zadbanie o gwarancję niedyskryminacji oraz zbudowanie systemu wyrównywania ryzyka (z którym Polska nie ma żadnych doświadczeń). Wymaga to głębszych badań nad determinantami korzystania ze świadczeń zdrowotnych (przede wszystkim występowania chorób przewlekłych). Warunki swobody zawierania umów (płatników i świadczeniodawców) oraz przejrzystości systemu są spełnione tylko częściowo. Autorka wymienia także bariery dostępu do zasobu informacji dla polskich pacjentów, pozwalających na ocenę jakości systemu. Wsparcia (instytucyjnego, merytorycznego) wymagałoby także funkcjonowanie organów odpowiedzialnych za regulację.

Zastanawiając się nad możliwością wykorzystania doświadczeń Holandii i przeniesienia ich na grunt polski nie można zapomnieć, że funkcjonujący tam system regulowanej konkurencji powstawał *de facto* przez wiele lat (a nawet dziesięcioleci), a instytucje mu służące były rozwijane stopniowo<sup>51</sup>. Sama reforma z 2006 r., ustalająca obecny porządek, nie musiała tworzyć nowych podmiotów (ani praktycznie żadnych nowych instytucji), ponieważ istniały już od dziesięcioleci, tylko funkcjonowały w odmienny sposób. Ponadto, nadal trwa udoskonalanie systemu i poszukiwanie usprawniających rozwiązań (Schut and van de Ven, 2011). Także zdania co do samego sukcesu wprowadzonych zmian także są podzielone (Maarse and Paulus, 2011, Schut and van de Ven, 2011a). Przykładowo, reforma z 2009 r. zmodyfikowała system opłacania opieki długoterminowej, wprowadziła także franszyzę redukcyjną (jednocześnie wprowadzając finansową rekompensatę dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych); na 2011 r. zaplanowano zmianę systemu DBC.

#### 6.5. Podsumowanie i wnioski

Holenderski system zabezpieczenia zdrowotnego jest jednym z najbardziej „oryginalnych”. Łączy powszechność ubezpieczenia z silnym zaangażowaniem podmiotów prywatnych i jako taki jest i będzie ciekawym tematem w ekonomii zdrowia. Z punktu widzenia

celu niniejszego opracowania najważniejsze jest jednak pytanie, w jaki sposób można wykorzystać doświadczenia Holandii w Polsce.

Nasza odpowiedź na to pytanie jest złożona. Zaczniemy od tego, że w świetle nielicznych dotychczasowych badań jest za wcześnie na jednoznaczne rozstrzygnięcie kwestii, czy należy wprowadzić konkurencję w systemie bazowym w Polsce. Z pewnością dałoby to szanse na rozwój rynku ubezpieczeń suplementarnych i wzrost efektywności wydatkowania środków. Pacjenci uzyskaliby też realną możliwość wyboru profilu ubezpieczenia i opieki zdrowotnej.

Jednocześnie widzimy ryzyko, jakie wiąże się z wyzwaniami regulacyjnymi i nadzorczymi dla administracji państwowej i uzyskaniem poparcia społecznego dla zmian. Ważnym punktem odniesienia i *de facto* lekcją może być reforma systemu emerytalnego z 1999 r. Pokazała ona, jak ważne jest jednoczesne wprowadzenie kompleksowej reformy, bez pozostawiania istotnych elementów systemu do wdrożenia w późniejszym okresie. Taka „niekompletna” zmiana systemu<sup>52</sup> źle wpływa na jego funkcjonowanie, a to z kolei rodzi poważne ryzyko polityczne dla samej reformy, która może być całkowicie lub częściowo cofnięta ponieważ „źle działa” (tak jak to się stało z nowym systemem emerytalnym w 2011 r.). Wprowadzając konkurencję w systemie bazowym w Polsce należałoby więc zadbać o to, by wszystkie elementy nowego systemu - włącznie z systemem wyrównywania ryzyka i sprawnym nadzorem nad ubezpieczycielami - były maksymalnie dopracowane. Przykład Otwartych Funduszy Emerytalnych pokazuje, że poparcie społeczne dla rozwiązań angażujących prywatne podmioty w sferę szeroko pojętej polityki społecznej, jest dość kruche.

Ponadto, nie jest jasne czy rozwój sytuacji w systemie holenderskim - który przechodzi ciągłe zmiany i nie jest jeszcze ugruntowany - nie wskaże nowych wątpliwości czy wyzwań instytucjonalnych. Ostateczna decyzja o wprowadzeniu konkurencji w systemie bazowym powinna zostać podjęta przy uwzględnieniu oceny funkcjonowania tego systemu, co będzie możliwe za kilka lat. Czas ten naszym zdaniem należy poświęcić na dalszą pracę analityczną i obserwowanie działania systemu konkurencji w systemie bazowym w Holandii (oraz na wprowadzenie zmian, które rekomendujemy w rozdziale podsumowującym).

Niezależnie od tego czy Polska wprowadzi kiedyś wzorowaną na systemie holenderskim regulowaną konkurencję w bazowym systemie ubezpieczeniowym, czy nie, niewątpliwie powinniśmy wzorować się na Holandii w tym wszystkim, co zapewnia przejrzystość i elastyczność rynku usług medycznych w tym kraju. Dlatego rekomendujemy:

Rekomendacje

- ▶ podobnie jak w poprzednim rozdziale, umożliwienie świadczeniodawcom (SPZOZ i NZOZ prowadzone przez podmioty publiczne) zawierania umów z płatnikami innymi niż NFZ<sup>53</sup> i stosowną regulację tych możliwości,
- ▶ ustabilizowanie systemu wyceny świadczeń - ustawa o Agencji Taryfikacji z lipca 2011 r., przekazująca kompetencje w tym obszarze z NFZ do innej (nowopowstającej) instytucji, jest niezbędnym krokiem w tę stronę; wiele będzie zależało od stopnia rzetelności i niezależności procesu wyceny,
- ▶ lepsze poinformowanie pacjenta o świadczeniodawcach i ubezpieczycielach. Wzorem Holandii polecamy (i) stworzenie strony internetowej zapewniającej informacje pomocne w wyborze dostawców usług i ubezpieczycieli, w tym cen usług oraz ich jakości, a także czasu oczekiwania (punktem wyjścia może być obecna strona NFZ) oraz (ii) utworzenie punktów informacyjnych dla osób niekorzystających z internetu,
- ▶ jasne zdefiniowanie kompetencji regulacyjnych w układzie Ministerstwo Zdrowia - NFZ (np. postulowana odpowiedzialność MZ za politykę zdrowotną, a NFZ tylko za finansowanie świadczeń; przedstawione powyżej wyłączenie z NFZ wyceny świadczeń), co pozwoli na likwidację swoistego „dualizmu” władzy. Zarazem wsparcie merytoryczne i finansowe obu tych instytucji w wypełnianiu ich funkcji.

