

# Konferencja Polskiej Izby Ubezpieczeń o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

Irmina Jurkiewicz-Świątek

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Irmina Jurkiewicz-Świątek, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzec-ka 20, irmina.jurkiewicz@uj.edu.pl

17 maja 2013 roku odbyła się w Warszawie konferencja *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich*. Konferencja została zorganizowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU), która jest organizacją samorządu branżowego reprezentującą wszystkie zakłady ubezpieczeń działające w Polsce. Do zadań PIU należy między innymi wspieranie ustawodawcy w zakresie kształtowania prawa asekuuracyjnego oraz prowadzenie wielostronnego dialogu na rzecz rozwoju sektora ubezpieczeń<sup>1</sup>.

Zakres tematyki konferencji ściśle się wiązał z możliwościami wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych do polskiego sektora zdrowotnego. Dyskusja na temat poszukiwania optymalnego systemu dla Polski była wsparta prezentacją doświadczeń innych krajów europejskich na temat zakresu i rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W konferencji udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, główni specjaliści PIU ds. ubezpieczeń zdrowotnych, a wśród gości zagranicznych obecny był były minister zdrowia Wielkiej Brytanii i przedstawiciel rynku prywatnych ubezpieczeń w Irlandii.

Tematyka wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do polskiego systemu ochrony zdrowia podnoszona jest już od wielu lat. Cyklicznie pojawiają się nowe propozycje ustawodawcze, których cele określone są jako zapewniające pacjentom szybszy dostęp do świadczeń. Niekiedy dodaje się także, że poprawiłyby jakość usług zdrowotnych. Przykładem mogą być projekty ustaw opracowywane przez samo PIU czy też polski rząd w latach 2003–2011<sup>2</sup>.

Przez dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne rozumiane były polisy oferowane przez zakłady ubezpieczeń poza systemem publicznego finansowania świadczeń zdro-

wotnych (system społecznych ubezpieczeń zdrowotnych czy system budżetowy). Prelegenci skupiali się na komplementarnej (oferowanie świadczeń niezajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych oraz pokrywanie kosztów współpłacenia) i suplementarnej (oferowanie świadczeń z koszyka, ale o lepszej jakości i szybszym dostępie do nich) funkcji systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Funkcja substytucyjna (prywatna polisa zamiast systemu powszechnego) nie odgrywała istotnej roli w tej debacie. W poniższym tekście przedstawiono wystąpienia, które pojawiły się na konferencji, oraz krótki komentarz.

Przedstawiciel rządu – Sławomir Neuman, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, potwierdził świadomość istniejących potrzeb i zagrożeń stojących przed polskim systemem zdrowotnym, a także wyraził chęć współpracy z PIU oraz innymi środowiskami ekspertów w celu budowy regulacji w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zwrócił on uwagę, iż problem ograniczonych zasobów i nieograniczonych potrzeb jest powszechnym problemem. Między innymi z tego powodu w wielu krajach europejskich wprowadza się dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Rozwiązanie takie jest uważane również przez rząd za jeden z elementów dopełniających system ochrony zdrowia w Polsce. Wiceminister Neuman wymienił podstawowe czynniki sprzyjające budowie i sprawnemu funkcjonowaniu systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, takie jak: możliwość zawierania polis długoterminowych, wprowadzenie zachęt ekonomicznych (dla posiadaczy dodatkowych polis czy pracodawców je organizujących), społecznie akceptowalna wysokość składki (dostępna dla pacjenta, a pokrywająca koszty ubezpieczyciela) oraz szeroka baza posiadaczy polis zapewniająca redystrybucję ryzyka w dużych gru-

pach. Zaznaczył także, że tworzenie miejsca dla dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest trudnym projektem, wymagającym dużej determinacji, aczkolwiek opierającym się na *evidence-based policy making*, możliwym do wykonania.

Poruszono tematykę koszyka świadczeń gwarantowanych, nawiązując do Barometru Fundacji Watch Health Care, odzwierciedlającego potrzeby polskich pacjentów. Narzędzie to ma na celu śledzenie dostępności świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wyrażonej czasem oczekiwania na usługę. Prezes Fundacji Watch Health Care Krzysztof Łanda postawił tezę, że pozytywny koszyk świadczeń zdefiniowany przez Ministerstwo Zdrowia jest za szeroki w stosunku do dostępnych środków, co w istocie stanowi racjonalizację świadczeń *implicite*. Wyniki analiz prowadzonych przez fundację wskazują na niską dostępność niektórych świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych w ramach publicznego systemu finansowania (na przykład ortopedia, okulistyka czy endokrynologia<sup>3</sup>). Stanowi to potencjalne pole działalności dla ubezpieczycieli prywatnych, których oferta może się skoncentrować na świadczeniach z długim czasem oczekiwania.

