

Irmina Jurkiewicz, Carole Tinardon¹

Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich

Słowa kluczowe: prywatne ubezpieczenie zdrowotne, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, rynek ubezpieczeń zdrowotnych, Unia Europejska, Francja

Wprowadzenie

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (PUZ, ang. *private health insurance, voluntary health insurance*), funkcjonujące obok publicznego systemu opieki zdrowotnej, jest rozwiązaniem, które występuje w większości krajów europejskich, dopełniając statutowy system ochrony zdrowia. Ubezpieczenia prywatne powstawały w wielu krajach niezależnie od tego, jaki system finansowania i organizacji ochrony zdrowia w nich obowiązywał: ubezpieczeniowy lub budżetowy, centralny czy zdecentralizowany.

Historia pokazuje, że cele tworzenia PUZ w poszczególnych krajach europejskich były podobne, chociaż różnie rozkładano akcenty. Głównym powodem było zwykle dążenie do ograniczenia publicznych wydatków na zdrowie poprzez przeniesienie kosztów na prywatnych ubezpieczycieli i obywateli. Podnoszono przy tym argument o potrzebie rozwoju prywatnego sektora świadczącego usługi zdrowotne, czemu powinna sprzyjać konkurencja między publicznymi i prywatnymi ubezpieczycielami. Oczekiwano, że dzięki temu nastąpiłoby zwiększenie wyboru konsumenta opieki zdrowotnej (pacjenta), a także wzrost samodzielności w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych przez ludzi wykazujących wyższe dochody [1].

Mimo podobieństwa celów i ogólnych warunków funkcjonowania ochrony zdrowia w krajach europejskich (np. ze względu duży zakres sektora publicznego i konieczność przestrzegania regulacji unijnych) instytucje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są zróżnicowane, m.in. pod względem ich rodzaju, zakresu przedmiotowego i podmiotowego czy udziału na rynku opieki zdrowotnej oraz skutków. Występująca różnorodność wywodzi się przede wszystkim z odmiennych historycznych dróg

rozwoju, zasad organizacji i działania publicznych systemów ochrony zdrowia oraz różnic w państwowych regulacjach prawnych.

Artykuł ma na celu zaprezentowanie występującej różnorodności PUZ w krajach Unii Europejskiej (UE). Różnią się one bowiem pod wieloma względami, a przede wszystkim [6]:

- rodzajem oferowanych ubezpieczeń zdrowotnych;
- poziomem wydatków PUZ na zdrowie;
- zakresem populacji objętej PUZ;
- rodzajem ubezpieczycieli oferujących PUZ;
- mechanizmami ustalania składki;
- kryteriami selekcji ubezpieczonych;
- warunkami działania (reguły, regulaminy);
- zakresem przedmiotowym zapewnianych świadczeń;
- poziomem składki;
- zachętami podatkowymi;
- kosztami administracyjnymi;
- poziomem dostępu;
- wpływem na swobodę przemieszczania się (mobilność).

Bardziej szczegółowo opisano prywatne ubezpieczenie zdrowotne we Francji. Kraj ten jest bowiem przykładem występowania wielu rodzajów PUZ oraz specyficznie uregulowanych relacji z systemem ubezpieczeń publicznych.

W kolejnych częściach zaprezentowano zasadnicze cechy charakterystyczne dla różnych rodzajów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonujących w różnych krajach UE. Omówiono Trzecią Dyrektywę UE dotyczącą prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Przedstawiono ponadto informacje o rynkach, na których działają PUZ. W ostatniej części artykułu opisano funkcjonowanie instytucji PUZ we Francji.

¹ Autorki serdecznie dziękują Pani Profesor Stanisławie Golinowskiej, Panu Doktorowi Christophowi Sowada oraz Pani Magister Marzenie Tambor za wskazówki, komentarze oraz merytoryczne wsparcie podczas opracowywania tego artykułu.

1. Rodzaje oraz zakres przedmiotowy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, jak sama nazwa wskazuje, są nieobowiązkowe. Inną cechą odróżniającą PUZ od powszechnego/statutowego systemu ochrony zdrowia jest sposób kalkulacji składki. Składki na PUZ obliczane są zgodnie z zasadą ekwiwalentności indywidualnej, uwzględniającej szacunek wartości oczekiwanych składek i ryzyka zdrowotnego. Ubezpieczyciel ocenia ryzyko na podstawie kosztów indywidualnie wykorzystanych świadczeń, a w przypadku ubezpieczenia grupowego w odniesieniu do kosztów wszystkich osób tworzących grupę ubezpieczonych [2].

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne można sklasyfikować ze względu na ich relację dla ubezpieczenia publicznego. PUZ może być alternatywą dla publicznego finansowania systemu ochrony zdrowia lub też może uzupełniać publiczny system albo też pełnić funkcję dodatkową (Tabela I).

Alternatywne PUZ (*substitutive PHI*) oferują ubezpieczenie osobom, które z pewnych względów są wykluczone z publicznego systemu finansowania ochrony zdrowia. Przyczynami nieobjęcia przez publiczny system są najczęściej wysokie zarobki, forma zatrudnienia (np. samozatrudnieni – Austria, Belgia, Niemcy) oraz wykonywany zawód (np. Austria). W przypadku wyłączenia z publicznego systemu z powodu wysokich zarobków określa się górną granicę dochodów, powyżej której osoba automatycznie jest wykluczana z publicznego systemu (np. Holandia do 2006 r.) lub też może wybrać, czy chce być objęta publicznym systemem, czy też ubezpieczyć się sama w PUZ (np. dochód powyżej 4125 € miesięcznie w Niemczech).

Uzupełniające PUZ (*complementary PHI*) mają na celu zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych, których nie obejmuje gwarantowany przez publiczny system koszyk świadczeń (np. opieka dentystryczna, fizjoterapia, leki na receptę). W miarę ograniczania gwarantowanego koszyka świadczeń w systemie publicznym dobrowolnym ubezpieczeniom powstaje coraz więcej przestrzeni do ich rozwoju. Ponadto uzupełniające PUZ mogą pokrywać również w całości lub części opłaty

pacjentów (współpłacenie) przewidziane w publicznym systemie (np. Belgia, Dania, Francja).

Dodatkowe PUZ (*supplementary PHI*) zwykle oferują klientom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, które są wprawdzie zapewniane przez publiczny system, jednakże równocześnie dają ubezpieczonym większy wybór świadczeniodawców (często prywatnych) oraz umożliwiają ominięcie pewnych ograniczeń świadczeń finansowanych z publicznego systemu. Ubezpieczenia dodatkowe obejmują również świadczenia pozamedyczne, towarzyszące realizacji usługi medycznej, które nie mają bezpośredniego wpływu na wynik opieki zdrowotnej (leczenia). Ich główną rolą jest podwyższenie standardu opieki (np. krótszy czas oczekiwania na usługę, dostęp do jedno- lub dwuosobowych pokoiów szpitalnych oraz innych udogodnień w tym zakresie) [1, 3, 4].

W prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych dostępność jest różna. Z ubezpieczeń alternatywnych *ex definitione* mogą skorzystać jedynie niewielkie (w skali kraju) grupy osób. Natomiast ubezpieczenia uzupełniające i dodatkowe są dostępne na ogół dla całej populacji.

Różne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych mają też różny zakres przedmiotowy oferowanych świadczeń, nawet w ramach tego samego rodzaju ubezpieczenia. W Tabeli II wymieniono przykładowo główne świadczenia oferowane w ramach poszczególnych rodzajów PUZ w krajach członkowskich UE.

Wśród podmiotów oferujących prywatne ubezpieczenie zdrowotne w krajach członkowskich UE możemy znaleźć: organizacje wzajemne (ang. *mutual organizations*), stowarzyszenia przezornościowe (ang. *provident associations*); podmioty niedziałające dla zysku (*non-profit*), komercyjnych ubezpieczycieli (firmy działające dla zysku, *for-profit*), publicznych ubezpieczycieli (statutowe fundusze, kasy chorych) oraz pracodawców.

2. Regulacje Unii Europejskiej w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – Trzecia Dyrektywa UE dotycząca ubezpieczeń „nie na życie”

Sposób funkcjonowania PUZ w każdym kraju zależy od regulacji rynku wewnętrznego państw, chociaż ogólne zasady funkcjonowania PUZ na terenie UE wyznaczone

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne	Klienci	Świadczenia
Alternatywne (<i>substitutive</i>)	Osoby z dochodami powyżej określonej granicy, które muszą lub mogą wybrać ubezpieczenie alternatywne do publicznego systemu ochrony zdrowia oraz inne osoby wykluczone z systemu podstawowego	Ogólnie taki sam koszyk świadczeń jak gwarantowany przez publiczny system opieki zdrowotnej kraju
Uzupełniające (<i>complementary</i>)	Cała populacja	Dostęp do usług wyłączonych z publicznego systemu Pokrycie ustawowych dopłat pacjentów (współpłacenie)
Dodatkowe (<i>supplementary</i>)	Cała populacja	Szybszy dostęp i powiększony wybór konsumenta/pacjenta

Tabela I. Rodzaje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Thomson, Mossialos 2009.

Kraje	Rodzaje PUZ	Przykłady usług świadczonych w ramach PUZ
Austria	alternatywne uzupełniające	Podobne jak w systemie publicznym Opieka dentystyczna i okulistyczna, fizjoterapia, rehabilitacja, leki, psychoterapia
	dodatkowe	Prywatne oddziały/szpitalne i lekarze
Belgia	uzupełniające	Zwrot kosztów dopłat do systemu publicznego, medycyna alternatywna, opieka dentystyczna i okulistyczna, szczepionki, protezy i implanty
Czechy	alternatywne	Podobne jak w systemie publicznym, ale z wykluczeniem leczenia niektórych chorób, np. HIV/AIDS czy uzależnienia od leków
	uzupełniające	Prywatne pokoje szpitalne
Dania	uzupełniające	Opieka dentystyczna i okulistyczna, fizjoterapia, opieka psychiatryczna
	dodatkowe	Wybór lekarza, prywatne szpitale, usługi diagnostyczne, szybszy dostęp
Francja	uzupełniające	Zwrot kosztów współpłacenia w powszechnym systemie, opieka dentystyczna i okulistyczna
	dodatkowe	Lepsze warunki szpitalne, prywatne pokoje
Holandia	uzupełniające	Opieka dentystyczna i okulistyczna, fizjoterapia, medycyna alternatywna
	dodatkowe	Jednoosobowy pokój w szpitalu
Niemcy	alternatywne uzupełniające	Podobne jak w systemie publicznym Zwrot kosztów dopłat do świadczeń systemu publicznego
	dodatkowe	Opieka dentystyczna, prywatne szpitale, wybór specjalisty
Portugalia	alternatywne uzupełniające	Podobne do powszechnego systemu Opieka dentystyczna, zwrot kosztów dopłat (np. do leków)
	dodatkowe	Wybór świadczeniodawcy, szybszy dostęp, bezpośredni dostęp do specjalisty
Węgry	uzupełniające	Fizjoterapia, opieka domowa, usługi spa, leki, medycyna alternatywna
	dodatkowe	Lepsze warunki szpitalne
Włochy	uzupełniające	Opieka dentystyczna i okulistyczna, opieka domowa, protezy, rehabilitacja, medycyna alternatywna
	dodatkowe	Prywatna opieka zdrowotna i długoterminowa
Wielka Brytania	dodatkowe	Niektóre usługi chirurgiczne, badania przesiewowe

Tabela II. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w wybranych krajach Unii Europejskiej (2008 r.).

Źródło: na podstawie [4, 5].

są przez Trzecią Dyrektywę Unii w sprawie ubezpieczeń „nie na życie” z 18 czerwca 1992 r. (*Non-life Insurance Directive* 92/49/EWG).

Trzecia Dyrektywa UE obejmuje wszystkie ubezpieczenia, poza ubezpieczeniami na życie. Zapewnia ona instytucjom PUZ wolność wyboru metody kalkulacji składek i stosowania bodźców finansowych. Dyrektywa ta określa również wolność w zakresie rozpoczęcia działalności lub też otwarcia filii firmy w każdym z wybranych krajów członkowskich, a także wolność sprzedaży swoich usług w całej Unii (art. 5), wprowadzając jednocześnie zasadę kontroli państwa pochodzenia (*home country control*), która pozostawia system akredytacji oraz nadzoru finansowego krajom, w których firmy ubezpieczeniowe mają swoje siedziby (art. 9.1). Ponadto nadzór finansowy kontrolujący wypłacalność ubezpieczycieli (w tym m.in. warunki wypłacalności oraz aktywa zabezpieczające) leży w zakresie odpowiedzialności kraju, w którym działa ubezpieczyciel, jednakże na podstawie regulacji Komisji Europejskiej w tym

zakresie (art. 9.2). Co więcej, zniesiono kontrolę państwa dotyczącą wysokości składki ubezpieczeniowej (art. 29). Jednak w krajach, w których funkcjonują alternatywne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Trzecia Dyrektywa nie znajduje w pełni zastosowania. Artykuł 54 Dyrektywy mówi o zasadzie dobra ogółu (*the general good*). W przypadku alternatywnych PUZ kontrakty ubezpieczeniowe muszą być zgodne z warunkami i regulacjami prawnymi danego kraju (aby chronić dobro ogólne w tym rodzaju ubezpieczeń). Ponadto wszelkie zasady (ogólne i warunki szczegółowe umowy ubezpieczeniowej) muszą być skonsultowane z kompetentnymi władzami w danym kraju członkowskim. Zastosowanie tej reguły musi się ograniczać do jej podstawowych celów, tj. ochrony konsumenta, ochrony przed oszustwem, spójności z systemem podatkowym lub ochroną pracowników i musi być proporcjonalne do przedmiotu sprawy. Regulacje krajowe nie mogą w żadnym wypadku dyskryminować poszczególnych ubezpieczycieli. Rozwiązania wynikające z reguły dobra ogółu, ale również rozwiązania krajowe

powinny być obiektywne. Indywidualne rozwiązania dla poszczególnych krajów są dopuszczalne pod warunkiem zastosowania reguły dobra ogółu, tylko jeśli wcześniej odpowiednie kwestie nie były przedmiotem harmonizacji na poziomie europejskim [3].

3. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne wpływają zarówno na rozwój rynku świadczeń opieki zdrowotnej, jak i na system ochrony zdrowia, stanowiąc dodatkowe źródło finansowania, ale również obejmując ochroną ubezpieczeniową część populacji.

Podstawą decyzji o wprowadzaniu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach systemu ochrony zdrowia danego kraju jest zawsze analiza popytu na jego usługi. Każdy ubezpieczyciel rozważa przy tym możliwości wypłacalności i utrzymania się oraz osiągnięcia oczekiwanego zysku za cenę, jaką jednostka jest skłonna zapłacić. Ogólnie rzecz ujmując, awersja do ryzyka choroby i związanych z nią kosztów musi być w populacji wystarczająco duża, aby przychód ze składki mógł pokryć koszty ubezpieczyciela oraz przynieść mu zysk. Prywatni ubezpieczyciele, wprowadzając instytucje PUZ w danym kraju, sprawdzają ponadto, czy istnieją regulacyjne i „techniczne” możliwości funkcjonowania prywatnych ubezpieczycieli [4].

W tej części artykułu zostaną opisane zróżnicowane rynki PUZ ze względu na ich główne cechy: rozmiar rynku, jego główne cechy oraz klienci.

Rozmiar rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

W ilościowej analizie porównawczej wielkości rynków PUZ bierze się pod uwagę co najmniej trzy czynniki. Dwa z nich zostały już wyżej wymienione: wielkość wydatków na zdrowie (udział PUZ w całkowitych

wydatkach na zdrowie) oraz poziom pokrycia populacji (stosunek liczby osób ubezpieczonych PUZ do całej populacji). Trzeci – to wskaźnik dotyczący wielkości przychodów ze składek PUZ.

Pięć największych w Europie rynków PUZ pod względem przychodów i wydatków – to rynek niemiecki, francuski, hiszpański, brytyjski oraz holenderski. Mimo znaczącej skali ekonomicznej rynki te mogą obejmować niewielki zakres ludności. Jak pokazują dane w Tabeli III, tylko w trzech krajach rynek PUZ jest powszechny: we Francji, Holandii oraz w Belgii.

Cechy rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

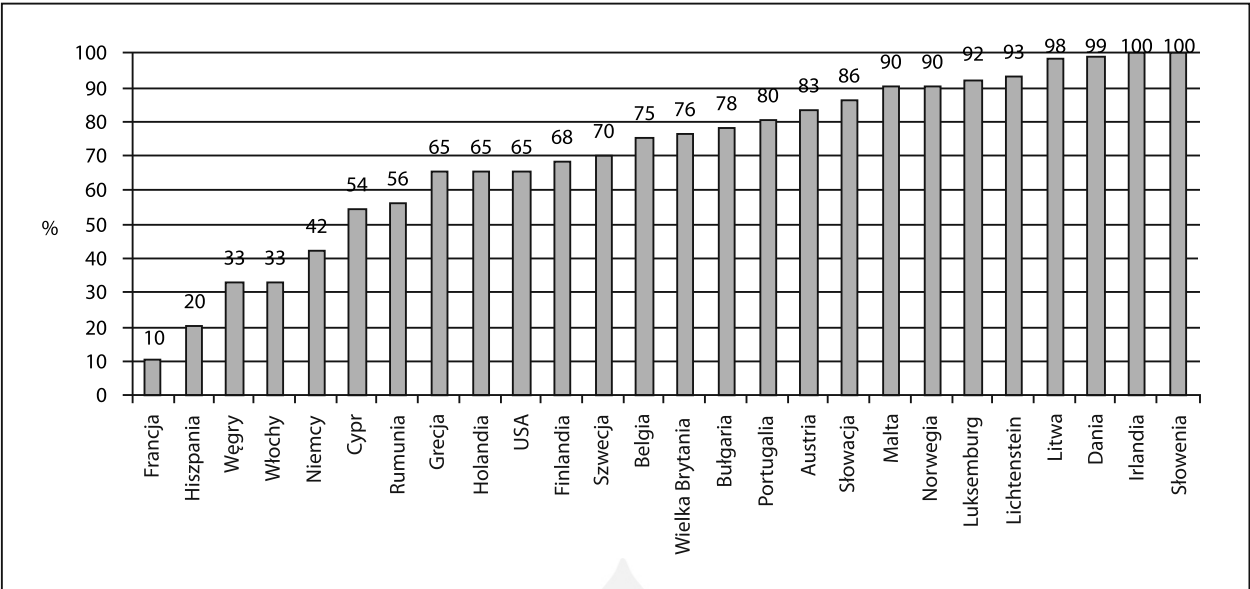
Rynki PUZ posiadają kilka specyficznych cech, które warto znać. Główna ich cecha – to znaczny poziom koncentracji. To oznacza, że kilku ubezpieczycieli obejmuje bez mała całość ubezpieczonych. Według Rysunku 1 i Tabeli III trzech największych ubezpieczycieli tylko we Francji, Hiszpanii, we Włoszech, w Danii oraz na Węgrzech nie posiada zakresu obejmującego ponad 50% populacji. Z tego wynika ograniczony zakres konkurencji, chociaż negatywny wpływ tego zjawiska na cenę (składkę) oraz jakość jest ograniczony z powodu mocnych regulacji państwa i silnych relacji z sektorem publicznym.

Kolejna ze specyficznych cech rynków PUZ to dominacja ubezpieczeń zbiorowych. W tym przypadku podmiotem nabywającym PUZ jest zwykle pracodawca kupujący polisę dla swoich pracowników. Rysunek 2 przedstawia dominację grupowych polis ubezpieczeniowych na Litwie, w Bułgarii i Stanach Zjednoczonych. Przeciętnie co druga polisa ubezpieczeniowa w Holandii, Irlandii i Portugalii jest kontraktem zbiorowym. Natomiast we Francji 60% polis stanowią ubezpieczenia indywidualne. Także w takich krajach, jak Luksemburg, Słowenia czy Austria przewagę mają polisy jednostkowe (indywidualne).