Wspólną cechą tych instrumentów jest to, że z jednej strony poprawiłyby funkcjonowanie polskiego systemu w jego aktualnej strukturze, a jednocześnie znacznie ułatwiłyby wprowadzenie konkurencji w systemie bazowym, gdyby za parę lat okazało się, że jest to kierunek w którym zmierza polski system ochrony zdrowia - w tym przypadku jedynym dużym brakującym elementem pozostałby system wyrównywania ryzyka<sup>54</sup>.

Ponadto rekomendujemy, aby w trakcie prac nad wprowadzeniem regulowanej konkurencji w systemie bazowego ubezpieczenia przewidzieć działania pilotażowe<sup>55</sup>, testujące wypracowane rozwiązania na wybranej (np. w jednym regionie) grupie ubezpieczonych. Pozwoli to odpowiednio wcześniej zidentyfikować ewentualne problemy - i przede wszystkim lepiej dostosować wzorowane na Holandii rozwiązania do warunków krajowych.



## 7. Podsumowanie i rekomendacje

W opracowaniu przeanalizowano trzy scenariusze zmian instytucjonalnych w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce: wprowadzenie współpłacenia za usługi medyczne w systemie bazowym, regulacja i wsparcie rozwoju ubezpieczeń suplementarnych i wprowadzanie konkurencji w systemie bazowym na wzór Holandii.

Na podstawie przeglądu międzynarodowego oraz analizy dostępnych danych dla Polski, stwierdziliśmy, że każdy z kierunków zmian stanowi szansę poprawy funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. W przypadku współpłacenia polega ona na wzroście indywidualnej odpowiedzialności pacjenta za koszty leczenia, pewnym skróceniu kolejek i wygenerowaniu dodatkowych środków w systemie bazowym. Uporządkowanie i wsparcie rynku ubezpieczeń dodatkowych dawałoby z kolei szansę na napływ środków do systemu i zmniejszenie presji na system publiczny. Wreszcie, system holenderski charakteryzuje się większą, w porównaniu z polskim, przejrzystością i efektywnością rynku usług zdrowotnych - dlatego proponujemy wzorować się na nim w tym zakresie (kwestię konkurencji w systemie bazowym pozostawiamy otwartą).

Podkreślmy, że spośród analizowanych scenariuszy, tylko współpłacenie daje się zrealizować względnie prosto. Pozostałe wymagają wprowadzenia szeregu rozwiązań instytucjonalnych, z których część porządkuje polski system zdrowia i jest pożądana niezależnie od kierunku dalszych reform.

Rekomendacje płynące z opracowania są następujące.

### **1. Wprowadzenie ograniczonego współpłacenia za usługi medyczne w systemie bazowym, polegającego na wprowadzeniu opłat za usługi specjalistyczne i pobyt w szpitalu, przy stosunkowo niewielkim zakresie zwolnień podmiotowych.**

**Uzasadnienie:** Takie rozwiązanie powinno nieco skrócić kolejki występujące w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, a także wygenerować dodatkowe wpływy do systemu. Ustalając stawki i zakres współpłacenia trzeba uwzględnić dwa trudne do pogodzenia cele: zachować sensowność współpłacenia (którą zanegowałby zbyt szeroki zakres zwolnień), a jednocześnie nie spowodować oporu społecznego. Zważywszy na niskie poparcie społeczne dla współpłacenia oraz niedawne przypadki nieudanych reform tego typu na Węgrzech

Współpłacenie  
za usługi medyczne

i na Słowacji, zalecane rozwiązanie ma charakter umiarkowany (brak współpłacenia za podstawową opiekę zdrowotną, niewysoka stawka współpłacenia). Proponowana reforma zwiększyłaby indywidualną odpowiedzialność finansową pacjenta za wybór metody leczenia, a jednocześnie mogłaby liczyć na akceptację społeczną. Nie zamknęłyby też drogi do przyszłych zmian np. wprowadzenia współpłacenia za podstawową opiekę zdrowotną ze zmianą wynagradzania lekarzy na regułę *fee-for-service* (jest to reforma niezbędna przy wprowadzaniu współpłacenia za POZ). Proponujemy, aby przychody ze współpłacenia płynęły bezpośrednio do NFZ, a nie zostawały u świadczeniodawców, po to by nie tworzyć wokół tego mechanizmu nowych grup interesu. Przynajmniej w początkowym okresie działania współpłacenia, nie powinno być możliwości ubezpieczania się od ryzyka wystąpienia tego rodzaju kosztu, aby nie osłabiać działania tej reformy na popyt.

Umowy świadczeniodawców  
z płatnikami

## **2. Jednoznaczne umożliwienie świadczeniodawcom (SPZOZ i NZOZ prowadzone przez podmioty publiczne) zawierania umów z płatnikami innymi niż NFZ i stosowna regulacja tych możliwości, chroniąca „pacjentów publicznych”.**

**Uzasadnienie:** Zwiększenie możliwości działania świadczeniodawców poprawiłoby ich sytuację finansową i zwiększyło elastyczność rynku usług medycznych. Byłoby też czynnikiem rozwoju ubezpieczeń suplementarnych. Swoboda zawierania umów między świadczeniodawcami a ubezpieczycielami jest też warunkiem prawidłowego działania konkurencji w systemie bazowym, gdyby w perspektywie kilku lat okazało się, że jest to pożądany kierunek zmian (Więckowska 2010).

Ustabilizowany system  
wyceny świadczeń

## **3. Ustabilizowanie systemu wyceny świadczeń poprzez wprowadzenie w życie Ustawy o Agencji Taryfikacji i uczciwą praktykę wyceny.**

**Uzasadnienie:** Rozwiązanie to zmniejszyłoby skalę marnotrawstwa w systemie bazowym. Sprawny system wyceny świadczeń pozwoliłby też lepiej zapobiegać negatywnym skutkom ubezpieczeń suplementarnym (subsydiowaniu sektora prywatnego przez sektor publiczny). W przypadku wprowadzenia w Polsce konkurencji w systemie bazowym, zmniejszyłby koszty transakcyjne ubezpieczycieli i świadczeniodawców.

