

>> ROZBROIĆ BOMBĘ
DEMOGRAFICZNĄ

*Jak zaspokoić rosnący
popyt na świadczenia
przy coraz niższych
wpływach ze składek?*

>> BEZ KOLEJEK

*Czy możliwy jest łatwiejszy
dostęp do usług medycznych
i wyższa ich jakość?*



dodatkowe UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

Polska stoi u progu ważnego przełomu. W perspektywie 20 najbliższych lat musimy zreformować system ochrony zdrowia tak, by sprostał demograficznym, ekonomicznym i technologicznym wyzwaniom przyszłości.



Patronat Honorowy:

Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur

Misją Instytutu jest rozwój badań naukowych. Wnioski i rekomendacje z tych badań mogą być wykorzystywane przez administrację państwową i podmioty gospodarcze w celu poprawy konkurencyjności polskiej gospodarki, utrzymania wysokiego tempa wzrostu gospodarczego, pełnej integracji z UE, szerokiego włączenia się w gospodarkę światową, a w konsekwencji wzrostu dobrobytu społecznego i jakości życia.

edytorial

Problematyka wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych to „gorący temat” ostatnich lat, szczególnie teraz – w perspektywie ogłoszenia gorszych wyników finansów publicznych i zapowiadanych cięć budżetowych oraz niedawnego wdrożenia dyrektywy transgranicznej UE. W tej sytuacji szukanie rozwiązań mogących wprowadzić do systemu ochrony zdrowia dodatkowe fundusze, wzorem innych krajów, wydaje się być podstawowym zadaniem decydentów. Zdrowie zawsze było, jest i będzie wartością zajmującą bardzo wysoką pozycję we wszystkich hierarchiach wartości wyznawanych przez człowieka – niezależnie od jego miejsca zamieszkania, przekonań religijnych czy zasobności portfela.

Stan zdrowia społeczeństwa jest odzwierciedleniem zamożności państwa: zazwyczaj biedny – znaczny chory, a bogaty – zdrowy. Rzecz jasna, pieniędzy w ochronie zdrowia jest zawsze za mało (szczególnie tych publicznych), należy jednak postarać się znaleźć odpowiednie proporcje pomiędzy środkami publicznymi i prywatnymi oraz oceniać efektywność wydawania tych środków w oparciu o dostępne dane i wskaźniki. Ponadto, myślenie perspektywiczne wymaga poszukiwania mechanizmów, które będą wymuszały wysoki poziom usług medycznych oraz optymalne wydatkowanie dostępnych środków pod kątem najważniejszych potrzeb pacjentów, standardów terapeutycznych i zakresu dostępu do leczenia.

Niniejszy raport ma na celu skupienie różnych punktów widzenia środowiska akademickiego, ekspertów, liderów opinii, menedżerów i fachowców w dziedzinie ochrony zdrowia i opracowanie zaleceń stanowiących podstawę praktycznych rozwiązań dla polskiego systemu ochrony zdrowia w najbliższych latach. Wszystkie teksty są niezależnymi opracowaniami autorów i prezentują różnorodne opinie oraz rozwiązania, w sumie tworzące pełne spektrum poglądów i rekomendacji zaangażowanych w projekt ekspertów.



Karolina Pokorowska

Przedstawiciel
Organizatora Projektu

raport

spis treści

- 4** | **UZASADNIENIE POTRZEBY WPROWADZENIA DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE**
1. Sytuacja demograficzna jako uzasadnienie dla bieżącej i przyszłej perspektywy zdrowotnej w Polsce (prof. dr hab. Bolesław Samoliński)
 2. Sprawność systemu ochrony zdrowia i jego finansowania jako uzasadnienie dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (prof. dr hab. Bolesław Samoliński)
 3. Jak w Polsce poradziłyśmy sobie z dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi – abonamenty medyczne to ich substytuty, czy trwale rozwiązanie problemu? (prof. dr hab. Bolesław Samoliński)

- 12** | **DODATKOWE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE: DEFINICJA, RODZAJE, ZALETY I WADY**
1. Definicja, rodzaje oraz porównanie zalet i wad dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (lek.med. Krzysztof Łanda, dr Jakub Owoc, lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk)
 3. Najpowszechniejsze mity na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (Karolina Pokorowska)

- 18** | **DIAGNOZA RYNKU OCHRONY ZDROWIA I PERSPEKTYWY ROZWOJU DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE**
1. Diagnoza rynku ochrony zdrowia – uwarunkowania systemu ochrony zdrowia pod kątem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (dr n. med. Waldemar Wierzba)
 2. Perspektywy rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk)

- 26** | **WYNIKI BADAŃ**
1. Sonda społeczna – wyniki badań metodą CATI
 2. Wyniki badań ankietowych (dr Jakub Owoc, Jacek Borowicz)
 3. Wyniki z BAROMETRU WHC 5/2/2013

- 38 | **FINANSOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA**
1. Koszyk świadczeń jako podstawowy element systemu ochrony zdrowia (lek.med. Krzysztof Łanda)
 2. Budżet NFZ w oparciu o PKB – przewidywane potrzeby do 2020 roku. Czy ten budżet zaspokoi rosnące znaczenie czynnika demograficznego? (Michał Pilkiewicz)
 3. Wpływ dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na rynek opieki zdrowotnej (mgr farm. Katarzyna Leoszkiewicz)
 4. „Global opportunity to improve responsible medicine use” – jak efektywniej wydawać pieniądze na leki (Michał Pilkiewicz)
- 56 | **LEGISLACJA**
1. Uwarunkowania prawne wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (dr hab. Marcin Matczak)
 2. Analiza dotychczasowych pomysłów i propozycji legislacyjnych (dr hab. Marcin Matczak)
 3. Konsekwencja wprowadzenia Dyrektywy Transgranicznej (lek.med. Krzysztof Łanda, Karolina Skóra)
- 64 | **SYSTEMY DUŻ NA ŚWIECIE**
1. Światowe trendy w obszarze dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (dr Jakub Owoc)
 2. Model australijski – Australia jako wzór do naśladowania, czyli przykład „evidence-based healthcare” (Anna Kordecka, lek.med. Krzysztof Łanda)
- 72 | **KOMENTARZE**
dr Marek Balicki
dr hab. Anna Dąbrowska
Michał Pilkiewicz
prof. Hanna Kuzińska
- 76 | **REKOMENDACJE**



UZASADNIENIE POTRZEBY WPROWADZENIA DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE





1. Sytuacja demograficzna jako uzasadnienie dla bieżącej i przyszłej perspektywy zdrowotnej w Polsce (prof. dr hab. Bolesław Samoliński)
2. Sprawność systemu ochrony zdrowia i jego finansowania jako uzasadnienie dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (prof. dr hab. Bolesław Samoliński)
3. Jak w Polsce poradziłyśmy sobie z dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi – abonamenty medyczne to ich substytuty, czy trwałe rozwiązanie problemu? (prof. dr hab. Bolesław Samoliński)



SYTUACJA DEMOGRAFICZNA

jako uzasadnienie dla bieżącej i przyszłej perspektywy zdrowotnej w Polsce

Jesteśmy u progu depopulacji naszego kraju. Według spisu powszechnego z 2011 roku, porównanego do wyników analogicznego spisu z 2003 roku, Polska utrzymała zaludnienie na niezmiennym poziomie. Mamy 38 milionów obywateli, z czego 37 milionów na stałe przebywających w kraju.

tekst: prof. dr hab. Bolesław Samoliński

36 mln



Wg danych GUS i Rządowej Rady Ludnościowej, za około 20 lat liczba ludności naszego kraju zmniejszy się do prawie 36 mln

To stwierdzenie nie oddaje jednak rzeczywistych zmian demograficznych, które nastąpiły w ciągu minionych 8 lat, a zarysowały się już we wcześniejszym okresie. Podstawowym problemem jest spadek dzietności przy wydłużającej się średniej oczekiwanej długości życia. W 2003 roku prawie osiągnęliśmy granicę bezpieczeństwa reprodukcji naszej populacji. Na jedną kobietę przypadało 1,3 dziecka. Odnowienie populacji wymaga utrzymania dzietności na poziomie 2,2, a spadek poniżej 1,2 grozi gwałtowną katastrofą demograficzną, prowadzącą do załamania się nie tylko bezpieczeństwa struktury państwa, lecz także gospodarki. Zjawisko zmniejszającej się populacji osób w wieku produkcyjnym, a zwiększającej się populacji w wieku poprodukcyjnym, jest również wielkim wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej, zarówno z punktu widzenia płatnika publicznego, jak i organizacji oraz wydolności systemu.

Wg danych GUS i Rządowej Rady Ludnościowej, za około 20 lat liczba ludności naszego kraju zmniejszy się do prawie 36 milionów. Nastąpi dalszy wzrost oczekiwanej długości życia z 79,8 do 82,9 lat wśród kobiet i z 71,4 do 77,1 lat wśród mężczyzn. Zwiększy się więc odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym

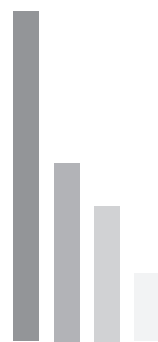
„Radość z wydłużonego życia naszej populacji zaburza niepokojąca wizja starzejącego się społeczeństwa, powodowana brakiem przyrostu naturalnego”



Prof. dr hab.

Bolesław Samoliński

Kierownik Zakładu
Profilaktyki Zagrożeń
Środowiskowych
i Alergologii WUM,
prezydent Polskiego
Towarzystwa
Alergologicznego.



Za około 20 lat liczba osób po 75. roku życia wzrośnie do 4,5 miliona, a jej udział procentowy w populacji wyniesie 12,5%.

12,5%

– z 16% do prawie 27%. Liczba osób po 75. roku życia wzrośnie z 2 do 4,5 miliona, a jej procentowy udział w populacji – z 6,4% do 12,5%. Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym będzie więc bliska liczbie osób w wieku produkcyjnym.

Niestety, utrzyma się różnica oczekiwanej długości życia między płciami. Nadal będzie więcej samotnych kobiet, szczególnie po 75. roku życia. Oznacza to problemy natury psychicznej oraz te związane z codziennym funkcjonowaniem osób w wieku senioralnym. Już w chwili obecnej na 100 mężczyzn po 70. roku życia przypada 180 kobiet. Równocześnie, nasze społeczeństwo cechuje wysoki odsetek osób niepełnosprawnych (ponad 4,5 miliona). Stanowią one obecnie 12,2% ludności.

Tak więc, radość z wydłużonego życia naszej populacji zaburza niepokojąca wizja starzejącego się społeczeństwa, powodowana brakiem przyrostu naturalnego, a nawet zmniejszeniem populacji ludzi młodych. Obecnie narodzonych jest 2 miliony mniej dzieci niż przed 10 laty.

Konsekwencje tego stanu rzeczy są wieloaspektowe.

W SKRÓCIE

W Polsce rodzi się coraz mniej dzieci, liczba ludności więc stale maleje. Obecnie mamy 38 milionów obywateli, za 20 lat będzie ich 36 milionów. Z drugiej strony, długość życia stale się wydłuża. A więc w ciągu tych samych 20 lat udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z obecnych 16% do 27% i osiągnie poziom zbliżony do liczby osób w wieku produkcyjnym. Stajemy więc przed perspektywą starzejącego się społeczeństwa, którego istotną częścią są seniorzy, co będzie rodzić wyzwania związane z szeroko pojętą ochroną zdrowia. Co więcej, mniejsza liczba osób pracujących w stosunku do liczby seniorów spowoduje spadek PKB i możliwe załamanie systemu ochrony zdrowia, a co najmniej zadłużenie publiczne, które obciąży finansowo kolejne pokolenia.

SPRAWNOŚĆ SYSTEMU ochrony zdrowia i jego finansowania jako uzasadnienie dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Sprawność zabezpieczenia medycznego i socjalnego osób w wieku okołoemerytalnym i poprodukcyjnym zależy przede wszystkim od organizacji ochrony zdrowia i opieki społecznej oraz środków finansowych.

tekst: prof. dr hab. Bolesław Samoliński

Obecnie organizacja systemu ochrony zdrowia nie dostrzega problemu osób w wieku podeszłym. W polityce publicznego płatnika ta sfera pozostaje poza szczegółowymi regulacjami. Osoby w wieku senioralnym są pozostawione sobie, nie mają wsparcia ze strony NFZ i ochrony zdrowia. Ich ubóstwo prowadzi do konieczności oszczędzania przy okienku aptecznym. Nie mają żadnych szczególnych praw, a cechują się:

- biedą,
- wielochorobowością i wynikającą z niej koniecznością korzystania z wielu technologii medycznych (w tym środków farmaceutycznych),
- obniżeniem sprawności intelektualnej i ruchowej,
- spadkiem wydolności zmysłów,
- zaburzeniami wynikającymi z chorób degeneracyjnych ośrodkowego układu nerwowego
- problemami wynikającymi z wyalienowania społecznego i rodzinnego, objawiającymi się głównie depresją.

Są więc szczególną grupą społeczną, na którą w coraz większym stopniu będziemyłożyć nie tylko poprzez środki finansowe zabezpieczenia medycznego i socjalnego, lecz przez osobiste zaangażowanie, wynikające z obowiązku rodzinnego opieki nad rodzicami, dziadkami i pradiadkami.

Ubóstwo jest główną determinantą długości życia. Brak wykupywania leków skutkuje nakręcaniem się spirali spadku zdrowia, wyższej częstotliwości hospitalizacji i innych interwencji medycznych, prowadząc tym samym do wzrostu kosztów usług medycznych świadczonych osobom po 65. roku życia. Polska jest krajem znajdującym się prawie „na końcu listy” pod względem liczby lat przeżytych w zdrowiu. W przeciwieństwie do Niemiec, Francji i innych krajów starej unijnej piętnastki, mamy seniorów schorowanych i upośledzonych społecznie. Według danych NFZ, średnie roczne koszty jednostkowe poniesione na pacjentów po 70. roku życia wynoszą ponad 4 700 złotych i są najwyższe ze wszystkich grup wiekowych. Koszty te można obniżyć, inwestując w promocję i profilaktykę zdrowotną, inną organizację ochrony zdrowia, uwzględniającą m.in. rozbudowę wielospecjalistycznej zintegrowanej opieki geriatrycznej, wydzielenie łóżek geriatrycznych w placówkach ochrony zdrowia, czy budowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Budując długofalową politykę zdrowotną nie można nie uwzględniać przedstawionych faktów. W przeciwnym razie skutkiem będzie załamanie rynku pracy i spadek PKB z 6% do 2% w ciągu najbliższych 10–20 lat. Nastąpi osłabienie organizacyjne

„Budując długofalową politykę zdrowotną nie można nie uwzględniać przedstawionych faktów. W przeciwnym razie skutkiem będzie załamanie rynku pracy i spadek PKB”

i finansowe systemu ochrony zdrowia. Według CATO, zadłużenie w UE z tytułu starzenia się społeczeństwa sięga ponad 400% PKB. Stanowi więc niezwykle istotne i rosnące obciążenie dla finansów publicznych, w tym dla publicznego płatnika, jakim jest w Polsce NFZ. Taka sytuacja prowadzi do zadłużenia publicznego, które jest i będzie obciążeniem dla nas i kolejnych pokoleń. Wg profesor Nojszewskiej, zobowiązania międzygeneracyjne pogłębiają problem. „(...) w odniesieniu do 2007 roku pozabilansowy dług publiczny okazał się czterokrotnie wyższy od oficjalnego i wyniósł 182,8% PKB, więc albo wszystkie świadczenia powinny być zmniejszone o 11%, albo 5,5% PKB co roku powinno być odkładane przez finanse publiczne, aby wywiązać się z wyższych zobowiązań w przyszłości. Obecnie tylko z tego powodu każdy nowo narodzony powinien obsłużyć zdyskontowany dług w wysokości 180 tysięcy złotych i go spłacić.” [Biała Księga Zdrowego Starzenia się 2013].

Obecnie finanse publiczne angażują około 70 miliardów złotych w opiekę zdrowotną. Sytuacja gospodarcza i finansowa państwa uniemożliwia podniesienie tej kwoty ani w oparciu o zwiększenie składki zdrowotnej, ani o dotacje z budżetu państwa. Tak więc, zabezpieczenie finansowe przyszłości społeczeństwa musi być rozpatrywane w inny sposób, tym bardziej, iż wraz z rozwojem cywilizacyjnym rosną oczekiwania.

Sprawność systemu ochrony zdrowia oparta na szybkiej, kompetentnej poradzie i interwencji lekarskiej jest niezbędna również z punktu widzenia wydolności zawodowej osób w wieku produkcyjnym.

Wobec istniejących niedoborów finansowych w ochronie zdrowia i rosnącego zapotrzebowania na nowe środki finansowe, należy szukać w krótko- i długoterminowej perspektywie rozwiązań, które z jednej strony usprawnią system, dając szansę na lepsze i szybsze rozwiązanie problemów zdrowotnych oraz niwelując koszty wynikające z absentyzmu i prezentyzmu, z drugiej zaś strony – wzbogacą go o nowe fundusze. Ze zdrowotnego punktu widzenia należy poszukiwać więc nowych rozwiązań w systemach ubezpieczeniowych zdrowotnych i opiekuńczych.

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (DUZ) wydają się być jednym z najlepszych i możliwych do szybkiego wdrożenia rozwiązań. Będą bowiem dostarczać do systemu opieki zdrowotnej dodatkowe środki finansowe oraz spełnią oczekiwania świadczeniobiorców dotyczące jakości i dostępności, a także – będą „kołem zamachowym” ochrony zdrowia. Dają szansę na satysfakcję płatnika publicznego (odciążą system i dokapitalizują go), świadczeniodawcy (dostanie dodatkowe środki), świadczeniobiorcy (udostępnienie szybkiej i kompetentnej porady medycznej). Aby zagwarantować jakość usług, winny być pośrednikiem między świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą. Jednocześnie pozwolą na skanalizowanie prywatnych środków finansowych do istniejącego systemu ochrony zdrowia, optymalizując koszt inwestycji w zdrowie i uruchamiając konkurencyjność, której skutkiem będzie urzeczywistnienie sloganu: „aby pieniądze szły za pacjentem”.

Budowanie systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie wiązało się także ze zwiększeniem pojemności systemu świadczeniodawców. Zmniejszą się bowiem kolejki do świadczeń finansowanych tylko z NFZ, gdyż z systemu tego „wyjdą” pacjenci, którym porady zostaną udzielone w ramach świadczeń DUZ. Już teraz stwierdza się powstawanie równoległego do NFZ-owskiego systemu świadczeń zdrowotnych, opartego na tak zwanych abonamentach.

4700 zł



Według danych NFZ, średnie roczne koszty jednostkowe poniesione na pacjentów po 70. roku życia wynoszą ponad 4 700 złotych i są najwyższe ze wszystkich grup wiekowych.

W SKRÓCIE

Starzejące się społeczeństwo wymaga sprawnej organizacji systemu zabezpieczenia medycznego i środków na jego sfinansowanie. Obecny system nie jest dostosowany do tego procesu. Osoby starsze, które cierpią z powodu biedy, chorób, spadku wydolności i osamotnienia, nie otrzymują odpowiedniego wsparcia. Ich ubóstwo prowadzi do oszczędzania na lekach, co w konsekwencji podwyższa koszty ich późniejszego leczenia w szpitalu. Koszty poniesione na leczenie statystycznego polskiego seniora są wysokie (ponad 4700 złotych rocznie), można je jednak obniżyć poprzez profilaktykę zdrowotną. Na opiekę zdrowotną państwo wydaje co roku 70 miliardów złotych. Ta kwota, z powodu sytuacji gospodarczej i finansowej państwa, nie może być zwiększona ani ze składek obywateli, ani z budżetu. Dlatego trzeba szukać innego rozwiązania, które usprawni system. Jednym z najlepszych rozwiązań są dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Ludzie, którzy wykupią DUZ, będą korzystać z usług w ich ramach, odciążając tym samym podstawową opiekę zdrowotną – czego skutkiem będzie zmniejszenie kolejek. Z kolei pieniądze wpłacone przez ubezpieczonych w ramach DUZ będą zasilać również publiczny system ochrony zdrowia.

JAK W POLSCE poradziłmy sobie z dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi – abonamenty medyczne to ich substytuty, czy trwałe rozwiązanie problemu?

Od kilkunastu lat toczy się dyskusja nad wariantami wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych w Polsce. Czy powinny być one suplementarne, komplementarne, a może substytucyjne?

tekst: prof. dr hab. Bolesław Samoliński



Obecnie, 20% osób płacących składki zdrowotne dostarcza 50% środków finansowych do bazowego systemu ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenia substytucyjne budzą kontrowersje. Obecnie bowiem, 20% osób płacących składki zdrowotne dostarcza 50% środków finansowych do bazowego systemu ubezpieczeniowego. Wycofanie składek o tych 20% z bazowego ubezpieczenia zdrowotnego (co prawdopodobnie miałyby miejsce w przypadku wprowadzenia ubezpieczeń substytucyjnych) byłoby niewłaściwe z punktu widzenia solidaryzmu społecznego. Łatwo można również przewidzieć, iż zmniejszenie zasobów finansowych publicznego płatnika jakim jest NFZ, doprowadziłoby do załamania się całego systemu, z wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami. Praktycznie przestałaby wówczas istnieć opieka państwa nad zdrowiem populacji i Polska cofnęłaby się w rozwoju społecznym. Konsekwencje byłyby znacznie dalsze. Przełożyłyby się bowiem na całość funkcjonowania społeczeństwa, zarówno w wieku rozwojowym, jak i produkcyjnym, jednak najbardziej dotknęłyby seniorów i ich najbliższych.

Ten komentarz jest istotny, gdyż odpowiada na pojawiające się w naszym społeczeństwie sugestie, aby rynek usług zdrowotnych i jego płatnika „urynkowić”, sprowadzając go do modelu wczesnego kapitalizmu. „Niewidzialna ręka rynku” nie sprawdzi się w zagadnieniach dotyczących bezpieczeństwa zdrowotnego i może doprowadzić do destrukcji społecznej i gospodarczej kraju. Zdrowie jest bowiem dobrem publicznym, a jego ochrona jest misją i obowiązkiem państwa, czyli struktury odpowiedzialnej przed narodem za prawidłowy i bezpieczny rozwój kraju. Pewnym odzwierciedleniem tego problemu jest system abonamentów, który rozwinął się w Polsce jako forma wypełnienia luki wynikającej z braku systemowych i prawnych uregulowań DUZ. Spełnił on istotną rolę. Był motorem napędowym w kształtowaniu rynku usług zdrowotnych, tworząc jednocześnie zabezpieczenie dla realizacji potrzeb części społeczeństwa



„Zdrowie jest dobrem publicznym,
a jego ochrona jest misją
i obowiązkiem państwa,
czyli struktury odpowiedzialnej
przed narodem za prawidłowy
i bezpieczny rozwój kraju.”

o wyższych dochodach, mającej większe oczekiwania w stosunku do systemu ochrony zdrowia. Z formalnego punktu widzenia, abonamenty nie są ubezpieczeniami. Ich istota polega na systematycznej wpłacie na konto świadczeniodawcy środków finansowych, które w bliższej lub dalszej perspektywie pokryją koszty świadczenia zdrowotnego, do którego udzielenia zobowiązany jest świadczeniodawca. W zależności od wielkości składki, obejmują różny zakres świadczeń zdrowotnych. Firma abonamentowa nie jest więc pośrednikiem pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą, lecz placówką zdrowotną, która z góry pobiera wynagrodzenie od potencjalnego pacjenta i udziela świadczenia do wysokości wniesionych przez niego opłat. Co więcej, powszechność i masowość usług świadczonych obecnie przez firmy abonamentowe tworzy potężny sektor opieki zdrowotnej w Polsce. To zagadnienie wymaga delikatnej, ale skutecznej w swoich propozycjach analizy – aby nie zniszczyć dorobku systemu abonamentowego, a jednocześnie wejść w Polsce na ścieżkę rozwiązań dających perspektywę na trwałe umiejscowienie DUZ w systemie zabezpieczenia zdrowotnego naszych współobywateli. W rozwiązaniu tego problemu sporo będzie zależało od aktywnej i konstruktywnej postawy firm abonamentowych.

Osobnym problemem jest pytanie, które z ubezpieczeń winny mieć wiodącą rolę z punktu widzenia oczekiwań zarówno państwa, jak i potencjalnego ubezpieczonego: suplementarne czy komplementarne. Ten ważki temat jest dyskutowany w innym rozdziale, jednak we wstępie warto zwrócić uwagę, iż wprowadzenie i rozwój DUZ uda się w naszym kraju tylko wtedy, gdy będzie powszechny, a wartość rynku ubezpieczeń dobrowolnych będzie sięgała miliardów złotych. Im większe pieniądze znajdują się w tym systemie, tym bezpieczniejsze i bardziej racjonalne będą rozwiązania przeznaczone dla ubezpieczonego – potencjalnego chorego. Według szacunków Polskiej Izby Ubezpieczeń, w 2011 roku rynek ubezpieczeń dobrowolnych i abonamentów osiągnął wartość 2,8 miliardów złotych, a samych ubezpieczeń – 363 miliony złotych. Pozostało więc dużo do zrobienia i osiągnięcia.

W SKRÓCIE

W Polsce w ostatnim 20-leciu powstał system prywatnych abonamentów medycznych, wypełniający lukę pomiędzy potrzebami pacjentów a możliwościami systemu państwowego. Autor zwraca uwagę na to, iż z formalnego punktu widzenia abonamenty nie są ubezpieczeniami, ponieważ udzielają świadczeń tylko do wysokości wniesionych przez pacjenta opłat. Różnicą pomiędzy abonamentami a DUZ jest także fakt, iż w tym ostatnim systemie rozdzielona jest funkcja płatnika i świadczeniodawcy. Autor zaleca pogodzenie tych dwóch odmiennych systemów w taki sposób, by rozwijając DUZ nie stracić kapitału społecznego związanego z systemem abonamentowym. Autor dodaje też, że model DUZ sprawdzi się wtedy, gdy będzie powszechny, bo tylko odpowiednia pula pieniędzy pozwoli na przedstawienie pacjentom atrakcyjnych rozwiązań.





