

Barbara Więckowska

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Magdalena Osak

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

POTENCJAŁ PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Streszczenie: Autorki poruszają problematykę wpływu proponowanych rozwiązań legislacyjnych w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na wielkość nakładów na opiekę zdrowotną w Polsce. Analizy dokonano, odwołując się do doświadczeń Francji, jako kraju o systemie komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, których wprowadzenie zapowiada się także w Polsce. W pracy ukazano brak przesłanek do wnioskowania o automatycznym wzroście środków prywatnych w sektorze zdrowotnym wywołanym wprowadzeniem komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, dowodząc przy tym tezy, iż nastąpi jedynie przesunięcie w strukturze środków prywatnych (z wydatków „z kieszeni” na wydatki o charakterze ubezpieczeniowym).

Słowa kluczowe: prywatne ubezpieczenia zdrowotne, zabezpieczenie zdrowotne, finansowanie opieki zdrowotnej.

1. Wstęp

W systemach zabezpieczenia zdrowotnego wykorzystuje się różne źródła (sposoby) pozyskiwania środków finansowych. Są to przede wszystkim: podatki (ogólne bądź celowe), publiczne obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, bezpośrednie płatności pacjentów (tzw. *out of pocket spending*) oraz darowizny [*The World Health...* 2000]. W Polsce jako źródło finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego dominują (ponad 60% [*Finansowanie ochrony...* 2008]) wpływy ze „składek”¹ na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Należy zauważyć, że zmiany na rynku pracy (spadek zarobkowania najemnego) powodują, że tradycyjne źródła finansowania zabezpieczenia zdrowotnego w postaci

¹ Na nieadekwatność używania terminu „składka ubezpieczeniowa” w przypadku wkładów opartych na sytuacji dochodowej zwraca uwagę T. Szumlicz [Szumlicz 2005].

składek zależnych od wynagrodzeń w długookresowej perspektywie ulegają ograniczeniu [*Stanowisko RRSG...* 2004]. Z kolei zmiany w strukturze demograficznej (starzenie się społeczeństw), wzrost świadomości i kultury zdrowotnej oraz postęp technologiczny w medycynie przyczyniają się do zwiększenia popytu na usługi zdrowotne². Jednocześnie pacjenci oczekują coraz wyższej jakości tych świadczeń. W efekcie rodzi się zwiększone zapotrzebowanie na dodatkowe środki finansujące opiekę zdrowotną.

Wielokrotnie, jako na pewne źródło tych dodatkowych środków pieniężnych w systemie, wskazuje się w Polsce na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Zapatrywanie to podzielały także kolejne ekipy rządzące od 1999 r., czego wyrazem są (były) deklaracje wprowadzenia dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (zob. m.in. [Borkowski 2004; *Informacja dla Sejmu RP...* 2006; *Informacja Rządu...* 2008]).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie możliwego wpływu wprowadzenia w Polsce prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Autorki podejmują próbę zweryfikowania stanowiska decydentów (często bezkrytycznie prezentowanego), iż wprowadzenie do systemu zabezpieczenia zdrowotnego dodatkowych ubezpieczeń prywatnych jest jednoznaczne ze zwiększeniem puli środków w tym systemie. Co istotne, politycy (ale nie tylko oni) mówią w takim przypadku najczęściej o kilku miliardach złotych (zob. np. [*Informacja dla Sejmu RP...* 2006; Janik 2009]), które można by dodatkowo „wpompować” do systemu zabezpieczenia zdrowotnego za pośrednictwem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

2. Uwagi terminologiczne

Za kryterium podziału ubezpieczeń zdrowotnych na publiczne i prywatne przyjęto główną metodę pozyskiwania opłaty za prawo do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku ubezpieczeń publicznych jest to wkład pieniężny (*contribution*), którego wielkość jest uzależniona przede wszystkim od uzyskiwanego dochodu z pracy. Natomiast w ubezpieczeniach prywatnych opłata przyjmuje postać składki ubezpieczeniowej (*premium*), zależnej od czynników „ryzyka” (np. wiek, płeć, stan zdrowia, miejsce zamieszkania). Finansowanie składkowe (jak również podatkowe) nie wyklucza „wspierania” ubezpieczeń prywatnych ze środków publicznych (np. poprzez dopłaty do składek, zachęty fiskalne). Implikuje to zmianę poziomu redystrybucji, ale nie decyduje o „naturze” (prywatnej/publicznej) programu ubezpieczeniowego [*Proposal for Taxonomy...* 2004]. W kontekście takiego wspierania przezorności indywidualnej ze środków publicznych T. Szumlicz mówi o „doubezpieczeniu społecznym” [Szumlicz 2005].

Ze względu na funkcjonowanie różnorodnych koncepcji definiowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, na potrzeby niniejszego artykułu przyjęto, że odpowiada-

² Nie należy także zapominać o rosnącym udziale świadczeń pielęgnacyjnych.

ją one kompleksowym ubezpieczeniom kosztów leczenia. Założenie takie jest zgodne z dającym się odtworzyć na podstawie wypowiedzi i doniesień prasowych rozumieniem przedmiotowych ubezpieczeń przez przedstawicieli praktyki gospodarczej i sfery polityki zdrowotnej. Ponadto z punktu widzenia wykorzystania ubezpieczeń prywatnych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej najistotniejsze są właśnie kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia (szerzej [Osak 2006]). Niemniej jednak konsekwentne pojmowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych także zaliczyć do desygnatów tej nazwy nie tylko ubezpieczenia odszkodowawcze³, ale także te o charakterze nieodszkodowawczym (szerzej [Więckowska 2006]). Ograniczenia edytorskie nie pozwalają jednak na przeprowadzenie wyczerpującego wywodu natury terminologicznej⁴.