System informacji

## **4. Stworzenie systemu informacji o świadczeniach i o ubezpieczeniach zarówno w internecie, jak i metodami tradycyjnymi.**

**Uzasadnienie:** Obecny system informacyjny (strona internetowa NFZ i oddziały NFZ) wymaga poprawy. W obecnym systemie

instytucjonalnym zwiększyłyby to komfort pacjenta i pozwoliło na lepszą alokację świadczeń. Odpowiedni system informacyjny wzmocniłby też pozycję pacjenta na rynku ubezpieczeń suplementarnych i byłby wręcz niezbędny w przypadku wprowadzenia konkurencji w systemie bazowym (Więckowska 2010).

#### **5. Jasne zdefiniowanie kompetencji regulacyjnych w układzie Ministerstwo Zdrowia - Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wsparcie merytoryczne i finansowe obu instytucji w wypełnianiu ich funkcji.**

MZ vs. NFZ

**Uzasadnienie:** Obecny stan prawny jest niejasny, tymczasem rozwój rynku ubezpieczeń prywatnych bez sprawnego systemu regulacji i nadzoru będzie albo niemożliwy, albo niekorzystny dla systemu zdrowia (ryzyko wystąpienia błędów rynku).

#### **6. Przyjęcie Ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (po poprawkach) i monitorowanie jej skutków.**

Ustawa o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym

**Uzasadnienie:** Prace nad ustawą, która regulowałaby obszar ubezpieczeń zdrowotnych, trwają od ponad 3 lat. W tzw. międzyczasie pojawiły się dwa najważniejsze projekty ustaw (ze stycznia 2008 r. i marca 2011 r.), pierwszy z nich (poselski Platformy Obywatelskiej) nie wyszedł poza sejmową Komisję Zdrowia (gdzie od dłuższego czasu ma status „przed trzecim czytaniem”). Drugi ogłoszony został przez Ministerstwo Zdrowia w marcu 2011 r., odbyły się konsultacje społeczne zakończone w czerwcu 2011 r., projekt nie został jednak przekazany do Parlamentu. W obliczu braku ustawy rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych rozwinął się i nadal funkcjonuje bez stosownych regulacji. Konieczne jest określenie jego ram, przede wszystkim definicji samego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego i zabezpieczenia interesów pacjentów „prywatnych”. Jednocześnie nie rekomendujemy wprowadzenia ulgi podatkowej na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ze względu na niepewne skutki takiego rozwiązania dla rynku ubezpieczeń i sytuację finansów publicznych.

#### **7. Położenie nacisku na kampanie promujące/ uświadamiające znaczenie ubezpieczeń jako alternatywę i zabezpieczenie przed wydatkami z własnej kieszeni.**

Promocja znaczenia ubezpieczeń

**Uzasadnienie:** Świadomość finansowa społeczeństwa pozostaje niska, nadal panuje niechęć do ubezpieczeń jako produktów finansowych, co pokazują zarówno analizy wydatków prywatnych na zdrowie prezentowane w raporcie, jak i informacje o skali nieubezpieczonych domów i gospodarstw, przedstawiane np. po szkodach wyrządzonych przez zjawiska pogodowe. Ważna jest współpraca wszystkich

interesariuszy, w tym rządu, organizacji samorządowych i firm ubezpieczeniowych, mająca na celu szerzenie wiedzy w zakresie ubezpieczeń, możliwości wyboru najlepszej oferty, upraszczania produktów i zapisów umów itp.

#### **8. Stworzenie elektronicznego systemu zarządzania kolejkami w systemie bazowym.**

**Uzasadnienie:** Raporty NIK wskazują na potężną skalę nieefektywności w systemie zarządzania kolejkami w Polsce. Pacjenci wbrew obowiązującym przepisom nie są przypisywani do odpowiedniej kategorii medycznej, świadczenia często są przyznawane niezgodnie z kolejnością zgłoszeń na listę, zbierane są dane wybrakowane (np. bez daty wpisu, co przekreśla ideę listy oczekujących). Informacje o samej procedurze w zakresie list oczekujących rzadko są dostępne do powszechnej wiadomości (w przystępny sposób). Nadal występujący, ograniczony zakres informatyzacji i niespójność baz danych potęgują te problemy, działając na niekorzyść pacjenta.

Doświadczenie innych krajów podpowiada, że istnieją możliwości poprawy funkcjonowania polskiego systemu zdrowia poprzez wprowadzenie nowych rozwiązań w zakresie współpłacenia, ubezpieczeń dodatkowych oraz być może konkurencji w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Okazuje się jednak, że droga do dużych zmian instytucjonalnych (poza współpłaceniem) prowadzi przez pracę nad licznymi usprawnieniami systemu, z których każde może wydawać się małe, ale łącznie mają olbrzymi wpływ na jego funkcjonowanie i warunkują w istocie sukces większych reform.

# Przypisy

1. Autorzy pragną podziękować Wynandowi PMM van de Venowi, Agnieszce Chłoń-Domińczak, Łukaszowi Zalickiemu, Adamowi Perzowi, Piotrowi Ciżkowiczowi i Radosławowi Zubkowi za ich uwagi na etapie pisania pracy i za komentarze do wcześniejszych wersji tekstu.
2. W tym samym badaniu ankietowani generalnie dobrze oceniają dostępność lekarzy pierwszego kontaktu, 2/3 uważa, że warunki leczenia w ramach ubezpieczenia w NFZ są dobre. Najbardziej krytyczne opinie na temat służby zdrowia wyrażają respondenci leczący się wyłącznie prywatnie.
3. Raporty dostępne na [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl).
4. Jest to konsumencki ranking systemów ochrony zdrowia zbudowany w oparciu o szwedzki indeks konsumencki (systemów ochrony zdrowia) publikowany od 2004 r. Obecnie obejmuje on ocenę 34 krajów, w tym wszystkich 27 krajów UE. Uwzględnia pięć obszarów: prawa klienta i dostęp do informacji, czas oczekiwania na świadczenia, wyniki leczenia, dostępność opieki zdrowotnej i dostępność leków.
5. Wpływ zmian demograficznych na wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest problemem złożonym. Wiele prac wyraźnie wskazuje, że wraz z wydłużaniem się życia wydatki ulegają przesunięciu w czasie (ich zdecydowana większość ma miejsce w ostatnim roku życia). Rosnący, jednostkowy koszt leczenia jest większym czynnikiem wzrostu nakładów na zdrowie niż samo starzenie się ludności (Breyer et al. 2010, Polder et al. 2006, Steinman et al. 2007, Zweifel et al. 2009).
6. Projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych z 2008 r. (druk 293; wprowadzający rynek ubezpieczeń pokrywających m.in. współpłacenie oraz płacenie za usługi spoza koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych); projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym z 2011 r. (przedstawiony w rozdziale 5), propozycja PIU (2009 r., wprowadzenie regulowanej konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego).
7. Więckowska (2010).
8. Budżet państwa finansuje przede wszystkim programy polityki zdrowotnej, świadczenia wysokospecjalistyczne, ratownictwo medyczne. JST finansują np. programy profilaktyczne.
9. Uzasadnienie do projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych z marca 2011 r.
10. Wydatki na leki są w tych krajach najwyższe mierząc wysokością wydatków w USD per capita.
11. Warto podkreślić, że dane te nie obejmują wydatków w ramach abonamentów zdrowotnych.
12. Poza kwestią zadłużenia - i dalszego zadłużania się - jednostek świadczących usługi medyczne oraz nierozwiązanymi problemami restrukturyzacji wielu z nich.