Kraje	Udział PUZ w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia [%]	Stosunek liczby osób ubezpieczonych w PUZ w całej populacji [%]	Wielkość przychodów ze składek PUZ jako % całkowitych przychodów PUZ w UE
Austria	5,3	33,0	2–5
Belgia	5,4	73,0	0–2
Czechy	0,2	minimalny	minimalny
Dania	1,5	33,7	3–5
Francja	12,8	92,0	13–15
Holandia	5,9	92,5	6–7
Niemcy	9,3	30,0	48–49
Portugalia	2,0	15,7	0–1
Węgry	1,2	8,3 w tym 6,2 – organizacje ubezpieczeń wzajemnych	–
Włochy	0,9	6,1	3–4
Wielka Brytania	1,0	10,6	8–9

Tabela III. Rozmiar rynków PUZ w krajach europejskich.

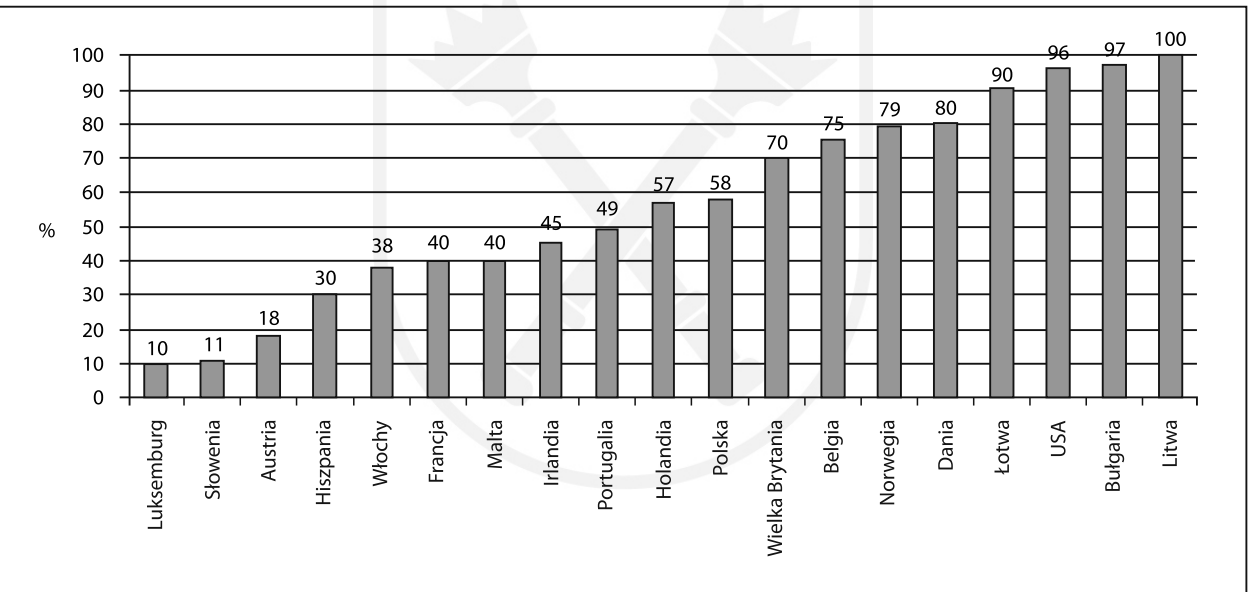
Źródło: Thomson, Mossialos 2009.



Uwagi: Udział rynku oznacza proporcję całkowitego przychodu ze składek; udział rynku Belgii i USA dla czterech największych ubezpieczycieli; udział rynku w Grecji dla pięciu największych ubezpieczycieli; udział rynku w Włoszech i Luksemburgu dotyczą tylko komercyjnych ubezpieczycieli.

Rysunek 1. Procentowy udział rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych trzech największych ubezpieczycieli, 2006.

Źródło: [4].



Uwagi: Dane dla Bułgarii dotyczą największego ubezpieczyciela (z 60% udziałem w rynku); dane dla Włoch i Danii dotyczą komercyjnych ubezpieczycieli; dane dla Litwy są szacunkami wynikającymi z faktu, że wszyscy ubezpieczyciele (poza jednym) oferują grupowe polisy; dane dla Irlandii pochodzą z bazy danych HIA, chociaż rzeczywista liczba może być wyższa – jednakże Quinn Healthcare już nie oferuje zniżek grupowych, które z kolei mogą obniżyć wynik; dane dla Polski dotyczą PUZ nabywanych jako dodatek do ubezpieczenia na życie; dane dla Słowenii dotyczą największego ubezpieczyciela (Vzajemna).

Rysunek 2. Proporcja grupowych polis prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, 2006 (%).

Źródło: [4].

Ubezpieczyciele często preferują grupowe ubezpieczenia ze względu na niski koszt jednostkowy. Ponadto proponuje się grupom niższe składki i korzystne warunki

umowy, co oznacza, że ubezpieczyciele obejmują polisą populację młodszą, zdrowszą, bardziej jednolitą (homoogeniczną). Ten rodzaj polisy uważany jest przez ubez-

pieczenieli za dobry środek zapobiegania „przewrotnej/negatywnej selekcji” (*adverse selection*)². Składki na ubezpieczenie grupowe opłacane są przez samych pracowników lub też pracodawca pokrywa część lub całość kosztów ubezpieczenia. Pracodawcy zyskują na oferowaniu swoim pracownikom grupowych PUZ, gdyż szybszy dostęp do opieki zdrowotnej skraca czas przebywania pracownika na zwolnieniu chorobowym. Większa siła nabywcza pracodawców (w porównaniu z jednostkami) obniża średni koszt ubezpieczenia, na czym zyskują również pracownicy; polisy grupowe nie tylko są tańsze, lecz także są mniej podatne na wzrost ceny ubezpieczenia. Dodatkowo polisy grupowe często szacują poziom składki na podstawie ryzyka całej grupy (*group rating*), co poprawia dostęp do PUZ osobom starszym oraz tym, u których wcześniej wystąpiły stany chorobowe³ (ang. *pre-existing conditions*) [4].

Rynek PUZ zdominowany przez polisy grupowe może zwiększyć nierówności w dostępie do PUZ. Ta sytuacja znajduje potwierdzenie w fakcie, iż marże na polisy grupowe są mniejsze niż na polisy indywidualne [4].

Cechy ubezpieczonych w PUZ

Na podstawie danych dotyczących objęcia populacji przez PUZ można określić, że przeciętny nabywca PUZ w krajach UE to 40–50-letni mężczyzna mieszkający w dużym mieście, należący do grupy osób o wyższym dochodzie. Dane wskazują także, iż jest on lepiej wykształcony, a wykonywany przez niego zawód wymaga wysiłku umysłowego. Pracuje często na stanowisku kierowniczym lub wyższym bądź też jest zatrudniony w dużej firmie albo też pracuje na własny rachunek (samozatrudnienie) [4]. **Tabela IV** podaje podsumowanie informacji z wybranych krajów na temat klientów PUZ.