Główny ekonomista w Ernst & Young Marek Rozkrut przedstawił wyniki raportu przygotowanego wraz z PIU *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*. Po raz kolejny wskazano w nim na główne determinanty rosnącego popytu na świadczenia zdrowotne (czynnik demograficzny, dochodowy i technologiczny) oraz przeanalizowano możliwości jego zaspokojenia, uznając dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne za kluczowy element rozwiązań. Autorzy raportu przeanalizowali trzy scenariusze rozwoju sektora zdrowotnego z uwzględnieniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w zależności od dynamiki rozwoju sektora prywatnego (założono scenariusz bazowy, domykania luki i dynamicznego domykania luki). W scenariuszach tych posługiwano się wskaźnikami pomiaru udziału prywatnych środków w całkowitych wydatkach na zdrowie oraz wielkości rynku abonamentowego i ubezpieczeniowego na lata 2011–2016. Wyniki wskazały, że bez względu na zakładany stopień intensywności rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych prognozowany udział prywatnego finansowania w całkowitych wydatkach na zdrowie będzie wzrastał (z obecnych 30% do prawie 45% w 2016 roku). Natomiast istotą analizowanych zmian jest założenie, że część prywatnych wydatków w formie bezpośredniej opłaty za usługę (ang. *out-of-pocket*) zostanie przekształcona w sformalizowaną składkę dodatkowego ubezpieczenia (co powinno stanowić bardziej efektywne wykorzystanie inwestowanych środków<sup>4</sup>). W tych projekcjach należy zwrócić uwagę na to, że największymi beneficjentami zmian będą *de facto* firmy ubezpieczeniowe, których udział w rynku wzrośnie pięciokrotnie (obecna wartość to około 3 mld zł, w 2016 roku może to być nawet 15 mld zł).

Wystąpienie Doroty M. Fal (doradca zarządu PIU, ekspert ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia) służyło dalszemu argumentowaniu potrzeby wprowadze-

nia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Według niej ubezpieczenia są najbardziej efektywną formą zabezpieczenia ryzyka ponoszenia wysokich wydatków na opiekę zdrowotną. D.M. Fal dopełniła jeszcze, otwartą przez S. Neumana, listę warunków sprzyjających rozwojowi dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o następujące czynniki, takie jak: kalkulowanie składki ze względu na ryzyko grupowe (ang. *community rating*), systemy wyrównywania ryzyka między ubezpieczycielami czy możliwość finansowania składek przez pracodawców z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Wielokrotnie przy dyskusjach dotyczących wprowadzania/rozbudowy systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych przytacza się wyniki badań satysfakcji pacjentów i opinii o systemie opieki zdrowotnej. Powołując się na Centrum Badania Opinii Społecznej, wskazano, że społeczeństwo jest niezadowolone z funkcjonowania systemu bazowego (w 2012 roku prawie 80%) [1], co równocześnie stanowi bardzo silny argument w dyskusji o wprowadzaniu zmian w systemie zdrowotnym, w tym dodatkowych prywatnych ubezpieczeń.

To właśnie na satysfakcję pacjentów zwrócił uwagę Johan Hjertqvist<sup>5</sup> (Prezes Health Consumer Powerhouse). W swoim wystąpieniu zaprezentował fragmenty działalności organizacji, w tym dobrze znany Health Consumer Index (w którym w 2012 roku triumfowała Holandia, a Polska uplasowała się na 27. miejscu [2]). Przypomniawszy, że podwaliną rozbudowy systemu zdrowotnego o dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinna być troska o zadowolenie świadczeniobiorców, uwzględniająca czas oczekiwania na świadczenie. Wskazał, że zmieniająca się struktura demograficzna może stanowić pole działalności dodatkowych polis zdrowotnych (żaden inny mówca nie nawiązał do opieki długoterminowej i ubezpieczeń pielęgnacyjnych), a rozwijający się rynek dodatkowych ubezpieczeń może sprzyjać dostępowi do świadczeń oraz wzmocnić rolę pacjentów (*empowerment*).