1. Definicja, rodzaje oraz porównanie zalet i wad dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych
(lek. med. Krzysztof Łanda, dr Jakub Owoc, lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk)

3. Najpowszechniejsze mity na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych
(Karolina Pokorowska)



DEFINICJA, RODZAJE oraz porównanie zalet i wad dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Ubezpieczenia suplementarne vs. komplementarne – argumenty za i przeciw.

tekst: lek. med. Krzysztof Łąda, dr Jakub Owoc, lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk

Argumenty za

KOMPLEMENTARNE lek. med. Krzysztof Łąda

- Zwiększenie wielkości środków w systemie bez potrzeby podnoszenia podatków;
- Zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w koszyku gwarantowanym – dla tych, których stać jedynie na płacenie składki podstawowej i którzy korzystają z bezpłatnej opieki zdrowotnej;
- Zasadnicze ograniczenie reglamentacji świadczeń gwarantowanych, korupcji i korzystania z niepisanych „przywilejów” w ochronie zdrowia, dzięki likwidacji dysproporcji pomiędzy wielkością środków ze składki podstawowej a zawartością koszyka gwarantowanego;
- Zwiększenie dostępu do nowoczesnych metod leczenia i innowacyjnych technologii medycznych (których liczba poza koszykiem gwarantowanym będzie rosła);
- Zapewnienie dostępu do technologii spoza koszyka gwarantowanego (nie objętych systemem bazowym), co w przypadku choroby oznacza na przykład otrzymanie nowoczesnego leku;
- Poprawa efektywności wykorzystania środków prywatnych wydawanych na ochronę zdrowia;
- Wprowadzenie możliwości wyboru dodatkowego ubezpieczenia dla obywateli;
- Wprowadzenie mechanizmów konkurencji, zarówno pośród płatników, jak i pomiędzy świadczeniodawcami;
- Zlikwidowanie lub ograniczenie szarej strefy w ochronie zdrowia;
- Możliwość ubezpieczenia się od współpłacenia.

SUPLEMENTARNE dr Jakub Owoc

- Solidaryzm społeczny – osoby posiadające ubezpieczenie prywatne zyskują dostęp do świadczeń, które są im jednocześnie gwarantowane w systemie publicznym, dzięki czemu uwalniają publiczne zasoby na rzecz osób nie posiadających ubezpieczenia prywatnego;
- Szybszy dostęp do świadczeń;
- Duża elastyczność – oferowane przez ubezpieczycieli produkty najczęściej obejmują najbardziej deficytowe świadczenia publiczne, zatem potrafią się szybko dostosować do niedoskonałości i słabości systemu publicznego.

Definicja

lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (DUZ) to produkty finansowe, które swoim zakresem uzupełniają obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne. Przestrzeń do ich ochrony tworzy koszyk świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych w ramach ubezpieczenia powszechnego. Istnieją dwa rodzaje ubezpieczeń dodatkowych:

1. **Ubezpieczenia suplementarne** – nazywane także duplikującymi, czyli polisy dające szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale do których dostęp, ze względu na niedobory finansowe i organizacyjne systemu finansowanego ze środków publicznych, jest limitowany. Relacja takich ubezpieczeń do systemu finansowanego ze środków publicznych określana jest mianem „obok”.
2. **Ubezpieczenia komplementarne** – nazywane także uzupełniającymi w stosunku do powszechnego, społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, to polisy uzupełniające swoim zakresem świadczeń ubezpieczenia powszechne (ubezpieczenia świadczeń dodatkowych) lub pokrywające dopłaty pacjentów do świadczeń, które nie są w 100%

bezpłatne dla pacjentów (np. leki, konsultacje lekarskie, ponadstandardowe soczewki lub protezy stawów – ubezpieczenia od dopłat pacjentów). Relacja takich ubezpieczeń do systemu finansowanego ze środków publicznych określana jest mianem „ponad”.

Jak na razie w Polsce powszechniej oferowane są ubezpieczenia suplementarne oraz abonamenty medyczne, które choć z formalnego punktu widzenia nie są ubezpieczeniami, to bez wątpienia – podobnie jak ubezpieczenia suplementarne – działają obok systemu finansowanego ze środków publicznych, gwarantując swoim klientom szybki dostęp do wielu świadczeń, które są trudno dostępne w systemie finansowanym przez NFZ.

Argumenty przeciw

KOMPLEMENTARNE dr Jakub Owoc

- Ograniczanie dostępu – co do zasady, ubezpieczenia komplementarne pokrywają koszty współpłaćności oraz świadczenia spoza koszyka świadczeń gwarantowanych publicznie. To sprawia, że ich realna rola w systemie jest uwarunkowana istnieniem dopłat w systemie publicznym, przy czym muszą być one „ubezpieczalne”, czyli nie mogą być drobne.
- Alternatywą dla dopłat jest ograniczenie koszyka świadczeń gwarantowanych, przy czym, ponownie, ograniczenie to musi mieć charakter realny, czyli obejmować świadczenia, na które jest realny popyt.
- Oba te warunki sprawiają, że ubezpieczenia komplementarne mają poważną wadę o charakterze społecznym: ograniczają dostęp do świadczeń medycznych finansowanych publicznie osobom nie posiadającym prywatnego ubezpieczenia, czyli zazwyczaj najmniej zamożnej części społeczeństwa.

SUPLEMENTARNE lek. med. Krzysztof Łanda

- „Żywią się” deficytem w systemie publicznym – popyt na polisy suplementarne jest tym większy, im dłuższe są kolejki do świadczeń „gwarantowanych”, finansowanych przez NFZ; innymi słowami – im gorzej w systemie publicznym, tym lepiej dla ubezpieczeń suplementarnych;
- Dotyczą głównie podwyższonego standardu usług oraz szybszego dostępu do ambulatoryjnych świadczeń deficytowych w systemie publicznym, przez co nie rozwiązują problemów związanych z deficytem w systemie;
- Zapewniają opiekę „obok” systemu publicznego, nie zwalniając osób dobrowolnie ubezpieczonych z opłacania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne i tym samym podnosząc wydatki pacjentów.

NAJPOWSZECHNIEJSZE MITY na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne obrośli w Polsce wieloma mitami i nieporozumieniami. Które z nich najczęściej się powtarzają? Dlaczego tak bardzo popularne są przekonania, które nie mają żadnego odzwierciedlenia w rzeczywistości?

tekst: Karolina Pokorowska

Panuje przekonanie, że DUZ będą dostępne wyłącznie dla zamożnych osób¹. Faktycznie jednak jest zupełnie odwrotnie – są one przeznaczone w szczególności dla pacjentów o chudszych portfelach. Dlaczego? Po pierwsze, z badań wynika że ich proponowane ceny są uznawane za większość badanych za przystępne. Po drugie, DUZ są korzystniejsze niż finansowanie trudno dostępnych świadczeń bezpośrednio, jednorazowo z własnej kieszeni („out of pocket”), na co dzisiaj są skazani ci, którzy nie chcą lub nie mogą stać w kolejkach. Po trzecie wreszcie, w ramach regulacji prawnej DUZ w Polsce będzie można dodatkowo ograniczyć możliwości różnicowania cen tych ubezpieczeń ze względu na wiek i stan zdrowia, jak to się standardowo dzieje w przypadku abonamentów.

Najbiedniejsi pacjenci – na koniec kolejki

Zgodnie z tym mitem, istnienie DUZ sprawi, że najubożsi pacjenci zostaną zepchnięci jeszcze dalej w już i tak długich kolejkach do lekarzy i świadczeń medycznych, co w ramach teoretycznie powszechnej, takiej samej dla wszystkich opieki zdrowotnej wprowadzi dodatkowe podziały na „lepszych” i „gorszych”. Mit ten karmi się założeniem, że

w systemie zdrowia kolejki tworzą się, gdyż lekarzy, pracowników opieki zdrowotnej i sprzętu jest po prostu za mało. To nieprawda – za mało jest pieniędzy, by móc korzystać z usług medycznych (opłacić lekarzy, sfinansować działanie sprzętu etc.). Tak więc masowość DUZ jest drogą do skrócenia kolejek, ponieważ część osób, korzystających wcześniej z publicznej opieki zdrowotnej, zacznie korzystać ze świadczeń w ramach DUZ.

Droższe świadczenia medyczne

Istnieje przekonanie, że upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może zwiększyć popyt na wszelkiego rodzaju usługi medyczne, co – zgodnie z prawami ekonomii – podniesie ich ceny. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, że wzrost ceny danego dobra jest w ekonomii powodowany zwiększonym popytem tylko wtedy, gdy podaż utrzymuje się na stałym poziomie lub przyrasta bardzo wolno. W opiece zdrowotnej natomiast podaż usług medycznych, przy masowości DUZ, automatycznie wzrośnie. Aktualnie, z powodu braku pieniędzy, wiele usług nie jest wykonywanych mimo istnienia „wolnych mocy przerobowych” (lekarzy, sprzętu etc.) Kiedy pieniądze z DUZ wpłyną do systemu, te wolne moce zostaną odblokowane.

„Ucieczka” dobrych lekarzy do prywatnych placówek

Masowość DUZ będzie prowadzić do rozwoju rynku prywatnych usług medycznych. Dlatego też pojawiło się niesłuszne przekonanie, że większość lekarzy przejdzie do pracy w prywatnych gabinetach i klinikach, a dla pacjentów korzystających z podstawowego systemu opieki zdrowotnej zostaną tylko najmniej kompetentni medycy, którzy „nie załapali się”

¹ Materiał opracowano na podstawie danych organizacji Private Healthcare Australia, www.privatehealthcareaustralia.org.au



Karolina Pokorowska

Absolwentka Wydziału Prawa UW, ekonomistka ze specjalizacją w zakresie komunikacji i PR. Od początku aktywności zawodowej związana z rynkiem farmaceutycznym i systemem ochrony zdrowia. Propagatorka kształcenia opinii publicznej i podnoszenia świadomości konsumentów w zakresie ochrony zdrowia. Dyrektor ds. Kreacji w KARPENO Prime PR Solution.

do sektora prywatnego. Prawda jest jednak taka, że to właśnie z tymi placówkami prywatnymi NFZ będzie podpisywać umowy na realizację świadczeń w ramach systemu podstawowego. Z drugiej strony zaś, prywatni ubezpieczyciele oferujący DUZ będą mogli podpisywać umowy z publicznymi placówkami (np. dużymi szpitalami), co sprawi, że będą one lepiej dofinansowane i będą mogły wciąż zatrudniać dobrych lekarzy. Co więcej, już teraz większość lekarzy pracuje zarówno w publicznych, jak i prywatnych placówkach, nie wydaje się więc, żeby po wprowadzeniu DUZ mieli zrezygnować z części swoich dochodów.

Młodzi nie potrzebują DUZ

Młodzi ludzie – zazwyczaj sprawni i zdrowi – uważają, że problem poważnych chorób ich nie dotyczy. Szczególnie w polskiej mentalności pokutuje przekonanie, że „młody znaczy zdrowy”, a potrzeba szczególnego dbania o zdrowie odnosi się do osób w zaawansowanym wieku. Prawda jest jednak taka, że poważna choroba może dotknąć każdego – co w szczególności tyczy się następstw wypadków losowych. Dlatego potrzebne są szerokie programy edukacyjne, mobilizujące młodych do profilaktyki i dbałości o zdrowie, tak aby w starszym wieku mogli wciąż się nim cieszyć.

W SKRÓCIE

Na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych krążą rozmaite mity. Pacjenci obawiają się między innymi, że takie rozwiązanie dostępne jest jedynie dla osób zamożnych, a najbiedniejsze osoby wypchnie na koniec kolejki. Obawy dotyczą również tego, czy DUZ nie spowodują wzrostu cen świadczeń medycznych i odpływu dobrych lekarzy z państwowych do prywatnych placówek medycznych. Z kolei wśród młodych osób panuje przekonanie, że ubezpieczenia nie są im potrzebne, a o dbaniu o swoje zdrowie pomyślą w podeszłym wieku. Okazuje się, że wszystkie z tych mitów są nieprawdziwe i przegrywają w walce z siłą racjonalnych, opartych na faktach argumentów.

„Masowość DUZ jest drogą do skrócenia kolejek, ponieważ część osób, korzystających wcześniej z publicznej opieki zdrowotnej, zacznie korzystać ze świadczeń w ramach DUZ.”



1. Diagnoza rynku ochrony zdrowia – uwarunkowania systemu ochrony zdrowia pod kątem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (dr n. med. Waldemar Wierzba)

2. Perspektywy rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk)



DIAGNOZA RYNKU

ochrony zdrowia – uwarunkowania systemu ochrony zdrowia pod kątem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Aby dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogły spełnić swoją podstawową funkcję, czyli wspierać i uzupełniać system publiczny, muszą być masowe. Aby stać się masowe, DUZ muszą być atrakcyjne dla klienta: tanie oraz zapewniające szybszy dostęp do świadczeń lepszej jakości.

tekst: dr n. med. Waldemar Wierzbza

W systemie opieki zdrowotnej mamy personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w liczbie:

1 36 208 lekarzy
(wskaźnik 35,3/10 tys. ludności)

38 335 lekarzy dentystów
(wskaźnik 9,9/10 tys. ludności)

29 291 farmaceutów
(wskaźnik 7,6/10 tys. ludności)

282 438 pielęgniarek
(wskaźnik 73,3/10 tys. ludności)

34 607 położnych
(wskaźnik 9,0/10 tys. ludności)

2 728 diagnostów laboratoryjnych
(wskaźnik 0,7/10 tys. ludności)

4 355 innych specjalistów
(wskaźnik 1,1/10 tys. ludności)

Liczba obywateli Rzeczypospolitej Polskiej wynosi 38 511 800, w tym 19 868 000 kobiet i 18 643 800 mężczyzn (z tego około 37 milionów zamieszkuje na terytorium RP). Odsetek obywateli po 65. roku życia wynosi ponad 13% populacji i systematycznie rośnie (spada odsetek osób w wieku produkcyjnym).

W kraju działa 830 szpitali (plus 42 filie), w tym 517 publicznych i 313 niepublicznych. Dysponują one łącznie 184 514 łóżek szpitalnych (czyli 48/10 tysięcy ludności) w tym 28 513 w szpitalach niepublicznych. Rocznie leczonych w szpitalach jest 8 054 336 pacjentów (43,7 osoby na jedno łóżko). Roczne leczenie w szpitalach to 44 701 900 osobodni. Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu to 5,6 dnia. W ciągu roku łóżko zajmowane jest przez 244,5 dnia, co daje wykorzystanie łóżek w 67%. Podstawowym źródłem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej jest składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Planowany przychód ze składki w 2013 roku wyniesie 64 237 866 złotych (stałe rośnie od 1999 roku). Wraz ze wzrostem ilości środków finansowych w systemie rosną wydatki świadczeniodawców. Sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej od 1999 roku jest stale niezadowolająca. Pomimo licznych działań restrukturyzacyjnych (oddłużania), zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej stale rośnie. Stan zadłużenia na koniec pierwszego kwartału 2013 roku wyniósł 10 741 300 złotych (w tym zobowiązania wymagalne 2 097 786 złotych).

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne to ubezpieczenie gwarantujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie naruszające praw ani obowiązków wynikających z przepisów o obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i świadczeń tam

„W kraju działa 830 szpitali (plus 42 filie),
w tym 517 publicznych i 313 niepublicznych.”



Dr n. med.

Waldemar Wierzbę

Dziekan Wydziału
Zamiejscowego w Warszawie
Akademii Humanistyczno-
-Ekonomicznej w Łodzi,
Redaktor Naczelny magazynu
„Świat Lekarza”

zagwarantowanych. Podstawową funkcją dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest zwiększenie ilości środków finansowych w systemie uzupełniającym ubezpieczenie obowiązkowe. Ale nie jest to jedyna zaleta takiego sposobu zwiększenia środków w systemie opieki zdrowotnej.

Aby dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogły spełnić swoją podstawową funkcję (wspierania i uzupełniania systemu publicznego), muszą spełnić warunek masowości. Muszą więc być atrakcyjne dla klienta i tanie. Co jednak kryje się pod pojęciem „atrakcyjne”? Dla większości obywateli będzie to świadczenie wykonane szybciej, o lepszej jakości oraz – co najważniejsze – możliwie blisko miejsca zamieszkania (co jest niezwykle istotne dla osób starszych, samotnych, mniej sprawnych ruchowo, rodziców z małymi dziećmi). Aby dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogły ten warunek spełnić, muszą zawierać w ofercie takie świadczenia, które można wykonać na poziomie szpitala powiatowego, a nie tylko w ośrodkach wysokospecjalistycznych. Gdy takie rozwiązanie będzie możliwe, możliwy również będzie masowy rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Proces wprowadzania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ma jeszcze jedną ogromną zaletę – edukację zdrowotną społeczeństwa. W Polsce niestety nie ma świadomości, że od najmłodszych lat należy poważnie „zarządzać własnym zdrowiem”. Kampania wokół dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych znakomicie uzupełniłaby i wzbogaciła wysiłki środowiska medycznego w zakresie promocji zdrowia, na którą nigdy nie było wystarczająco dużo środków (przeciwnie – zawsze o wiele za mało). Zmiana postawy

społeczeństwa w tym zakresie to proces kilkunastoletni, być może wymagający zmiany pokoleniowej, ale na pewno warty jak najszybszego zainicjowania.

Zasadne jest twierdzenie, iż rezygnacja z rozwoju DUZ stawia pod znakiem zapytania długofalową wydolność całego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Otwartym pozostaje jedynie pytanie, który z modeli dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych – komplementarny czy suplementarny (a może jednocześnie wprowadzenie obu modeli) – będzie najbardziej adekwatny do polskiej rzeczywistości.

W SKRÓCIE

Na podstawie analizy danych statystycznych dotyczących systemu ochrony zdrowia, autor stwierdza, że systematycznie rosnąca liczba osób pracujących w sektorze jest w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne kraju, problem stanowią jednak zbyt małe środki finansowe. Niedofinansowanie prowadzi do zadłużenia szpitali i obniżenia jakości usług. System wymaga więc pilnych zmian. DUZ pozwoliłyby zwiększyć ilość pieniędzy w systemie ochrony zdrowia, nie naruszając systemu ubezpieczeń podstawowych. Aby prawidłowo działać, muszą być jednak masowe – tak więc tanie i atrakcyjne (co oznacza usługi medyczne wykonywane szybciej, lepiej i bliżej domu). Zaletą DUZ jest także edukacja prozdrowotna społeczeństwa.

Bibliografia:

1. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012.
2. Czapiński J., Diagnoza Społeczna 2013, PAP – konferencja prasowa, Warszawa 2013.
3. Główny Urząd Statystyczny, Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna, Warszawa 2013.
4. Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), Medycyna Ubezpieczeniowa, Poltext, Warszawa 2013.
5. Kalbarczyk W. P., Łanda K., Władysiek M. (red.), Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań., CEESTAHC, Kraków/Warszawa 2011.
6. Ministerstwo Zdrowia, Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stan na 31.03.2013 r., Warszawa 2013.
7. Ministerstwo Zdrowia, Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stan na 31.03.2013 r., Warszawa 2013.
8. Narodowy Fundusz Zdrowia, Plan finansowy na rok 2013, Warszawa 2012.
9. Najszweska E. (red.), System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań., Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
10. Polska Izba Ubezpieczeń, Ernst&Young, Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski, Warszawa 2013.
11. Wywiad z Grzegorzem Prądzyńskim, prezesem Polskiej Izby Ubezpieczeń, Dodatkowe Ubezpieczenia Zdrowotne są nam potrzebne, Służba Zdrowia Nr 51-66, 2013.

PERSPEKTYWY ROZWOJU dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

W ostatnim czasie dużo mówi się o potrzebie wprowadzenia w Polsce regulacji pozwalających na rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (DUZ).

Jakie warunki muszą zaistnieć, by mogły się one w Polsce upowszechnić?

tekst: lek. med. Witold Paweł Kalbarczyk

W Polsce upowszechnienie wiedzy na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest wciąż bardzo ograniczone, a można wręcz powiedzieć, że jest to wiedza dostępna jedynie wąskiemu gronu ekspertów. Po raz kolejny w ciągu ostatnich 20 lat padają deklaracje ze strony rządzących, że nadszedł czas, by także w Polsce – podobnie jak w wielu innych krajach na świecie – wprowadzić regulacje pozwalające na rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Warto zatem przybliżyć ten temat zarówno gronu decydentów, jak i – przede wszystkim – szerokiej opinii publicznej.

Jeśli ubezpieczenia te mają być masowe, czyli mają z nich korzystać miliony Polaków, to ich akceptacja dla takich rozwiązań także musi być masowa. Warunkiem decyzji o kupnie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest wiedza, która pozwoli na mądry wybór produktu

finansowego gwarantującego ubezpieczonemu to, czego – w związku ze swoim stanem zdrowia – może potrzebować w przyszłości. Warto, by miał on świadomość, że posiadanie ubezpieczenia to nie chwilowe rozwiązanie, lecz wybór na wiele lat – produkt finansowy, za który płaci się regularne składki nawet wtedy, gdy ubezpieczony jest zdrowy i nie potrzebuje korzystać z badań, konsultacji lekarskich czy operacji. Posiadając ubezpieczenie zdrowotne, jest jednak chroniony przed niespodziewanymi dużymi wydatkami związanymi z wypadkiem lub chorobą.

Koszyk świadczeń gwarantowanych a ubezpieczenia dodatkowe

Zakres koszyka gwarantowanego, a więc to wszystko, co w nim jest oraz zasady rządzące korzystaniem ze świadczeń przez osoby uprawnione, determinuje rolę i znaczenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w każdym systemie ochrony zdrowia. Koszyk świadczeń, który obowiązuje w Polsce jest koszykiem pozytywnym. To, co w nim jest „dostępne”, określają rozporządzenia Ministra Zdrowia do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Na ich podstawie wiemy, co nam się należy w zamian za składkę społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Każdy koszyk, także ten dotyczący świadczeń gwarantowanych, ma swoje wymiary.

„Posiadanie ubezpieczenia to nie chwilowe rozwiązanie, lecz wybór na wiele lat – produkt finansowy, za który płaci się regularne składki nawet wtedy, gdy ubezpieczony jest zdrowy.”



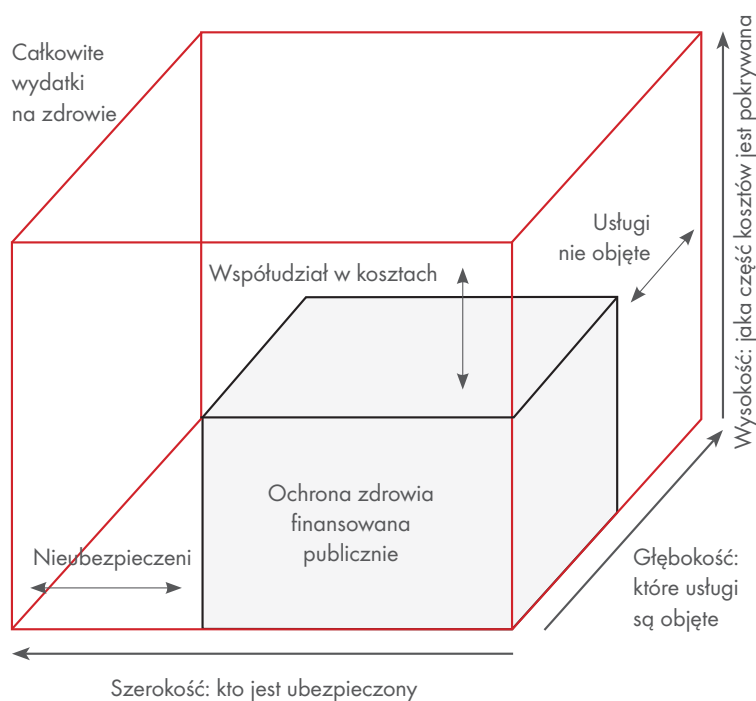
lek.med.

Witold Paweł Kalbarczyk

Absolwent WUM, lekarz chorób wewnętrznych, ekspert ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych, doświadczony menedżer branży ubezpieczeniowej i emerytalnej. Współautor propozycji reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. Autor wielu publikacji i artykułów poświęconych prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym i ochronie zdrowia. Wykładowca szkoleń i studiów podyplomowych. Doradca w zakresie ochrony zdrowia.

Wymiary koszyka świadczeń to:

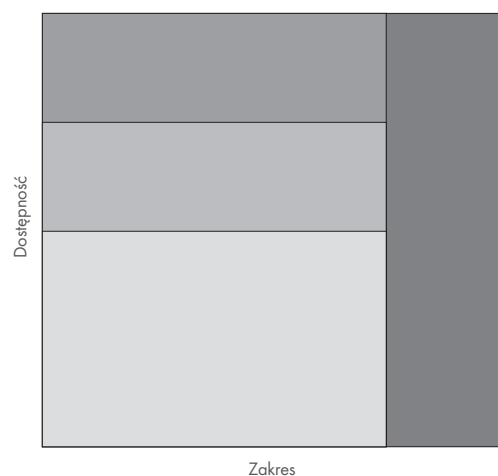
- **szerokość** – określa podmiotowy zakres uprawnień, czyli definiuje, kto jest ubezpieczony i uprawniony do świadczeń;
- **głębokość** – określa przedmiotowy zakres uprawnień, czyli definiuje, jakie świadczenia obejmuje koszyk;
- **wysokość** – określa wielkość kosztów, które pokrywane są ze środków publicznych.



Źródło: Sequence HC Partners, S. Bogusławski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko; Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków. PIU, INFARMA, grudzień 2011; str.25

Z obserwacji polskiego systemu ochrony zdrowia wiemy, że nasz koszyk świadczeń jest zdecydowanie za głęboki w stosunku pozostałych wymiarów. Jest w nim bardzo dużo świadczeń, z których mają prawo skorzystać niemal wszyscy Polacy, ale niestety w praktyce, w dużej części, trudno dostępnych ze względu na niedostatek pieniędzy publicznych. Nieadekwatność głębokości koszyka do wysokości nakładów ze środków publicznych powoduje, że zrealizowanie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia za środki publiczne jest często niemożliwe. Żeby skorzystać z tego podstawowego prawa człowieka, nie łamiąc jednocześnie prawa innych do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, coraz więcej Polaków leczy się prywatnie. W roku 2011 kwota wydatków prywatnych na zdrowie, obejmująca świadczenia zdrowotne i wydatki na leki (łącznie odpłatne oraz refundowane przez NFZ), wyniosła już około 33 miliardy złotych. W tej kwocie około 14 miliardów złotych wydaliśmy w dużej mierze na świadczenia, które teoretycznie należą się nam w ramach składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Płacimy za te świadczenia po raz drugi, bo czas oczekiwania na nie w ramach finansowania przez NFZ w skrajnych przypadkach sięga nawet 2-3 lat, a niemal normą jest 2-3-miesięczne oczekiwanie na konsultacje u specjalistów. Ubezpieczenia dodatkowe mogą w znacznym stopniu poprawić tę sytuację i przyspieszyć dostęp do świadczeń zdrowotnych. Zarówno w Polsce, jak i na świecie potencjalną przestrzeń do rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych daje nie tyle deklaratywna, ale rzeczywista gwarancja dostępności świadczeń.