Koszty administracyjne prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego

Koszty zarządzania i administracji instytucji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z reguły są wyższe niż w powszechnym/statutowym systemie ochrony zdrowia. Fakt ten wynika z rozbudowanej biurokracji koniecznej do oceny ryzyka, ustalenia wysokości składki oraz zaprojektowania pakietów ubezpieczeniowych. Ubezpieczyciele muszą również liczyć się z kosztami pracy związanymi z opiniowaniem wniosków klientów i wypłatą świadczeń. Ponadto prywatni ubezpieczyciele muszą ponosić wydatki na reklamę, marketing oraz dystrybucję swoich produktów (często poprzez przedstawicieli i agentów ubezpieczeniowych), a także na własne ubezpieczenie [4].

Mimo że dane dotyczące wysokości kosztów administracyjnych ubezpieczycieli w krajach OECD są ograniczone, to dostępne rachunki potwierdzają tezę

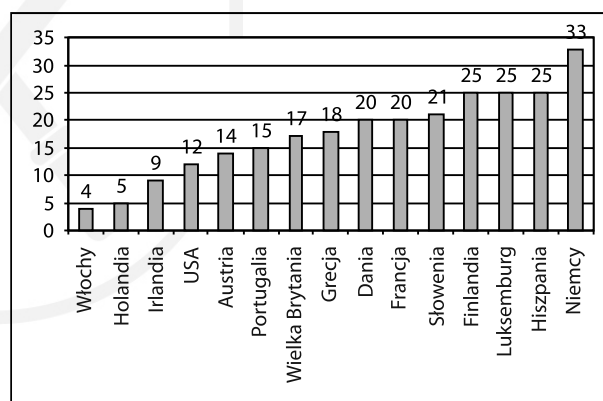
o wyższych kosztach administracyjnych PUZ w porównaniu z powszechnym systemem ochrony zdrowia [6]. Ogólnie koszty administracyjne ubezpieczycieli wynoszą od 10 do 25% całkowitych przychodów ze składek (**Rysunek 3**). Natomiast koszty administracyjne powszechnego systemu zdrowotnego wynoszą przeciętnie mniej niż 10% [4]. Z danych na rysunku wynika, że największe koszty ponoszą ubezpieczyciele PUZ w Niemczech, podczas gdy instytucjom we Włoszech udaje się zachować około 96% przychodów ze składek.

4. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne we Francji

Francja jest krajem, w którym mimo posiadania skomplikowanego powszechnego systemu ochrony zdrowia rynek ubezpieczeń prywatnych funkcjonuje sprawnie (w 2010 r. aż 81% populacji wydało mu bardzo dobrą ocenę [7]). W 2004 r. aż 92% populacji posiadało PUZ [5].

Ubezpieczenie w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (społeczne ubezpieczenie zdrowotne – SUZ, ang. *social health insurance*) jest obowiązkowe dla wszystkich obywateli Francji. Od 1999 r. osoby, które nie są objęte żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym, mają zapewnioną ochronę zdrowia w podstawowym zakresie przez państwo [3].

Posiadanie prywatnego pakietu zdrowotnego jest dobrowolne. Większość Francuzów posiadających PUZ jest ubezpieczonych przez pracodawcę. Oczywiście mogą ubezpieczać się indywidualnie, jednakże to grupowe



Uwagi: Dane dotyczące Danii i Luksemburga odnoszą się do komercyjnych ubezpieczycieli. Koszty organizacji ubezpieczeniowych *non-profit* w Danii ponoszą koszty administracyjne w wysokości około 5% przychodów ze składek.

Rysunek 3. Koszty administracyjne prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako proporcja przychodów ze składek, 2006 (%).

Źródło: [4].

² Przewrotna/negatywna selekcja oznacza formę zawodności rynku, odnoszącą się do asymetrii informacyjnej między ubezpieczycielem a ubezpieczonym (klientem). Jeśli klient może ukryć prawdziwy poziom ryzyka (stan zdrowia, ryzyko choroby) przed ubezpieczycielem, to może uzyskać polisę ubezpieczeniową, która nie odzwierciedla ryzyka, przed jakim ubezpieczenie jest zawierane. Ta sytuacja może doprowadzić do zagrożenia zdolności finansowej ubezpieczyciela.

³ Choroby przewlekłe oraz inne stany chorobowe, które się pojawiły, zanim osoba wystąpiła o ubezpieczenie w PUZ.

Kraj	Wiek	Wykształcenie	Dochód	Zatrudnienie	Region	Inne
Austria	30–40	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	>50% samozatrudnieni, 44% urzędnicy państwowi, 40% zatrudnieni, 32% robotnicy, 25% rolnicy	Miejski	nd
Francja	30–80	nd	Wyższy dochód	Zatrudnieni oraz pracownicy wykwalifikowani	nd	nd
Niemcy	W każdym wieku	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	Pracownicy o wyższym dochodzie, samozatrudnieni, urzędnicy państwowi ubezpieczeni w PUZ przez całą historię kariery zawodowej		Więcej mężczyzn niż kobiet, mniej dzieci
Łotwa	40–50	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	Średni i wyżsi menedżerowie	Miejski, szczególnie Ryga	nd
Wielka Brytania	40–65	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	Profesjoniści i menedżerowie dwa razy częściej nabywają PUZ niż niewykwalifikowani pracownicy czy bezrobotni, ponadto 9 razy większe prawdopodobieństwo posiadania w tej grupie PUZ opłaconego przez pracodawcę	Południowo-wschodnia Anglia, Londyn	Niemal 3 razy większe prawdopodobieństwo, że klientem będzie mężczyzna
Hiszpania	nd	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	nd	Miejski, szczególnie Barcelona i Madryt	nd
Włochy	nd	Lepiej wykształceni, szczególnie z wykształceniem uniwersyteckim lub wyższym	Wyższy dochód	Profesjoniści i menadżerowie, samozatrudnieni	Północne Włochy; 10% rodzin ma przynajmniej jednego członka z PUZ w porównaniu z 7% w centrum i 2% na południu kraju	Gospodarstwa domowe, których głową rodziny jest mężczyzna, głowa rodziny ma 41–50 lat; większe rodziny

Uwagi: nd – dane niedostępne.

Tabela IV. Charakterystyka klientów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, różne lata.

Źródło: [4].

kontrakty – współfinansowane przez pracodawcę – mają lepszy zakres przedmiotowy oraz niższą składkę niż umowy indywidualne [8].

