

PRACE NAUKOWE

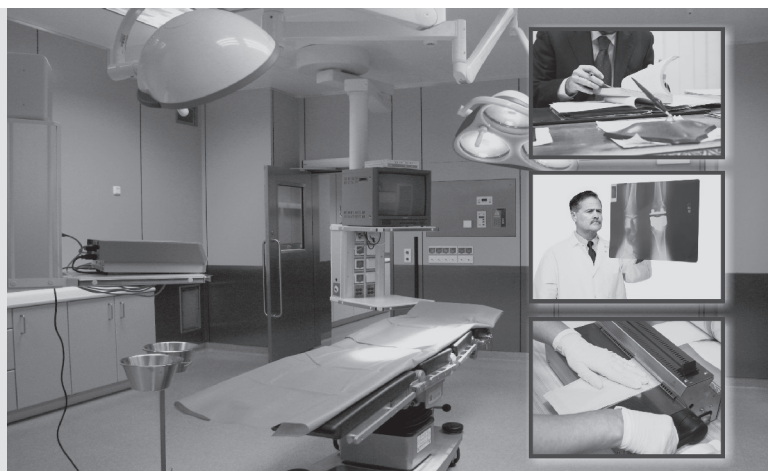
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Paweł Prędkiewicz

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PRYWATNI UBEZPIECZYCIELE JAKO PODSTAWOWE ŹRÓDŁO FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W EUROPIE

Streszczenie: Od kilkunastu lat w Polsce rozważana jest możliwość wprowadzenia ubezpieczenia się w alternatywnych, w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia (wcześniej Kas Chorych), instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego. Artykuł prezentuje rozwiązania w wybranych krajach Europy, w których podmioty prywatne funkcjonują jako podstawowi ubezpieczyciele zdrowotni. Celem opracowania jest identyfikacja istniejących uwarunkowań ekonomiczno-prawnych oraz sposobów zapobiegania niedoskonałościom mechanizmów rynkowych w sektorze finansowania opieki zdrowotnej, zwłaszcza w selekcji ryzyka.

Słowa kluczowe: finanse opieki zdrowotnej, prywatne ubezpieczenia zdrowotne, prywatni płatnicy, selekcja ryzyka.

1. Wstęp

Tendencje istniejące w krajach OECD pokazują coraz większe wewnętrzne zróżnicowanie systemów finansowania opieki zdrowotnej i współistnienie różnych form płatników, zarówno publicznych, jak i prywatnych, a także konwergencje systemów finansowania [m.in. Paris i in. 2010]. W praktyce brak już systemów modelowych zdefiniowanych przez M.G. Fielda: ubezpieczeniowego, zaopatrzeniowego, socjalistycznego i pluralistycznego [Field 1973, s. 765]. Nawet Stany Zjednoczone, które powszechnie uważane są za przykład systemu opartego na dobrowolnych prywatnych ubezpieczeniach, wydają ze środków publicznych (stanowych i federalnych) *per capita* 3795 USD PPP [OECD, *Health at a Glance* 2011, s. 149], co stawia je na czwartym miejscu na świecie pod względem publicznych wydatków zdrowotnych przypadających na jednego mieszkańca¹. Wydatki publiczne są tylko o 10% mniejsze od środków pochodzących z sektora prywatnego.

Konieczne staje się wypracowanie ogólnych ram, zasad współistnienia podmiotów publicznych i prywatnych jako tzw. płatników w systemie zdrowia. Niniejszy artykuł ma na celu identyfikację wybranych zagrożeń i metod przeciwdziałania im

¹ Więcej wydają tylko Norwegia, Luksemburg oraz Holandia.

w zakresie funkcjonowania obok siebie płatników publicznych i prywatnych, zwłaszcza odnoszących się do selekcji ryzyka. Zagadnienie to jest szczególnie istotne wobec wieloletnich niezrealizowanych propozycji wprowadzenia prywatnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce [m.in. Ustawa z 6 lutego 1997 r., art. 4a; Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r.].

2. Płatnik

Na początku istnienia systemów zdrowotnych funkcjonowały dwa rodzaje podmiotów: pacjenci i lekarze. Rozwój medycyny, przejawiający się w coraz doskonalszych, a zarazem bardziej skomplikowanych formach interwencji lekarskiej, zaowocował powstaniem nowego rodzaju podmiotów – pośredników finansujących działalność bieżącą lekarzy i szpitali. Pierwotnie płatnicy mieli formę instytucji charytatywnych, finansowanych z dochodów władz świeckich i kościelnych. Dopiero koniec XIX wieku oraz wiek XX przyniosły wzrost znaczenia płatnika jako oddzielnego podmiotu w sektorze zdrowia.