Zawartość koszyka a prywatne ubezpieczenia zdrowotne



- Świadczenia nie ujęte w koszyku
(pole do rozwoju ubezpieczeń komplementarnych)
- Świadczenia współpłatne
(pole do rozwoju ubezpieczeń komplementarnych)
- Świadczenia objęte kolejką/trudno dostępne
(pole do rozwoju ubezpieczeń suplementarnych)
- Świadczenia dostępne

Źródło: Sequence HC Partners, S. Bogusławski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko; Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków. PIU, INFARMA. Grudzień 2011. str.27.

Masowość dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komplementarnym mogą być narzędziem, które sprawi, że dostępność świadczeń współpłatnych lub niedostępnych za pieniądze publiczne będzie możliwa dla każdego. Jeśli przestrzeń do ubezpieczenia będzie odpowiednio duża, a ryzyko finansowe uświadomione i odczuwalne dla dużej części naszego społeczeństwa, to takie ubezpieczenia mają szansę stać się masowe, podobnie jak we Francji, Słowenii, Irlandii, Australii czy Holandii.

Relacja finansowego uzupełnienia koszyka środkami prywatnymi w mechanizmie ubezpieczeniowym, a więc relacja „ponad” jest jedyną, która ma szansę na masową akceptację, a więc tym samym masowy charakter dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Dowodem na to są doświadczenia krajów przywołanych powyżej jako przykłady. Ubezpieczenia suplementarne, co pokazują doświadczenia brytyjskie, są dostępne dla maksymalnie kilku procent społeczeństwa, którym szybszy dostęp do deficytowych świadczeń w systemie publicznym (w którym, jak w Polsce, nie ma współpłaty ze strony pacjentów) lub realizację świadczeń w prywatnym szpitalu finansują pracodawcy w ramach tak zwanych pozapłacowych benefitów pracowniczych.

Ubezpieczenia duplikujące system publiczny nigdzie na świecie nie są masowe, z prostej przyczyny – nawet w bogatych krajach tak zwanego „Zachodu” niewiele osób jest gotowych i może sobie pozwolić na dwukrotne płacenie za dostęp do tych samych świadczeń, które mają być dostępne w systemie finansowanym ze środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W nielicznych krajach, w których rozwinęły się ubezpieczenia suplementarne, napotykać one albo na silny opór społeczny, albo – przy ich akceptacji ze strony bogatszych grup społecznych – w pewnym momencie w sposób naturalny

„Długi czas oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne i brak dostępu do innowacyjnych terapii lekowych wymusza pilne podjęcie działań mających na celu zmianę tego stanu.”

napotyka one na tak zwany „szklany sufit” rozwoju, który nie przekracza kilku procent społeczeństwa. **Taką sytuację obserwujemy od lat w Wielkiej Brytanii, w której w szczytowym okresie z ubezpieczeń o takim charakterze korzystało około 12% populacji, a obecnie, między innymi z uwagi na lepszą dostępność świadczeń w systemie publicznym, odsetek korzystających z suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych spadł do około 8% obywateli.** W Polsce abonamenty i ubezpieczenia osiągnęły już podobny poziom rozwoju – korzysta z nich około 7% populacji naszego kraju.

Wyzwania przyszłości – dostępność świadczeń i bezpieczeństwo finansowe

Stopień niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków – mierzony choćby czasem oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne lub na dostęp do innowacyjnych terapii lekowych – jest już na tyle duży, iż należy podjąć pilne działania mające na celu zmianę tego stanu. Jednocześnie prognozy demograficzne i epidemiologiczne wskazują, że problem ten będzie nieuchronnie narastał. Dlatego konieczne są zmiany w systemie organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce. Jedną z nich jest stworzenie warunków prawnych i przestrzeni do rozwoju masowych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Winny to być ubezpieczenia zarówno suplementarne, jak i komplementarne, a przede wszystkim ich połączenie, dające szybki dostęp do świadczeń zdrowotnych potrzebnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych Polaków. Ubezpieczenia dodatkowe, zawierane grupowo i indywidualnie, to dodatkowy strumień pieniędzy na świadczenia zdrowotne, za które ludzie gotowi są płacić. Zarówno w Polsce, jak i w wielu krajach na świecie, szybkość dostępu i jakość realizacji świadczeń to główne kryteria wyboru dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Warunki prawne sprzyjające spełnianiu takich kryteriów przez polisy ubezpieczeń dodatkowych w naszym kraju przyniosą korzyść wszystkim Polakom. Korzyść ta będzie tym większa, im więcej osób zdecyduje się na takie ubezpieczenia. A to zależy w największym stopniu od tego, kiedy zostaną stworzone warunki prawne do ich działania i rozwoju. Im szybciej to nastąpi, tym większa szansa na skuteczne „uzdrowienie” polskiego systemu ochrony zdrowia.

Bibliografia:

1. Thomson S., Mossialos E., Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, 2009
2. Sequence HC Partners, Bogusławski S., Kalbarczyk W.P., Tytko Z.; Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków. PIU, INFARMA, grudzień 2011
3. Kalbarczyk W.P., Ubezpieczenia zdrowotne – jak regulować, cz. 1-2, Miesięcznik Ubezpieczeniowy, Tom 9 – Nr 7/8, 9 - 2012
4. Kalbarczyk W.P., Ubezpieczenia zdrowotne – warunki masowości, cz. 1-3 Miesięcznik Ubezpieczeniowy, Tom 10 – Nr 7/8, 9, 10 – 2013

W SKRÓCIE

DUZ są produktem ubezpieczeniowym, który uzupełnia lub stanowi alternatywę dla powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. To ostatnie obejmuje w Polsce określony, dość szeroki koszyk gwarantowanych świadczeń medycznych, które są refundowane ze środków publicznych. Polski koszyk jest za głęboki – jest zbyt dużo teoretycznie dostępnych świadczeń, ale z powodu braku pieniędzy mało kto ma do nich faktyczny dostęp (kolejki). Dlatego też coraz więcej Polaków leczy się prywatnie. Rozwiązaniem tej sytuacji może być DUZ. Obecnie w Polsce bardziej popularne są ubezpieczenia suplementarne, oraz abonamenty medyczne, które spełniają podobną rolę (choć ubezpieczeniami nie są) – zapewniają szybszy dostęp do lepszej jakości świadczeń. Autor rekomenduje jednak rozwój przede wszystkim ubezpieczeń komplementarnych (z uzupełnieniem o suplementarne), ponieważ tylko te mają szansę stać się masowe. Wymaga to stworzenia im przestrzeni do rozwoju.



WYNIKI BADAŃ





1. Sonda społeczna – wyniki badań metodą CATI
2. Wyniki badań ankietowych (dr Jakub Owoc, Jacek Borowicz)
3. Wyniki z BAROMETRU WHC 5/2/2013



SONDA SPOŁECZNA

– wyniki badań metodą CATI

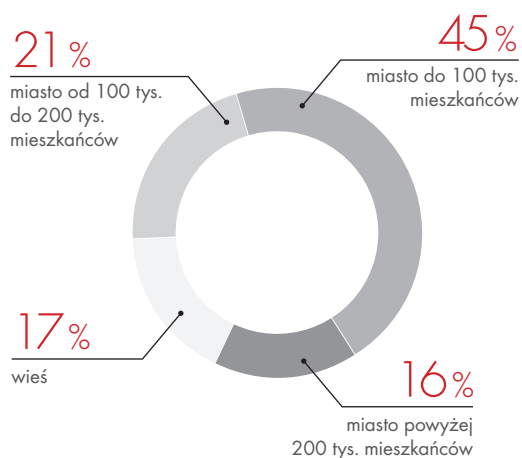
Na próbie 700 osób przeprowadzono pogłądowe badanie opinii publicznej w kwestii korzystania z opieki zdrowotnej. Odpowiedzi respondentów stały się podstawą do wyciągnięcia interesujących wniosków.

Sondę przeprowadziła firma badawcza EU Consult w sierpniu 2013 roku.

Losowanie próby badawczej odbyło się wśród bazy numerów w podziale na województwa. Wielkość tej bazy wynosiła 1 040 000 osób. Losowanie przeprowadzono w sposób kwotowy, uwzględniając klasę wielkości zaludnienia w poszczególnych województwach. W rezultacie wylosowano próbę badawczą w wielkości 700 osób, przy akceptowalnym błędzie nie większym niż +/- 3,7% i przedziale ufności 95%. W próbie badawczej dominują kolejno osoby z województwa mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego oraz małopolskiego. Mniejszość stanowią respondenci z województwa opolskiego, lubuskiego oraz świętokrzyskiego.

Wśród ankietowanych przeważają osoby mieszkające w miastach, zwłaszcza w tych liczących do 100 tysięcy mieszkańców. Szczegółowy rozkład próby badawczej ze względu na miejsce zamieszkania przedstawia wykres.

Charakterystyka próby badawczej ze względu na miejsce zamieszkania.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonej sondy.

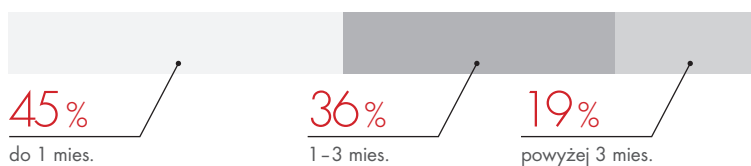
Większość respondentów (29%) stanowią osoby, których miesięczny dochód netto na jedną osobę mieści się w przedziale 1001–1500 złotych. Zaraz za nimi plasują się osoby, których miesięczny dochód netto osiąga wartość 1501–2000 złotych (22%) oraz 501–1000 złotych (21%). Najmniejszą grupę w próbie badawczej tworzą osoby z miesięcznym dochodem w wysokości do 500 złotych netto oraz powyżej 3000 złotych netto. Wśród badanych, 11% odmówiło udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące wysokości dochodu, natomiast 6% trudno było określić jego wysokość.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące zadowolenia z publicznego systemu ochrony zdrowia zdecydowana większość ankietowanych – 61% – zadeklarowała niezadowolenie z jego funkcjonowania, z kolei 39% wyraziło przeciwną opinię. W przypadku pytania o faktyczne korzystanie z systemu ochrony zdrowia, 62% ankietowanych deklarowało, że w ciągu ostatniego roku częściej wybierali prywatną opiekę zdrowotną, 38% – publiczną. W przypadku korzystania z publicznej opieki zdrowotnej, większa część respondentów, czyli 54%, zadeklarowała, że nie miała żadnych problemów

„W odpowiedzi na pytanie dotyczące zadowolenia z publicznego systemu ochrony zdrowia zdecydowana większość ankietowanych – 61% – zadeklarowała niezadowolenie z jego funkcjonowania, z kolei 39% wyraziło przeciwną opinię.”

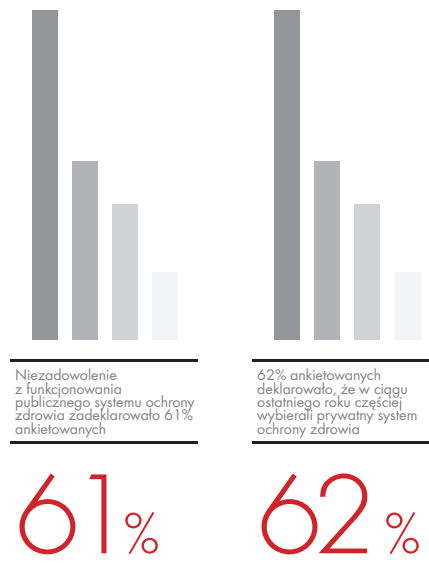
z dostaniem się do lekarza specjalisty. Pozostali respondenci (46%) napotkali w tej sprawie na trudności. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty wśród osób, które stwierdziły problemy z dostaniem się do lekarza, wynosił najczęściej do 1 miesiąca. Tego zdania było 45% respondentów. Natomiast najmniejszy odsetek ankietowanych – 19% – zadeklarował, że ich średni czas oczekiwania na wizytę wyniósł ponad 3 miesiące. Szczegółowy rozkład deklarowanego czasu oczekiwania respondentów na wizytę przedstawia poniższy wykres.

Jaki był czas oczekiwania na wizytę w przypadku problemów z dostaniem się do lekarza specjalisty?

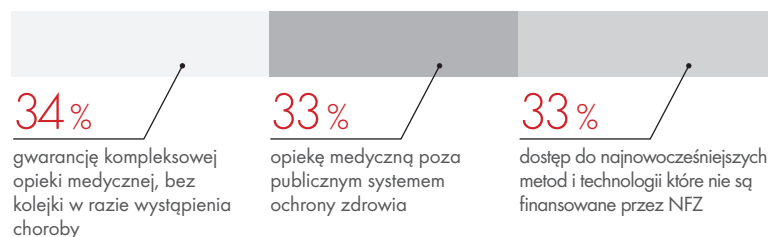


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonej sondy.

Zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu (64%) zna pojęcie koszyka świadczeń gwarantowanych i jest świadoma jego znaczenia, z kolei 36% nie ma takiej wiedzy. W przypadku pojęcia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, sytuacja przedstawia się nieco lepiej. Wśród ankietowanych 72% zadeklarowało, że pojęcie to nie jest im obce i ma świadomość jego znaczenia. Tak duża liczba osób deklarujących znajomość tego terminu może jednak świadczyć o tym, że ankietowani mylą go z pojęciem abonamentów medycznych.

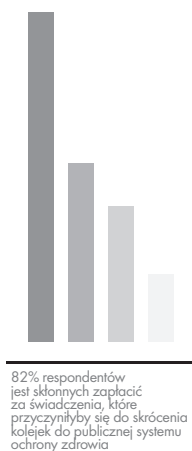


Za co byłby/aby Pan/i skłonny/a zapłacić więcej?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonej sondy.

Spośród tych osób, które są obeznane z pojęciem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, 73% uważa, że ich wiedza w tym zakresie jest kompletna i wystarczająca. Spytano również, ile pieniędzy respondent (którego wiedza w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest kompletna i wystarczająca) jest w stanie przeznaczyć miesięcznie na to ubezpieczenie. W wyborach ankietowanych przeważają kwoty do 30 złotych oraz od 30 do 50 złotych. Podaną wyżej kwotę zdecydowana większość respondentów (82%), jest skłonna zapłacić za świadczenia, które przyczyniłyby się do skrócenia kolejek do publicznego systemu ochrony zdrowia oraz poprawy dostępności poszczególnych lekarzy specjalistów. W przypadku pytania dotyczącego kwestii, za co respondent byłby skłonny zapłacić więcej, głosy rozkładały się porównywalnie.



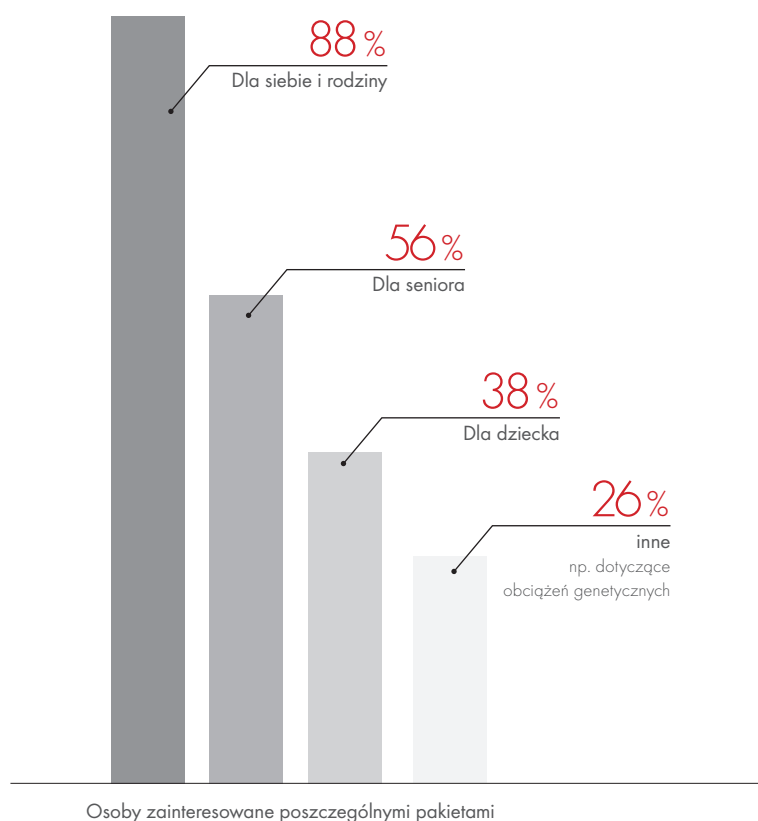
82%

Wysokość miesięcznej kwoty, jaką respondenci byliby w stanie zapłacić dodatkowo (za gwarancję kompleksowej opieki medycznej i wizyty bez kolejki w razie choroby, za opiekę medyczną poza publicznym systemem ochrony zdrowia bądź za dostęp do najbardziej nowoczesnych metod i technologii, które nie są finansowane przez NFZ), pokazuje powyższy wykres. Najczęściej wymieniana przez ankietowanych kwota mieści się w przedziale od 50 do 80 złotych miesięcznie. W ramach ubezpieczenia za podaną wyżej kwotę znaczna część respondentów (44%) oczekuje kompleksowej opieki medycznej i braku oczekiwania w kolejce w razie wystąpienia choroby. Następnie wśród respondentów wyłaniają się trzy porównywalne co do wielkości grupy oczekiwania: 17% ankietowanych oczekuje opieki medycznej poza publicznym systemem ochrony zdrowia,

„W ramach ubezpieczenia za podaną wyżej kwotę znaczna część respondentów (44%) oczekuje kompleksowej opieki medycznej i braku oczekiwania w kolejce w przypadku choroby.”

16% ankietowanych oczekuje poprawy dostępności specjalistów (kardiolog, ortopeda, dermatolog, etc.), z kolei 14% ankietowanych oczekuje dostępu do najnowocześniejszych i najskuteczniejszych metod leczenia i leków, które nie są finansowane przez NFZ w Polsce. W ramach zadeklarowanej kwoty znaczna część ankietowanych byłaby najbardziej zainteresowana pakietem dla siebie i dla rodziny. W następnej kolejności badane osoby byłyby zainteresowane pakietami dla seniora oraz dla dziecka. Najmniejszą grupę stanowią osoby, które w ramach zadeklarowanej kwoty byłyby zainteresowane innymi pakietami, niż wymienione. Sytuacja ta została zobrazowana na poniższym wykresie.

Jakim pakietem byłby/aby Pan/i zainteresowany/a ramach zadeklarowanej kwoty?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonej sondy

W SKRÓCIE

Z badania wynika, iż 61% respondentów jest niezadowolona z funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej, podobnie liczna (62%) grupa wybiera częściej prywatne leczenie. Wśród tych, którzy korzystają z publicznych przychodni, 54% nie miało kłopotów z dostaniem się do specjalisty, problemów doświadczyło natomiast 46%. Czas oczekiwania na wizytę wynosił zwykle poniżej miesiąca. Większość badanych zna i rozumie pojęcie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Respondenci twierdzą, iż na DUZ byłiby w stanie przeznaczyć do 50 złotych. Zdecydowana większość (82%) wydałaby tę kwotę na świadczenia, które przyczynią się do skrócenia kolejek i poprawy dostępu do specjalistów. Pakietem świadczeń, którym respondenci byłiby najbardziej zainteresowani, jest ten przeznaczony dla siebie i dla rodziny.

WYNIKI badań ankietowych

Zainteresowanie DUŻ rośnie u osób wydających więcej na świadczenia zdrowotne z własnej kieszeni, ale nie jest większe od średniej w grupach osób chorych oraz posiadających dzieci. Ten i inne wnioski wynikają z przeprowadzonych badań ankietowych*.

tekst: dr Jakub Owoc, Jacek Borowicz

Znajomość komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych a obecność u badanych choroby przewlekłej.

34,25% Osób z chorobą przewlekłą

34,21% Osób bez choroby przewlekłej

Brak znajomości komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych a obecność u badanych choroby przewlekłej.

65,75% Osób z chorobą przewlekłą

65,79% Osób bez choroby przewlekłej

Badania w obszarze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wiążą się z różnymi obiektywnymi trudnościami, które sprawiają, że część uzyskiwanych wyników należy traktować z pewną dozą ostrożności. Pierwszym i podstawowym ograniczeniem dotyczącym dodatkowych/dobrowolnych/prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest brak przejrzystych uregulowań prawnych. Z tego powodu pojawiają się przeszkody w przeprowadzaniu badań w tym zakresie. Dokonane analizy wskazują, iż wiedza na temat prywatnych ubezpieczeń jest bardzo niewielka, a ze względu na wspomniane wcześniej trudności w definiowaniu zagadnienia badawczego, część pytań wykorzystanych w kwestionariuszach ma charakter czysto hipotetyczny, ponieważ zazwyczaj respondenci nie wiedzą, co dokładnie rozumiane jest pod pojęciem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Co więcej, sprawę komplikuje powracający regularnie medialny dyskurs o konieczności wprowadzenia w Polsce dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, sugerujący, że ubezpieczeń takich w ogóle w Polsce nie ma, a także poruszane przez polityków korzyści i zagrożenia wynikające z ich wprowadzenia.

W takiej sytuacji wpływ na wyniki może mieć forma zadawanego pytania. Jeżeli będzie ono miało pozytywny wydźwięk i sugerowało jakies wymierne korzyści (na przykład dodatkowe ubezpieczenia za wyższej jakości świadczenia zdrowotne), to deklarowane zainteresowanie będzie prawdopodobnie wyższe niż w sytuacji, kiedy wydźwięk pytania będzie neutralny (na przykład zainteresowanie dodatkowym ubezpieczeniem). Należy również dodać, że opinia Polaków o systemie ochrony zdrowia jest wyjątkowo zła, także na tle innych krajów, i od wielu lat systematycznie się pogarsza, co prawdopodobnie nie pozostaje bez wpływu na zainteresowanie rozwiązaniami mającymi usprawnić jego funkcjonowanie¹.

¹ W badaniu Baromètre Cercle Santé – Europ Assistance „Healthcare in Europe and in the USA in 2012” Polska uzyskuje najniższy wynik zadowolenia z systemu ochrony zdrowia wśród 10 badanych krajów, osiągając 2,6 punktu w skali 1-10 (10 – najwyższy możliwy wynik). Średnia dla krajów unijnych wynosi 4,6 punkta. Coraz niższe zadowolenie z systemu ochrony zdrowia jest również wyraźnie widoczne w badaniach Diagnozy Społecznej czy CBOS.

* Źródłem wyników badań są dwie rozprawy doktorskie przygotowane na Wydziale Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Autorem pierwszej z nich, zatytułowanej „Badanie opinii dotyczących dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wśród osób zdrowych oraz chorych na alergię i astmę” jest Jacek Borowicz (przewód doktorski otwarty w 2013 roku), a drugiej, pod tytułem „Uwarunkowania rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych” dr Jakub Owoc (praca obroniona w styczniu 2013 roku).



dr
Jakub Owoc

Doktor nauk o zdrowiu, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego, autor publikacji na temat organizacji systemów ochrony zdrowia. W latach 2003-2012 pracował w Polskiej Izbie Ubezpieczeń. Wykładowca Lubuskiej Wyższej Szkoły Zdrowia Publicznego. Od 2013 roku dyrektor firmy Madanes Risk Management, specjalizującej się w programach zarządzania ryzykiem medycznym.



Jacek Borowicz

Specjalista zdrowia publicznego, pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zajmuje się analizą finansowania systemów ochrony zdrowia, planowaniem oraz realizacją projektów i strategii zdrowotnych. Współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Ekonomiki Zdrowia.

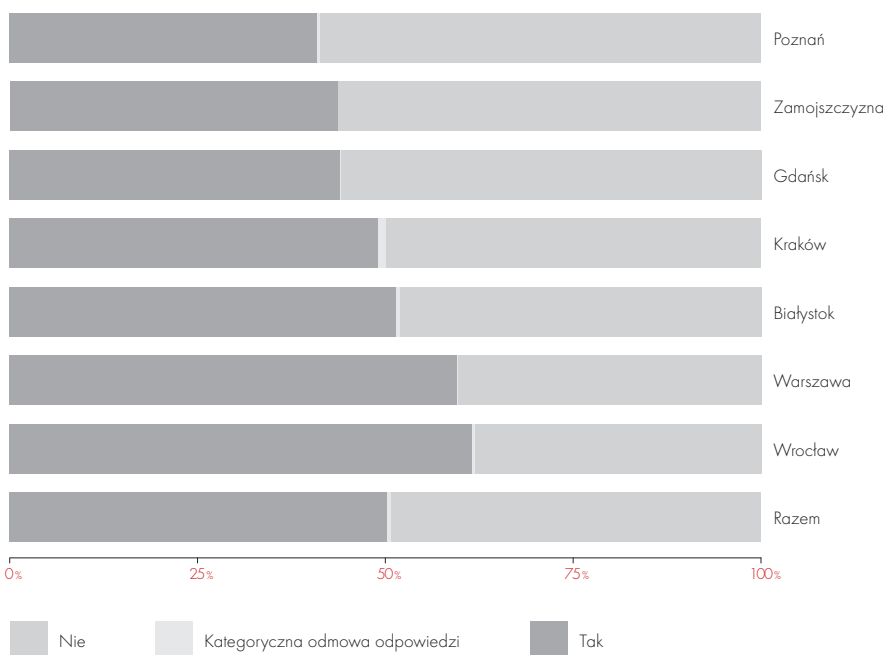
Przeprowadzone badania miały inne założenia dotyczące hipotez badawczych, w związku z czym mają różną treść i charakter pytań, a także odmienne założenia dotyczące doboru próby. Kwestie te utrudniają bezpośrednie porównanie wyników, ale pozwalają wysnuć kilka generalnych wniosków, które mogą sygnalizować ogólny stosunek badanych do prywatnego płacenia za świadczenia zdrowotne w formie ubezpieczenia. Zawarte w niniejszym opisie konkluzje opierają się na wynikach dwóch szczegółowych badań ankietowych, szczegółowo poruszających wszystkie obszary związane z funkcjonowaniem dodatkowych ubezpieczeń.