13. Wyłączając deklarowane niespełnione potrzeby w zakresie protetyki stomatologicznej, rehabilitacji i pobytu w sanatoriach.
14. Szczegółowe wyniki dostępne u autorów.
15. Oprócz moral hazard ex post wyróżnia się zjawisko moral hazard ex ante, które polega na tym, że osoba posiadająca ubezpieczenie zdrowotne podejmuje mniej działań prewencyjnych, które mogłyby uchronić ją przed zachorowaniem (por. np. Zweifel, Manning 2000). W dalszej części opracowania zajmujemy się wyłącznie moral hazard ex post.
16. Ciekawym wynikiem modelu jest to, że liczba wariantów w równowadze jest większa od optymalnej.
17. Innym efektem może być proste przeniesienie części kosztów z sektora publicznego do prywatnego, bez zmiany całkowitej sumy kosztów ochrony zdrowia. Jednak tego nie kwalifikujemy jako korzyść.
18. Przy założeniu, że nie ma żadnych zmian po stronie podaży usług medycznych - więcej o tym w Ramce 5.
19. Na temat współpłacenia p. także: Sowada (2004).
20. Choć mniejszą (co do modułu) niż to wykazywały wcześniejsze badania dotyczące Korei.
21. Woch (2009) nie stwierdził związku między reżimem współpłacenia a zagregowanymi wydatkami na leki na receptę, ale jego badanie jest oparte na porównaniu międzynarodowym, a nie na badaniu mikro, co jak przekonywaliśmy w Ramce 5 może mieć wpływ na wynik.
22. W 2003 r. spośród krajów UE tylko w Szwecji istniało współpłacenie za ostry dyżur (Thomson et al. 2003).
23. Dwie prace Vardy et al. (2006, 2008) podjęły temat skutków wprowadzenia przez największego ubezpieczyciela w Izraelu w 1998 r. współpłacenia za wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów. Porównanie liczby korzystających w 1998 i 1999 r. ujawniło znaczące spadki (4-6% a w wypadku kolejnych wizyt 20%). Autorzy sugerują jednak, że efekt ten mógł być krótkookresowy - wyniki ich drugiego badania (2006), ankiety przeprowadzonej w latach 2000-2001 sugeruje, że wpływ współpłacenia na decyzje o korzystaniu z usług medycznych został oceniony jako niewielki. Niestety obie prace nie są porównywalne pod względem metodologicznym, trudno więc zweryfikować ten wniosek.
24. Zgodnie z „Badaniem Dochodów i Warunków Życia” (EU-SILC).
25. W Portugalii istnieje ponadto bardzo wiele tytułów do zwolnień z opłat. Niestety, raport HiT nie wymienia ich dokładnie, podając jedynie, że w 2006 r. do wyłączeń uprawnionych było aż 55% obywateli.
26. Silnie zróżnicowane jest regionalne natężenie osób akceptujących współpłacenie za usługi lekarskie lub wizyty w szpitalu - najczęściej akceptację taką deklarują mieszkańcy województwa lubelskiego (ponad 30% z nich), najrzadziej - mieszkańcy regionów zachodniej Polski (śląskie, dolnośląskie, lubuskie i wielkopolskie), gdzie nie przekracza ona 20%. Trudno wyjaśnić taki rozkład regionalny stosunku do współpłacenia.

27. Przy czym o ile korzystanie z opieki szpitalnej w roku poprzednim istotnie i negatywnie wpływa na akceptację współpłacenia, o tyle zgłaszanie niespełnionych potrzeb było nieistotne.
28. Nazywane „Świadczeniami odrębnie kontraktowanymi” w raporcie NFZ (2010).
29. Najlepiej by było wyłączyć ze współpłacenia tylko leczenie uzależnień, ale ponieważ występuje ono w statystykach zawsze łącznie z opieką psychiatryczną, uniemożliwiłoby to nam oszacowanie fiskalnych skutków reformy.
30. Podobnie jak przy opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, tutaj lepiej by było wykluczyć położnictwo, a zostawić pozostałe rodzaje opieki ginekologicznej - niestety nie pozwalają na to dane.
31. W Europie ubezpieczenia na współpłacenie odgrywają jeszcze pewną (ale znacznie mniejszą) rolę w Austrii i we Włoszech.
32. System irlandzki opisujemy szerzej w Ramce 8.
33. Źródło: raport HiT dla Francji (2004), Słowenii (2009) oraz opracowanie Colombo i Tapay (2004).
34. Trochę podobne rozwiązanie funkcjonuje w Austrii.
35. Przykładowo, w Wielkiej Brytanii polisy grupowe są znacznie tańsze niż indywidualne, ponadto wzrost cen był niższy (Mossialos i Thomson 2004).
36. Wyjaśnieniem takiego podejścia jest chęć uniknięcia różnicowania dostępu do usług zdrowotnych oraz obawa przed subsydiowaniem sektora prywatnego przez publiczny (Flood and Archibald 2001, za EO Health In Transition Canada 2005).
37. Trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie.
38. Rozwiązanie takie istnieje np. w Belgii, ale odnosi się do ubezpieczenia substytucyjnego. Wprowadzono je także w Słowenii, gdzie praktycznie cała populacja posiada ubezpieczenie komplementarne (wg nomenklatury Eurostat, tj. ubezpieczenia pokrywające koszty współpłacalności za świadczenia zdrowotne). Ponadto, regulacje mające na celu wyrównywanie ryzyka między ubezpieczycielami funkcjonują przede wszystkim tam, gdzie ubezpieczenia mają charakter substytucyjny i obejmują podstawowe usługi zdrowotne.
39. W Polsce odpowiada im w dużym stopniu system abonamentów zdrowotnych.
40. Informacja ta wpisuje się w doświadczenia niektórych krajów (takich jak: Irlandia, Hiszpania, Włochy, Portugalia, Wielka Brytania), w których osoby z lepszym stanem zdrowia częściej nabywają dodatkowe dobrowolne polisy zdrowotne (prawdopodobnie jest to wynik zależności między lepszym wykształceniem a nabywaniem PUZ, por. OECD, 2004).
41. Różnice dotyczą przede wszystkim struktury finansowania - w krajach tych publiczne usługi zdrowotne finansowane są przede wszystkim z podatków.