Funkcją płatnika jest spełnianie funkcji finansowej systemu zdrowia [WHO, *The World Health Report 2000*, s. 8]:

- a) gromadzenie środków finansowych,
- b) rozkładanie ryzyka,
- c) nabywanie świadczeń.

Gromadzenie środków to proces, w którym system zdrowia pobiera środki finansowe od gospodarstw domowych, przedsiębiorstw, rządu oraz innych podmiotów (m.in. organizacji charytatywnych). Zwykle wyróżnia się następujące źródła pozyskiwania zasobów do systemu zdrowia: podatki, ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia prywatne oraz bezpośrednio opłaty ponoszone w momencie korzystania ze świadczenia. Rozkładanie ryzyka polega na podziale ryzyka ponoszenia wydatków na opiekę zdrowotną pomiędzy członków tzw. wspólnoty ryzyka, gdzie pojedynczy wkład finansowy członka jest stosunkowo niewielki, a pozwala sfinansować znaczne jednostkowe wydatki. Nabywanie świadczeń to proces, w którym wprowadzone do systemu środki są przekazywane świadczeniodawcom jako zapłata za działalność zdrowotną.

Funkcje spełniane przez płatnika nie ograniczają jego formy organizacyjno-prawnej. Płatnikiem mogą być zarówno: ministerstwo, agencja rządowa, fundusz ubezpieczenia społecznego, samorządowa kasa chorych, organizacja non profit, jak i prywatny ubezpieczyciel działający dla zysku. W modelu zaopatrzeniowym rolę płatnika odgrywa budżet centralny lub lokalny, który z jednej strony gromadzi środki w postaci ogólnych podatków, a z drugiej nabywa świadczenia od podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Funkcja podziału ryzyka jest osiągnięta przez objęcie ochroną ubezpieczeniową całości mieszkańców. W przypadku modeli ubezpieczeniowych lub pluralistycznych funkcję płatnika spełnia ubezpieczyciel.

W większości rozwiniętych krajów główną rolę w finansowaniu opieki zdrowotnej odgrywają płatnicy publiczni, a podmioty prywatne ograniczają się do funkcji:

a) komplementarnej – finansując świadczenia nieobjęte systemem publicznym lub pokrywając koszty dopłat do świadczeń w większości finansowanych ze środków publicznych;

b) suplementarnej (równoległej) – finansując klientom na ogół takie same świadczenia, do jakich mają dostęp w ramach systemu publicznego, ale ze względu na nieformalne ograniczenia nie mogą z nich korzystać (zwykle są to długie listy oczekujących, limity świadczeń, nieadekwatna ich jakość).

W niniejszym artykule analizą objęto wyłącznie kraje, w których prywatni płatnicy pełnią funkcję podstawową (oferując dostęp do opieki zdrowotnej dla osób nieobjętych systemem publicznym) lub substytucyjną (w przypadku gdy ubezpieczony może wybrać, czy chce korzystać z systemu publicznego czy prywatnego). Gdy podmioty prywatne traktowane są jako uzupełnienie systemu publicznego, odgrywając rolę komplementarną lub suplementarną, można traktować sprzedawaną przez nie usługę jako dobro niezapewniające zaspokojenia podstawowych potrzeb, a jedynie podwyższające standard świadczeń. Ewentualne niedoskonałości rynku nie oznaczają np. wykluczenia pewnych grup społecznych z dostępu do świadczeń. Ingerencja państwa w tego typu rynki ma zdecydowanie inny charakter niż w ubezpieczeniach podstawowych lub suplementarnych. W kilku krajach europejskich prywatni ubezpieczyciele odgrywają podstawową rolę w finansowaniu opieki zdrowotnej dla istotnej części społeczeństwa. Należą do nich m.in.: Holandia, Niemcy, Słowacja, Szwajcaria.

W przypadku ubezpieczeń gospodarczych standardową metodą gromadzenia środków jest pobór składek od ubezpieczających. Wysokość składki ubezpieczeniowej, zgodnie z zasadą ekwiwalentności, jest uzależniona od wysokości ryzyka, jakie ubezpieczony wnosi do wspólnoty ryzyka. W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego realizowanego przez podmioty publiczne finansowanie odbywa się przez składki, których wysokość jest proporcjonalna do dochodów, a nie zależy od ryzyka zdrowotnego związanego z danym ubezpieczonym. Rozwiązania prawne stosowane wobec podstawowych płatników prywatnych zwykle mocno ograniczają możliwość samodzielnego określania składki ubezpieczeniowej i uzależniania jej od stanu zdrowia ubezpieczonego. W wymienionych wyżej krajach stosowane są zróżnicowane metody kształtowania ceny za ubezpieczenie zdrowotne.