12 tys.

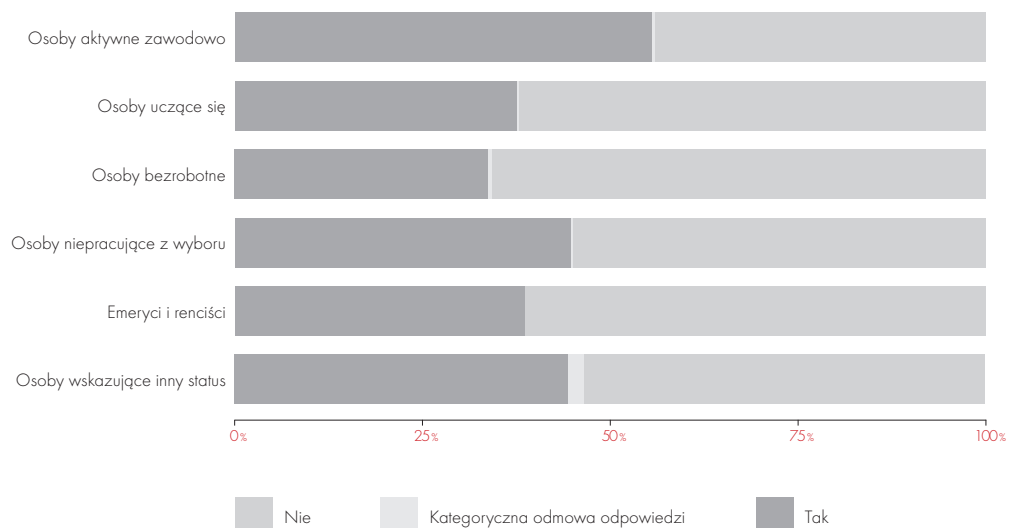


Badanie zostało przeprowadzone na próbie 12 000 osób.

Znajomość terminu „dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne” w kolejnych badanych obszarach (N = 10263).



Znajomość terminu „dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne” w grupach o różnych statusach zawodowych (N = 4539).



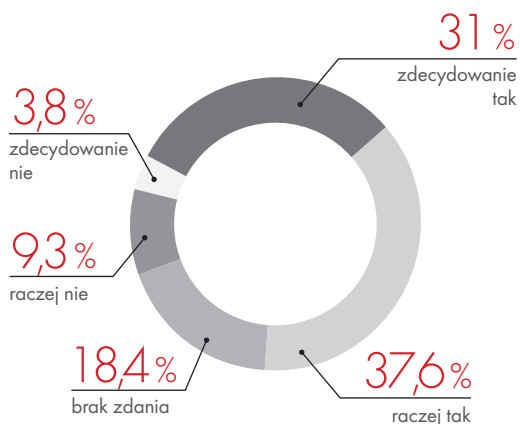
Podstawowym wnioskiem z obu przeprowadzonych badań jest bardzo niska wiedza o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Około połowy (49,3%) badanych nigdy nie zetknęło się z pojęciem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a około dwie trzecie (67,5%) nigdy nie spotkało się z ofertą jego kupna.

W obu badaniach widoczna jest zależność polegająca na tym, że większa wiedza na temat dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych występuje u osób z większych miast i aktywnych zawodowo, a także lepiej zarabiających i wykształconych.

W obu badaniach charakterystyczne jest wysokie poparcie dla idei dodatkowego ubezpieczania zdrowia. W ramach przeprowadzonego badania, ankietowane osoby pytano, czy ich zdaniem powinny istnieć dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Ponad dwie trzecie badanych odpowiedziało pozytywnie (zdecydowanie tak – 30,95%, raczej tak – 37,55%), a jedynie 13,08% było przeciwnego zdania (zdecydowanie nie – 3,80%, raczej nie – 9,28%). Niemal co piąty (18,42%) badany nie miał zdania na ten temat.

Drugie z badań dostarcza podobnych wniosków. Ankietowanym osobom zadano pytanie: „Czy jest Pan/ Pani za wprowadzeniem dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce?” Uzyskano odsetek odpowiedzi twierdzących na poziomie 40-75% w zależności od obszaru badawczego. Największe poparcie dla DUZ odnotowano w Warszawie i Gdańsku (w obu

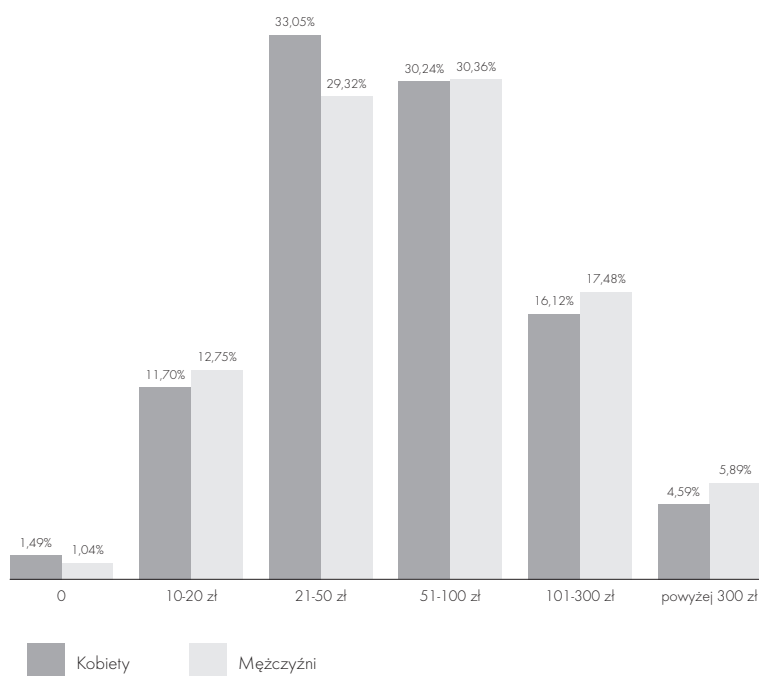
Czy jest Pan/ Pani za wprowadzeniem dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce?



„Najczęściej oczekiwaną korzyścią z wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest szybki dostęp do świadczeń specjalistycznych oraz zapewnienie ich wysokiej jakości.”

ponad 70%), najmniejsze w Poznaniu i na Zamojszczyźnie (ok. 40%). W obu badaniach zaobserwowano relatywnie duży odsetek osób sceptycznie nastawionych do dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (22–30%), które jednocześnie rozważają możliwość skorzystania z nich. Z badań wynika również, że głównym powodem braku zainteresowania ubezpieczeniami jest niska wiedza na ten temat. Wśród sceptyków uwidacznia się znaczący odsetek respondentów nie mających wyrobionego zdania i wiedzy na temat ubezpieczeń (około 25% – 40% badanych). Mniej istotna jest wysoka cena, która w opinii publicznej używana jest jako główny argument przeciw ubezpieczeniom.

Możliwa do poniesienia składka na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.



Zdecydowanie najczęściej oczekiwaną korzyścią z wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wśród badanych jest szybki dostęp do świadczeń specjalistycznych oraz zapewnienie ich wysokiej jakości. Badani nie przywiązują z kolei wagi np. do wyższego komfortu pobytu w szpitalu. Warto zauważyć, że podstawowe oczekiwania związane z korzystaniem z prywatnych ubezpieczeń mają związek z powszechnie postrzeganymi trudnościami w systemie publicznym, czyli przede wszystkim wydłużonym czasem dostępu.

W obu badaniach zadano pytania o możliwą do poniesienia miesięczną składkę na zdrowotne ubezpieczenia dobrowolne. Najbardziej akceptowana składka miesięczna zawiera się w przedziałach 21–50 i 50–100 złotych,

przy czym mężczyźni są skłonni płacić za ubezpieczenie nieco wyższe kwoty.

Składkę do 50 złotych akceptuje prawie połowa badanych, ponad 70% respondentów uczestniczących w badaniach zapłaciłaby do 100 złotych miesięcznej składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Wyższe kwoty akceptuje jedynie co 10 Polak. Akceptowana składka pozostaje w silnej korelacji z dochodem gospodarstwa domowego. Warto w tym kontekście zauważyć, że powyższe odpowiedzi dotyczące wysokości składki na DUZ korelują z wynikami badania „Diagnoza Społeczna”, w którym w roku 2013 zainteresowanie zakupem ubezpieczenia do 100 złotych deklarowało 24,7% respondentów, co stanowi spadek w stosunku do roku 2011 (29,5%), ale i tak pozostaje znacząco powyżej 14,7% z 2007 roku.

W SKRÓCIE

Z badań wynika, iż rzeczywista wiedza Polaków na temat DUZ jest niewielka i nieuporządkowana. Ponad połowa badanych nie zetknęła się nigdy z tym pojęciem (choć szersza wiedza na ten temat występuje wśród pracujących, wykształconych, lepiej zarabiających osób z większych miast), a około dwóch trzecich nigdy nie spotkało się z ofertą zakupu DUZ. Mimo to, poparcie dla samej idei jest wysokie, choć znaczny jest także odsetek osób sceptycznie nastawionych do DUZ, a mimo to rozważających skorzystanie z nich. Niedostateczna wiedza o DUZ jest głównym powodem braku zainteresowania u części ankietowanych – o większym znaczeniu niż cena. Zainteresowanie DUZ rośnie u osób wydających więcej na zdrowie z własnej kieszeni. Nie jest jednak wyższe wśród osób chorych i posiadających dzieci. Jako główną korzyść z DUZ ankietowani wskazują szybki dostęp do usług specjalistów oraz ich wysoką jakość. Badani są skłonni płacić za ubezpieczenie nawet do 100 złotych miesięcznie, przy czym mężczyźni są skłonni płacić więcej niż kobiety.

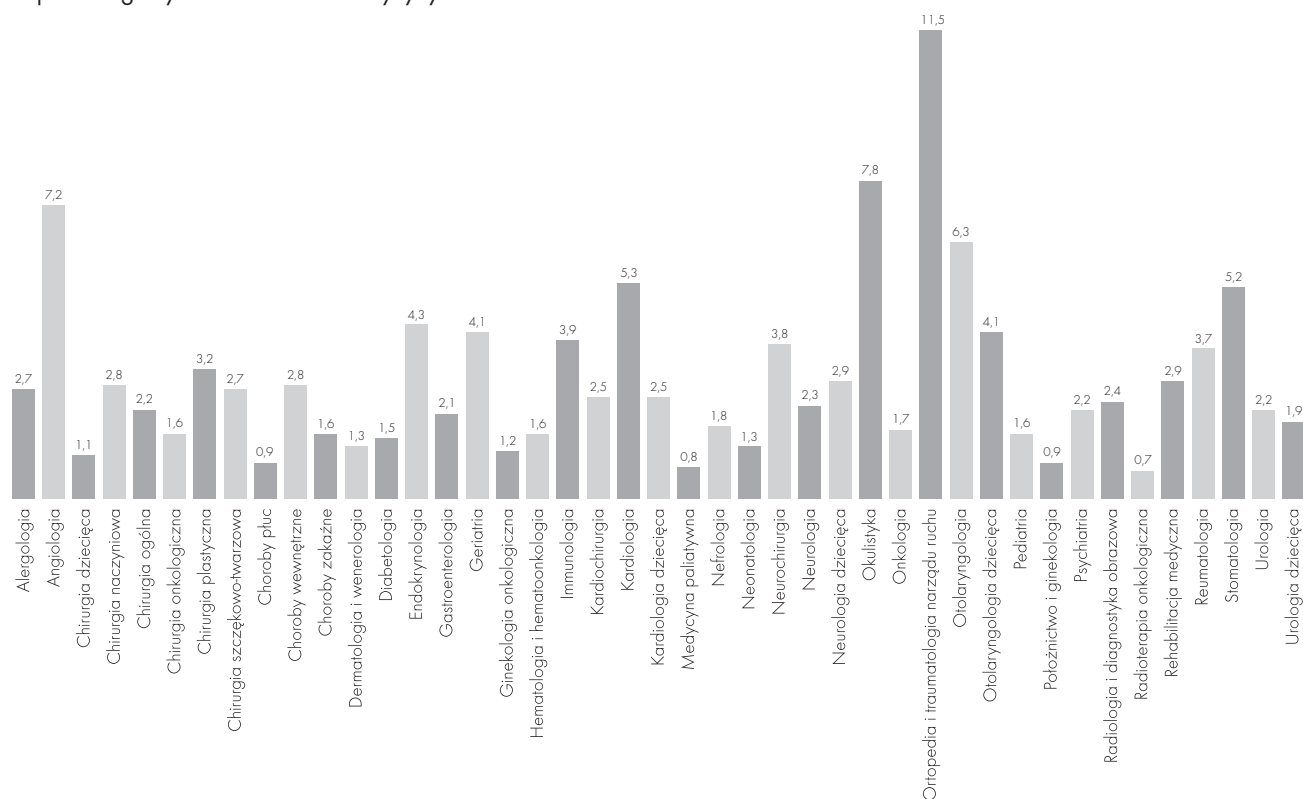
WYNIKI z BAROMETRU WHC 5/2/2013

Kolejki do lekarzy są coraz dłuższe. W czerwcu i lipcu 2013 roku na teoretycznie „gwarantowane” świadczenia zdrowotne czekało się średnio 3 miesiące. W porównaniu do poprzednio analizowanego okresu – przełomu lutego i marca 2013 roku – czas ten wydłużył się o 0,5 miesiąca.

W porównaniu do tego samego okresu rok wcześniej (czerwiec i lipiec 2012 roku) czas oczekiwania wydłużył się o 0,8 miesiąca. Rok temu pacjenci czekali w kolejkach „po zdrowie” około 2,2 miesiąca.

Najdłuższa kolejka do świadczeń zdrowotnych występuje obecnie w ortopedii i traumatologii narządu ruchu, gdzie czas oczekiwania wynosi 11,5 miesiąca (zmiana

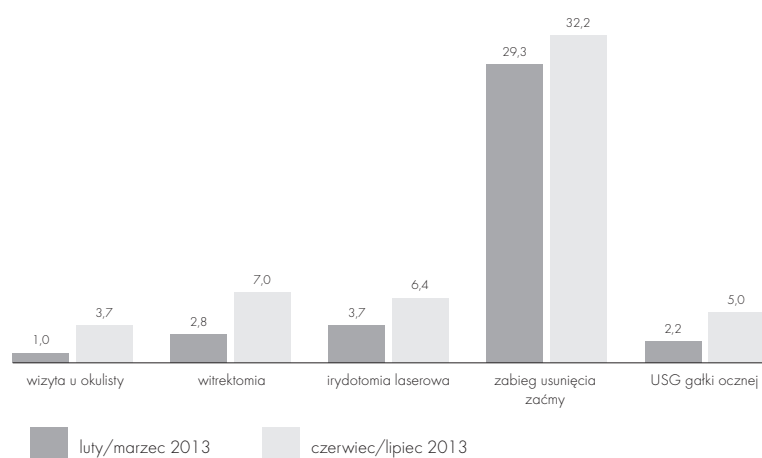
Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w czerwcu i lipcu 2013 roku (w miesiącach) w poszczególnych dziedzinach medycyny



z 12 miesięcy odnotowanych na przełomie lutego i marca 2013 roku); w okulistyce, gdzie aktualnie czeka się 7,8 miesiąca (zmiana z 4,9 miesiący) oraz w angiologii, gdzie czas ten wynosi 7,2 miesiąca (zmiana z 3,9 miesiący).

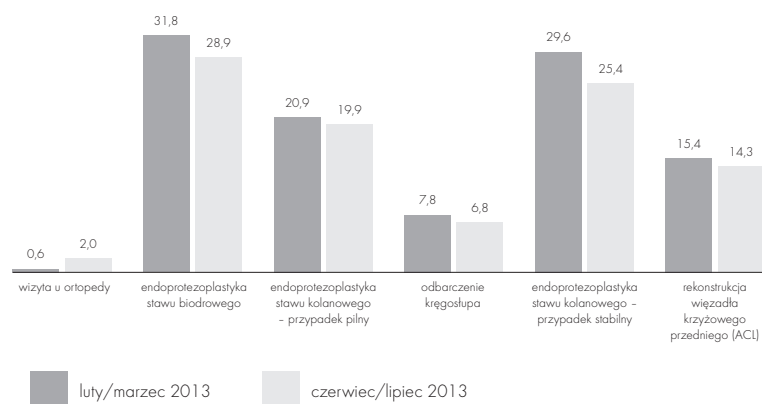
Największe pogorszenie średniego czasu oczekiwania dla całej dziedziny nastąpiło w angiologii, gdzie kolejka na realizację świadczeń zdrowotnych wydłużyła się średnio o 3,2 miesiąca. Znaczące pogorszenie zaobserwowano również w okulistyce, gdzie szczególnie widocznym ograniczeniem pozostaje nadal czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy. Na przełomie lutego i marca 2013 roku na to świadczenie pacjenci czekali 29,3 miesiąca, podczas gdy obecnie czas ten wydłużył się niemal o 3 miesiące i wynosi aktualnie 32,2 miesiąca, czyli ponad 2,5 roku.

Zmiany w czasie oczekiwania (w miesiącach) na realizację wybranych wskaźnikowych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie okulistyki



W ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pomimo zaobserwowanej poprawy ogólnego czasu oczekiwania dla całej dziedziny, obserwujemy, że średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu endoprotezoplastyki nadal utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie.

Zmiany w czasie oczekiwania (w miesiącach) na realizację wybranych, wskaźnikowych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu



W SKRÓCIE

Wydłużają się kolejki do lekarzy. W czerwcu i lipcu 2013 roku na gwarantowane świadczenia zdrowotne czekało się średnio 3 miesiące (dla porównania – na przełomie lutego i marca 2013 było to 2,5 miesiąca, z kolei w czerwcu i lipcu 2012 – 2,2 miesiąca). Najdłuższe kolejki odnotowano w ortopedii i traumatologii narządu ruchu, gdzie czeka się przeciętnie aż 11,5 miesiąca, w okulistyce – 7,8 miesiąca oraz w angiologii – 7,2 miesiąca. W przypadku angiologii, od lutego/marca 2013 czas oczekiwania na wizytę wydłużył się niemal dwukrotnie. W przypadku okulistyki, szczególnie długo czeka się na usunięcie zaćmy (aż 32,2 miesiąca – ponad dwa i pół roku!). Z kolei w ortopedii i traumatologii narządu ruchu szczególnie długo czeka się na zabieg endoprotezoplastyki.



FINANSOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA





1. Koszyk świadczeń jako podstawowy element systemu ochrony zdrowia
(lek. med. Krzysztof Łanda)

2. Budżet NFZ w oparciu o PKB – przewidywane potrzeby do 2020 roku.
Czy ten budżet zaspokoi rosnące znaczenie czynnika demograficznego?
(Michał Pilkiewicz)

3. Wpływ dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na rynek opieki
zdrowotnej (mgr farm. Katarzyna Leoszkiewicz)

4. „Global opportunity to improve responsible medicine use”
– jak efektywniej wydawać pieniądze na leki (Michał Pilkiewicz)



KOSZYK ŚWIADCZEŃ

jako podstawowy element systemu ochrony zdrowia

Określenie wielkości oraz sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla regulacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych.

tekst: lek.med. Krzysztof Łanda

Nawet najlepiej rozwinięte i najbogatsze kraje przykładają wielką wagę do racjonalnego wydatkowania środków na ochronę zdrowia, gdyż na opiekę zdrowotną – szczególnie mając na względzie obecne tempo rozwoju medycyny i wzrost kosztów leczenia – można wydać każdą ilość pieniędzy. Sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla regulacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych. Skoro ochrona zdrowia jest obszarem wrażliwym społecznie, o ogromnym i rosnącym znaczeniu dla gospodarki, to prawidłowe określenie w systemie, a następnie sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń, należy traktować bardzo poważnie, jako jedno z najważniejszych zadań państwa.

„Sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla regulacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych.”

Prawidłowe określenie i sprawne zarządzanie koszykiem pozwala na zapewnienie:

1. bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa oraz poczucia bezpieczeństwa obywateli,
 2. sprawiedliwego¹ dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach składki określonego rodzaju,
 3. bezpieczeństwa budżetu oraz racjonalności i przejrzystości wydatków publicznych na ochronę zdrowia,
 4. bezpieczeństwa budżetów rodzinnych oraz racjonalności wydatków prywatnych na ochronę zdrowia,
- oraz na spełnienie postulatów² suwerenności, solidarności i konkurencji, przy zapewnieniu efektywności systemu ochrony zdrowia.

Dzięki tak zwanej „ustawie koszykowej”³, przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia i podpisanej w roku 2009 przez Prezydenta Rzeczypospolitej,

¹ Sprawiedliwy dostęp do świadczeń finansowanych ze składki podstawowej, a więc w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, zależy w zasadniczym stopniu od władz państwowych; sprawiedliwy dostęp jest tu więc rozumiany jako wywiązywanie się państwa ze złożonych społeczeństwu obietnic; skoro pojawia się obowiązek prawny nakładany przez Konstytucję RP i ustawy, to pojawia się równocześnie odpowiedzialność za wypełnienie tych zobowiązań.



lek. med.

Krzysztof Łanda

Prezes i założyciel Fundacji Watch Health Care, badającej ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Prezes firmy Meritum L.A., zajmującej się tworzeniem raportów aktuarialnych. W latach 2006–2007 Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Centrali NFZ. Prowadzi wykłady z zakresu EBM i HTA. Współautor opracowania rozwoju metodyki tworzenia struktury oraz zawartości koszyka świadczeń zdrowotnych w Polsce w 2000 roku.

dywagacje na temat potrzeby stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce raz na zawsze zostały ucięte. Ustawa koszykowa zmieniła sposób postrzegania uprawnień do korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia. Obowiązujący do roku 2009 stan prawny można było interpretować zgodnie z populistycznymi hasłami, że „wszystkim należy się wszystko”, oczywiście poza świadczeniami z koszyka negatywnego o minimalnej wówczas wielkości. Dzięki ustawie koszykowej wprowadzono tzw. rozporządzenia okołokoszykowe, które określają, co należy się osobie uprawnionej do korzystania ze świadczeń z koszyka gwarantowanego. Oznacza to, że wszystkie świadczenia zdrowotne, które nie są w nich wymienione lub nie są objęte rozporządzeniem, znajdują się poza koszykiem, a więc nie można ich finansować ze środków publicznych (choć mogą być finansowane na innych zasadach). Rozporządzenia te dotyczą między innymi programów terapeutycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, świadczeń wysokospecjalistycznych i szczepień obowiązkowych. Określenie poszczególnych części koszyka gwarantowanego i zarządzanie koszykiem pozostawiają w Polsce jeszcze wiele do życzenia.

Prawidłowe określenie koszyka świadczeń w systemie

„Określenie koszyka” odbywa się w dwóch wymiarach:

1. **wewnętrznym**, który dotyczy budowy samego koszyka (cechy, struktura, zawartość, zasady tworzenia i definiowania elementów), lub koszyków funkcjonujących w danym kraju;
2. **zewnętrznym**, który dotyczy roli i miejsca koszyka w systemie ochrony zdrowia.

Koszyk świadczeń jest zbiorem świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych:

- które mogą być wykonywane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju (niezależnie od sposobu finansowania tych świadczeń) lub
- które zostały wykluczone z ubezpieczenia zdrowotnego określonego rodzaju.

Koszyk gwarantowany (inaczej zwany **standardowym lub podstawowym**) jest zbiorem świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych przysługujących osobom uprawnionym w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Z oczywistych względów koszyk gwarantowany **jest koszykiem pozytywnym**.

Podstawową funkcją koszyka świadczeń gwarantowanych jest „opisanie obszaru” technologii lekowych i nielekowych, które mogą być wykonywane w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego – niezależnie od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, w tym na przykład leków w lecznictwie zamkniętym.

Koszyk pełni rolę porządkującą oraz ograniczającą liczbę procedur i świadczeń, w tym leków finansowanych w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

² Zgodnie z pracami prof. Janosa Kornaia.

³ Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989).

„Medycyna ze swej natury nie poddaje się łatwo standaryzacji, gdyż wiele »przypadków klinicznych« odbiega od normy i wymaga szczególnego, niestandardowego traktowania.”

Prawidłowe określenie koszyka świadczeń w systemie ochrony zdrowia jest zadaniem nie tylko technicznym, ale także politycznym, a przez to znacznie trudniejszym niż poprawa zarządzania koszykiem i poszczególnymi jego częściami. Wymiar zewnętrzny i wewnętrzny koszyka powinny być rozpatrywane jednocześnie, gdyż są od siebie wzajemnie zależne. Rola i miejsce koszyka w systemie ochrony zdrowia, determinujące jego cechy, a także kształt i zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych (oraz ewentualnie innych koszyków), kształtują system i pozwalają na wprowadzenie pewnych zmian lub nie. Innymi słowy, kształt i zawartość koszyka odpowiednio korespondują z innymi elementami systemu ochrony zdrowia, lub nie.

Trudności z określeniem koszyka w systemie wynikają przede wszystkim z natury zdrowia, jako dobra o szczególnym znaczeniu dla społeczeństwa i jednostki, jak również z charakteru oraz zróżnicowania produktów i usług na rynku świadczeń zdrowotnych. Liczba technologii medycznych stosowanych powszechnie jest ogromna i szacowana na kilkadziesiąt, a nawet kilkaset tysięcy⁴. Co więcej, medycyna ze swej natury nie poddaje się łatwo standaryzacji, gdyż wiele »przypadków klinicznych« odbiega od normy i wymaga szczególnego, niestandardowego traktowania.