42. Nie wydają się więc być w Polsce realnym zagrożeniem zarysowane w rozdziale teoretycznym możliwe negatywne skutki ubezpieczeń suplementarnych.
43. Usługi komercyjne są już oferowane także przez publiczne NZOZ, jednak sytuacja ta nie jest klarowna pod względem prawnym.
44. Jedną z propozycji wpisujących się w ten schemat jest koncepcja PIU (2009).
45. Przy zastrzeżeniu, że system opieki zdrowotnej w USA nie jest oparty o zasadę powszechności i solidarności.
46. Przychody z obu źródeł mają podobny udział (tj. po ok. 50%) w łącznych przychodach ze składek.
47. Jak podaje EO Holandia (2010), system DBC nie jest jeszcze stabilny, co doprowadziło m.in. do nadmiernego finansowania szpitali. Duża liczba kategorii DBC komplikuje negocjacje - trwają prace nad 10-krotnym zmniejszeniem ich liczebności.
48. p. przypis 3.
49. Tu lepiej wypadają m.in. Austria, Belgia, Cypr, Francja, Niemcy, Islandia, Szwajcaria).
50. Mierzoną np. wskaźnikami śmiertelności (np. śmiertelność wewnątrzszpitalna czy wskaźnik zgonów, których można było uniknąć).
51. W latach 1988-1994 toczyła się dyskusja na temat głównych założeń reformy, wprowadzono także pierwsze pro-rynkowe zmiany w przepisach prawnych. W latach 1994-2000 prace toczyły się w wolniejszym tempie, jednak powstało wówczas wiele technicznych i instytucjonalnych rozwiązań, służących regulowanej konkurencji. W okresie 2000-2006 prace ponownie nabrały tempa, prowadząc do wprowadzenia reformy w 2006 r. (Helderman et al. 2005).
52. W przypadku reformy emerytalnej odłożono na później m.in. włączenie do systemu niektórych grup zawodowych, wprowadzenie ustawy o emeryturach pomostowych likwidującej wcześniejsze emerytury, a ponadto nie zbudowano wystarczająco sprawnego systemu nadzoru nad Otwartymi Funduszami Emerytalnymi.
53. Usługi komercyjne są już obecnie oferowane także przez publiczne NZOZ, jednak sytuacja ta pod względem prawnym nie jest klarowna.
54. Punkty pierwszy i trzeci pochodzą wprost z opracowania Więckowskiej (2010). Realizacja punktu drugiego jest niezbędna, jeżeli system negocjacji między płatnikami a świadczeniodawcami ma być sprawny. Punkt czwarty jest warunkiem spełniania przez państwo roli regulatora i kontrolera na rynku ubezpieczeń zdrowotnych i usług medycznych.
55. Działania mające charakter „eksperymentów” są popularnym sposobem na projektowanie optymalnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia (por. np. opisywany eksperyment RAND lub obecne prace nad reformą zabezpieczenia zdrowotnego w Stanach Zjednoczonych).



## Bibliografia

1. Andersen, R., Smedby, B., Vagero, D., (2001). "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science & Medicine* 52, 1195-1204.
2. BAG - Bundesamt für Gesundheit (2010). *Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung. Ausgabe 2009*, dostępna na stronie <http://www.bag.admin.ch>, 15.03.2011.
3. Ben E., Björnberg, A. (2010). "Euro-Canada Health Consumer Index 2010", *Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse, Policy Series No. 89*, Canada.
4. Besley T, Hall J, Preston I. (1999). "The demand for private health insurance: do waiting lists matter?" *Journal of Public Economics*, 72:155-181.
5. BfG - Bundesministerium für Gesundheit (2009), *Gesetzliche Krankenversicherung Vorläufige Rechnungsergebnisse 4. Quartal 2009*, dostępna na stronie <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html> 15.03.2011.
6. Blomqvist, Ake, (1997) „Optimal non-linear health insurance” *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 16(3), pages 303-321, June.
7. Bolhaar, J., Lindeboom, M., van der Klaauw, B. (2008). „A Dynamic Analysis of the Demand for Health Insurance and Health Care,” *Tinbergen Institute Discussion Papers 08-084/3*, Tinbergen Institute.
8. Breyer, F, J Costa-Font, and S Felder (2010), "Ageing, health, and health care", *Oxford Review of Economic Policy*.
9. Card, D., Dobkin C. i Maestas, N., (2004). "The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization and Health: Evidence from Medicare," Working Papers 197, *RAND Corporation Publications Department*.
10. Cardon, J., Hendel, I. (2001). "Asymmetric Information in Insurance: Evidence From the National Medical Expenditure Survey." *RAND Journal of Economics*, Vol. 32(2001), pp.408-27.
11. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) 2010. „Opinie o opiece zdrowotnej”, Komunikat z badań, BS/24/2010.
12. Chernew, M., Gibson, T., Yu-Isenberg K., Sokol, M., Rosen, A., i Fendrick, A., (2008). "Effects of Increased Patient Cost Sharing on Socioeconomic Disparities in Health Care", *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), s. 1131-6.