Niemcy

Najbardziej zbliżone do rozwiązań ubezpieczeń gospodarczych są metody określania ceny w niemieckich prywatnych kasach chorych. Ubezpieczyciele mają prawo określać wysokość składki, zwykle uzależniając ją od następujących czynników: płci, wieku ubezpieczonego oraz stanu zdrowia w momencie podpisywania umowy. Ubezpieczyciel może też odmówić zawarcia umowy z daną osobą ze względu na wysokie ryzyko. Niemieckie ubezpieczenie zdrowotne jest zorganizowane na kształt

ubezpieczenia życiowego i wymaga określenia poziomu składki w momencie zawierania umowy. Późniejsze zmiany stanu zdrowia klienta nie upoważniają ubezpieczyciela do zmiany składki czy innego elementu umowy. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są zawierane na okres całego życia ubezpieczonego, co oznacza konieczność oszacowania wydatków zdrowotnych z góry, na kilkadziesiąt lat. Składka ubezpieczeniowa w całym okresie obowiązywania polisy jest w przybliżeniu stała, co w powiązaniu z rosnącymi wraz z wiekiem wydatkami zdrowotnymi oznacza konieczność tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych związanych z wiekiem (*Alterungsrückstellungen*) w początkowych okresach ubezpieczenia (składka większa niż ryzyko), a następnie pomniejszanie rezerwy (tzw. konsumpcja rezerwy, oznaczająca, że składka jest niższa niż ryzyko).

Od 1 stycznia 2009 r. [Ustawa o reformie ustawy o umowie ubezpieczenia...], wraz z wprowadzeniem przymusu ubezpieczenia dla wszystkich rezydentów Niemiec [Ustawa o umowie ubezpieczenia..., §193; ujednolicony tekst tej ustawy zawarty jest w art. 1 Ustawy o reformie ustawy o umowie ubezpieczenia...], prywatni ubezpieczyciele mają obowiązek zaferować tzw. taryfę podstawową (*Basistarif*). Podlega ona odmiennym regulacjom niż pozostałe produkty ubezpieczeniowe. Zakresem świadczeń odpowiada rozwiązaniom z systemu publicznego, a ubezpieczyciele mają obowiązek przyjąć każdego potencjalnego ubezpieczonego i nie mogą różnicować składki ze względu na stan zdrowia, a wyłącznie ze względu na wiek i płeć [Ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym..., §12, ust. 1b]. Wbrew intencjom ustawodawców, *Basistarif* jest produktem stosunkowo rzadko wybieranym – wybrało go zaledwie ok. 24 tys. z 9 mln klientów prywatnych kas chorych [Verband der Privaten Krankenversicherung 2011, s. 3]. Ze względu na brak różnicowania ceny z uwagi na stan zdrowia istnieje silna antyselekcja ryzyk, skutkująca ustaleniem ceny na najwyższym dopuszczalnym ustawowo poziomie, odpowiadającym maksymalnej składce w publicznych kasach chorych.

Szwajcaria

Od 1996 r. ubezpieczenia zdrowotne w Szwajcarii, zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym, są obowiązkowe praktycznie dla każdego rezydenta [Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym..., art. 3; ustawa ta często nazywana jest „LAMal” – od tytułu francuskiej wersji ustawy: *Loi Fédérale sur l'Assurance-Maladie*]. W szwajcarskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych ubezpieczyciel ma obowiązek przyjąć każdą osobę i nie ma możliwości stosowania wykluczeń ze względu na istniejące schorzenia. Dodatkowo składki nie zależą od stopnia ryzyka związanego z osobą ani dochodami ubezpieczonego. Na ogół każdy ubezpieczony powinien płacić jednakową składkę [Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym..., art. 61]. Dopuszczalne wyjątki od reguły dotyczą zróżnicowania składki ze względu na miejsce zamieszkania (kanton lub region) oraz wiek ubezpieczonego (0-18, 18-25, powyżej 25 lat). Obowiązkowym elementem każdej polisy jest też roczna franszyza redukcyjna o minimalnej wysokości 300 CHF oraz udział własny ubezpieczonego w wysokości 10% kosztów leczenia przekraczających franszyzę (z limitem 700 CHF).

W umowie może się znaleźć zapis o wyższej franszyzie (do 500-2500 CHF), pozwalającej na obniżenie składki [Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym..., art. 61].

Przeciętna roczna składka na ubezpieczenie zdrowotne w roku 2009 wynosiła 323 CHF miesięcznie dla osób dorosłych, 259 CHF dla młodocianych (19-25 lat) oraz 76 CHF dla dzieci [Bundesamt für Gesundheit..., s. 91]. Jednocześnie wysokość składki ubezpieczeniowej wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne.