Choć koszyk zawsze jest istotnym elementem systemu, nie można go oceniać w oderwaniu od całości. Jak już wspomniano, ochrona zdrowia jest niezwykle złożonym systemem, zbudowanym z wielu elementów. I tak, w niektórych bardzo dobrze funkcjonujących systemach, występują wyłącznie prywatni świadczeniodawcy, czy wyłącznie prywatni ubezpieczyciele. W innych systemach, również bardzo dobrze ocenianych przez użytkowników, mamy do czynienia z wyłącznie publicznymi świadczeniodawcami czy publicznym płatnikiem. Na świecie występuje duże zróżnicowanie w tym względzie, a stosunek prywatnych środków i zasobów odpowiada pełnemu spektrum możliwości. Podobnie, obszerny koszyk świadczeń gwarantowanych bez współpłacenia może się dobrze sprawdzać w jednym systemie, podczas gdy w innym już nie – wszystko zależy od rodzaju i relacji z pozostałymi elementami systemu. Równie dobrze mały koszyk pozytywny, zawierający większość elementów zdefiniowanych, może świetnie pełnić swoją rolę systemową przy takich, a nie innych aranżacjach, podczas gdy w innym kraju podobny koszyk może zupełnie nie pasować do pozostałych elementów, w związku z czym ocena systemu będzie niska, a jego funkcjonowanie złe. W tym drugim przypadku należy albo zmienić koszyk, albo pozostałe elementy całości, albo też należy zmienić i jedno, i drugie.

2009 r.



Ustawie koszykowa została przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia i podpisana w roku 2009 przez Prezydenta Rzeczypospolitej.

⁴ Vide: ponad 100 000 świadczeń zdrowotnych w koszyku w Holandii.

Rola i miejsce koszyka gwarantowanego w systemie

Funkcjonujący dziś system ochrony zdrowia w Polsce jest od dawna niewypłacalny, a dysproporcja między stale rosnącą zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a wielkością środków pochodzących z podstawowej składki zdrowotnej jest coraz większa. Kolejek jest coraz więcej i są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych, nawet tych podstawowych, skutecznych i tanich (o bardzo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) jest powszechna. Wprowadzane limity w ramach kontraktowania świadczeń z monopsonistą NFZ prowadzą do ustawicznego zadłużania się świadczeniodawców i powstawania kolejek. Prywatne środki w ochronie zdrowia poza dyspozycją NFZ sięgają już 30–40 miliardów złotych rocznie, a korupcja i korzystanie z przywilejów czy znajomości są na porządku dziennym.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, można wyróżnić cztery podstawowe sposoby radzenia sobie z deficytem, rozumianym jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka gwarantowanego i wielkością środków publicznych na jego realizację:

1. Istotne zwiększenie wielkości podstawowej składki zdrowotnej, czyli podatku na ochronę zdrowia;
2. Wprowadzenie wysokiego współpłacenia;
3. Usunięcie z koszyka świadczeń gwarantowanych wielu technologii medycznych o niskiej opłacalności (relatywnie wysokim stosunku kosztu do uzyskiwanych korzyści zdrowotnych), w tym tych przestarzałych;
4. Wprowadzenie komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Określenie koszyka może przebiegać w sposób ewolucyjny, będąc wynikiem przemyślanych działań rządów, a więc zostać zrealizowane w sposób planowy, tak jak to miało miejsce między innymi w Australii, Holandii, czy Szwajcarii. Ale określenie koszyka może też stanowić wypadkową mniej lub bardziej przypadkowych zdarzeń w historii rozwoju systemu, a więc w wyniku mniej lub bardziej przemyślanych, prawidłowych lub błędnych decyzji aktorów systemu, jak to na przykład miało miejsce w ostatnich 15 latach w Polsce.

Poza dyskusją jest konieczność zapewnienia stabilności prawa, w przeciwnym razie rynek ubezpieczeń dodatkowych w Polsce nie będzie atrakcyjny dla poważnych inwestorów. Również dla funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie ochrony zdrowia, zasadnicze znaczenie ma określenie ram regulacyjnej roli państwa względem rynku ubezpieczenia powszechnego, w relacji do ubezpieczeń komplementarnych. Konieczność racjonalnej regulacji z uwagi na wyjątkowe cechy rynku świadczeń zdrowotnych jest w dzisiejszym świecie poza dyskusją, biorąc pod uwagę zarówno pozytywne przykłady regulacji w takich państwach jak Holandia czy Australia, jak też negatywne przykłady wybiórczej regulacji – na przykład w Stanach Zjednoczonych.

W SKRÓCIE

Koszyk świadczeń to zbiór usług, zabiegów i leków, które przysługują pacjentowi w ramach określonego ubezpieczenia medycznego (koszyk pozytywny) lub są z niego wykluczone (koszyk negatywny). Sprawne zarządzanie koszykiem przyczynia się do utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, sprawiedliwego dostępu do świadczeń, dobrego gospodarowania budżetem państwowym oraz budżetami domowymi. Dzięki ustawie koszykowej z 2009 roku uporządkowano kwestie wielkości i zawartości koszyka podstawowego. Trudności z jego określeniem wynikają z wielości procedur medycznych, istotności tematyki zdrowia i faktu, że medycyna niełatwo poddaje się standaryzacji. Nie ma „koszyka idealnego” – powinien on być dopasowany do warunków i potrzeb danego systemu. Jeśli w opiece zdrowotnej, tak jak to jest w Polsce, brakuje środków na realizację świadczeń z koszyka, można zwiększyć składkę podstawową lub współpłacenie, ograniczyć koszyk albo wprowadzić komplementarne DUZ.

BUDŻET NFZ W OPARCIU O PKB

– przewidywane potrzeby do 2020 roku. Czy ten budżet zaspokoi rosnące znaczenie czynnika demograficznego?

Polska jest krajem, który na tle innych państw europejskich charakteryzuje się jednym z największych potencjalnych wzrostów zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, finansowaną zarówno przez państwo, jak i przez pacjentów.

tekst: Michał Pilkiewicz

Do czynników wywierających presję na wzrost wydatków na ochronę zdrowia należą:

1. **Czynnik demograficzny**
proces starzenia się ludności;
2. **Czynnik dochodowy**
wzrost zamożności społeczeństwa;
3. **Czynnik technologiczny**
rozwój technologii i wiedzy medycznej.

Na wzrost finansowania ochrony zdrowia wpływ mają różnorodne czynniki. Najbardziej istotnymi z nich są zmiany cech demograficznych oraz struktury dochodów społeczeństwa oraz proces rozwoju i popularyzacji technologii medycznych.

Czynnik demograficzny

W najbliższych latach odsetek osób starszych istotnie wzrośnie:

- liczba osób w wieku 65+ wzrośnie z 5,1 miliona w 2010 roku (13% ludności) do 11,3 miliona w 2060 roku (ponad 34% populacji);
- odsetek osób w wieku produkcyjnym (20–64 lata) spadnie z 65% w 2010 roku do 49% w 2060 roku. W 2010 roku na jedną osobę w wieku 65+ przypadało około 5 osób w wieku produkcyjnym. Do 2060 roku na jedną osobę w wieku 65+ będzie przypadać zaledwie 1,4 osoby w wieku produkcyjnym.

Z analizy raportu Komisji Europejskiej wynika, iż starzenie się populacji Polski jest wyjątkowo szybkie w porównaniu z innymi krajami UE.

Wydatki na ochronę zdrowia rosną wraz z wiekiem pacjentów. Z udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych wynika, że średnie wydatki płatnika na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce, na osobę w wieku do 64 lat wyniosły w 2011 roku 1,2 tysiąca złotych.

„Z analizy raportu Komisji Europejskiej wynika, iż starzenie się populacji Polski jest wyjątkowo szybkie w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej.”



Michał Pilkiewicz

W branży farmaceutycznej jest obecny od 2001 roku. Obecnie pracuje jako Country Manager w polskim oddziale firmy IMS Health, która jest wiodącym dostawcą informacji, usług oraz technologii dla światowego przemysłu ochrony zdrowia. Jego doświadczenie zawodowe obejmuje rynek FMCG, farmaceutyczny oraz technologie.

Ale już dla osób powyżej 65+ wydatki te zwiększyły się do kwoty 3,4 tysiąca złotych. Oznacza to, że zachowując obecną strukturę dostępności leków i zachorowalności, starzenie się społeczeństwa będzie prowadzić do wzrostu zapotrzebowania finansowego NFZ i pacjentów oraz do zmiany struktury popytu na świadczenia zdrowotne.

Czynnik dochodowy

Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa rosną wydatki na ochronę zdrowia. Co więcej, wydatki na zdrowie rosną szybciej niż dochody, ludzie są skłonni przeznaczać na ten cel coraz większą część swojego dochodu. Według danych GUS, relacja wydatków na zdrowie do PKB w Polsce wzrosła w latach 1990–2010 z 4,8% do 7,0%. Jednakże prognozy Komisji Europejskiej zakładają obniżenie tempa wzrostu gospodarczego między innymi w rezultacie kryzysu demograficznego i obniżenia liczby osób w wieku produkcyjnym.

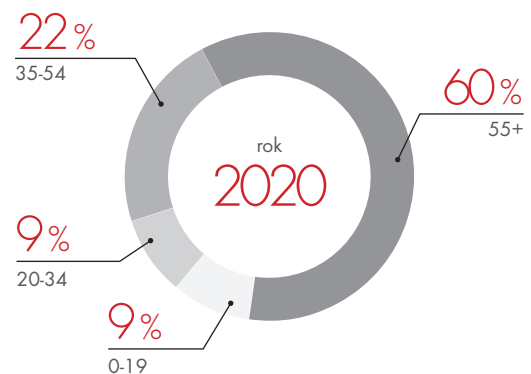
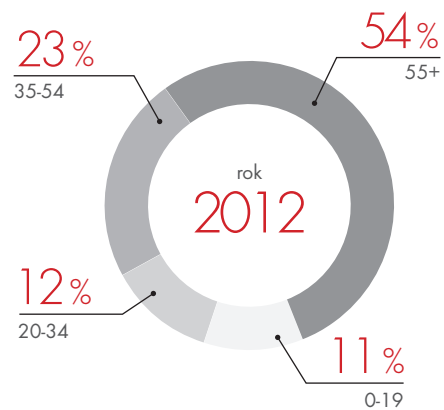
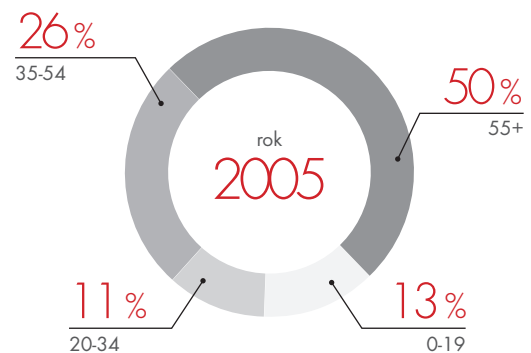
Wraz ze spadkiem tempa wzrostu gospodarczego należy się zatem spodziewać w krajach zamożnych ograniczania wydatków na ochronę zdrowia, zarówno w segmencie wydatków publicznych (ponoszonych przez państwo), jak i wydatków prywatnych (out-of-pocket). W krajach rozwijających się – takich jak Polska, gdzie mamy do czynienia z niższymi niż średnia europejska wydatkami na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego obywatela, presja ta będzie jeszcze większa w kontekście zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych pacjentów i możliwości finansowych państwa i pacjentów.

Konsekwencją spadku tempa wzrostu gospodarczego, jak i kryzysu demograficznego (wzrost liczby osób starszych 65+ i zmniejszenie liczby osób w wieku produkcyjnym) możliwe jest zwiększenie zachorowalności, szczególnie w populacji geriatrycznej 65+, której liczebność w 2020 roku wzrośnie o blisko 30% w stosunku do roku 2012.

Zmieni się struktura preskrypcji

Udział pacjentów powyżej 55. roku życia w liczbie wypisanych recept stałe rośnie. Potrzeby zdrowotne tej grupy rosną, lecz zasobność finansowa maleje.

Rozbicie sprzedaży aptecznej Rx na grupy wiekowe w Polsce



Źródło: IMS Medical Index, rynek apteczny Rx, obliczenia własne.

Populacja w Polsce 2012–2020

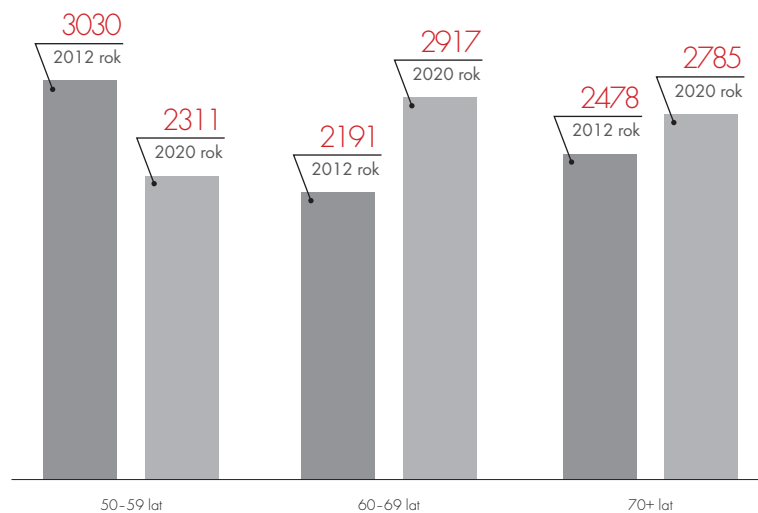
Wzrost liczby osób starszych przyczyni się do zwiększenia zachorowalności, co z kolei wpłynie na zmianę struktury preskrypcji leków dostępnych na receptę w aptece. Będzie to skutkowało wzrostem kosztów refundacji leków dostępnych na receptę i współfinansowanych przez płatnika. Dodatkowo, starsi pacjenci i ich dzieci, często finansujące leczenie rodziców, będą więcej niż dotychczas wydawać na leki.

Starzenie się społeczeństwa będzie miało bezpośrednie skutki dla systemu finansów publicznych – w postaci wzrostu kosztów opieki zdrowotnej i opieki nad ludźmi starszymi. Wzrost ten będzie wynikał z upowszechniania się takich chorób, jak: cukrzyca, nadciśnienie, nowotwory, osteoporoza, choroby układu oddechowego.

Analiza rynku leków stosowanych w osteoporozie jako przykład wpływu czynnika demograficznego

Starzenie się społeczeństwa będzie zwiększało rozpowszechnienie występowania chorób układu kostnego, w tym osteoporozy. Obecnie, struktura preskrypcji recept na leki stosowane w osteoporozie wskazuje, iż ponad 88% z nich to recepty wypisane kobietom powyżej 60. roku życia.

Populacja kobiet w Polsce w latach 2012–2020



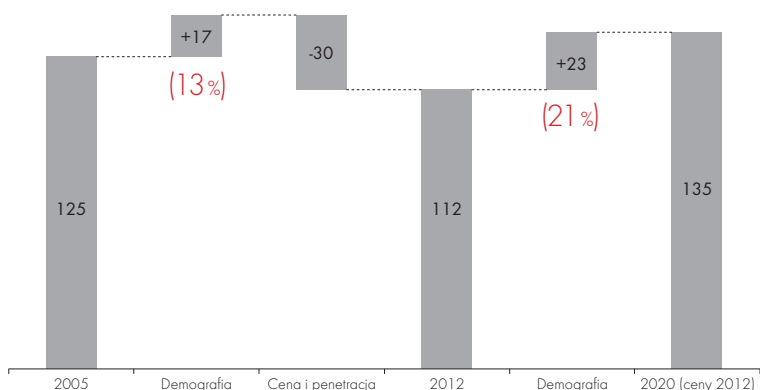
„Wydatki na zdrowie rosną szybciej niż dochody, albowiem wraz ze wzrostem zamożności, ludzie są skłonni przeznaczać na ten cel coraz większą część swojego dochodu.”

„Wzrost liczby osób starszych przyczyni się do zwiększenia zachorowalności, co z kolei wpłynie na zmianę struktury preskrypcji leków dostępnych na receptę w aptece.”

Osteoporoza

Dodatni wpływ demografii będzie większy o 8% niż ostatnio

Rozbicie czynników wzrostu rynku osteoporozy (mln PLN)



Źródło: IMS obliczenia własne

Przy zachowaniu poziomu cen z 2012 roku prognozuje się, iż rynek osteoporozy w wyniku zmian demograficznych w 2020 roku odnotuje 21%-owy wzrost wartościowy w stosunku do poziomu z roku 2012 (poziom sprzedaży z hurtowni do apteki, ceny producenta netto). Wpływ demografii na wielkość rynku leków na tę chorobę na przestrzeni lat 2012–2020 będzie większy o 8% niż na przestrzeni lat 2005–2012, kiedy wyniósł 13%.

Czynnik technologiczny

Rozwój technologii medycznych i innowacyjne podejście do leczenia odpowiada za znaczną część wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce przewidywany wpływ czynnika technologicznego i zwiększenie dostępu do bardziej innowacyjnych form terapii będzie mniej istotne wobec wyzwań związanych ze zwiększeniem wydatków państwa i pacjentów, spowodowanych wpływem czynnika demograficznego.

77%



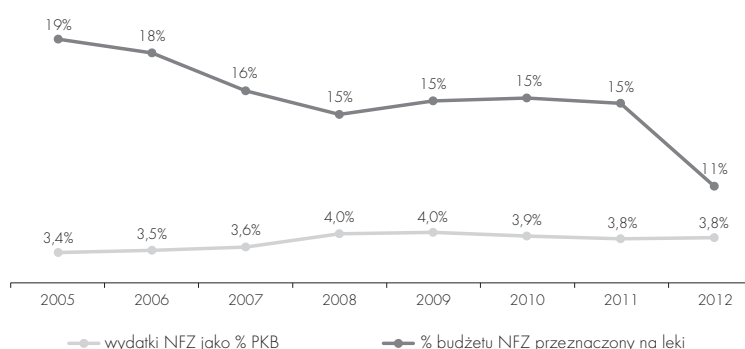
W latach 2008-2011 wzrost rynku leków został sfinansowany głównie przez pacjentów. Wydatki NFZ w tym okresie wzrosły o 2,8%, podczas gdy wydatki prywatne („out-of-pocket”) – o 7,7%

Wnioski

Wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w Polsce będzie należał do największych spośród krajów Unii Europejskiej. Głównym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia są środki publiczne. W 2010 roku udział wydatków publicznych w Polsce wyniósł blisko 72%. Jednakże, mimo rosnących potrzeb, w warunkach obecnej i prognozowanej sytuacji makroekonomicznej istotny wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest mało prawdopodobny.

Rozbicie wydatków NFZ

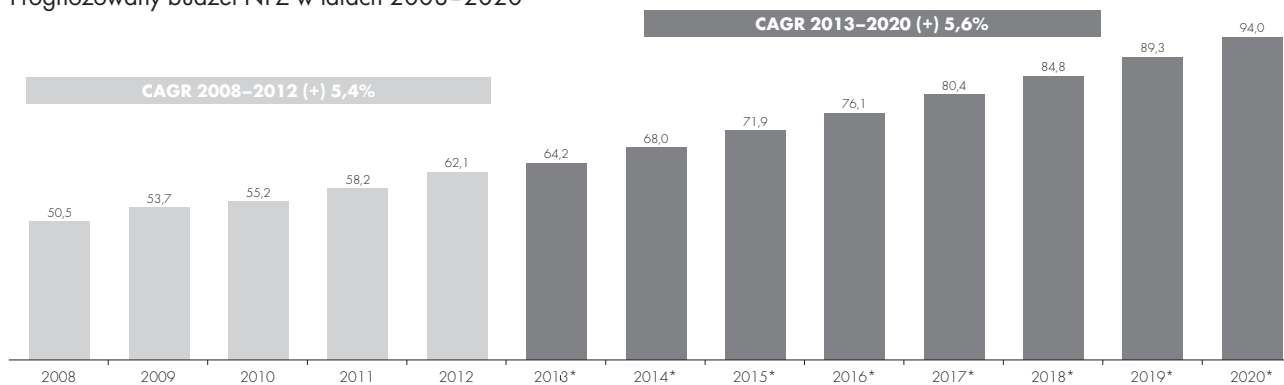
Wydatki NFZ na leki spadły jako udział całkowitego budżetu. Ten (w porównaniu do PKB) jest od lat stabilny.



Źródło: IMS, obliczenia własne

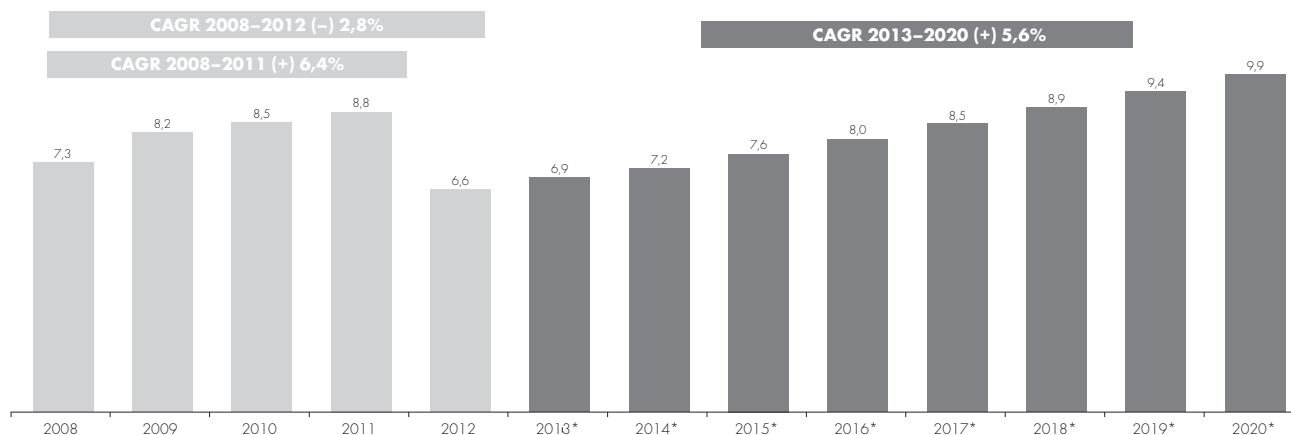
W oparciu o dostępne dane dotyczące prognozowanej wartości PKB do 2020 roku oraz przyjmując założenia, iż wydatki NFZ jako procent PKB pozostaną nadal na średnim poziomie 3,8%, a procent budżetu NFZ przeznaczanego na leki pozostanie na poziomie 11%, można wywnioskować, że wydatki publiczne na ochronę zdrowia i leki powinny osiągnąć w 2020 roku kwotę ponad 93 miliardów złotych, na same leki – około 10 miliardów złotych.

Prognozowany budżet NFZ w latach 2008–2020



Źródło: IMS, obliczenia własne

Prognozowany budżet NFZ na leki w latach 2008–2020



Źródło: IMS, obliczenia własne

Prognozowane wartości – 93 miliardy złotych i 10 miliardów złotych – powinny pozwolić zachować obecny poziom dostępu do leczenia oraz obecne jego standardy, zakładając niezmienną strukturę zachorowalności oraz koszyka świadczeń gwarantowanych.

Jednakże zmiany demograficzne, wzrost zachorowalności na choroby cywilizacyjne i choroby przewlekłe oraz dostęp do innowacyjnych technologii medycznych są czynnikami, które będą wpływały na wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Już obecnie jesteśmy w sytuacji, w której wyraźnie zauważalny jest wzrost wydatków na programy lekowe i chemioterapię.

Zatem, zakładane kwoty powinny być relatywnie większe. Czy jest to możliwe w obecnej i prognozowanej sytuacji ekonomicznej w Polsce? Wydaje się, iż dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne są jednym z czynników, który może wpływać na polepszenie dostępu chorych do leczenia, nie zwiększając jednocześnie radykalnie prywatnych wydatków pacjentów, którzy – jak pokazuje analiza – już obecnie są głównym źródłem wzrostu rynku leków w aptece.

Ograniczone możliwości znacznego zwiększenia wydatków publicznych, rosnący poziom wydatków pacjentów zarówno na leki refundowane, jak i na pozostałe leki wymagają – wzorem innych krajów – wprowadzenia dodatkowego, trzeciego źródła finansowania. Pozwoliłoby ono zwiększyć kwotę środków dostępnych w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce, w tym wydatków ponoszonych na refundację leków. Obecna sytuacja na rynku leków dostępnych w aptece pokazuje, że do roku 2012 wzrost tego rynku był głównie „sfinansowany” przez środki prywatne – a więc pacjenta – na co wpłynęła reforma wprowadzona w 2012 roku, zmniejszająca wydatki NFZ na refundację leków w aptekach z 8,8 miliardów złotych do poziomu 6,6 miliardów złotych, czyli kwoty z lat 2006 i 2007.

W SKRÓCIE

Najważniejszymi czynnikami, które powodują wzrost wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, są: starzenie się społeczeństwa (w Polsce wyjątkowo szybkie w porównaniu z innymi krajami UE), wzrost jego zamożności (przekładający się na większe zainteresowanie zdrowiem), oraz rozwój technologii i wiedzy medycznej (coraz lepsze i droższe sposoby leczenia). Starzenie się społeczeństwa wpłynie na większe wydatki na zdrowie; spowodowanego skutkiem będzie także inna struktura świadczeń – więcej środków zostanie wydanych na choroby typowe dla wieku podeszłego. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w Polsce będzie należał do największych spośród krajów Unii Europejskiej.

WPŁYW

dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na rynek opieki zdrowotnej

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie będą działały w oderwaniu od publicznego systemu ochrony zdrowia, lecz będą mieć istotny wpływ na jego najważniejsze elementy.

tekst: mgr farm. Katarzyna Leoszkiewicz

W sytuacji ograniczonych możliwości zwiększania wydatków publicznych na ochronę zdrowia, można podjąć działania optymalizujące finansowanie opieki zdrowotnej ze środków prywatnych. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne powinny przynieść korzyści nie tylko pacjentom. Beneficjentami DUZ muszą również zostać lekarze, świadczeniodawcy (opieka ambulatoryjna i szpitalna) oraz – pośrednio – pracodawcy. Tylko w sytuacji ogólnej i szeroko rozumianej poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, możliwe będzie uzyskanie parametrów niezbędnych do pełnego i masowego rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Korzyści, jakie powinien uzyskać pacjent to:

- zabezpieczenie przed koniecznością ponoszenia kolejnych wydatków (out-of-pocket);
- skrócenie czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne;
- wyższa jakość i dostępność usług oraz szerszy ich zakres;
- większa możliwość wyboru świadczeniodawcy;
- poczucie bezpieczeństwa w dostępie do ochrony zdrowia.

Poprawa – w długim okresie – stanu zdrowia pacjenta, wynikająca z powyższych korzyści, przyniesie dodatkowy, pozytywny wpływ na rynek pracy i pracodawców w postaci krótszych i rzadszych absencji chorobowych czy zmniejszenia liczby osób niezdolnych do pracy. Będzie to miało szczególne znaczenie w kontekście wydłużenia wieku emerytalnego i przewidywanego spadku liczby osób w wieku produkcyjnym. Już wkrótce każda osoba, która będzie mogła pracować – bez względu na wiek – będzie miała fundamentalne znaczenie dla wydatków państwa w obszarze kosztów utrzymania systemu emerytalnego.