Następnie dzięki Timowi McKeown, dyrektorowi ds. rozwoju produktu i biznesu Vhi Healthcare, uczestnicy konferencji mogli się zapoznać z ogólnymi regułami funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń na rynku irlandzkim, który wspiera publiczny system ochrony zdrowia finansowany z podatków ogólnych (tzw. system Beveridge'a). Konstrukcja rynku opiera się na wcześniej wskazanych elementach sprzyjających rozwojowi dodatkowych form finansowania świadczeń oraz ochronie pacjentów (m.in. brak *risk-rating* – składka nie zależy od ryzyka indywidualnego, polisy długoterminowe itd.). Przyczynia się to do upowszechnienia prywatnych ubezpieczeń w tym kraju; co drugi mieszkaniec Irlandii posiada dodatkową polisę zdrowotną, która w głównej mierze zapewnia świadczenia opieki stacjonarnej. Dodatkowym elementem zachęcającym do zakupu polisy ubezpieczeniowej w Irlandii są zniżki dla osób młodych i wyższe stawki składek dla osób zakupujących polisy w późniejszym wieku.

Tom Sackville, przewodniczący Centrum Leczenia NHS, były minister zdrowia w Wielkiej Brytanii, zwrócił uwagę na czynniki hamujące rozwój dodatkowych ubezpieczeń oraz wady i zagrożenia płynące ze

strony rynku prywatnych ubezpieczeń. Odniósł się do przykładu Wielkiej Brytanii (kolebka systemu budżetowego finansowania świadczeń), gdzie zaledwie około 10% populacji posiada dodatkową polisę. Niski odsetek posiadaczy polis ubezpieczeniowych tłumaczył głównie brakiem rozwoju struktur zabezpieczających pacjentów przed negatywnymi skutkami prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym między innymi wcześniej wymienionych polis grupowych czy *community rating*. Takie rozwiązania zwiększają redystrybucję, a więc ograniczają nierówności w zdrowiu generowane przez dodatkowe ubezpieczenia (ang. *equity*). Za dobry przykład rozwoju rynku dodatkowych polis zdrowotnych, poza Irlandią, T. Sackville wskazał Australię, która wykorzystując pewne rozwiązania kształtujące rynek (m.in. długoterminowe polisy, dopłaty do składek za zakup ubezpieczenia w późnym wieku), zapewniła stabilny ich rozwój i znaczny udział populacji posiadającej prywatne ubezpieczenie (około 50% w 2012 roku).

Konferencję zakończył panel dyskusyjny, podczas którego próbowano zmierzyć się z „mitami” na temat dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (głównie na podstawie wcześniej wspomnianego raportu PIU i Ernst & Young). Poniżej wymieniono 4 mity i argumenty na ich obalenie:

- „Ubezpieczenia dodatkowe spowodują »wypchnięcie« najuboższych pacjentów na koniec list oczekujących na realizację świadczeń w systemie bazowym”. Dyskutanci uznali, że identyfikacja przyczyn kolejek jest błędna. W rzeczywistości powstają one z powodu braku środków na sfinansowanie świadczeń (są wynikiem kolejki do pieniędzy NFZ). Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może doprowadzić do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia w systemie bazowym.
- „Z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych będą mogli korzystać wyłącznie zamożni pacjenci”. Argumentowano, że dodatkowe ubezpieczenia zaoferują bardziej korzystne warunki korzystania ze świadczeń niż bezpośrednie opłaty za usługi. Dodatkowo przy wprowadzeniu regulacji ograniczających różnicowanie składki ze względu na wiek lub stan zdrowia można zapewnić większą dostępność dodatkowych polis.
- „Najlepsi lekarze zdecydują się świadczyć swoje usługi w sektorze prywatnym, kosztem pacjentów korzystających wyłącznie z zabezpieczenia bazowego”. Istotnie, wraz z rozwojem rynku dodatkowych ubezpieczeń również rynek prywatnych świadczeniodawców ma szansę na zwiększenie bazy prywatnych świadczeniodawców, w których zatrudnienie mogą znaleźć dobrzy specjaliści. Ale to od publicznego płatnika zależy, z jakimi placówkami podpisze kontrakt i przez to zapewni ubezpieczonym opiekę najlepszych specjalistów.
- „Wzrosną ceny świadczeń zdrowotnych, co realnie ograniczy ich dostępność dla wielu grup społecznych”. Uznano, że dopóki świadczeniodawcy będą dysponowali wolnymi mocami na realizację świadczeń, również poza systemem bazowym, obawa o wzrost cen świadczeń jest nieuzasadniona [3].