Holandia

1 stycznia 2006 r. został wprowadzony system ubezpieczenia zdrowotnego oparty na obowiązkowych prywatnych ubezpieczeniach. Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszyscy mieszkańcy Holandii. Konkurujący z sobą ubezpieczyciele mają obowiązek przyjąć każdego klienta, bez względu na istniejące schorzenia, i nie mogą różnicować ceny polisy w zależności od ryzyka klienta. Obowiązuje taka sama składka dla każdego klienta. Podstawowy pakiet świadczeń jest definiowany przez instytucje rządowe. Rząd odpowiada również za opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą do lat 18, opłacając składki ubezpieczeniowe. W przeciwieństwie do typowych rozwiązań prywatnych ubezpieczeń, składka ubezpieczeniowa jest podzielona na dwie części: zdefiniowaną kwotowo oraz uzależnioną od dochodów ubezpieczonego, czym zbliża się do rozwiązań stosowanych w ubezpieczeniach społecznych. Składka kwotowa jest wpłacana bezpośrednio zakładom ubezpieczeń, natomiast część uzależniona od dochodów wpływa poprzez pracodawcę do systemu wyrównawczego. Ponieważ budżety gospodarstw domowych o niższych dochodach są bardziej wrażliwe na płaską, kwotową składkę, wprowadzono system dopłat do składek z budżetu państwa dla osób o niższych dochodach; korzysta z niego ok. jednej trzeciej ludności [Schäfer i in. 2010, s. 75].

Wysokość składki jest określana przez państwo dla części uzależnionej od zarobków – 7,75% dochodów brutto (emeryci i renciści płacą 5,65%), z maksymalnym pułapem rocznych dochodów podlegających obowiązkowi płacenia składki – 33 427 EUR [Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Spraw Społecznych i Sportu..., art. 5.1 i 5.2].

Zakłady ubezpieczeń mogą oferować klientom rabaty nie większe niż 10% podstawowej składki. Źródłem obniżek ceny polisy mogą być dodatkowe franszyzy redukcyjne w wysokości 100-500 EUR [Ustawa z dnia 16 czerwca 2005 r., art. 20, ust. 2]. Niższą składkę mogą płacić osoby objęte ubezpieczeniem grupowym: zamkniętym (pracownicy danego przedsiębiorstwa) lub otwartym (grupy konsumenckie) [Paris i in. 2010, s. 12].

Słowacja

Od 1994 r. Słowacy mają obowiązek ubezpieczenia się w konkurujących z sobą funduszach ubezpieczenia zdrowotnego. Po reformach z lat 2002-2006 fundusze te zostały przekształcone w komercyjne spółki akcyjne. Składka zdrowotna jest ustalana centralnie i najczęściej zależy od dochodów ubezpieczonego. Obowiązują różne stawki w zależności od rodzaju ubezpieczonego, np. pracownicy płacą 14% wyna-

grodzienia brutto, ale osoby niepełnosprawne tylko 7%. Dodatkowo na Słowacji funkcjonują limity podstawy naliczania składek: dolny (minimalne wynagrodzenie: 296 EUR) oraz maksymalny (trzykrotność średniego wynagrodzenia: 2007 EUR; dane za rok 2010).

3. Mechanizmy wyrównywania ryzyka pomiędzy płatnikami

W przypadku gdy ubezpieczyciel zdrowotny może różnicować składkę zdrowotną w zależności od ryzyka, nie ma istotnej potrzeby tworzenia dodatkowych obligatoryjnych systemów, służących wyrównywaniu ryzyka pomiędzy ubezpieczycielami. Wystarczający powinien być mechanizm zakładający tworzenie wspólnoty ryzyka pomiędzy ubezpieczonymi, wspomagany dodatkowo reasekuracją. Gdy w portfelu ubezpieczyciela pojawiają się gorsze ryzyka, zostanie to w znacznej mierze zrekomensowane wyższą składką. Sytuacja taka występuje w Niemczech, w zwykłej ofercie prywatnych kas chorych. Mechanizm ten nie działa w odniesieniu do jednakowej, płaskiej składki dla wszystkich ubezpieczonych lub uzależnionej od dochodów. Następstwem może być nierównowaga portfeli ubezpieczycieli. Niektóre podmioty mogą mieć przewagę osób chorych, starszych bądź o niższych dochodach. Oczekiwana wartość wydatków zdrowotnych w przypadku takich osób jest znacznie wyższa od przeciętnej w społeczeństwie. W sytuacji gdy ustawodawca narzuca obowiązek stosowania jednakowej składki dla wszystkich, ale pozwala na określanie jej wielkości, natomiast z punktu widzenia ubezpieczonego ubezpieczenie jest praktycznie dobrowolne, pojawią się efekty opisane 40 lat temu przez G.A. Akerlofa [Akerlof 1970, s. 493]. Ten rodzaj ubezpieczenia będzie wybierany przez ubezpieczonych o gorszym stanie zdrowia, prowadząc do podwyższania ceny polisy ze względu na wzrost kosztów, co dodatkowo przyczyni się do pogorszenia portfela poprzez rezygnację „lepszyc” klientów, dla których nowa cena polisy jest zbyt wysoka. W konsekwencji nie ma ceny, która zrównoważyłaby oczekiwane wydatki ze względu na to, że każde podwyższenie ceny pogarsza jakość portfela klientów. Sytuacja ta występuje w prywatnych niemieckich kasach przy *Basistariff*. Taryfa znajduje się w ofercie głównie dlatego, że istnieje ustawy obowiązek oferowania tego produktu oraz wprowadzono cenę maksymalną uzależnioną od kwoty najwyższych składek na publiczne kasy chorych (aktualnie ok. 580 EUR miesięcznie).