Napływ dodatkowych środków pieniężnych do systemu ochrony zdrowia umożliwi udzielanie większej liczby świadczeń medycznych, co przyczyni

„Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne powinny przynieść korzyści nie tylko pacjentom. Beneficjentami DUZ muszą również zostać lekarze, świadczeniodawcy oraz pracodawcy.”



mgr farm.

Katarzyna Leoszkiewicz

Z wykształcenia farmaceutka, ukończyła WUM ze specjalizacją analityka kliniczna. Od początku kariery związana z sektorem ochrony zdrowia. Od 2000 roku w polskim oddziale firmy IMS Health zajmuje się analizą rynku farmaceutycznego, w szczególności problematyką zagadnień refundacyjno-cenowych.

się do poprawy funkcjonowania opieki ambulatoryjnej i lecznictwa szpitalnego bez konieczności redukcji ich liczby, a raczej przy koncentracji na optymalizacji działań i zmianie zakresu świadczonych usług. Nie bez znaczenia pozostaje też uregulowanie zasad współpracy między świadczeniodawcami a płatnikiem. Poprawa sytuacji finansowej świadczeniodawców przełoży się na możliwość osiągnięcia przez lekarzy i personel niemedyczny wyższych dochodów i poprawę warunków pracy. Jednocześnie zapewni lekarzom dostęp i możliwość wykonywania dodatkowych badań, często niezbędnych w postawieniu prawidłowej diagnozy, co też będzie miało wpływ na obniżenie całkowitych kosztów leczenia.

Analizując korzyści wprowadzenia DUZ, trzeba jednak zadać sobie kilka pytań: co, w jaki sposób i jak szybko należy zrobić, aby DUZ miały szansę powodzenia w Polsce. Obecnie jesteśmy u progu zmian regulacyjnych i wciąż brakuje założeń, które pozwoliłyby na dokładną ocenę wpływu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na rynek farmaceutyczny i system opieki zdrowotnej. Patrząc na rozwiązania przyjęte w innych krajach, wydaje się, że **powszechność, kompleksowość, transparentność i konkurencyjność** systemu DUZ będą gwarancją sukcesu.

„Patrząc na rozwiązania przyjęte w innych krajach, wydaje się, że powszechność, kompleksowość, transparentność i konkurencyjność systemu DUZ będą gwarancją sukcesu.”

„GLOBAL OPPORTUNITY to improve responsible medicine use” – jak efektywniej wydawać pieniądze na leki

Nie znając założeń związanych z wprowadzeniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, należy szukać także innych rozwiązań. Alternatywą wobec DUZ może być optymalizacja gospodarowania lekami.

tekst: Michał Pilkiewicz

„W wyniku przeprowadzonej przez IMS Institute for Healthcare Informatics analizy zostało określonych 6 głównych obszarów, gdzie możliwe jest wdrożenie działań mogących przyczynić się do racjonalizacji wydatków ponoszonych na zakup leków.”

Rozwiązania te zostały przedstawione w raporcie, który powstał na potrzeby spotkania odbywającego się pod koniec roku 2012. W dniu 3 października 2012 roku w Amsterdamie odbył się kongres International Pharmaceutical Federation (FIP) Centennial Congress and Health Ministers Summit Event pod patronatem holenderskiej Minister Zdrowia i Sportu, Edith Schippers. W spotkaniu zatytułowanym „*The benefits of responsible use of medicines. Setting policies for better and cost effective healthcare*” (Korzyści wynikające z odpowiedzialnego wykorzystania leków. Droga ku lepszej i bardziej efektywnej kosztowo ochronie zdrowia) uczestniczyło ponad 30 ministrów zdrowia. Głównym tematem zjazdu była kwestia tak zwanych „utraconych możliwości”. Termin ten wiąże się z niewłaściwym wykorzystaniem leków, które wynika między innymi z błędnej ordynacji leku, doboru dawki czy też sposobu i regularności przyjmowania leku przez samego pacjenta. W rezultacie wiele schorzeń jest leczonych niezgodnie z przyjętymi standardami. Skutki tych uchybień odczuwalne są nie tylko na płaszczyźnie ekonomicznej, ale także mają wpływ na zdrowie pacjenta.

IMS Health wraz ze Światową Organizacją Zdrowia został zaproszony do udziału w spotkaniu jako ekspert w zakresie omawianych zagadnień. Na potrzeby tego spotkania IMS Institute for Healthcare Informatics przygotował raport na temat odpowiedzialnego wykorzystania leków. Studium porusza również kwestie związane z optymalizacją wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia. Szacuje się, że procesy optymalizacji pozwoliłyby na zmniejszenie światowych kosztów „utraconych możliwości” o 500 miliardów dolarów. Więcej informacji na temat publikacji można znaleźć na stronie www.responsibleuseofmedicines.org

Rozwiązania zaproponowane w raporcie dotyczą obszarów refundacji leków i oparte są na zestawie kryteriów spełniających następujące założenia:

1. Niski poziom nakładów na wdrożenie;
2. Umiarkowana lub duża poprawa wyników zdrowotnych;
3. Krótki czas od rozpoczęcia do oddziaływania.

W wyniku przeprowadzonej przez IMS Institute for Healthcare Informatics analizy zostało określonych 6 głównych obszarów, gdzie możliwe jest wdrożenie działań mogących przyczynić się do racjonalizacji wydatków ponoszonych na zakup leków. Obszary te dotyczą :

1. Przedwczesnego stosowania leków;
2. Błędów medycznych;
3. Nieprawidłowo prowadzonej polipragmazji;
4. Suboptymalnego stosowania generyków;
5. Nieprawidłowego lub nadmiernego stosowania antybiotyków;
6. Nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Kolejnym krokiem analizy było stworzenie dla każdego z tych obszarów właściwych i możliwych do zastosowania rekomendacji, które w perspektywie krótkoterminowej przyniosą korzystny wpływ w obszarze gospodarowania lekami.

Poniżej zaprezentowano pięć kluczowych rekomendacji, wymagających niskiego poziomu nakładów, przynoszących znacznie lepsze wyniki zdrowotne oraz wykazujące krótki czas do zaobserwowania wpływu.

1. Wspieranie większej roli farmaceutów w zarządzaniu lekami stosowanymi u pacjentów oraz ich współpracy z lekarzami przy wprowadzaniu zmian.

- Dostrzeżenie korzystnej roli farmaceutów, którą mogą odgrywać współpracując z lekarzami w zakresie zarządzania lekami w ośrodkach zdrowia lub w warunkach ambulatoryjnych;
- Zachęcenie farmaceutów do regularnego dostarczania lekarzom aktualnych informacji na temat terapii medycznych;
- Uzupelnienie i dostosowanie przepisów lub mechanizmów finansowania w celu wynagrodzenia czasu pracy farmaceutów, przeznaczonego na przeglądy stosowanych leków;

OBSZAR	<ul style="list-style-type: none"> • Nieprzebrzeganie zaleceń terapeutycznych; • Nieprawidłowo prowadzona polipragmazja; • Suboptymalne stosowanie generyków. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nieprawidłowo prowadzona polipragmazja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nieprawidłowe lub nadmierne stosowanie antybiotyków; • Suboptymalne stosowanie generyków. 	<ul style="list-style-type: none"> • Błędy medyczne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Przedwczesne stosowanie leków.
REKOMENDACJE	1. Wspieranie większej roli farmaceutów w zarządzaniu lekami stosowanymi u pacjentów oraz ich współpracy z lekarzami przy wprowadzaniu zmian.	2. Inwestycje w audyty medyczne dotyczące starszych pacjentów o wyższym prawdopodobieństwie przyjmowania wielu leków.	3. Wprowadzenie obowiązkowej sprawozdawczości stosowania antybiotyków przez świadczeniodawcę.	4. Promowanie pozytywnego podejścia i kultury w odniesieniu do błędów sprawozdawczych poprzez ograniczenie kar pieniężnych wobec świadczeniobiorców popełniających błędy.	5. Wspieranie ukierunkowanych programów leczenia dla kluczowych chorób niezakaźnych (cukrzyca), w celu zapewnienia odpowiedniego momentu rozpoczęcia leczenia: nie dla wszystkich pacjentów, ale dla tych najbardziej zagrożonych.

„Szacuje się, że procesy optymalizacji pozwoliłyby na zmniejszenie światowych kosztów »utraconych możliwości« o 500 miliardów dolarów.”

- Wykorzystywanie danych aptecznych dotyczących wydawanych leków w celu monitorowania zażywanych leków;
- Wspieranie szybkiego procesu podejmowania decyzji i interwencji w oparciu o dane pokazujące potrzeby pacjenta i wyniki zdrowotne;
- Korzystanie przez farmaceutów z telefonów komórkowych w celu komunikowania się z lekarzami i pacjentami – w sprawie zmian schematu leczenia lub przypomnienia o zażyciu leków;
- Zatrudnienie niektórych farmaceutów w miejscu pracy lekarzy, w celu oceny stosowania leków w czasie rzeczywistym i udzielania porad odnośnie pacjentów o skomplikowanych schematach leczenia;
- Organizowanie dla farmaceutów szkoleń w celu polepszenia ich umiejętności komunikowania się z pacjentami.

2. Inwestycje w audyty medyczne dotyczące starszych pacjentów o wyższym prawdopodobieństwie przyjmowania wielu leków.

- Zbieranie danych o schematach leczenia starszych pacjentów. W krajach, w których istnieją elektroniczne systemy zarządzania ochroną zdrowia (e-zdrowie), wszyscy starsi pacjenci, wraz z ich historiami medycznymi, są rejestrowani w systemie. Daje to możliwość zidentyfikowania starszych pacjentów zagrożonych skutkami ubocznymi polipragmazji. Dane dostarczone przez farmaceutów mogą zostać użyte do monitorowania starszych osób przyjmujących wiele leków.
- Audyt i informacje zwrotne o charakterze zarządczym lub regulacyjnym, bądź też wykorzystywane przy akredytacji czy ocenach organizacyjnych.

3. Wprowadzenie obowiązkowej sprawozdawczości stosowania antybiotyków przez świadczeniodawcę.

- Stworzenie systemu auto-sprawozdawczości dla przepisujących, w celu raportowania własnego poziomu przepisywania antybiotyków;
- Śledzenie wydawania antybiotyków w celu monitorowania ich sprzedaży; analiza przypadków sprzedaży bez recept (jeśli dotyczy);
- Analizowanie trendów stosowania i oporu wobec stosowania antybiotyków – wykorzystanie dowodów naukowych do aktualizacji wytycznych;
- Ustanowienie krajowych wytycznych lub przepisów wprowadzających wymóg raportowania stosowania antybiotyków dla szpitala lub poszczególnych przepisujących;
- Analizowanie raportów w cyklu miesięcznym lub rocznym w celu śledzenia zmian trendu i badania okresów lub regionów o wysokim poziomie preskrypcji;
- Analizowanie raportów w celu porównania praktyki z wytycznymi.

4. Promowanie pozytywnego podejścia i kultury w odniesieniu do błędów sprawozdawczych poprzez ograniczenie kar pieniężnych wobec świadczeniobiorców popełniających błędy.

- Przyjęcie oficjalnej polityki szpitala dotyczącej pełnej otwartości w zakresie zgłaszania błędów popełnionych względem pacjentów, równoległe ze zmianami odpowiednich przepisów dotyczących odpowiedzialności;
- Ustanowienie polityki szpitala aktywnie zachęcającej do zgłaszania błędów przez pracowników ochrony zdrowia;
- Zachęcenie wszystkich pracowników sektora ochrony zdrowia (lekarze, farmaceuci, pielęgniarki i pozostali) do uczestnictwa w raportowaniu błędów medycznych;
- Stworzenie systemu zgłaszania błędów na poziomie szpitala i kraju;
- Promowanie korzystania z systemu wśród pracowników sektora ochrony zdrowia oraz zwiększenie ich świadomości na temat dostępnych kanałów zgłaszania błędów;
- Edukowanie pracowników ochrony zdrowia na temat sposobu obniżania poziomu błędów, dzięki zaktualizowanym informacjom i trendom dotyczącym błędów medycznych.

5. Wspieranie ukierunkowanych programów leczenia dla kluczowych chorób niezakaźnych (cukrzyca), w celu zapewnienia odpowiedniego momentu rozpoczęcia leczenia: nie dla wszystkich pacjentów, ale dla tych najbardziej zagrożonych.

- Stworzenie internetowej bazy danych w celu rejestracji i śledzenia informacji dotyczących pacjentów oraz identyfikacji pacjentów o najwyższym poziomie ryzyka;
- Generowanie przypomnień dla świadczeniodawców (dotyczących postępu leczenia pacjenta) i dla pacjentów (dotyczących zaległych badań i wizyt);
- Szybkie automatyczne propozycje leczenia w sytuacji podwyższenia określonych parametrów fizjologicznych pacjenta do poziomu wartości progowych;
- Zachęcanie lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek do udziału w programach leczenia chorób;
- Uzyskanie wsparcia ze strony szpitali rejonowych i specjalistycznych, aptek i laboratoriów.

Wprowadzenie powyższych rekomendacji przyczyni się do złagodzenia rosnących potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, poprzez optymalne wykorzystanie dostępnych środków publicznych. Uzyskane w wyniku tych działań korzyści – zarówno finansowe, jak i zdrowotne (na przykład: edukacja pacjenta, mniej działań niepożądanych w wyniku ograniczonej polipragmacji, właściwe rozpoczęcie leczenia) pomogą rozwiązać kwestię obecnych ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej, wynikającą z długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych i złej koordynacji opieki nad pacjentem.



1. Uwarunkowania prawne wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych
(dr hab. Marcin Matczak)

2. Analiza dotychczasowych pomysłów i propozycji legislacyjnych
(dr hab. Marcin Matczak)

3. Konsekwencje wprowadzenia Dyrektywy Transgranicznej
(lek.med. Krzysztof Łanda, Karolina Skóra)



UWARUNKOWANIA PRAWNE wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne są z punktu widzenia prawa – w szczególności konstytucyjnego – zagadnieniem dość złożonym. To stwierdzenie jest jedną z odpowiedzi na pytanie, dlaczego do tej pory nie udało się unormować prawnie kwestii DUZ, mimo iż podejmowano już kilka prób.

tekst: dr hab. Marcin Matczak

Przepisy Konstytucji RP nie regulują wprost możliwości wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jednak stosowna regulacja musi pozostawać w zgodzie z art. 68, który stanowi o prawie do ochrony zdrowia i obowiązku władz publicznych do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także z zasadą wolności gospodarczej (art. 22 Konstytucji RP) czy zasadą ochrony praw nabytych oraz swobody umów. Warto zatem odpowiedzieć najpierw na pytanie, czy przepisy Konstytucji RP dopuszczają możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a jeśli tak, to jakie warunki powinna spełniać stosowna regulacja.

„Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest dopuszczalne, a nawet pożądane w świetle ram konstytucyjnych.”

W doktrynie wskazuje się, że art. 68 ust. 2 nie zamyka drogi do wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, o ile istnienie takiej instytucji nie będzie prowadzić do wycofania się państwa ze zobowiązań przewidzianych w art. 68 lub do równego traktowania osób uprawnionych do skorzystania ze świadczeń powszechnych i standardowych¹. Stanowisko takie potwierdził również Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu K 14/03, w którym szczegółowo odniósł się do możliwości wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Za Trybunałem należy wskazać, że Konstytucja nie przesądza o konstrukcji systemu ochrony zdrowia jako całości, ale ustanawia obowiązek rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia. Obowiązek ten nie może być jednak traktowany jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, zaś system ochrony zdrowia jako całość musi być efektywny. W powyższym orzeczeniu Trybunał wprost wskazał na możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, o ile w wyniku ich

¹ P. Winczorek, Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Warszawa 2008, s. 164



dr hab.

Marcin Matczak

Partner, Szef Praktyki Life Sciences w kancelarii Domański Zakrzewski Palinka. Specjalista w zakresie prawa farmaceutycznego, administracyjnego, reklamy i biotechnologii, prawa antymonopolowego oraz doradztwa regulacyjnego. Doradza m.in. na rzecz sektora farmaceutycznego, FMCG i ubezpieczeniowego.

wprowadzenia nie dojdzie do naruszenia prawa do ochrony zdrowia każdej jednostki.

Jeśli chodzi o warunki, jakie musi spełniać odpowiednia regulacja, to odnosząc się do przepisów konstytucyjnych, a także spostrzeżeń Trybunału zawartych we wspomnianym orzeczeniu, wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie może mieć wpływu na realizację obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. **Oznacza to, że dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne nie może prowadzić do ominięcia kolejki do świadczeń, które są finansowane ze środków publicznych.** Ponadto, materia ta zgodnie z wymaganiami konstytucyjnymi powinna być unormowana w ustawie, co zapewni maksymalną pewność po stronie beneficjentów systemu opieki zdrowotnej. Wreszcie, należy wskazać na obowiązek stworzenia jednoznacznej, precyzyjnej i funkcjonalnej konstrukcji systemu ochrony zdrowia, która wynika z zasad prawidłowej legislacji. Jednocześnie konstrukcja ta musi uwzględniać inne wolności i zasady konstytucyjne, w szczególności wspomnianą zasadę swobody umów i wolności gospodarczej.

Zatem wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest dopuszczalne, a nawet można postawić tezę, że pożądane w świetle ram konstytucyjnych. Ich wprowadzenie bowiem przyczyni się do efektywniejszego, a co za tym idzie lepszego funkcjonowania systemu opieki zdrowia, czyli lepszej realizacji zadań państwa w zakresie zagwarantowania prawa do ochrony zdrowia.

W SKRÓCIE

DUZ są złożonym i wciąż nie w pełni uregulowanym prawnie zagadnieniem, mimo wielu prób wprowadzenia takich regulacji. W świetle Konstytucji, przepisy muszą być zgodne z art. 68, gwarantującym prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz z zasadą wolności gospodarczej, swobody umów i zasadą ochrony praw nabytych. Konstytucja broni prawa obywateli do efektywnej ochrony zdrowia – DUZ nie może oznaczać uprzywilejowania pacjenta w systemie podstawowym. Pierwszą koncepcją uporządkowania tego obszaru było rozwiązanie substytucyjne, czyli DUZ jako alternatywa wobec powszechnego obowiązku ubezpieczeń. W późniejszym czasie (2008) powstał projekt poselski przewidujący system suplementarno-komplementarny. W 2011 powstał projekt Ministerstwa Zdrowia, normujący kwestie związane z DUZ. Projekt dotyczył potrzebnych i ważnych kwestii, jednak zawierał wiele kontrowersyjnych rozwiązań szczegółowych.

ANALIZA

dotychczasowych pomysłów i propozycji legislacyjnych

Poniżej zostaną omówione dotychczas opracowywane koncepcje, które jednak nie zostały ostatecznie wdrożone.

tekst: dr hab. Marcin Matczak

W pierwszej kolejności podjęto próbę wprowadzenia ubezpieczenia prywatnego jako alternatywy dla powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W systemie alternatywnym, zwanym też substytucyjnym, ubezpieczyciel prywatny zapewnia dostęp do świadczeń zdrowotnych dla osób wyłączonych z systemu publicznego. Założeniem tego systemu było ustanowienie konkurencji dla Kas Chorych. Instytucje ubezpieczenia zdrowotnego miały zapewniać nie mniejszy zakres świadczeń zdrowotnych niż gwarantowany ustawą; obejmować ubezpieczeniem wszystkich chętnych, którzy się zgłoszą; nie różnicować wysokości składek, działać na całym terytorium kraju oraz obejmować ubezpieczeniem członków rodziny opłacającego składkę. Rozpoczęcie działalności przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego miało wymagać zgody Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych – organu powołanego do ochrony interesów osób ubezpieczonych. Odpowiednie uregulowania zostały przyjęte w ustawie z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, ale nim weszły w życie ustawodawca zmienił podejście do DUZ. Otóż art. 4 a, który w brzmieniu z 1998 roku ustanawiał konkurencyjne wobec wówczas istniejących Kas Chorych instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, został zmieniony i stanowił już, że realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż Kasy Chorych instytucje ureguluje odrębna ustawa. Z pomysłu substytucyjnych ubezpieczeń zdrowotnych wycyfano się

w szczególności ze względu na brak w owym czasie dojrzałego rynku ubezpieczeń i określenia formy koszyka świadczeń gwarantowanych.

Następnie podjęto próbę uregulowania tej kwestii w projekcie poselskim z 2008 roku, w którym przewidziano system suplementarno-komplementarny. Proponowane rozwiązanie znacznie różniło się od poprzednio przyjętej koncepcji. Otóż projekt ustawy regulował dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, które miały być uzupełnieniem ubezpieczenia powszechnego, a nie jego konkurencją. Oznacza to, że ubezpieczeni w dalszym ciągu, niezależnie od zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, podlegaliby ubezpieczeniu w ramach systemu powszechnego. Ubezpieczenie suplementarne, zgodnie z projektem, zabezpieczałoby ubezpieczonemu dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, z których ubezpieczony zrzekałby się na zasadach określonych w ustawie – przed rozpoczęciem udzielania świadczenia należałoby wskazać w ramach którego ubezpieczenia będzie ono realizowane. Natomiast w ramach ubezpieczenia komplementarnego zakład ubezpieczeń miał zapewniać ubezpieczonemu dostęp do niegwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub sfinansowanie części kosztów świadczeń częściowo gwarantowanych. Ustawa ustanawiała ogólne zasady funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń, nad którymi nadzór miał sprawować reaktywowany w nieco zmienionej formie Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. W przedmiotowym projekcie nie przewidziano jednak żadnych zachęt finansowych do zawierania umów dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z wyjątkiem możliwości finansowania ubezpieczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Przepisy przedmiotowego projektu wymagały w wielu miejscach doprecyzowania i rozwinięcia, jednak Komisja Zdrowia nie prowadziła ostatecznie nad nim prac.

W 2011 roku Ministerstwo Zdrowia opracowało ostatecznie do tej pory projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Projekt miał na celu unormowanie

„Podjęto dotychczas cztery próby legislacyjne, mające na celu stworzenie ram prawnych dla funkcjonowania DUZ.”

problematyki prywatnych, komplementarnych i suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, rozumianych jako produkty ubezpieczeniowe, które mogą być nabywane na zasadzie dobrowolności obok powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ogólne założenia projektu były zatem podobne do projektu z 2008 roku. Osoby, które zawarłyby umowę z ubezpieczycielem, w dalszym ciągu miały być objęte ubezpieczeniem powszechnym. W przypadku udzielania świadczeń gwarantowanych, które również byłyby przedmiotem umowy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, koszty tych świadczeń miały być rozliczane w ramach umowy z ubezpieczycielem. W projekcie z 2011 roku wskazano, że realizacja umowy z prywatnym ubezpieczycielem nie może wpływać na realizację świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, co oznacza, że wszystkie osoby miały mieć zapewniony równy dostęp do świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach kontraktu z NFZ (jedna kolejka oczekujących). Regulację tą należy ocenić pozytywnie z punktu widzenia obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o którym mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Równie pozytywnie należałoby się odnieść do określenia przedmiotu świadczenia ubezpieczyciela – nie miało być to już tylko finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, ale mogło także polegać na ich zapewnieniu. Warto też wspomnieć o przewidzianych zachętach do zawierania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, takich jak ulga w podatku dochodowym dla finansujących takie ubezpieczenia oraz możliwość wydatkowania środków pieniężnych na ubezpieczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Niemniej jednak przedmiotowy projekt przewidywał wiele rozwiązań, które budziły istotne wątpliwości i były postrzegane jako bariery w rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. W szczególności mowa tu o:

- Przyznaniu bardzo szerokich uprawnień nadzorczych i kontrolnych NFZ wobec świadczeniodawców, co powoduje, że jeden z płatników może wpływać na funkcjonowanie innych płatników – prywatnych ubezpieczycieli. Dużo lepszym rozwiązaniem było proponowane wcześniej utworzenie oddzielnego organu administracji do nadzoru nad rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych.
- Wprowadzeniu bezwzględnego zakazu zawierania umów NFZ z świadczeniodawcą w przypadku trzykrotnego rozwiązania wcześniej zawartej umowy z powodu naruszenia przepisów dotyczących kolejki oczekujących. Takie roz-

wiązanie wydaje się być sprzeczne z zasadą swobody umów.

- Obowiązku zrealizowania przez świadczeniodawców umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ na poziomie 90%. Obowiązek ten miał na celu, jak się wydaje, zapewnienie odpowiedniej realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach kontraktu z NFZ. Rowiązanie to jest jednak zupełnie niezrozumiałe, bowiem cel ten osiąga-ny jest przez wspomnianą normę dotyczącą jednej kolejki oczekujących.

Jak widać, dotychczasowe propozycje w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych różniły się od siebie, chociaż dwa ostatnie projekty przewidywały ten sam system DUZ. Poniższa tabela przedstawia najważniejsze elementy dotychczasowych propozycji.

W uzasadnieniu ostatniego projektu wskazano na konieczność regulacji sfery dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Należy mieć nadzieję, że w najbliższej przyszłości prace nad unormowaniem tego obszaru zaowocują przyjęciem ustawy uwzględniającej dotychczasowe doświadczenia. W szczególności przepisy, niezależnie od przyjętego systemu ubezpieczeń dodatkowych, nie powinny wprowadzać zbyt daleko idących obostrzeń dla współpracy na linii ubezpieczyciel – świadczeniodawca, które można zwłaszcza zaobserwować w projekcie z 2011 roku.