Funkcje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne we Francji uzupełniają publiczny system ubezpieczeń zdrowotnych. PUZ działa jako współpłatnik w systemie. Ubezpiecza obywateli ze względu na koszty indywidualne, ponoszone z powodu:

- nieobjęcia przez społeczne ubezpieczenia zdrowotne wszystkich usług zdrowotnych;
- współpłacenia pacjentów za kosztowne usługi, szczególnie specjalistyczne, leki⁴ i pobyt w szpitalu (opłaty *per diem* za hospitalizację – 18 €⁵), sprzęt medyczny oraz pomocnicze/dodatkowe usługi i przedmioty medyczne, takie jak opieka dentystyczna, okulary, soczewki kontaktowe oraz aparaty słuchowe [9]. Należy przy tym odnotować, że – zgodnie z zamyśłem francuskiego ustawodawcy – niektóre z kosztów

opieki medycznej nie mogą być objęte żadnym ubezpieczeniem (nie można się od nich ubezpieczyć), aby zwiększyć odpowiedzialność pacjentów za wydatki na zdrowie. Te koszty to np. opłata 1 € za wizytę lekarską oraz dopłaty za leki, transport i konsultacje paramedyczne⁶;

- wyższego standardu pozamedycznych warunków świadczenia usług, np. jednoosobowy pokój w szpitalu, czy objęcia usług związanych ze zdrowiem, ale pozamedycznych, np. konsultacje u dietetyka.

PUZ we Francji nie może zapewniać szybszego dostępu do opieki medycznej przez ominięcie kolejki, jak również nie gwarantuje lepszej jakości usług medycznych.

Statystyka prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji

Dane z 2008 r. wskazują, że aż 93% mieszkańców Francji posiada PUZ, co stanowi trzeci z najwyższych wskaźników w krajach OECD [10]. Wśród nieposiadających PUZ większość wykazuje niskie zarobki [11].

⁴ Jedynie leki generyczne są całkowicie finansowane przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

⁵ Aktualizacja na dzień 1 stycznia 2010 r.

⁶ 0,5 € za opakowanie leków, 0,5 € za wizytę lekarską oraz 2 € za transport. Jednakże w tych przypadkach ustalono górny limit kosztów, jakie pacjent może ponieść w ciągu roku – wynosi on 50 €.

	Szpital	Leki	Lekarze POZ	Materiały medyczne	Opieka dentystyczna	Suma
Powszechny system (<i>Assurance Maladie</i>)	92%	65,6%	71,8%	44,8%	34,8%	76,4%
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	4,2%	17,6%	20,2%	25,4%	35,2%	12,4%
Bezpośrednie opłaty pacjentów	3,7%	16,8%	8,0%	29,8%	30,0%	11,2%
Suma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Uwagi: POZ – podstawowa opieka zdrowotna.

Tabela V. Struktura wydatków na zdrowie w roku 2008.

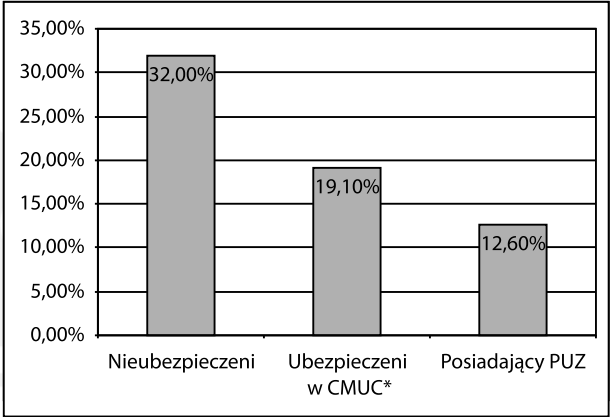
Źródło: [10].

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne pokrywają około 12,4% całkowitych wydatków na zdrowie (czyli 21 miliardów €), a zatem więcej niż wynoszą wszystkie wydatki indywidualne (*out of pocket payment*) – 11,2% (Tabela V). W ciągu ostatnich 10 lat struktura wydatków na zdrowie nie uległa zasadniczym zmianom, chociaż udział PUZ nieco wzrósł [10].

Wpływ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na sprawiedliwość w systemie oraz dostęp do opieki medycznej

Mimo faktu, iż PUZ nie są obowiązkowe, stanowią one kluczowy element w dostępie do opieki zdrowotnej. W badaniu przeprowadzonym przez Kambia-Chopin i in. w 2006 r. brak uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego został zidentyfikowany jako jeden z najważniejszych czynników rezygnacji z opieki medycznej [8]. Osoby nieposiadające PUZ częściej rezygnują ze świadczeń opieki zdrowotnej (Rysunek 4).

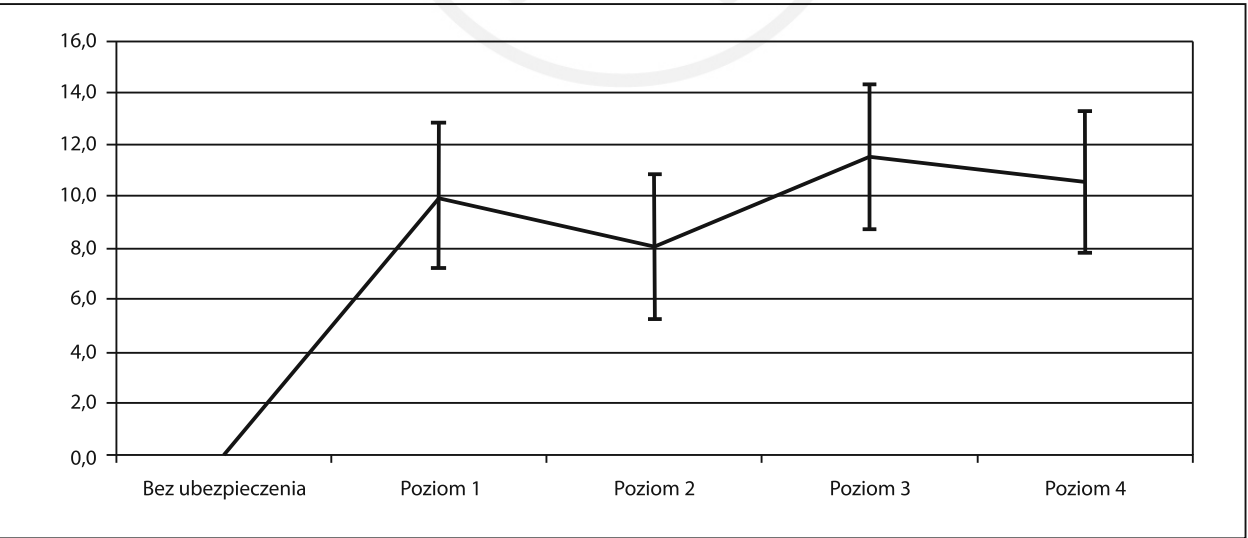
Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w znaczny sposób zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania z usług optyka/okulisty [12]. Podobne zjawisko zauważono w przypadku opieki dentystycznej (Rysunek 5).



Uwagi: CMUC – prywatne ubezpieczenie zdrowotne dotowane przez państwo dla gospodarstw domowych o niskich dochodach.