Zupełnie innym przypadkiem jest sytuacja, gdy ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe dla całej populacji. Wśród ubezpieczonych znajdują się zarówno ryzyka gorsze, jak i lepsze od przeciętnych w populacji. Zakładając, że jest możliwe oszacowanie wielkości całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, można je zrównoważyć strumieniem składek. Nie jest więc istotne, czy składka pojedynczego ubezpieczonego odpowiada jego ryzyku. To, czy składka będzie kwotowa, czy uzależniona od dochodu, ma mniejsze znaczenie z punktu widzenia finansów płatnika. Sytuacja taka ma miejsce w systemie zdrowotnym, w którym istnieje jeden płatnik (np. polski NFZ) lub wiele niekonkurujących ze sobą płatników (Kasy Cho-

rych w Polsce 1999-2003²), zakładając, że populacje lokalne nie różnią się istotnie od populacji całkowitej.

Gdy istnieje wielu płatników, którzy konkurują pomiędzy sobą o tę samą populację, należy uwzględnić możliwość powstania różnic w strukturze klientów. Oferta zakładu może zostać wybrana przez ponadprzeciętną liczbę osób chorych, w podeszłym wieku lub o niższych dochodach (w przypadku składki uzależnionej od dochodów), co przy finansowaniu przeciętnym poziomem składki doprowadzi do braku równowagi finansowej. Konieczne jest utworzenie systemu, który wyrównywałby ryzyko pomiędzy płatnikami.

W Szwajcarii system prawny nie umożliwia różnicowania składki w zależności od ryzyka oraz występuje wielu konkurujących ze sobą ubezpieczycieli. Konieczne więc okazało się wprowadzenie systemów kompensujących różnice w ponoszonym ryzyku pomiędzy zakładami ubezpieczeń [Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym..., art. 18 i 105; Rozporządzenie o wyrównaniu ryzyka w ubezpieczeniu zdrowotnym...]. Głównym celem było wprowadzenie mechanizmu zapobiegającego problemom z niewypłacalnością ubezpieczycieli z przewagą osób starszych w portfelu klientów, wiążących się z większymi kosztami medycznymi. Mechanizmy wyrównawcze opierają się na różnicach w strukturze wiekowej i płci pomiędzy współnotami ryzyka poszczególnych płatników [OECD/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland* 2011, s. 37]. Ubezpieczalnie, które mają mniej kobiet i osób starszych od przeciętnej wartości dla wszystkich zakładów ubezpieczeń, muszą przekazać część składki do podmiotów o „gorszej” strukturze ryzyka. Od roku 2012 dodatkowym czynnikiem uwzględnianym w mechanizmach wyrównawczych będzie pobyt ubezpieczonego w poprzednim roku w szpitalu lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym trwający powyżej 3 dni [Rozporządzenie o wyrównaniu ryzyka w ubezpieczeniach zdrowotnych z dnia 20 sierpnia 2009 r., art. 2a]. W bazie danych dotyczących kosztów leczenia liczy się przeciętny roczny i miesięczny koszt w danym kantonie (A). Następnie kalkuluje się przeciętne koszty w 30 grupach wieko-płciowych (19-25, 26-30 itd. aż do 91+) (R_{1-30}); dzieci i młodzież do 18. roku życia nie są uwzględniane w mechanizmie wyrównawczym. Następnie wylicza się różnice pomiędzy przeciętną dla danej (i-tej) grupy wiekowej (R_i) i średnią dla populacji (A). Różnica oznacza wielkość środków, które podlegają mechanizmowi wyrównawczemu. W ramach każdego ubezpieczyciela występuje wyrównanie brutto – na poziomie klientów, pomiędzy grupami wiekowymi (I poziom wspólnoty ryzyka), oraz wyrównanie netto, polegające na fizycznym transferze środków do ubezpieczycieli o „gorszej” strukturze klientów (II poziom wspólnoty ryzyka).