13. Colombo F. i Tapay, N. (2003), "Private health insurance in Australia: a case study", OECD Health Working Papers, No. 8, OECD Publishing.
14. Colombo F. i Tapay, N. (2004), "Private health insurance in Ireland: a case study", OECD Health Working Papers, No. 10, OECD Publishing.
15. Colombo F., i Tapay, N., (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, *OECD Working Paper: DELSA/ELSA/WD/HEA (2004) 6*.
16. Costa, J., i Jaume, G. (2001). "Demand for Private Health Insurance: Is there a Quality Gap?," *Economics Working Papers 531*, Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra.
17. Cutler D.M. i Zeckhauser R.J. (2000). „The anatomy of health insurance" w: *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, eds. A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Elsevier Science B.V.
18. DGP - Dziennik Gazeta Prawna (2011), "Politycy postanowili: nie będzie wolnego rynku w służbie zdrowia", 22.04.2011.
19. Dixit, A. K., and J. E. Stiglitz (1977) 'Monopolistic Competition and Optimum Product Diversity' *American Economic Review*, 67(3), 297-308.
20. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2001). "New Zealand: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 13 No. 19.
21. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2005). "Canada: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 7 No. 3.
22. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2007). "Portugal: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 9 No. 5.
23. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2007). "Australia: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 8 No. 5.
24. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2008). "Finland: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 10 No. 4.
25. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2008). "Estonia: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 10 No. 1.
26. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2009). "Ireland: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 11 No. 4.
27. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2009). "Italy: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 11 No. 6.

28. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2010). "Spain: Health system review", Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 4.
29. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2010). "Spain: Health system review", Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 4.
30. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2010). "Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol. 11 No. 1.
31. EO - European Observatory on Health Systems and Policies (2011). "Greece: Health system review", Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 7.
32. Finkelstein, A. (2004) "Minimum Standards, Insurance Regulation, and Adverse Selection: Evidence from the Medigap Market" *Journal of Public Economics*, 88 (2004), pp.2515-2547.
33. Golinowska S. (red.) (2008). *Zielona Księga 2*, Warszawa
34. GUS - Główny Urząd Statystyczny (2010), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, dostępne na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), 15.03.2011.
35. GUS (2006), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r.*, Warszawa.
36. Harmon, C., Nolan, B., (2001). „Health insurance and health services utilization in Ireland," *Health Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., vol. 10(2), pages 135-145.
37. Helderman J., Schut, F., van der Grinten, T., van de Ven, W. (2005). "Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February-April 2005.
38. Hryniewiecka, A. (2009). *Pomoc Społeczna w liczbach*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, dostępne na stronie, <http://www.politykaspoleczna.obserwatorium.malopolska.pl>.
39. IBS (2010). „Zatrudnienie w Polsce 2008: Praca w cyklu życia", Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
40. Jihomg, D., Zhu, M. (2007). "Welfare effects of public Health insurance reform: The case of Urban China", *Frontiers of Economics in China*, 2(3), s. 289-323.
41. Joób S. (2008). "Vizitdij: tények, érvek, ellenérvek" ("Opłaty, konkrety, argumenty, kontrargumenty"), Index, 27.02.2008.
42. Keeler, E.B., i. Rolph, J.E (1988). „The demand for episodes of treatment in the health insurance experiment", *Journal of Health Economics* 7(4):337-367.
43. Lang T., Davido, A., Diakité, B., Agay, E., Viel J.F., i Flicoteaux, B. (1997). "Using the Hospital Emergency Department as a Regular Source of Care", *European Journal of Epidemiology*, Vol. 13, No. 2, s. 223-228.

44. Lexchin, J. i Grootendorst, P. (2004). „Effects of Prescription Drug User Fees on Drugs and Health Services Use and on Health Status in Vulnerable Populations: A Systematic Review of the Evidence.” *International Journal of Health Services* 34(1): 101-22.
45. Liebman J, i Zeckhauser R. Simple humans, complex insurance, subtle subsidies. *NBER working paper 14330*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2008.
46. Lu, M., Savage, E. (2006). „Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system? Evidence from Australia”, *CHERE Working Paper 2006/11*, Working Papers 2006/11, CHERE, University of Technology, Sydney.
47. Maarse, H., Paulus, A. (2011). “The politics of health - care reform in the Netherlands since 2006?”, *Health Economics, Policy and Law*, 6, 125-134.
48. Mossialos E., Thomson S. (2004). *Voluntary Health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies.
49. NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia (2010). *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2009*, dostępne na stronie [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).
50. NFZ (2010).” Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń, Warszawa.
51. OECD (2004). *Private Health Insurance in OECD countries*, The OECD Health Project, OECD: Paryż.
52. OECD (2006), “Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?”, OECD Economics Department Working Papers, No. 477, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/736341548748>.
53. OECD (2009). *Health at Glance*, OECD: Paryż.
54. OECD (2010). *Value for Money in Health Spending*, OECD: Paryż.
55. Polder, JJ, JJ Barendregt, and H van Oers (2006), “Health care costs in the last year of life - the Dutch experience”, *Social Science and Medicine*, 63 (7):1720-1731.
56. Polska Izba Ubezpieczeń (PIU) (2009). *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Koncepcja Polskiej Izby Ubezpieczeń*, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl).
57. PTE (2009), *Diagnoza Społeczna: dane z badania*, [www.diagnoza.com](http://www.diagnoza.com).
58. Ros C., Groenewegen, P., Delnoij, D., (2000). “All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems”, *Health Policy* 52 (2000) 1-13.

59. Rückert I., Böcken J, Mielck, A. (2008). "Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors". *BMC Health Serv Res.* 2008 Nov 12;8:232.
60. Schut, F., van de Ven, W. (2011). "Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?", *Health Economics, Policy and Law*, 6,109-123.
61. Schut, F., van de Ven, W. (2011a). "Managed competition in the Dutch health system: is there a realistic alternative?", *Health Economics, Policy and Law*, 6,135-137.
62. Sinkó, E. (2009), "A magyar egészségügy - bukott reformkísérlet után" ("Węgierska służba zdrowia - po nieudanej próbie reformy"), *KRITIKA*, maj 2009.
63. Sowada, Ch. (2004), „Współpłacenie - szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego", *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia: Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom II, nr 1/2004.
64. Srivastava, P., Zhao, X, (2008). "Impact of Private Health Insurance on the Choice of Public versus Private Hospital Services," *Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers 08/17*, HEDG, c/o Department of Economics, University of York.
65. Stabile, M. (2002). "The Role of Tax Subsidies in the Market for Health Insurance," *International Tax and Public Finance*, Springer, vol. 9(1), pages 33-50, January.
66. Steinbronn R. (2005). „18 Monate GKV-Modernisierungsgesetz - Bewertung und Ausblick: die Sicht der Krankenkassen", *Zeitschrift für Kardiologie*, Band 94, Supplement 3, s. 15-18.
67. Steinmann, L, H Telser, and P Zweifel (2007), "Aging and Future Health Care Expenditure: a Consistent Approach", *Forum for Health Economics & Policy*, 10(2):1-30.
68. Thomson S., Foubister, T., Mossialos E. (2010). "Can user charges make health care more efficient?", *BMJ* 2010; 341.
69. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos T. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization, Kopenhaga.
70. Thomson, S., Mossialos, E., Jemai, N. (2003). *User charges for health services in the European Union: report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission*. Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Londyn, mimeo.
71. Tu-Bin Ch., Tsai-Ching, L., Chin-Shyan Ch., Yi-Wen, T. i Wen-Ta, Ch. (2005). "Household out-of-pocket medical expenditures