Wygłaszane na konferencji tezy oraz przedstawiane argumenty na rzecz rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zawarte też w raporcie PIU i Ernst & Young, budziły jednak niedosyt. Odczuwało się brak symetrii w prezentacjach oraz wypowiedziach. Brakowało punktu widzenia podmiotów najbardziej zainteresowanych, tj. ubezpieczonych i pacjentów w pełnej reprezentacji strukturalnej (dochody, wiek, płeć, miejsce zamieszkania). Niedostateczne było także mierzenie się z głównymi zagrożeniami, jakie niosą z sobą prywatne ubezpieczenia, takie jak negatywna selekcja czy selekcja ryzyka przez ubezpieczycieli<sup>6</sup>, stanowiącymi główne zagrożenie stworzenia/pogłębienia nierówności w dostępie do świadczeń i zachwiania zaufania do systemu. Słuchacze oczekujący obiektywnej analizy szans i zagrożeń takiego rozwiązania mogli nie być usatysfakcjonowani ze względu na brak w dyskusji innych opinii, w tym świadczeniodawców, którzy mieliby realizować zadania wynikające z dodatkowej polisy ubezpieczeniowej. W sumie jednak należy uznać, że konferencja była wartościowa. Tego rodzaju debaty są konieczne, aby nowe rozwiązania i instytucje oparte były na pełnym rozpoznaniu, świadomości różnych konsekwencji i na tej podstawie zbudowanym konsensusie.

Niezależnie od elementów dyskusji promujących wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, podkreślono, iż warunkiem wszelkich rozwiązań związanych z prywatnym finansowaniem jest uporządkowanie prawne funkcjonowania systemu publicznego, aby możliwe było wprowadzenie innych płatników w sektorze zdrowotnym poza Narodowym Funduszem Zdrowia.

Lista opisanych prezentacji:

1. Sławomir Neumann – sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia: Plany reform w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.
2. Krzysztof Łanda – prezes Fundacji Watch Health Care: Dostępność do świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care.
3. Marek Rozkrut – główny ekonomista w Ernst & Young: Analiza możliwości zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych. Prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.
4. Dorota M. Fal – doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, ekspert ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia: Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.
5. Johan Hjertqvist – prezes Health Consumer Powerhouse: Prywatne ubezpieczenia zdrowotne i ich wpływ na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej oraz poziom satysfakcji obywateli w krajach europejskich.
6. Tim McKeown – dyrektor ds. rozwoju produktu i biznesu w Vhi Healthcare: Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Czynniki wspierające rozwój i bariery. Prywatne ubezpieczenia jako element systemu opieki zdrowotnej w Irlandii.
7. Tom Sackville – przewodniczący Centrum Leczenia NHS, były parlamentarzysta i minister zdrowia w Wielkiej Brytanii: Czynniki hamujące rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku brytyjskim.

## Przypisy

<sup>1</sup> Polska Izba Ubezpieczeń, <http://piu.org.pl/> (dostęp: 23.06.2013).

<sup>2</sup> Więcej o propozycjach wprowadzania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w artykule *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Propozycje i debata wokół ich wprowadzenia w Polsce, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2012, 10(3): 154–168.

<sup>3</sup> Więcej informacji jest dostępnych na oficjalnej stronie Barometru, <http://www.barometrwhc.pl/> (dostęp: 20.05.2013).

<sup>4</sup> Często wskazuje się, że jednorazowa opłata za jednostkową usługę realizowaną w sektorze prywatnym mogłaby stanowić miesięczną składkę na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, które w swojej ofercie zawierałoby wiele świadczeń różnego typu, a także samo sformalizowanie przekazywanych środków zabezpieczy pacjentów (forma ubezpieczeniowa ma charakter roszczeniowy).

<sup>5</sup> Prezentacja dostępna na stronie Health Consumer Powerhouse, <http://www.healthpowerhouse.com/files/PIU-Warsaw-May-17-JH%20130424.pdf> (dostęp: 24.05.2013).

<sup>6</sup> Obszerna literatura przedmiotu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych skupia się także na zagrożeniach tego rozwiązania, np. Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observa-

tory on Health Systems and Policies, WHO 2004; Perker A., Scheffler R., Basset M., *Private voluntary health insurance in development. Friend or foe?*, The World Bank 2007; Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance in the European Union*, Final report prepared for the European Union Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, London School of Economics and Political Science, June 2009; o zabezpieczeniu pacjentów w systemie np.: Brunner G., Gottret P., Hansl B., Kalavakonda V., Nagpal S., Tapay N., *Private voluntary health insurance. Consumer protection and prudential regulation*, The World Bank 2012.

## Piśmiennictwo:

1. CBOS, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, Warszawa, marzec 2012.
2. Health Consumer Powerhouse, Bruksela 15.05.2012; <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-presspoland.pdf> (dostęp: 24.05.2013).
3. Polska Izba Ubezpieczeń, Ernst & Young, *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, Warszawa, maj 2013; <http://gu.com.pl/static/czol-raport.pdf> (dostęp: 27.05.2013).