Mechanizmy wyrównawcze mają istotne znaczenie dla gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń. W ekstremalnych przypadkach klient mężczyzna z grupy 19-25 lat (najniższy poziom ryzyka i kosztów), przy średniej składce ok. 260 CHF miesięcznie, wiąże się z koniecznością zapłaty do funduszu wyrównawczego kwoty

² W teorii kasy chorych mogły konkurować między sobą; w praktyce każda miała swoją grupę klientów – mieszkańców województwa.

ok. 200 CHF, natomiast kobieta z grupy wiekowej 91+ płacąca składkę 333 CHF oznacza wpływ z funduszu w wysokości 1139 CHF³. Całkowity przepływ wyrównawczy (na poziomie ubezpieczonych), obrazujący transfer ryzyka w ramach ubezpieczenia, wynosi ok. 6 mld CHF, natomiast przepływ netto (na poziomie ubezpieczycieli) wynosi 1,5 mld CHF⁴. Dla porównania, całkowita składka na ubezpieczenie zdrowotne z roku 2009 wyniosła ok. 19 mld CHF.

W Holandii system wyrównywania ryzyka w obecnym kształcie jest pozostałością po wieloletnich doświadczeniach w funkcjonowaniu systemu konkurujących ze sobą płatników publicznych i prywatnych. Mechanizmowi wyrównawczemu podlega wyłącznie składka zależna od dochodów, kwotowa składka wchodzi bezpośrednio do zasobów płatników, aczkolwiek kalkulacje są prowadzone na podstawie całości kosztów opieki zdrowotnej. System wyrównujący ryzyko ewoluuje od lat 90. i obecnie uwzględnia takie czynniki, jak [OECD/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Netherlands 2010*, s. 82]: wiek, płeć, grupa zawodowa, region, status społeczno-ekonomiczny, a także 13 grup kosztowych diagnostycznych (na podstawie hospitalizacji w poprzednim roku) oraz 20 farmaceutycznych (przepisane pacjentowi w przeszłości leki). Dodatkowo w Holandii funkcjonują również systemy wyrównywania ryzyka *ex post*, oparte na grupach pacjentów o bardzo wysokich kosztach leczenia (w 2010 r. powyżej 25 tys. EUR rocznie) oraz przeciętnych kosztach opieki zdrowotnej na jednego ubezpieczonego, gdy odbiega on o ponad 22,5 EUR od średniej krajowej [OECD/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Netherlands 2010*, s. 84].

Na Słowacji do 2004 r. rolę mechanizmu kompensującego ryzyko ogrywał rachunek wyrównawczy prowadzony przez państwowy Powszechny Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (PFUZ, obecnie działający pod nazwą Všeobecná zdravotná poisťovňa). Jednak ze względu na krytykę innych funduszy ubezpieczenia zdrowotnego, wywołanych nieobiektywnymi decyzjami PFUZ, nie spełniał on wyznaczonych funkcji, m.in. częstym przypadkiem był brak opłacania składek na rachunek wyrównawczy przez prywatnych ubezpieczycieli. Od 2004 r. wprowadzono niezależny Urząd Nadzoru nad Opieką Zdrowotną (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) powoływany przez parlament. Urząd wprowadził zewnętrzny system wyrównywania ryzyka, który tworzy macierz wypłat i wpłat przez ubezpieczycieli zdrowotnych, opierając się na czynnikach związanych z płcią, wiekiem, oddzielnie dla osób płacących składki i oddzielnie dla osób ubezpieczonych przez państwo (np. studenci, bezrobotni) – łącznie 68 grup ryzyka.

Poniżej znajduje się tabela podsumowująca cechy podstawowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach europejskich.

³ Obliczenia własne, na podstawie: [Bundesamt für Gesundheit (BAG), s. 212]; obliczenia dla kantonu Berno; więcej informacji o mechanizmach wyrównawczych w Szwajcarii zob. m.in.: <http://www.kvg.org/ra/default.htm>.

⁴ Rok 2009, statystyki Ministerstwa Zdrowia Szwajcarii oraz Stowarzyszenia Ubezpieczycieli Zdrowotnych (Gemeinsame Einrichtung KVG), <http://www.kvg.org>.