- and national health insurance in Taiwan: income and regional inequality", *BMC Health Serv Res.* 2005; 5:60.
72. Vardy, D. A., Freud, T., Shvartzman, P., Sherf, M., Spilberg, O., Goldfarb, D., et al. (2006). "Introducing co-payment for consultant specialist services". *Israel Medical Association Journal (IMAJ)*, 8, s. 558-562.
73. Vardy, D., Freud, T., Sherf, M., Spilberg, O., Goldfarb, D., Cohen, A., Mor-Yosef, S., Shvartzman, P., (2008). "A Co-payment for Consultant Services: Primary Care Physicians Referral Actualization", *Journal of Medical Systems*, 32, s. 37-41.
74. Więckowska B. (2010). *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young, Warszawa.
75. Woch P. (2009). „Analiza wpływu stosowanych form i wysokości współpłacenia na wartość konsumpcji leków w krajach Unii Europejskiej”, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia: Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom II, nr 1/2009.
76. ZUS - Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2009), *Emerytury i renty przyznane w 2008 r.*, dokument dostępny na [www.zus.pl](http://www.zus.pl), 15.03.2011.
77. Zweifel P, S Felder, and M Meier (1999), "Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?", *Health Economics*, 8(6):485-496.
78. Zweifel P., Manning, W. (2000). "Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care" 2000, w: *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, eds. A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Elsevier Science B.V.
79. Zweifel Peter, Friedrich Breyer, Mathias Kifmann (2009), *Health Economics*, 2nd edition, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

## Spis ramek

Ramka 1.	Raporty NIK na temat kolejek w polskim systemie ochrony zdrowia . . . . .	21
Ramka 2.	Model umowy ubezpieczenia zdrowotnego (Zweifel et al. 2009, s. 237-247) . . . . .	27
Ramka 3.	Formy współpłacenia . . . . .	30
Ramka 4.	Health Insurance Experiment . . . . .	33
Ramka 5.	Analiza skutków współpłacenia - problemy metodologiczne . . . . .	35
Ramka 6.	Mechanizmy ochronne . . . . .	40
Ramka 7.	Wynagradzanie świadczeniodawców przez płatnika (systemy finansowane w większości ze środków publicznych) . . . . .	45
Ramka 8.	Ubezpieczenia suplementarne w krajach OECD . . . . .	60
Ramka 9.	Dochodowa elastyczność popytu na PUZ w Polsce . . . . .	72
Ramka 10.	Zasoby systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE . . . . .	78
Ramka 11.	Propozycje regulacji dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.. . . . .	83

## Spis tabel

Tabela 1.	Współpłacenie za usługi medyczne w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego . . . . .	31
Tabela 2.	Szacowane koszty usług medycznych w hipotetycznych planach bez maksymalnych kwot współpłacenia - jako procent kosztów dla planu z zerową stopą współpłacenia. . . . .	34
Tabela 3.	Kolejki a współpłacenie i podaż usług zdrowotnych . . . . .	38
Tabela 4.	Przegląd mechanizmów ochronnych w krajach europejskich . . . . .	41
Tabela 5.	Udział wpływów ze współpłacenia (bez opłat za leki w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną) . . . . .	44
Tabela 6.	Akceptacja współpłacenia za usługi medyczne w Polsce, 2009 r. . . . .	46
Tabela 7.	Możliwe opłaty za usługi medyczne . . . . .	50
Tabela 8.	Szacunkowe przychody ze współpłacenia - wielkości hipotetyczne, 2010 r. . . . .	51
Tabela 9.	Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach . . . . .	53
Tabela 10.	Wydatki na prywatne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. . . . .	62
Tabela 11.	Potencjał popytu na dodatkowe ubezpieczenia, 2007 r. . . . .	74

## Spis rysunków

Rysunek 1.	Typologia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych . .	11
Rysunek 2.	Zakres ekonomii zdrowia . . . . .	25

## Spis wykresów

Wykres 1.	Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne w latach 2003-2011 (w cenach stałych z 2011 r., mld PLN) . .	15
Wykres 2.	Wydatki na zdrowie jako % PKB w 2007 r. . . . .	15
Wykres 3.	Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w łącznych wydatkach na zdrowie w wybranych krajach w %, 2007 r. . . . .	16
Wykres 4.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2008 r. . . . .	16
Wykres 5.	Wydatki na leki w OECD, jako % PKB (lewa oś) i udział wydatków prywatnych w łącznych wydatkach na leki (prawa oś) w 2007 r. . . . .	18
Wykres 6.	Struktura wydatków prywatnych gospodarstw domowych i prywatnych ubezpieczeń w 2007 r. . . . .	18
Wykres 7.	Korzystanie z usług zdrowotnych finansowanych wg źródła finansowania w % (co najmniej raz w roku) . .	19
Wykres 8.	Niespełnione potrzeby zdrowotne z powodu kolejek, w krajach UE, jako % populacji w latach 2006-2009 . .	23
Wykres 9.	Procent osób deklarujących zgodę na współpłacenie za usługi lekarskie lub pobyt w szpitalu w 2005 r. . . .	47
Wykres 10.	Zainteresowanie dobrowolnym PUZ wg kwintyli dochodowych, 2007 r. . . . .	72
Wykres 11.	Wydatki gospodarstw na usługi zdrowotne (w PLN), wg kwintyli dochodowych, 2007 r. . . . .	77
Wykres 12.	Wydatki gospodarstw na usługi zdrowotne w 3 miesiącach lat 2007 i 2009 . . . . .	77
Wykres 13.	Liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców . . . . .	79
Wykres 14.	Liczba wypisów na 100 tys. mieszkańców . . . . .	79
Wykres 15.	Relacja liczby łóżek w stosunku do liczby hospitalizacji (mierzonej wypisami ze szpitala) w krajach UE . . . . .	80
Wykres 16.	Specjalizacje z liczbą lekarzy <i>per capita</i> niższą (górny wykres) i wyższą (dolny wykres) niż mediana w krajach UE . . . . .	81