Rysunek 4. Wskaźnik rezygnacji ze świadczeń medycznych w zależności od rodzaju ubezpieczenia.

Źródło: [8].



Rysunek 5. Różnice w prawdopodobieństwie zakupu protezy dentystycznej w zależności od poziomu ubezpieczenia w PUZ.

Źródło: [12].

Krytyka PUZ we Francji dotyczy głównie tego, że pokusa nadużywania świadczeń (*moral hazard*) jest większa niż korzyści ze wzrostu dostępu. W odpowiedzi na tę krytykę przeprowadzono badania, które wykazały jednak, że PUZ w istotny sposób przyczynia się do wzrostu dostępu do wizyt lekarskich, szczególnie ludzi ubogich, nie zwiększając istotnie średniego kosztu wizyty. Nie wpływa też na nadużywanie świadczeń [12]. Mimo badań ocena PUZ jest nadal zróżnicowana. Zwłaszcza ekonomiści nastawieni są krytycznie do rozbudowywania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na pokusę nadużywania świadczeń, gdy z bezpośredniego pola widzenia znika ich cena.

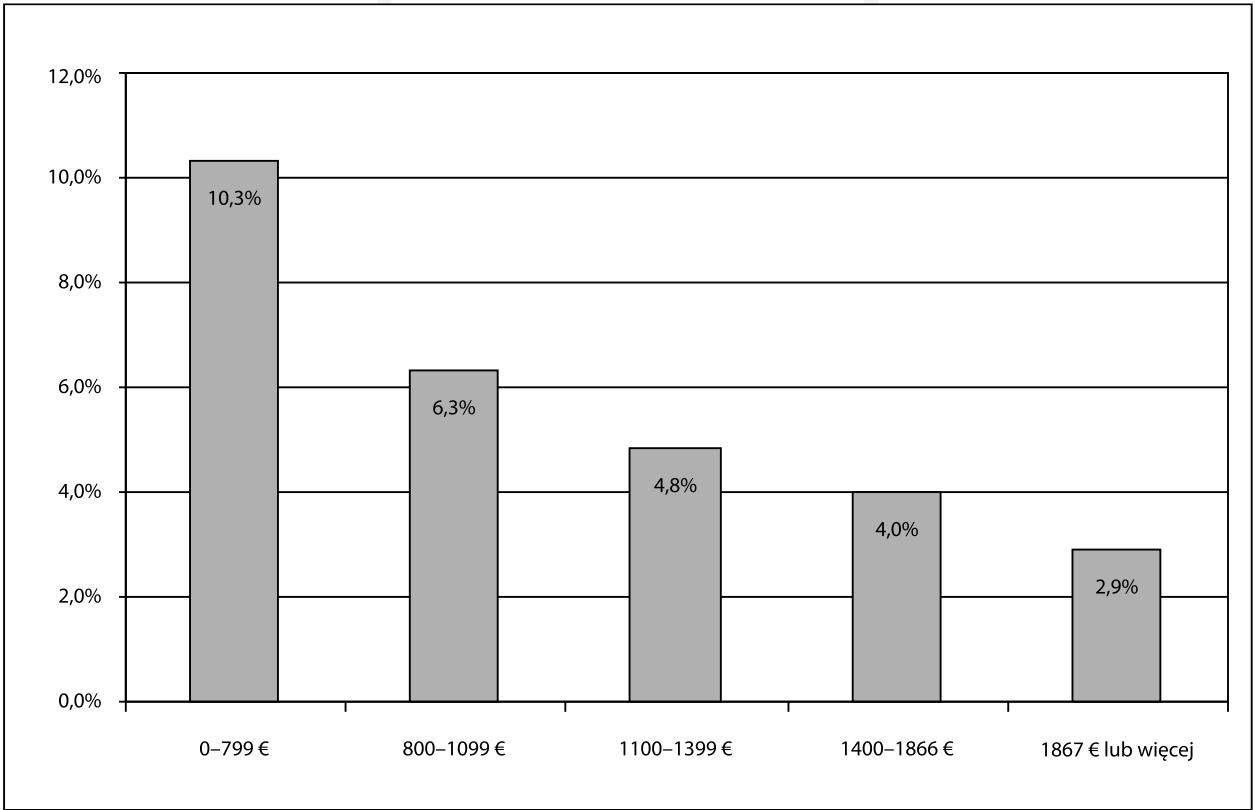
PUZ jest również krytykowane ze względu na zagrożenie równości dostępu w ochronie zdrowia. Badania wykazały bowiem, iż istnieje znacząca pozytywna korelacja między dochodem a dostępem do PUZ. Jest to oczywiste, jako że jednym z głównych czynników decydujących o nabyciu PUZ jest dochód. W 2006 r. 14,4% gospodarstw domowych, których dochód był mniejszy niż 800 €, nie posiadało żadnej formy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, podczas gdy tylko 3% zamożniejszych gospodarstw domowych nie posiadało takich ubezpieczeń (**Rysunek 6**) [8].

Poza problemami gospodarstw o niskim dochodzie z dostępem do PUZ gorszy jest również pakiet podmiotowy ubezpieczenia w porównaniu z gospodarstwami o wyższych dochodach.

Działania mające na celu doskonalenie systemu

Kolejne rządy francuskie, przykładając dużą wagę do rozszerzenia PUZ na całą populację, od 2000 r. podjęły wiele działań mających na celu zwiększenie dostępności PUZ dla biedniejszych gospodarstw domowych:

- W 2000 r. wprowadzono *couverture maladie universelle complémentaire* (CMUC). Jest to darmowe uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne ze ściśle określonym koszykiem oraz zasadami finansowymi⁷. Dostęp do CMUC jest definiowany poziomem dochodu gospodarstwa⁸. W 2009 r. około 4,2 mln populacji zostało objętych systemem CMUC [13].
- W 2004 r. wprowadzono dodatkową pomoc finansową *l'aide complémentaire santé*, aby pomóc tym, których dochód jest wyższy niż limity CMUC, ale nadal niewystarczający na zakup PUZ [13].
- Ponadto osoby z chorobami przewlekłymi (według listy chorób zdefiniowanej przez Ministerstwo Zdro-



Rysunek 6. Udział dochodu populacji przekazywany na PUZ w zależności od dochodu.

Źródło: [12].

⁷ Brak dopłat, brak przedpłacenia.

⁸ Dochód miesięczny mniejszy niż 634 € na jedną osobę w gospodarstwie domowym; dochód mniejszy niż 951 € na dwie osoby w gospodarstwie domowym; dochód mniejszy niż 1142 € na trzy osoby w gospodarstwie domowym; dochód mniejszy niż 1332 € na 4 osoby oraz mniejszy niż 1586 € na 5 osób w gospodarstwie domowym.

wia) są w pełni ubezpieczone w systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych.