Tabela 1. Główne cechy prywatnych ubezpieczeń podstawowych w wybranych krajach – aspekt gromadzenia środków i wyrównywania ryzyka

	Niemcy	Niemcy <i>Basistariff</i>	Szwajcaria	Holandia	Słowacja
Składka	Kwotowa	Kwotowa	Kwotowa	Kwotowa + określony procent dochodów	Określony procent dochodów
Możliwość różnicowania składki	Wysokie: wiek, płeć, stan zdrowia; istnieje możliwość odrzucenia wniosku	Wiek, płeć	Wiek (0-18, 19-25, 25+), region	Brak w części kwotowej, składka zależna od dochodów, mniejsza dla emerytów i rencistów	W zależności od grupy zawodowej
Przeciętna wysokość składki miesięczna	Okolo 225 EUR	Maks. 575 EUR (zwykle składki są ustalane na maksymalnym poziomie)	76 – 259 – 323 CHF	Kwotowa, ok. 100 EUR + 6,9% dochodów z rocznym limitem 2233 EUR (wartościowo zbliżone do kwotowych wkładów)	
Mechanizm wyrównywania ryzyka pomiędzy ubezpieczycielami – kryteria	Brak	Brak	Wiek, płeć, pobyt w szpitalu w poprzednim roku powyżej 3 dni	Bardzo rozbudowane: wiek, płeć, region, grupa zawodowa, korzystanie z farmaceutyków, korzystanie z lecznictwa zamkniętego	Wiek, płeć, grupy ubezpieczone przez państwo oraz samodzielnie

Źródło: opracowanie własne.

4. Podsumowanie

Wprowadzenie prywatnych podstawowych ubezpieczycieli zdrowotnych do polskiego systemu zdrowia oznacza konieczność wyboru jednego z dwóch wariantów. Pierwszym z nich są rozwiązania niemieckie, w których istnieje alternatywny do systemu publicznego system ubezpieczeń prywatnych, a transfer osób pomiędzy systemem publicznym a prywatnym jest ograniczony ustawowo (w szczególności przejście z systemu prywatnego do publicznego). Ubezpieczyciele mają stosunkowo dużą swobodę w kształtowaniu produktu ubezpieczenia zarówno odnośnie do rodzaju świadczeń medycznych, jak i ceny oraz obowiązku zawierania umowy. Model ten zakłada szeroką autonomię ubezpieczycieli, ale też narzuca im obowiązek indywidualnego zabezpieczenia się przed nierównowagą finansową. Konieczne może okazać się również tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na wzrost kosztów opieki medycznej w przyszłości, m.in. ze względu na postęp technologiczny oraz starzenie się ubezpieczonych. Model ten nadaje się do stosowania w przypadku trak-

towania prywatnych podmiotów jako dodatku do publicznego systemu, przeznaczono dla zamożniejszej części społeczeństwa. Stwarza jednak silne ryzyko przerzucania kosztów leczenia droższych pacjentów na sektor publiczny poprzez bodźce pozacenowe. Dodatkowo przy umożliwieniu różnicowania składki w zależności od ryzyka będzie następowało „spijanie śmietanki” – poprzez odpowiednią taryfę składek osoby zdrowe przejdą do systemu prywatnego, natomiast te o gorszym stanie zdrowia pozostaną w systemie publicznym. Zachowania takie zaobserwowano m.in. w Chile przy wprowadzaniu systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [Baeza, Packard 2006, s. 149].

W Polsce wariant ten jest łatwiejszy do wprowadzenia, niesie jednak poważne konsekwencje, związane m.in. z następstwem niewypłacalności zakładu ubezpieczeń – najprawdopodobniej klienci upadającego zakładu nie będą atrakcyjnym celem dla jego konkurentów, więc koszty ich leczenia obciążą system publiczny. W przypadku szerokiego obowiązkowego pakietu świadczeń zdefiniowanego przez ustawodawcę może okazać się, że koszt polisy może być zbyt wysoki nawet dla relatywnie zamożnych Polaków. Zakłady ubezpieczeń w Polsce na razie skupiają się na stosunkowo prostych produktach, obejmujących koszty leczenia ambulatoryjnego oraz podstawowych badań diagnostycznych. Konieczność zaoferowania kompleksowego produktu pokrywającego szeroką ofertę będzie wymagała starannej kalkulacji kosztów oraz ryzyka. Dane pochodzące ze statystyk NFZ mogą zapoczątkować drogę do kalkulacji, należy jednak pamiętać, że siła negocjacyjna NFZ jest nieporównywalnie większa niż prywatnego ubezpieczyciela, a ceny płacone przez prywatny podmiot będą prawdopodobnie wyższe niż NFZ. Może to spowodować mniejsze, niż się można wstępnie spodziewać, wykorzystanie instrumentu.