Kryterium	Ustawa z 1998 r.	Projekt poselski z 2008 r.	Projekt MZ z 2011 r.
Rodzaj ubezpieczenia	Substytucyjne	Suplementarno – komplementarne	Suplementarno – komplementarne
Podleganie ubezpieczeniu powszechnemu	Nie	Tak, przed realizacją świadczenia obowiązek wskazania źródła finansowania	Tak, jeśli świadczenie gwarantowane objęte umową finansuje ubezpieczyciel prywatny
Rodzaj świadczenia	Finansowanie	Finansowanie	Finansowanie lub zapewnienie świadczeń
Nadzór	Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych	Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych	Brak specjalnego nadzoru nad DUZ
Poziom stawek	Równe dla wszystkich	Zgodnie z ogólnymi warunkami dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Zgodnie z ogólnymi warunkami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego
Zakres przedmiotowy ubezpieczenia	Nie mniejszy niż świadczenia gwarantowane	Zgodnie z ogólnymi warunkami dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Zgodnie z ogólnymi warunkami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego
Zakres podmiotowy ubezpieczenia	Ubezpieczony oraz rodzina	Ubezpieczony	Ubezpieczony
Zachęty do zawierania umów	Brak	Finansowanie z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych	Ulga podatkowa i finansowanie z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

KONSEKWENCJE wprowadzenia Dyrektywy Transgranicznej

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/21/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej obowiązuje na terenie Unii Europejskiej od dnia 25 października 2013 roku.

tekst: lek. med. Krzysztof Łanda, Karolina Skóra

Celem Dyrektywy jest zniesienie barier w dostępie do opieki zdrowotnej, wynikających z istniejących w Europie granic. Nieuchronnie Dyrektywa będzie prowadziła do zmniejszenia różnic w dostępie do najważniejszych świadczeń zdrowotnych pomiędzy państwami członkowskimi UE. Głównie uderzy w ograniczenia dostępu pod postacią kolejek, wynikających z limitowania podstawowych świadczeń specjalistycznych przez płatników. Żadnym ograniczeniom nie będą podlegały: opieka ambulatoryjna oraz świadczenia udzielane w trybie jednodniowym. Państwa członkowskie mogą natomiast wprowadzić system udzielania „uprzedniej zgody płatnika” na przepływ pacjentów transgranicznej opieki zdrowotnej w trzech przypadkach:

- świadczeń wymagających pozostania w szpitalu na co najmniej jedną noc;
- wysokospecjalistycznych i kosztownych świadczeń;
- w określonych uzasadnionych przypadkach pojawienia się wątpliwości co do jakości lub bezpieczeństwa opieki za granicą.

Do tej pory Polacy nie leczyli się często za granicą, gdyż musieliby pokrywać 100% kosztów leczenia z własnej kieszeni. Po 25 października 2013 roku sytuacja jest zgoła odmienna. Dzięki wprowadzeniu Dyrektywy, pacjenci są uprawnieni do korzystania z systemu opieki zdrowotnej w innym kraju UE, a wysokość refundacji, którą uzyskają w kraju ojczystym jest równa kwocie wyceny świadczenia, jaka tam obowiązuje. Polak więc może się leczyć za granicą, a NFZ będzie musiał mu zwrócić taką kwotę, jaka jest refundowana w Polsce za to świadczenie. Bariera dostępu do świadczeń zdrowotnych znacznie się więc zmniejszy, gdyż w wielu przypadkach chory dopłaci tylko 5%, 10%, czy 15% kosztu zabiegu – reszta zostanie mu zrefundowana. To znacząco wpłynie na wzrost popytu i częstość korzystania z praw uzyskanych dzięki Dyrektywie.

Obecnie nie ma w Polsce dziedziny medycyny, w której pacjenci nie napotykaliby na ograniczenia dostępu w postaci kolejek do ważnych świadczeń zdrowotnych. Dla przykładu, średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wynosił w czerwcu 2013 roku prawie 2,5 roku (28,9 miesiąca), a na endoprotezoplastykę stawu kolanowego w trybie pilnym prawie 20 miesięcy¹. Jeśli więc Polak zechce poddać się alloplastyce stawu biodrowego w Niemczech, to będzie musiał dopłacić 10-15%, czy nawet 20%, natomiast resztę zwróci mu NFZ, stąd popyt na świadczenia za granicą znacząco wzrośnie. Ponadto, niektóre procedury w Polsce są wycenione znacznie wyżej niż w krajach ościennych – na przykład operacja zaćmy. W tym przypadku NFZ będzie musiał zwrócić pełną kwotę leczenia za granicą.

W związku z tym, że Polska nie zdążyła na czas wdrożyć Dyrektywy Transgranicznej stosowną ustawą, nie ma obecnie jakichkolwiek podstaw, by

28,9 mies.



Średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wynosił w czerwcu 2013 roku prawie 2,5 roku (28,9 miesiąca).



Karolina Skóra

Członek Zarządu oraz Dyrektor Zarządzający Fundacji Watch Health Care. W Fundacji współorganizowała 18 konferencji na temat ograniczeń dostępu do innowacyjnych metod leczenia w Polsce. Od 2011 roku jest aktywnym wykładawcą w Stowarzyszeniu CEESTAHC (Central & Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care) i prowadzi szkolenia z zakresu EBM (Evidence Based Medicine) oraz HTA (Health Technology Assessment).

wymagać zgody NFZ na jakiegokolwiek świadczenia szpitalne. Brak takiej ustawy oznacza, że wszystkie świadczenia objęte koszykiem gwarantowanym (w tym wszystkie procedury szpitalne) można wykonać za granicą i płatnik będzie musiał za nie zapłacić – do wysokości wyceny w Polsce. Nawet jeśli ustawa wejdzie w życie na wiosnę i ograniczy liczbę świadczeń szpitalnych, to za świadczenia wykonane do tego czasu trzeba będzie zapłacić, gdyż prawo nie działa wstecz (*Lex retro non agit*).

Pomimo medialnych deklaracji, że NFZ nie będzie zwracał pieniędzy za leczenie przed wejściem w życie ustawy, należy pamiętać o tym, że Dyrektywa, jako przepis prawa unijnego, ma prymat nad ustawą i NFZ będzie musiał zwrócić pacjentom pieniądze. Gdyby jednak NFZ faktycznie nie zwracał kosztów opieki za granicą, to lawina przegranych spraw sądowych związanych z roszczeniami spowoduje jeszcze większe koszty ponoszone bezpośrednio z budżetu państwa. Pomimo zagrożenia niewypłacalnością NFZ, Polacy mogą się cieszyć z praw przyznanych Dyrektywą Transgraniczną – to bardzo ważny czynnik sprawczy realnych, głębokich i poważnych zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Wydaje się, że tym razem NFZ zostanie „zdetronizowany” i straci swoją dominującą pozycję w systemie, natomiast pacjent znajdzie się wreszcie (znacznie bardziej i naprawdę) w centrum systemu oraz w centrum zainteresowania polityków. Dyrektywa, a w konsekwencji zniesienie limitów, poprawi dostęp do leczenia osobom najbiedniejszym, których nie stać teraz na korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej. NFZ będzie zmuszony do finansowania najważniejszych społecznie świadczeń zgodnie z potrzebami, a więc poprawi się dostępność lekarzy. Ponadto, wprowadzenie Dyrektywy Transgranicznej, dzięki europejskim sieciom referencyjnym skupiającym świadczeniodawców w centrach wiedzy w państwach członkowskich, wpłynie pozytywnie na rozwój diagnostyki i potencjału w zakresie leczenia.

¹ Źródło: Barometr Fundacji Watch Health Care (www.korektorzdrowia.pl)

20 mies.



Średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego w trybie pilnym wynosi prawie 20 miesięcy.

W SKRÓCIE

Dyrektywa Transgraniczna Parlamentu Europejskiego z marca 2011 roku, w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, obowiązuje od 25 października 2013 roku. Dzięki niej, pacjenci mogą leczyć się za granicą, a płatnik pokryje koszty równe kwocie wyceny świadczenia, jaka obowiązuje w danym kraju UE. Do tej pory podróże w celach medycznych nie były wśród Polaków popularne, gdyż musieliby oni zapłacić 100% ceny świadczenia za granicą. W świetle Dyrektywy, dopłacą tylko kilka – kilkanaście procent ceny zabiegu lub zgoła nic. Pomimo zagrożenia sytuacją, że NFZ będzie na dłuższą metę niewypłacalny, Dyrektywa będzie miała pozytywne skutki. Pacjent uzyska większy wybór, poprawi się dostępność lekarzy, a mniej zamożni pacjenci nie będą musieli wybierać pomiędzy drenażem kieszeni a oczekiwaniem w długich kolejkach. Dodatkowo, Dyrektywa przyczyni się do współpracy pomiędzy krajami europejskimi w zakresie ochrony zdrowia.



SYSTEMY DUŻ NA ŚWIECIE





1. Światowe trendy w obszarze dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych
(dr Jakub Owoc)

2. Model australijski – Australia jako wzór do naśladowania, czyli przykład
„evidence-based healthcare” (Anna Kordecka, lek.med. Krzysztof Łanda)



ŚWIATOWE TRENDY w obszarze dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Ze względu na unikalność każdego systemu ochrony zdrowia oraz fakt, że ubezpieczenia prywatne zawsze dostosowują się do krajowej specyfiki, klasyfikacja ubezpieczeń zdrowotnych jest zadaniem złożonym i ciężko jest mówić o uniwersalnie skutecznych rozwiązaniach. Każdy kraj poszukuje własnej ścieżki.

tekst: dr Jakub Owoc

Ścieżka ta jest ostatecznie wypadkową między innymi doświadczeń, dostępnych środków oraz – a może nawet przede wszystkim – polityki. W poszczególnych krajach mogą występować jednocześnie różne rodzaje ubezpieczeń prywatnych, a różnice między nimi bywają nieostre. Najlepiej obrazuje to próba klasyfikacji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych podjęta przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Komisję Europejską i London School of Economics. Poza różnicami w liczbie poszczególnych kategorii ubezpieczeń (OECD – 5, Komisja

Europejska/LSE – 3), na uwagę zasługuje sprzeczność definicyjna w przypadku ubezpieczeń suplementarnych. Według Komisji Europejskiej, obejmują one świadczenia gwarantowane już w systemie publicznym, podczas gdy OECD ma na ten temat pogląd zgoła odmienny – ubezpieczenia suplementarne mają dotyczyć świadczeń wykluczonych z systemu publicznego. Co ciekawe, w słownikach synonimów języka polskiego słowa „suplementarny” oraz „komplementarny” występują jako synonimy. W Polsce dodatkowy chaos terminologiczny wynika z tego, że często używana fraza „ubezpieczenie dobrowolne” w kontekście ubezpieczenia prywatnego jest w rzeczywistości zarezerwowana dla powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia, opłacanego na zasadzie dobrowolności.

	Komisja Europejska ^{1,2}	OECD ³
Główne/bazowe (ang. principal)	x	Oferują jedynie dostęp do opieki publicznej osobom nie posiadającym ubezpieczenia powszechnego z powodu jego braku lub braku możliwości przystąpienia
Substytucyjne (ang. substitutive)	Zastępują dostęp do opieki zdrowotnej osobom wykluczonym z systemu publicznego	Zastępują dostęp do opieki publicznej osobom, które mają wybór między systemem prywatnym a publicznym
Podwójne (ang. duplicate)	x	Obejmują te same świadczenia, co system publiczny, ale oferują szybszy dostęp, czy wyższy standard
Komplementarne (ang. complementary)	Obejmują świadczenia wykluczone z systemu publicznego lub pokrywają konieczność współpłacenia	Pokrywają współpłaty obowiązujące w systemie publicznym
Suplementarne (ang. supplementary)	Świadczenia oferowane niezależnie od systemu publicznego, choć przezeń gwarantowane; szybszy dostęp	Świadczenia wykluczone z systemu publicznego lub wyższy standard

¹ Thomson S., Mossalios E., Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, London School of Economics and Political Science, 24 czerwca 2009 r., s. 15

² Thomson S., Mossalios E., Voluntary Health Insurance in the European Union. Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27 lutego 2002 r., s. 44

³ Colombo F., Tapay N., Private Health Insurance in OECD countries: Benefit and Costs for Individuals and Health Systems, OECD Health Working Papers No. 15, 2004, s. 28; Proposal for a taxonomy of health insurance, OECD study on private health insurance, OECD Health Project, June 2004, s. 17-18. Z materiałów OECD skorzystała również Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych w opracowaniu z 2006 r. pt. „Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach europejskich”

Z całą pewnością warto przyglądać się mechanizmom stosowanym w innych krajach, ale jakakolwiek ocena w kontekście możliwości ich kopiowania winna być niezwykle ostrożna. Wymownym przykładem jest Polska i nasz bliski geograficznie i nie tylko sąsiad, Słowacja. Podczas, gdy w Polsce od 2007 roku obiecuje się decentralizację Narodowego Funduszu Zdrowia i wprowadzenie konkurencji (w bieżącym, 2013 roku ma się pojawić projekt stosownej ustawy) w celu zwiększenia efektywności, Słowacy doszli do dokładnie przeciwnych wniosków i aby osiągnąć ten sam cel, zapowiadają nacjonalizację prywatnych ubezpieczycieli oraz centralizację systemu. Jak pokazuje najnowsza historia, Polska zdecydowanie woli bazować na własnym doświadczeniu. Jeśli w najbliższym czasie rząd dokona zapowiadanej decentralizacji, to byłaby to już trzecia duża reforma systemu ochrony zdrowia na przestrzeni 15 lat, ponieważ w roku 1999 zostały wprowadzone kasy chorych, a w 2004 – Narodowy Fundusz Zdrowia. Trudno oprzeć się wrażeniu braku długofalowej wizji, co powinno niepokoić w kontekście chociażby zachodzących nieubłagane zmian demograficznych.

Obecnie największy eksperyment w zakresie zmian organizacyjnych systemu ochrony zdrowia trwa w Stanach Zjednoczonych, gdzie – w dużym uproszczeniu – zwiększa się rolę państwa. Celem jest wprowadzenie systemu powszechnego, którego Stany Zjednoczone nigdy nie miały w imię specyficznie pojmowanej wolności. Zasadnicze zmiany mają nastąpić w roku 2014, ale już teraz można zaryzykować tezę, że opinie co do ich skuteczności będą mocno podzielone, podobnie jak w przypadku oceny zasadności ich wprowadzania.

Ponieważ prywatne ubezpieczenia zdrowotne są zawsze pochodną systemu publicznego, trudno, mając powyższe na uwadze, mówić o światowych trendach w tym obszarze. Potwierdza to wielość przyjmowanych rozwiązań, różne typy ubezpieczeń nawet w obrębie jednego kraju oraz różnice w klasyfikacji i terminologii.

Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne charakteryzują się cechami, które znacząco odróżniają je od klasycznych ubezpieczeń. Podstawą ubezpieczenia jest istnienie „ubezpieczalnego ryzyka”. W modelowym ubezpieczeniu ryzyko powinno być statyczne (nie ulegać znacznym wahaniom w dłuższym okresie czasu), straty incydentalne i poza kontrolą ubezpieczonego, a ryzyko w przypadku indywidualnej osoby nieprzewidywalne, w przeciwieństwie do ryzyka odnośzonego do całej populacji. Ubezpieczenia zdrowotne są jednak znacznie bardziej złożone. Ryzyka nie są statyczne, ponieważ zmieniają się znacznie w czasie, a w długim terminie każdy z ubezpieczenia w końcu skorzysta i to wielokrotnie (duże ryzyko „moral hazard”, czyli pokusy nadużycia). Jednocześnie, ubezpieczony sprawuje swego rodzaju kontrolę nad częścią ryzyk poprzez czynniki behawioralne (na przykład – używki), a postęp technologiczny sprawia, że definicja ryzyk cały czas ewoluuje. Wszystko to prowadzi do pewnej nieprzewidywalności w odniesieniu do ryzyk, oceny ekspozycji na nie, a w konsekwencji – ich kosztów.

Austria	Komplementarne SPK; Suplementarne; Substytucyjne
Belgia	Komplementarne D; Komplementarne SPK
Bułgaria	Suplementarne; Komplementarne SPK
Cypr	Substytucyjne
Czechy	Suplementarne; Substytucyjne
Dania	Suplementarne; Komplementarne SPK
Estonia	Substytucyjne
Finlandia	Suplementarne; Komplementarne D
Francja	Komplementarne D; Suplementarne; Komplementarne SPK
Niemcy	Substytucyjne; Komplementarne D; Komplementarne SPK; Komplementarne D; Suplementarne
Grecja	Suplementarne
Węgry	Komplementarne SPK; Suplementarne
Islandia	Suplementarne
Irlandia	Suplementarne; Komplementarne D; Komplementarne SPK
Włochy	Komplementarne SPK; Komplementarne D; Suplementarne
Łotwa	Komplementarne D; Komplementarne SPK; Suplementarne
Liechtenstein	Komplementarne SPK; Suplementarne; Substytucyjne
Litwa	Suplementarne
Luksemburg	Komplementarne D; Komplementarne SPK; Suplementarne
Holandia	Komplementarne SPK; Suplementarne
Malta	Suplementarne
Norwegia	Suplementarne
Polska	Suplementarne
Portugalia	Suplementarne; Komplementarne SPK; Komplementarne D; Substytucyjne
Rumunia	Suplementarne
Słowenia	Komplementarne D; Komplementarne SPK; Suplementarne; Substytucyjne
Słowacja	Substytucyjne
Hiszpania	Suplementarne; Komplementarne SPK
Szwecja	Suplementarne; KomplementarneD
Wielka Brytania	Suplementarne

(D) – dopłaty (SPK) – świadczenia pozakoszykowe
 Źródło: Thomson S., Mossalios E., Private health insurance in the European Union, LSE Health and Social Care, 2009, s. 15

MODEL AUSTRALIJSKI

Australia jako wzór do naśladowania, czyli przykład „evidence based healthcare”

Polityka państwa dąży do zapewnienia równowagi pomiędzy udziałem sektora prywatnego i publicznego w opiece zdrowotnej.

tekst: Anna Kordecka, lek. med. Krzysztof tandra

Australijski system ochrony zdrowia jest przykładem wdrożenia rozwiązań systemowych, w których istotne miejsce zajmują dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Polityka państwa dąży do zapewnienia równowagi pomiędzy udziałem sektora prywatnego i publicznego w opiece zdrowotnej.

Aby zrealizować ten cel, państwo zachęca obywateli do wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie oferuje zabezpieczenie podstawowe w formie systemu Medicare. Większość kwestii dotyczących prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych reguluje ustawa z 2007 roku. Przepisy jednoznacznie określają ramy funkcjonowania systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, między innymi poprzez regulację zakresu świadczeń medycznych gwarantowanych (koszyk gwarantowany ograniczony do najważniejszych świadczeń zdrowotnych) w ramach podstawowej polisy ubezpieczeniowej, wprowadzenie zakazu różnicowania wysokości składki w zależności od ryzyka zdrowotnego oraz wprowadzenie obowiązku uzgadniania oferowanych produktów oraz wysokości składki z instytucjami państwowymi.

Wydatki sektora prywatnego stanowią około 1/3 całkowitych wydatków na zdrowie. Wśród

prywatnych źródeł finansowania należy wymienić opłaty dodatkowe (ang. *out-of-pocket payments*) oraz prywatne ubezpieczenia zdrowotne zarówno o charakterze suplementarnym, jak i komplementarnym. W Australii większość polis ubezpieczeń dodatkowych wykupują osoby indywidualne, zaś polisy grupowe wykupywane przez instytucje czy firmy należą do rzadkości.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne może obejmować:

- Pokrycie kosztów leczenia w szpitalach publicznych (przy czym chory ma wtedy status pacjenta prywatnego) oraz w szpitalach prywatnych (w tym przypadku występuje mieszane finansowanie części świadczeń medycznych: w 25% ze środków prywatnych, a w 75% ze środków publicznych); obejmuje to również dostęp do innowacyjnych metod terapii, które nie są dostępne dla chorych posiadających wyłącznie ubezpieczenie Medicare – komponent komplementarny ubezpieczenia dodatkowego; pobyt w szpitalu prywatnym, oprócz możliwości wyboru lekarza, wiąże się również z szybszym dostępem do świadczeń medycznych – jest to komponent suplementarny ubezpieczenia dodatkowego;
- Świadczenia dodatkowe (ang. *ancillary services*) o charakterze ambulatoryjnym, niegwarantowane w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, do których przede wszystkim należy zaliczyć leki i wyroby medyczne spoza koszyka gwarantowanego (nie ujęte w wykazie PBS, ang. Pharmaceutical Benefits Scheme), ale również usługi optyczne, usługi dentystyczne, fizykoterapię, chirurgię plastyczną, świadczenia z zakresu medycyny alternatywnej, koszty związane z transportem

„W Australii większość polis ubezpieczeń dodatkowych wykupują osoby indywidualne, zaś polisy grupowe wykupywane przez instytucje czy firmy należą do rzadkości.”

Anna Kordecka

Ekspert w dziedzinie oceny technologii medycznych i ekonomiki zdrowia. Od kilku lat zajmuje się oceną jakości (audytem) analiz wchodzących w skład raportu HTA. Autorka i współautorka opracowań systemowych w ochronie zdrowia oraz analiz problemu decyzyjnego, mających na celu określenie kierunków i zakresu analiz wymaganych dla celów refundacyjnych i cenowych.

pacjentów, opiekę pielęgniarską w domu chorego, koszty aparatów słuchowych – są to ubezpieczenia komplementarne.

Należy podkreślić, że ubezpieczyciele oferują często polisy mieszane, komplementarno-suplementarne. Posiadanie polisy oraz zakres gwarantowanych świadczeń zależy w znacznej mierze od dochodu podmiotu indywidualnego. W pewnych przypadkach prawo nakłada na ubezpieczyciela obowiązek oferowania polisy gwarantującej określony zakres świadczeń, na przykład ubezpieczyciel musi posiadać w swojej ofercie polisę gwarantującą pokrycie wszystkich kosztów związanych z opieką szpitalną. Jednym z ważnych elementów australijskiego systemu ubezpieczeń prywatnych jest stosowanie zasady *community rating*, która ustala jednakową wysokość stawki ubezpieczenia dla wszystkich obywateli bez względu na stan zdrowia. Należy podkreślić, że w 2000 roku wprowadzono możliwość różnicowania wysokości składki ze względu na wiek (ang. *lifetime cover*). Wykupienie polisy (pokrywającej koszty opieki szpitalnej) przed 30. rokiem życia gwarantuje niezmienną wysokość składki w dalszym okresie ubezpieczenia. Zakup polisy po 30. roku życia wiąże się natomiast ze wzrostem wysokości składki o 2% z każdym rokiem (maksymalnie o 70%).

W ramach inicjatyw wspierających rozwój sektora prywatnego, rząd subsydiuje koszt prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na poziomie 30% ubezpieczenia (od 2005 roku dofinansowanie na wyższym poziomie dla osób starszych: powyżej 65. roku życia – 35%, powyżej 70. roku życia – 40%, dodatkowe dofinansowanie dla osób osiągających niskie dochody oraz osób poniżej 18. roku życia). Osoby nie posiadające prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (z dochodami na odpowiednio wysokim poziomie) są natomiast zobowiązane do dodatkowej opłaty na poziomie 1% dochodu podlegającego opodatkowaniu. Wdrożenie wymienionych rozwiązań systemowych przyczyniło się do wzrostu liczby osób posiadających prywatne ubezpieczenia zdrowotne z około 31% w grudniu 1999 roku do około 43% w marcu 2005 roku. Na stronie rządu australijskiego (<http://www.privatehealth.gov.au/>) znajdują się szczegółowe informacje na temat zakresu świadczeń objętych publicznym i prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz dostępnych polis ubezpieczeniowych.

W SKRÓCIE

Polityka australijskiego rządu dąży do utrzymania równowagi pomiędzy prywatnym a publicznym sektorem w opiece zdrowotnej. Państwo zachęca obywateli do korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej, dofinansowując wykup ubezpieczenia, jednocześnie zaś zapewnia podstawowe zabezpieczenie publiczne, obejmujące najważniejsze świadczenia. Kwestie prywatnych ubezpieczeń reguluje ustawa z 2007 roku. Większość polis wykupują osoby indywidualne. Ogółem, wydatki sektora prywatnego (polis i wydatki out-of-pocket) stanowią około 1/3 całkowitych wydatków na zdrowie. Prywatne ubezpieczenie ma charakter suplementarno-komplementarny. Można różnicować wysokość składki ze względu na wiek. Wdrożenie rozwiązań systemowych przyczyniło się w Australii do wzrostu liczby osób posiadających prywatne ubezpieczenia z około 31% w 1999 roku do około 43% w 2005 roku.

Bibliografia:

1. "Raport Fundacji Watch Health Care: „Potencjał i Czynniki Rozwoju Ubezpieczeń Dodatkowych w Polsce”; Łąda K. i wsp.; Kraków 2012;
2. <http://www.privatehealth.gov.au/>, data korzystania 19.08.2013 r.
3. System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Australii. Owoc A., Owoc J., Bojar I., Sygit K. Probl Hig Epidemiol 2009, 90 (3): 407-410; PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata; Praca zbiorowa pod redakcją Jolanty Kalecińskiej i dr Ireny Herbst; Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego; Warszawa 2011.

KOMENTARZE



dr

Marek Balicki

psychiatra i anestezjolog, kierownik Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie. Minister zdrowia w gabinetach Leszka Millera i Marka Belki; poseł na Sejm I, II i IV kadencji, senator RP V kadencji.

W ostatnich latach z sukcesem kierował Szpitalem Bielańskim, a następnie Szpitalem Wolskim w Warszawie.

Prywatne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują w Polsce od wielu lat. Jednak ich skala jest niewielka. Zgodnie z szacunkami Polskiej Izby Ubezpieczeń, tą formą ubezpieczeń objętych jest 450 tysięcy osób, a roczna wartość składki wynosi około 400 milionów złotych, co stanowi mniej niż 0,4% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną (2011). Dodatkowe ubezpieczenia oferuje obecnie kilkanaście towarzystw ubezpieczeniowych. Jako jedną z przyczyn słabego rozwoju prywatnych ubezpieczeń dodatkowych w Polsce wskazuje się brak szczególnych regulacji prawnych w tej sprawie. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne prowadzone są na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, która nie zawiera przepisów uwzględniających specyfikę ochrony zdrowia. Jednocześnie w ostatnich dwóch dekadach rozwinął się w Polsce rynek tak zwanych abonamentów medycznych, w ramach którego firmy medyczne proponują pakiety usług zdrowotnych. Usługi te są finansowane zarówno przez pracodawców, jak i pracowników. Obejmują często świadczenia z zakresu medycyny pracy. Wartość rynku abonamentów osiąga rocznie 2–3 miliardy złotych. Warto zauważyć, że oferta firm abonamentowych jest zbliżona do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jednakże nie jest prowadzona na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Ministerstwo Zdrowia opowiada się szybkim rozwojem ubezpieczeń dodatkowych, upatrując w tym szansę na zwiększenie ogólnej puli środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną oraz skrócenie kolejek na świadczenia specjalistyczne. Miałyby to być jeden ze sposobów zmniejszenia powiększającej się nierównowagi między rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, a możliwością ich zaspokojenia. Presja na wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest, jak wiadomo, związana przede wszystkim ze starzeniem się populacji, a także z postępem w medycynie oraz rosnącymi oczekiwaniami obywateli. Zgodnie z wypowiedziami członków kierownictwa resortu zdrowia, ubezpieczenia dodatkowe – aby spełnić pokładane w nich oczekiwania – powinny mieć masowy charakter. Za przyjęciem odpowiednich regulacji prawnych i rozwojem ubezpieczeń dodatkowych opowiadają się także towarzystwa ubezpieczeniowe.