W związku ze znacznym deficytem w publicznych finansach zdrowotnych we Francji⁹ oraz oczekiwanym wzrostem przyszłych wydatków na zdrowie (wzrost liczby chorujących przewlekłe, starzenie się społeczeństwa) proponowane są nowe reformy, które mają na celu ściślejszą kontrolę kosztów przy zachowaniu wysokiej jakości opieki medycznej. Jednym z kierunków wytyczanych przez aktualną debatę jest podniesienie współpłacenia. Podążając za tą myślą, wydatki na zdrowie mogą się stać coraz bardziej istotną częścią w budżecie gospodarstw domowych. Z tego powodu posiadanie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w dalszym ciągu będzie sprzyjać łagodzeniu bezpośrednich obciążeń indywidualnych.

5. Wnioski

Mimo że w większości krajów europejskich PUZ nie odgrywa znaczącej roli w systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania czy też zwiększenia dostępu do opieki zdrowotnej, to doświadczenie pokazuje, że PUZ pełnią kilka ważnych funkcji, które należy brać pod uwagę w debacie na temat ich oceny [1].

Po pierwsze – na skutek wzrostu kosztów systemu, prowadzącego do ograniczania zakresu społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (tak w zakresie przedmiotowym, jak i podmiotowym), pozwalają z jednej strony uzupełniać ten zakres, a z drugiej – łagodzić, a nawet niwelować bezpośrednio obciążenia pacjentów z tytułu tych ograniczeń.

Po drugie – pozwalają na wybór, a jednocześnie nie muszą ograniczać dostępu, czego dowodzą doświadczenia Francji, gdzie wzrosła reaktywność systemu na potrzeby populacji.

Po trzecie – wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, silnie związanych z ubezpieczeniami publicznymi, jest wielkim wyzwaniem dla sektora zdrowotnego, który wymaga kompleksowego i skoordynowanego zarządzania oraz kontroli.

Mimo że PUZ może być pod pewnymi warunkami korzystnym rozwiązaniem dla systemu ochrony zdrowia, równocześnie jednak pojawiają się wątpliwości:

- dotyczące ograniczeń w osiąganiu pełnej równości dostępu;
- wyższych kosztów administracyjnych funkcjonowania PUZ;
- wysokich kosztów transakcyjnych funkcjonowania całości systemu ochrony zdrowia.

Wprowadzenie PUZ w kraju, w którym dotychczas nie działał ten segment systemu ochrony zdrowia, wymaga licznych analiz, które powinny poprzedzać propozycje implementacyjne. Analizy te powinny objąć:

- korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez różne grupy ludności pod względem statusu społeczno-dochodowego;
- rozwój dochodów ludności i kształtowanie się elastyczności dochodowej na wydatki na zdrowie;

- ocenę poziomu popytu na usługi PUZ, uwzględniającą awersję do ryzyka choroby i związanych z nią kosztów;

- potencjalne ograniczenia finansowania systemu publicznego i tworzenie przestrzeni dla rozwoju PUZ.

Decyzja o wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest na tyle istotna w kontekście całości polityki zdrowotnej, że *policy makers* stawiają sobie pytania zasadnicze [14]:

- czy PUZ może zmobilizować dodatkowe środki dla sektora zdrowotnego, tak aby wynik netto był dodatni, uwzględniając relatywnie wysokie koszty administracyjne i transakcyjne włączenia prywatnych ubezpieczycieli do systemu ochrony zdrowia?;
- czy PUZ może wyzwolić bodźce do wyższej jakości i efektywności kosztowej świadczeń zdrowotnych w ochronie zdrowia?;
- czy PUZ, zapewniając wybór i wyższy poziom świadczeń zdrowotnych pewnym grupom ludności, jest w stanie nie ograniczyć ogólnej równości dostępu?

Pozytywna odpowiedź na te pytania, jak pokazują doświadczenia niektórych krajów, a szczególnie Francji, jest w znacznej mierze możliwa, ale warunkiem jest sprawny i transparentnie funkcjonujący publiczny sektor opieki zdrowotnej [15]. Podstawą jest bowiem kompatybilność i skuteczne współistnienie (współdziałanie) obu sektorów: publicznego i prywatnego.

Abstract:

Private health insurance market in European countries. French example

Key words: private health insurance, voluntary health insurance, market, France

Private health insurance exists alongside to the statutory health system in most of the European countries. The reason to introduce PHI in health care system, among other, is limiting public health care expenditures by involving private insurers and individuals. Moreover it is believed that increase in competition between public and private insurers would expand consumers' choice in health care. Despite all similarities in terms of main goals and general structure of health care system, PHI institutions in European countries vary.

The aim of the article is to present classification and examples of private health insurance solutions. More focus is put on French PHI system as an instance of existence of many types of PHI under specific regulations.

The article also shows characteristics of PHI types. Furthermore the EU Third Non-Life Insurance Directive is presented as a main regulatory framework for PHI. PHI market basic information is included.

Piśmiennictwo:

1. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., *Financing health care in the European Union. Challenge and policy responses*. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2009.
2. Sowada C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. 2003; tom I, nr 1.

⁹ 10,6 mld € w 2009 r.

3. Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2004.
4. Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance in the European Union*. Final report prepared for the European Commission, June 2009.
5. Private Health Insurance in OECD countries. Policy Brief. „OECD Observer” 2004.
6. Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance and access to health care in the European Union*. „Euro Observer” Spring 2004; 6: No. 1.
7. *Accenture Citizen Experiences Study. Measuring people's impressions of healthcare*. Accenture 2010.
8. Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., *La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire. Résultat de l'enquête santé protection sociale 2006*. Questions d'économie de la santé IRDES, Mai 2008, No. 132.
9. Vasselle A., *Sénat – Rapport d'information*. Sénat, 2008, n°385.
10. DREES (2009), *Les comptes nationaux de la santé en 2008, DREES, Etudes et résultats*. Septembre 2009, No. 701.
11. Allonier C., Guillaume S., Rochereau T., *Health, Health Care and Insurance Survey 2004: first results*. IRDES, Questions d'économie de la santé, 2006, No. 110.
12. Lengagne P., Perronnin M., *Impact des niveaux de garanties des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursés par l'Assurance Maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires*. Questions d'économie de la santé IRDES, 2005, No. 100.
13. *CMU Rapport d'activité 2009 – Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*. CMU.
14. WHO, *Thinking of introduction social health insurance? Ten questions. Technical brief for policy – makers*. Department of Health System Financing 2010.
15. Golinowska S., *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia. Przestrzeń i warunki wprowadzania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*. „Wiadomości Ubezpieczeniowe. Biblioteka Ubezpieczeniowa, Polska Izba Ubezpieczeń” 2008; lipiec: 4–14.

■ O autorkach:

mgr Irmina Jurkiewicz – asystent w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Carole Tinardon – studentka międzynarodowych studiów European Public Health Master EUROPUBHEALTH (w latach 2009–2011)