Drugim wariantem są rozwiązania stosowane w Szwajcarii, Holandii lub na Słowacji, gdzie autonomia ubezpieczycieli w kształtowaniu podstawowych cech produktu (cena, zakres świadczeń) jest znacząco ograniczona, natomiast istnieją rozbudowane systemy wyrównujące ryzyko pomiędzy ubezpieczycielami. Wariant ten zakłada dużą odpowiedzialność państwa za funkcjonowanie rynku. Niezbędna jest dokładna analiza wpływu poszczególnych czynników ryzyka na indywidualne koszty świadczeń zdrowotnych, ich klasyfikacja w grupy i wdrożenie sprawnego systemu wyrównywania finansowego. Początkiem drogi może być system Jednorodnych Grup Pacjentów wdrożony w 2008 r. w lecznictwie zamkniętym, a w 2011 r. w lecznictwie ambulatoryjnym. Na podstawie danych kosztowo-demograficznych można będzie przeprowadzić szczegółowe analizy zależności kosztów świadczeń od indywidualnych cech pacjenta, takich jak wiek, płeć, historia medyczna. W wariantcie tym w praktyce płatnicy tracą część podstawowych cech ubezpieczycieli i ich rola sprowadza się głównie do nabywania świadczeń, co oznacza dużo mniejsze zagrożenie z punktu widzenia stabilności systemu zdrowotnego. Ewentualne problemy związane z niewypełnieniem swoich funkcji przez pojedynczy podmiot mogą w stosunkowo krótkim czasie zostać zniwelowane, np. przez odejście klientów do konkurenta. Pozytywne następstwa wdrożenia prywatnych ubezpieczeń, jakich po-

wszechnie się oczekuje (wzrost efektywności technicznej systemu), mogą nie zostać spełnione, ponieważ będzie to wymagało utworzenia i utrzymania systemu wyrównywania ryzyka, siła przetargowa pojedynczych ubezpieczycieli będzie niższa niż NFZ, a koszty administracyjne w stosunku do obecnie ponoszonych przez NFZ zostaną zwielokrotnione [Colombo, Tapay 2004, s. 38].

Literatura

- Akerlof G.A., *The Market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*, „The Quarterly Journal of Economics” 1970, vol. 84, no. 3.
- Baeza C.C., Packard T.G., *Beyond survival. Protecting households from health shocks in Latin America*, Stanford University Press, Washington 2006.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009*, Beilage G, Bern 2011.
- Colombo F., Tapay N., *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, „OECD Health Working Papers” 2004, no. 15.
- Field M.G., *The concept of the “health system” at the macrosociological level*, „Social Science & Medicine” 1973, vol. 7, no. 10.
- OECD, *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing 2010.
- OECD/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Netherlands 2010*, OECD Publishing 2010.
- OECD/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, OECD Publishing 2011.
- Paris V., Devaux M., Wei L., *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, „OECD Health Working Papers” 2010, no. 50.
- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E., *The Netherlands: Health system review*, „Health Systems in Transition”, vol. 12, no. 1, European Observatory on Health Systems, Geneva 2010.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011*, Berlin 2011.
- WHO, *The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance*, Geneva 2000.
- <http://www.kvg.org>.
- <http://www.kvg.org/ra/default.htm>.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Spraw Społecznych i Sportu z dnia 1 września 2005 r. w sprawie wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych, REGELING van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nr Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Regeling zorgverzekering), BWBR0018715, Holandia.
- Rozporządzenie o wyrównaniu ryzyka w ubezpieczeniu zdrowotnym, Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung vom 12. April 1995, 832.112.1, Szwajcaria.
- Rozporządzenie o wyrównaniu ryzyka w ubezpieczeniach zdrowotnych z dnia 20 sierpnia 2009 r., Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) Änderung vom 26. August 2009, AS 2009.4761, Szwajcaria.
- Ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym, Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), Niemcy.

- Ustawa o reformie ustawy o umowie ubezpieczenia, Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23. November 2007, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007, Teil I, no. 59 (VVRG), Niemcy.
- Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), Schweiz, Bundesamt für Gesundheit BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009, Bern 2011, Schweiz.
- Ustawa o umowie ubezpieczenia, Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG), Niemcy.
- Ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.
- Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, DzU 1998, nr 117, poz. 756.
- Ustawa z 16 czerwca 2005 r. o ubezpieczeniu zdrowotnym, Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorverzekeringwet) BWBR0018450, Holandia.

PRIVATE INSURERS AS PRIMARY HEALTHCARE FINANCING AGENTS IN EUROPE

Summary: For several years Polish government has been thinking about implementing the alternative insurance in relation to the National Health Fund (previously Sickness Funds). The article presents solutions in selected European countries, where private operators function as primary health insurers. The purpose of this paper is to identify economic and legal conditions necessary to use private insurance in healthcare system and to answer the question how to prevent market failure mechanisms such as risk selection in healthcare sector.

Keywords: health care finance, private health insurance, private payer, risk selection.