Podstawowym argumentem przemawiającym za uregulowaniem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w formie ustawy jest wspomniany już brak przepisów prawnych odnoszących się specyfiki obszaru usług medycznych. Niezależnie od przyszłego zasięgu i skali tej formy finansowania usług zdrowotnych, regulacje o charakterze ogólnym, jakie zawiera ustawa o działalności ubezpieczeniowej, są niewystarczające i nie zapewniają odpowiedniej ochrony zarówno interesu osób prywatnych, jak i interesu publicznego. Rynek ten cechuje chociażby znaczna asymetria informacji. Bez jego uporządkowania i pewnej standaryzacji, ocena różnic pomiędzy poszczególnymi produktami będzie dla potencjalnego klienta niezwykle trudna. Jasnego rozstrzygnięcia wymagają również sprawy dotyczące korzystania przez pacjentów z prywatnym ubezpieczeniem z usług placówek publicznych – udzielających głównie świadczeń osobom ubezpieczonym w NFZ.

Nie ma sporu co do tego, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny funkcjonować jako uzupełnienie publicznego systemu opieki zdrowotnej. Nierealne jest natomiast upatrywanie w ubezpieczeniach dodatkowych sposobu na rozwiązanie rosnącej nierównowagi między stroną przychodową a kosztową systemu ochrony zdrowia. Główny nacisk będzie w najbliższych latach skierowany przede wszystkim na źródła publiczne. Tym bardziej, że punkt wyjścia jest dość niski. Wydatki publiczne w relacji do PKB są u nas niższe niż 5%, podczas gdy średnia dla krajów unijnych (UE-27) wynosi 6,5%. Jak wynika z opracowania Komisji Europejskiej „*The 2012 Ageing Report*”, zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną finansowaną ze środków publicznych będzie w Polsce rosło szybciej niż w większości krajów UE. Sytuacji nie ułatwia trwający kryzys ekonomiczny i coraz bardziej ograniczone możliwości zwiększania publicznych wydatków na zabezpieczenie społeczne, w tym opiekę zdrowotną. Ale to wcale nie oznacza, że w perspektywie najbliższych lat możliwe jest znaczące zwiększenie alternatywnych źródeł finansowania, czyli środków prywatnych. Wydatki prywatne bieżące stanowią według GUS (2011) 27% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia. Większość z nich (około 82%) to wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych, ponoszone w formie wydatków jednorazowych w momencie korzystania z usługi medycznej, tzw. „out of pocket”. Ponad 70% wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych stanowią opłaty za leki i artykuły medyczne, a kolejne 15% to koszty usług stomatologicznych. Wydaje się mało prawdopodobne, aby tego rodzaju zakresy udało się skutecznie objąć prywatnym ubezpieczeniem w najbliższym czasie. W polu zainteresowania pozostaje więc zaledwie 15% środków (około 3,5 miliarda), które są dzisiaj wydawane na usługi ambulatoryjne (poza stomatologią). Mało jest jednak prawdopodobne, żeby większość Polaków zrezygnowała z korzystania z usług prywatnych gabinetów lekarskich na dotychczasowych zasadach i zmieniła w krótkim czasie utrwalone przez dziesięciolecia zachowania.

Tak więc zamiana dotychczasowych wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na bardziej dojrzałe formy finansowania usług, jakimi są ubezpieczenia nie będzie łatwa. Zakłada się, że towarzystwa ubezpieczeniowe będą lepiej zarządzać prywatnymi środkami na leczenie niż sami pacjenci. Warto przy tym zauważyć, że podnoszone niejednokrotnie argumenty o korzyściach płynących z zastąpienia wydatków „out of pocket” składkami na ubezpieczenie dodatkowe i wynikającym z tego podniesieniem efektywności prywatnego finansowania na ochronę zdrowia nie są takie oczywiste. Koszty „administracyjne” ubezpieczeń prywatnych są bardzo wysokie i nierzadko przekraczają 20%, podczas gdy koszty w ubezpieczeniach powszechnych można ograniczyć do kilku procent. Wynikałoby z tego, że korzystniejsze byłoby przekierowanie tego strumienia środków do funduszy publicznych.

Nie mamy też do czynienia z dużym potencjałem rozwojowym ubezpieczeń prywatnych. Zgodnie z ostatnim raportem prof. Czapińskiego „*Diagnoza Społeczna 2013*”, na pytanie o gotowość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyby gwarantowało ono poprawę dostępu do usług medycznych i ich jakości, aż 72% respondentów odpowiedziało „nie”. Tylko niecałe 4% gospodarstw domowych deklaruje gotowość do płacenia składki większej niż 100 złotych.

Po stronie świadczeniodawców publicznych w przypadku znacznego rozwoju ubezpieczeń prywatnych będzie leżał problem równego traktowania niezależnie od formy ubezpieczenia. Nie można lekceważyć uzasadnionych obaw o gorsze traktowanie pacjentów ubezpieczonych w NFZ. Obawy te znajdują potwierdzenie w badaniach prowadzonych w innych krajach. Wskazują one, że w przypadku wystarczających zasobów (kadra, aparatura i łóżka) nie ma różnic. Ale w przypadku deficytu zasobów pojawia się uprzywilejowanie pacjentów z ubezpieczeniem prywatnym (Niemcy). Rozwój ubezpieczeń prywatnych wymagałby, szczególnie przy słabym nadzorze publicznego płatnika, dobrych rozwiązań prawnych i instytucjonalnych w tej kwestii.

Podsumowując można stwierdzić, że dynamiczny rozwój prywatnych ubezpieczeń w Polsce w najbliższych latach jest mało prawdopodobny. Nierealne jest założenie, że w ten sposób uda się zmniejszyć nierównowagę między przychodami a kosztami w ochronie zdrowia. To wymagać będzie stopniowego zwiększania publicznych nakładów, przynajmniej do poziomu średniej europejskiej oraz wprowadzenia nierynkowego przejrzystego systemu racjonowania opieki zdrowotnej. Szczególnej uwagi wymaga zagwarantowanie równego traktowania pacjentów niezależnie od rodzaju posiadanego ubezpieczenia przez placówki opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadku ograniczonych zasobów. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią istotne uzupełnienie publicznego systemu opieki zdrowotnej. Obowiązkiem państwa jest doprowadzenie do uregulowania prawnego tego obszaru.

„Presja na wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest, jak wiadomo, związana przede wszystkim ze starzeniem się populacji, a także z postępem w medycynie oraz rosnącymi oczekiwaniami obywateli.”

*dr hab.***Anna Dąbrowska**

Jest autorką i współautorką wielu publikacji z zakresu szeroko pojętej sfery usług i konsumpcji. Od 2011 roku pełni funkcję Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych w Instytucie Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur. Jest także profesorem nadzwyczajnym Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Od wielu lat trwają dyskusje nad założeniami optymalnego systemu opieki zdrowotnej oraz rolą, miejscem i charakterem ubezpieczeń w tym systemie. Mimo upływu lat (I Międzynarodowy Kongres „Rola ubezpieczeń w ochronie zdrowia” odbył się w 1999 roku), nadal ożywiona jest dyskusja nad problematyką wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Stan zdrowia społeczeństwa ma związek z poziomem zamożności, a także z wydatkami na ochronę zdrowia z budżetu państwa. Jednocześnie, zdrowie jest przez ludzi uznawane za najwyższą wartość (w 2011 roku 70% badanych stwierdziło, że zdrowie jest najważniejsze¹). W latach 2004-2009 w społeczeństwie polskim wzrosła zachorowalność na nowotwory złośliwe, gruźlicę, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowań. Zdrowie jest również najważniejszym czynnikiem zadowolenia z jakości życia. Międzynarodowe badanie Health Barometer przeprowadzone w 2012 roku przez Europ Assistance i Instytut Badawczy Cercle Sante dowodzi, że polski system ochrony zdrowia wypada najsłabiej wśród wszystkich badanych krajów. Statystyczny Polak ocenia opiekę zdrowotną na 2,6 punktu (w 2011 roku 2,9 punktu, w 2009 roku – 2,5 punktu). Dla porównania, Włosi ocenili swoją opiekę zdrowotną na 3,7 punktu, Czesi na 4 punkty, Szwedzi – 4,7 punktu. Francuzi, Hiszpanie i Brytyjczycy przyznali powyżej 5 punktów. Najbardziej zadowoleni są mieszkańcy Austrii, którzy opiekę zdrowotną ocenili na 6,5 punktu. 41% Polaków musiało zrezygnować z opieki lekarskiej z powodu braku pieniędzy, 20% odłożyło wizytę u lekarza ogólnego, 17% zrezygnowało z wykupienia leków, a 15% – z wizyty u dentysty. Co 10. Polak z powodu braku funduszy nie poddał się leczeniu poważnej choroby, a kolejne 10% odłożyło zakup okularów lub szkieł kontaktowych.

Z badania niedoborów konsumpcji wynika, że 35% Polaków mieszkających w miastach ograniczyło lub zrezygnowało z leczenia prywatnego. Do najpoważniejszych problemów systemu ochrony zdrowia należą długie kolejki do szpitali, a z drugiej strony – wciąż jeszcze słabo rozwinięty system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Z badania Health Barometer wynika, że 90% Polaków w nadchodzących latach najbardziej boi się jeszcze dłuższego oczekiwania na wizytę czy zabieg. Jednocześnie, jedna czwarta badanych Polaków byłaby skłonna zgodzić się na podwyżkę podatków, 30% na rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, a 20% – na pokrywanie części kosztów publicznej opieki z własnej kieszeni. Mocno w opiekę zdrowotną uderza także kryzys gospodarczy. Niewątpliwie zorganizowanie sprawnego, satysfakcjonującego obywateli systemu ratowania życia i ochrony zdrowia należy do największych wyzwań cywilizacyjnych XXI wieku. Jednocześnie zaś doświadczenia innych krajów dowodzą, że nie istnieje taki system ochrony zdrowia i życia, który byłby jednocześnie sprawiedliwy, efektywny i akceptowany przez wszystkich, o czym świadczą wyniki badania Health Barometer.

„Do najpoważniejszych problemów opieki zdrowotnej należą długie kolejki do szpitali oraz wciąż jeszcze słabo rozwinięty system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.”

Na uwagę zasługuje raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Wśród zawartych w raporcie rekomendacji dla Polski OECD wskazuje między innymi na konieczność zmniejszenia kolejek do świadczeń, rozszerzenia zakresu refundacji w stomatologii, wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne, lepszej regulacji dotyczącej lekarzy zatrudnionych jednocześnie w sektorze publicznym i prywatnym, ale i ostrożnej budowy systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych tak, by nie spowodować wykluczenia osób mniej zamożnych. Prawie co drugi Polak – jak wynika z badania Health Barometer – ma jednak nadzieję, że przyszłym pokoleniom będzie dużo lepiej. Jednym z obszarów, w których ma się polepszyć, jest system ochrony zdrowia. Zatem nie tylko warto, ale należy pochylić się nad systemem ochrony zdrowia ponad podziałami i zadbać o największą wartość, jaką dysponuje człowiek – jego zdrowie. W systemie tym niewątpliwie potrzebne są ubezpieczenia uzupełniające.

¹ Dąbrowska A., Janoś-Kresło M., Staby T., Witek J., Niedobory konsumpcji w polskich gospodarstwach domowych, SGH, Warszawa 2013.

Dyskusja dotycząca wprowadzenia DUZ powinna być rozpatrywana przede wszystkim w kontekście długofalowej polityki zdrowotnej w Polsce. Należy zadać pytanie, czy w perspektywie kilkunastu lat aktualny system ochrony zdrowia jest w stanie zagwarantować społeczeństwu dotychczasowy poziom dostępu do usług medycznych. Wydaje się, że w obecnej sytuacji budżetowej oraz wobec nieuchronnych zmian demograficznych, jakie zajdą w najbliższych latach, trudno będzie zbilansować rosnące potrzeby pacjentów z ograniczonymi możliwościami finansowymi systemu opieki zdrowotnej.

Głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia są środki publiczne. Budżet, jakim dysponuje NFZ rośnie od kilku lat. Pomimo to, już teraz potrzeby przekraczają możliwości finansowe płatnika. W kolejnych latach sytuacja finansowa będzie determinowana głównie czynnikami demograficznymi. Z tego powodu, z jednej strony dojdzie do sytuacji, w której zostaną ograniczone kwoty przychodów płatnika w wyniku zmniejszenia liczby składek, z drugiej strony zaś należy się spodziewać rosnących kosztów związanych ze świadczeniami dla coraz liczniejszej grupy pacjentów w wieku 55+. W tej sytuacji, bez istotnego zwiększenia poziomu finansowania przez państwo, nie będzie możliwe utrzymanie dotychczasowego poziomu świadczeń oraz poprawa ich dostępności dla pacjentów.

Obecny poziom finansowania świadczeń zdrowotnych przez pacjenta w Polsce, w porównaniu do innych krajów europejskich, jest wysoki. Trudno więc założyć, że środki prywatne będą w dalszym ciągu czynnikiem zwiększającym dostępność leczenia. Wzrost wydatków pacjenta może być ograniczany również przez czynniki ekonomiczne, takie jak wynagrodzenia czy świadczenia emerytalne.

Narastające problemy związane z finansowaniem systemu ochrony zdrowia były przedmiotem dyskusji w krajach, które wprowadziły systemy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Decyzje z tym związane są strategiczne i długofalowe. Ich wpływ można ocenić z perspektywy raczej kilkunastu niż kilku lat. W przypadku podjęcia decyzji o wdrożeniu DUZ w Polsce można skorzystać z doświadczeń krajów, gdzie taki system działa od lat, tak aby model wdrażany w Polsce nie tylko zapewnił zwiększenie środków w całym systemie, ale również zwiększył efektywność ich wykorzystywania. Zapewnienie równego dostępu do środków z DUZ wszystkim świadczeniodawcom działającym na rynku poprawi dostęp pacjentów do leczenia i zmniejszy poziom współpłacenia.

Wydaje się, że odpowiednio przygotowana i przeprowadzona dyskusja publiczna, jak i rzetelna kampania edukacyjna są krytyczne dla powodzenia DUZ. Ugruntowana świadomość pacjenta i oczekiwania związane z zapewnieniem przez państwo szerokiego dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej są czynnikami trudnymi do zmiany. Jednakże edukacja pacjenta, wynikiem której może być zmiana poglądów, jest kluczowa dla poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce, szczególnie dla ludzi starszych oraz przyszłych pokoleń.



Michał Pilkiewicz

W branży farmaceutycznej jest obecny od 2001 roku. Obecnie pracuje jako Country Manager w polskim oddziale firmy IMS Health, która jest wiodącym dostawcą informacji, usług oraz technologii dla światowego przemysłu ochrony zdrowia. Jego doświadczenie zawodowe obejmuje rynek FMCG, farmaceutyczny oraz technologię.

„Odpowiednio przygotowana i przeprowadzona dyskusja publiczna, jak i rzetelna kampania edukacyjna są krytyczne dla powodzenia DUZ.”

Prof.

Hanna Kuzińska

Absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego, stopień doktora w zakresie ekonomii-finansów uzyskała w SGH w 1991 r., a doktora habilitowanego w zakresie nauk ekonomicznych – na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego w 2007 r. Jest profesorem Akademii Leona Koźmińskiego, w której uczy od 1997 r. Specjalizuje się w finansach publicznych, finansach lokalnych, polityce fiskalnej oraz polityce społecznej. Zainteresowania naukowe łączy z praktyką gospodarczą. Przez kilka lat pracowała jako ekspert w Sejmie i Senacie, następnie jako podsekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu, a w latach 2008-2011 jako radca Ministra Obrony Narodowej. Jest autorką dwóch edycji podręcznika pt. „Finanse publiczne”, książki pt. „Rola podatków pośrednich w Polsce”, książki pt. „Finansowanie oświaty w Polsce. Realia i konieczne zmiany” oraz ponad 70 publikacji w czasopiśmie naukowych, profesjonalnych i innych.

W Polsce około 10% łącznego popytu krajowego stanowi indywidualne spożycie publiczne. Jest to konsumpcja finansowana ze środków publicznych, ale jednocześnie skierowana do konkretnych osób. Z taką konsumpcją mamy do czynienia wysyłając dzieci do szkół, na dofinansowane kolonie i obozy, kupując dotowane bilety do muzeów i teatrów, wypożyczając książki z biblioteki publicznej, uczęszczając na tanie zajęcia plastyczne w domu kultury, czy też – bezpłatnie lecząc się w przychodni i szpitalu. Niewątpliwie największą część indywidualnego spożycia publicznego przypada na dwa działy gospodarki narodowej – ochronę zdrowia i edukację. Przeciętne spożycie mieszkańca Polski w dziedzinie ochrony zdrowia wyniosło w 2011 roku 2791 złotych (107,5 miliardów złotych w skali kraju), a w dziedzinie edukacji – 2164 złotych (83,4 miliardów złotych). Jak już zauważono, owo spożycie zawiera część finansowaną ze środków publicznych, jak i finansowaną ze środków prywatnych. Coraz większy odsetek finansowania ochrony zdrowia przypada na gospodarstwa domowe. Jeszcze w 2000 roku z dochodów osobistych finansowaliśmy 33% środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, a w 2011 roku było to już 38%. Ciekawym i zapewne mającym przyszłość rozwiązaniem jest finansowanie przez pracodawców abonamentów zdrowotnych w prywatnej opiece zdrowotnej. Odsetek gospodarstw domowych, które nie płacą za opiekę zdrowotną z własnych dochodów ani nie korzystają z publicznej opieki zdrowotnej, lecz z abonamentów wykupionych przez pracodawcę, wzrósł z 4,9% w 2000 roku do 6,3% w roku 2011. Przeznaczanie – z jednej strony przez państwo, a z drugiej strony przez gospodarstwa domowe – rosnących nominalnie kwot na ochronę zdrowia oznacza zmianę struktury spożycia. Jeśli w spożyciu wzrasta udział usług zdrowotnych, maleje udział dóbr – szczególnie żywności, napojów, odzieży i obuwia.

Finansowe znaczenie sektora zdrowotnego będzie rosło – na co wskazują tendencje światowe. Jest więc niezbędne zatrzymanie tendencji polegającej na przenoszeniu coraz większego ciężaru utrzymania opieki medycznej na gospodarstwa domowe. Doświadczenie pokazuje, że nie ma alternatywy dla finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych (z danin). Można by więc rozważyć uproszczenie systemu rozliczeń. Zlikwidować składkę zdrowotną i największą część wydatków zdrowotnych – sieć szpitali – finansować z budżetu państwa, z kolei podstawową i ambulatoryjną opiekę zdrowotną – wprost z budżetów samorządowych. Szczególnie, że z badań wynika, iż wypełnianie tradycyjnych funkcji (w tym ochrony zdrowia) przez państwo, wymaga silnego i sprawnego sektora publicznego. Dodatkowe środki publiczne na finansowanie

„Kolejnym źródłem prywatnego finansowania opieki zdrowotnej mogą być dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ale nie będą one zbyt wydajne, jeśli nie przybiorą postaci opłaty za dokładnie nazwaną usługę”

ochrony zdrowia (w Polsce dużo niższe niż w innych krajach), powinny pochodzić nie z deficytów budżetowych, lecz z restrukturyzacji wydatków publicznych. Na przykład część administracji publicznej – wyjątkowo w Polsce rozbudowanej – powinna być przesunięta do ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Kolejnym źródłem prywatnego finansowania opieki zdrowotnej mogą być dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ale nie będą one zbyt wydajne, jeśli nie przybiorą postaci opłaty za dokładnie nazwaną usługę, na przykład – gwarancji niezwłocznego uzyskania porady lekarskiej – nie później niż na drugi dzień, albo opłaty za przyjęcie do szpitala nie później niż w ciągu trzech dni, lub też bezpłatnych lekarstw w razie zachorowania, i tak dalej. Jeśli byłaby to składka bez nazwania celu, przybrałaby ona postać dobrowolnego samoopodatkowania, na które raczej trudno byłoby liczyć. Popularyzacji DUZ nie służy iluzja opłacania składki zdrowotnej z części wynagrodzenia. Prawdopodobnie znaczny odsetek pracowników uważa, że i tak finansuje opiekę zdrowotną z własnych wynagrodzeń, płacąc obowiązkową składkę w wysokości 7,75% podstawy, która jest pokazywana w podatkowym zeznaniu rocznym. W rzeczywistości dochód osobisty jest pomniejszany na cel zdrowotny tylko o 1,25% podstawy – oczywiście obowiązkowo, a nie dobrowolnie. Gdyby ta część składki nagle stała się dobrowolna, część osób ubezpieczonych mogłaby wycofać się z jej płacenia, bo nie dostrzegłaby związku między jej wnoszeniem i jakością uzyskanych świadczeń zdrowotnych.

Wydatki na opiekę zdrowotną jako % PKB

Kraj	2003	2010
Bułgaria	7,84	-
Cypr	6,75	-
Luksemburg	7,66	-
Rumunia	5,33	-
USA	15,61	17,55
Holandia	9,77	11,98
Francja	10,93	11,61
Niemcy	10,92	11,51
Kanada	9,78	11,38
Dania	9,30	11,08
Austria	10,30	10,98
Szwajcaria	11,25	10,89
Portugalia	9,73	10,72
Belgia	10,00	10,49
Hiszpania	8,18	9,60
Szwecja	9,31	9,54
Norwegia	10,01	9,34
Islandia	10,38	9,29
Słowenia	8,64	8,97
Finlandia	8,15	8,96
Słowacja	:	8,49
Węgry	8,57	7,83
Czechy	7,44	7,41
Litwa	:	7,00
Polska	6,24	6,98
Estonia	4,99	6,34

Źródło: Eurostat (strona z 13 kwietnia 2013 r.)

REKOMENDACJE

W raporcie zaprezentowano różne punkty widzenia, opinie i analizy dotyczące wdrożenia i funkcjonowania DUZ w Polsce. Przyjrzyjmy się, jakie najważniejsze wnioski i rekomendacje wyłaniają się z tej dyskusji.

„Na bazie przedstawionego materiału można sformułować istotne wnioski, które należy wziąć pod uwagę przy wdrażaniu DUZ do polskiego systemu ochrony zdrowia.”

W ostatnim czasie obserwujemy korzystne zjawisko, jakim jest rosnące zainteresowanie tematyką wdrożenia DUZ. O ile jednak wzmożoną aktywność należy ocenić pozytywnie, to już różnorodność prezentowanych stanowisk wskazuje na potrzebę usystematyzowania dotychczasowych poglądów, dotyczących zarówno zasadności, jak i warunków wdrożenia w Polsce DUZ. Na bazie przedstawionego materiału można sformułować istotne wnioski, które należy wziąć pod uwagę przy wdrażaniu DUZ do polskiego systemu ochrony zdrowia. Są to:

1. Konieczność podjęcia działań kierunkowych, zmierzających do poprawy obecnej sytuacji w opiece zdrowotnej. Działania te powinny dotyczyć problemu pogarszającego się dostępu do świadczeń medycznych, jak i niedostatecznej jakości oferowanych usług. W dłuższej perspektywie, celem podjętych działań powinno być zbilansowanie potrzeb i możliwości systemu opieki zdrowotnej, dla którego coraz większe wyzwanie stanowią będą konsekwencje wynikające ze zmian demograficznych.
2. Uporządkowanie zagadnień prawnych i stworzenie praktycznych rozwiązań organizujących i wspierających prawidłowe i efektywne działanie systemu dodatkowych ubezpieczeń. Takie działania, poparte analizą skutków regulacji, są warunkiem koniecznym przy podejmowaniu decyzji wdrażających DUZ.
3. Stworzenie kompleksowej strategii zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych, dostosowanej do specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia, potrzeb społeczeństwa jak i założeń dotyczących DUZ. Pomocna w opracowaniu strategii powinna być analiza doświadczeń zaczerpniętych z innych krajów, gdzie DUZ zostały już wcześniej wdrożone.
4. Potrzeba przeprowadzenia szeroko zakrojonej kampanii edukacyjno-informacyjnej, szczególnie istotnej w świetle faktu, iż wiedza społeczeństwa na temat DUZ jest niedostateczna.
5. Konieczność wypracowania szerokiego dostępu do DUZ dla całości społeczeństwa. Dzięki temu możliwe będzie zaoferowanie tych usług w atrakcyjnych i dostępnych cenach, co z kolei zapewni dodatkowy dopływ środków finansowych do systemu ochrony zdrowia. Ważne jest aby środki te były dostępne zarówno dla publicznych, jak i dla prywatnych świadczeniodawców.



Partnerzy merytoryczni:

IMS Health
www.imshealth.com



Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka
www.dzp.pl



Fundacja Watch Health Care
www.korektorzdrowia.pl



Patroni medialni:

Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia
www.klubzdrowia.org



Magazyn Świat Lekarza



Komitet redakcyjny:

Skład komitetu redakcyjnego odpowiedzialnego za opracowanie raportu „Dodatkowe Ubezpieczenia Zdrowotne”:
Przewodniczący: prof. dr hab. Bolesław Samoliński
Zastępca przewodniczącego: lek. med. Krzysztof Łanda
Sekretarz: Karolina Pokorowska

Partnerzy projektu

Eli Lilly Polska Sp. z o.o.
www.lilly.pl

The Lilly logo is written in a red, cursive script font.

GSK
www.gsk.com.pl



Adamed Sp. z o.o.
www.adamed.com.pl



Zespół wydawniczy:

Karolina Pokorowska – dyrektor wydawniczy; dr Agnieszka Wiącek – dyrektor redakcji; Marta Marciniak – dyrektor artystyczny;
Olga Baranowska – opracowanie graficzne



www.karpeno.pl