# Nasze raporty

## **Finansowanie transportu publicznego metodą Land Value Capture Zastosowanie dla metra w Warszawie**

Francesca Romana Medda, University College London  
Marta Modelewska, Szkoła Główna Handlowa

## **Produktywność naukowa wyższych szkół publicznych w Polsce. Bibliometryczna analiza porównawcza.**

Joanna Wolszczak-Derlacz, Politechnika Gdańska  
Aleksandra Parteka, Politechnika Gdańska

## **Konkurencja między płatnikami w sektorze ochrony zdrowia.**

Barbara Więckowska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

## **Wpływ polityki inwestycyjnej OFE na ład korporacyjny w Polsce.**

Eric Reinhardt, Uniwersytet Emory w Atlancie  
Andrew Kerner, Uniwersytet w Michigan

## **Partnerstwo Publiczno-Prywatne w rozwoju przestrzeni miejskiej. Polska praktyka na tle regulacji unijnych.**

Tuna Tasan-Kok, Uniwersytet w Utrechcie  
Magdalena Załączna, Uniwersytet Łódzki

## **Innowacyjność sektora MSP w Polsce. Rządowe programy wsparcia a luka finansowa.**

Darek Klonowski, Brandon University

## **Biurokracja na bank. Koszty obowiązków biurokratycznych polskich regulacji bankowych.**

Janusz Paczocha, Narodowy Bank Polski  
Wojciech Rogowski, Narodowy Bank Polski, Szkoła Główna Handlowa  
Paweł Kłosiewicz, Narodowy Bank Polski, Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej w Warszawie  
Wojciech Kozłowski, Narodowy Bank Polski

## **Wykorzystanie ewaluacji w zarządzaniu programami unijnymi w Polsce.**

Martin Ferry, University of Strathclyde  
Karol Olejniczak, EUROREG Uniwersytet Warszawski

## **Wpływ Trybunału Konstytucyjnego na polski porządek prawny.**

Tomasz Stawecki, Uniwersytet Warszawski  
Wiesław Staśkiewicz, Uniwersytet Warszawski  
Jan Winczorek, Uniwersytet Warszawski

## **Występowanie sfer korupcji w zarządzaniu polską administracją rządową.**

Paul Heywood, Uniwersytet w Nottingham  
Jan-Hinrik Meyer-Sahling, Uniwersytet w Nottingham

**Efektywność zarządzania długiem w samorządach.**

Michał Bitner, Uniwersytet Warszawski

Krzysztof S. Cichocki, Instytut Badań Systemowych w Polskiej Akademii Nauk

**Zagospodarowanie przestrzenne. Polskie prawo na tle standardów demokratycznego państwa prawnego.**

Hubert Ireneusz Izdebski, Uniwersytet Warszawski

Aleksander Nelicki, Unia Metropolii Polskich

Igor Zachariasz, Unia Metropolii Polskich

**Organizacja procesu budżetowego w Polsce. Reguły budżetowe a stabilność fiskalna i gospodarcza.**

Jürgen von Hagen, Centrum Studiów Integracji Europejskiej, Uniwersytet w Bonn, Niemcy

Mark Hallerberg, Wydział Nauk Politycznych, Uniwersytet Emory w Atlancie, Stany Zjednoczone

**Strategie orzekania sądowego. O wykonywaniu władzy dyskrecyjnej przez sędziów sądów administracyjnych w sprawach gospodarczych i podatkowych.**

Denis Galligan, The Centre for Socio-Legal Studies, Oxford University

Marcin Matczak, Polska Akademia Nauk, Kancelaria Domański Zakrzewski i Palinka

**Stanowienie prawa w Polsce. Reguły legislacyjne a jakość ustawodawstwa.**

Klaus H. Goetz, London School of Economics and Political Science

Radosław Zubek, London School of Economics and Political Science Raporty

# LSE Obserwatorium Środkowoeuropejskie

## **Barometr legislacyjny.**

Radosław Zubek, Instytut Europejski w London School of Economics and Political Science

Marcin Matczak, Uniwersytet Oksfordzki

Agnieszka Cieleń, Uniwersytet Warszawski

Tomasz Zalański, Domański Zakrzewski Palinka Sp.k.

## **Sprawny Parlament. Wpływ partii i reguł na przewidywalność legislacyjną.**

Radosław Zubek, London School of Economics and Political Science

Klaus H. Goetz, London School of Economics and Political Science

Christian Stecker, Uniwersytet w Poczdamie

## **Planowanie legislacyjne w Europie Środkowej.**

Radosław Zubek, European Department, London School of Economics and Political Science

Klaus Goetz, German and European Governance, Potsdam Universität

Martin Lodge, Government Department, London School of Economics and Political Science

## **Wykonywanie prawa Unii Europejskiej. Wpływ organizacji administracji rządowej na transpozycję dyrektyw UE.**

Radosław Zubek, Uniwersytet Oksfordzki

Katarína Staroová, Uniwersytet im. Jana Komeńskiego w Słowacji









# Autorzy

## Iga Magda

Iga Magda jest adiunktem w Katedrze Ekonomii I Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie oraz dyrektorem Programu Badań i Innowacji Społecznych w Instytucie Badań Strukturalnych. Autorka licznych publikacji i ekspertyz z zakresu ekonomii pracy, kapitału ludzkiego, polityki rynku pracy i polityki społecznej. W przeszłości pracownik Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, gdzie odpowiadała za analizy rynku pracy. Jej zainteresowania badawcze to ekonomia pracy, ekonomia zdrowia oraz nierówności społeczne.  
[iga.magda@sgh.waw.pl]

## Krzysztof Szczygielski

Krzysztof Szczygielski jest adiunktem w Katedrze Ekonomii Uczelni Łazarskiego w Warszawie oraz współpracownikiem CASE-Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych. Uczestnik wielu projektów realizowanych w ramach Programów Ramowych UE. Jego zainteresowania naukowe obejmują m.in. organizację rynku, ekonomię innowacji i badań naukowych, ekonomię polityczną i politykę gospodarczą. Jest laureatem stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla wybitnych młodych naukowców.  
[krzysztof.szczygielski@case-research.eu]



SPRAWNE PAŃSTWO  
PROGRAM *ERNST & YOUNG*

Rondo ONZ 1  
00-124 Warszawa  
tel. +48 (22) 557 70 00  
fax +48 (22) 557 70 01  
www.sprawnepanstwo.pl