3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – ujęcie funkcjonalne

W literaturze przedmiotu wskazuje się najczęściej, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą funkcjonować w stosunku do zabezpieczenia powszechnego jako ubezpieczenia substytucyjne (relacja „zamiast”)⁵ i/lub ubezpieczenia komplementarne (relacja „ponad”) i/lub ubezpieczenia suplementarne (relacja „obok”) (zob. szerzej np. [Mossialos, Thomson 2004; *Proposal for Taxonomy...* 2004]). Warto zauważyć, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą niekiedy pełnić w systemie zabezpieczenia zdrowotnego funkcję ubezpieczeń bazowych (relacja „prymatu”⁶). W takim przypadku prywatne ubezpieczenia (nie zawsze dobrowolne) stanowią podstawową „drogę dostępu” do świadczeń zdrowotnych, ze względu na brak organizowania przez państwo powszechnego systemu zabezpieczenia publicznego. Przy zastosowaniu tego „modelu” system publiczny może ewentualnie stanowić dopełnienie ze względu na wykluczenie przez rynek niektórych grup społecznych z pokrycia prywatnego. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w roli ubezpieczeń bazowych występują np. w Stanach Zjednoczonych czy Holandii.

4. Finansowanie opieki zdrowotnej ze środków prywatnych – implikacje dla Polski

Proponowane przez kolejne rządy „modele” prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przyjmowały cechy zarówno ubezpieczeń substytucyjnych (art. 4a w pierwotnej

³ Taki charakter mają właśnie kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia.

⁴ Dyskusja na temat terminologii w [Osak 2006; Osak 2008; Więckowska 2006].

⁵ Ujęcie relacyjne w stosunku do poszczególnych kategorii prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zostało zaproponowane w [Szumlicz, Więckowska 2005].

⁶ Termin wprowadzony przez autorki referatu kontynuuje nurt terminologiczny zaczerpnięty z [Szumlicz, Więckowska 2005]. W praktyce wymienione relacje mogą w danym państwie występować jednocześnie, z tym zastrzeżeniem, że relacje substytucji i prymatu wykluczają się wzajemnie.

ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁷), jak i ubezpieczeń kompleksarnych (propozycja zespołu ministra Jerzego Hausnera⁸, propozycja zespołu minister Ewy Kopacz⁹). Niestety, działania ekip rządzących pozostają w tym obszarze cały czas w sferze planów, ewentualnie przygotowanych raportów i niekiedy projektów ustaw. Dla rodzimego rynku ubezpieczeń oznacza to zatem poszukiwanie dróg rozwoju oferty kompleksowych ubezpieczeń kosztów leczenia bez wsparcia ze strony publicznej. Tym samym nie powinien dziwić fakt, że aktualnie oferta ta odpowiada praktycznie jedynie ubezpieczeniom suplementarnym.

Ugruntowana obecność tego typu produktów w ofercie krajowych zakładów ubezpieczeń w powiązaniu z brakiem zachęt ze strony państwa do ich nabywania¹⁰ pozwala założyć, że proponowane zmiany legislacyjne z zasady nie spowodują zmian w „poziomie konsumpcji” suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Powyższe założenie implikuje, że zmiany legislacyjne mogą być bodźcem jedynie dla rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze kompleksarnym. Nasuwa się tutaj pytanie badawcze: Czy wprowadzenie kompleksarnych ubezpieczeń zdrowotnych doprowadzi do wzrostu całościowych nakładów na opiekę zdrowotną, czy też przyczyni się raczej jedynie do zmiany struktury strumieni finansowania tej opieki? Druga część tego pytania stanowi tezę niniejszego artykułu, której próbę uwiarygodnienia podjęto w dalszej części opracowania, opierając się na doświadczeniach francuskich.

Uzasadnieniem dla wyboru francuskiego systemu finansowania opieki zdrowotnej, jako punktu odniesienia analizy, jest fakt, że system ten jest podawany przez renomowane instytucje jako przykład powszechnej implementacji kompleksarnych ubezpieczeń zdrowotnych (zob. np. [Mossialos, Thomson 2004; *Private Health Insurance...* 2004]). Ponadto Francję charakteryzuje jeden z najwyższych udziałów procentowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w łącznych wydatkach na zdrowie (zob. [*Private Health Insurance...* 2004; *The European Health...* 2008]). Co ważne, równocześnie beneficjenci systemu oceniają go bardzo wysoko (zob. [*Euro Health Consumer...* 2007]).

Analizując udział wydatków bezpośrednich na zdrowie jako % PKB w Polsce i we Francji, można stwierdzić, że w okresie 2000-2005 wartość ta w przypadku obu krajów wzrosła (tab. 1). Równocześnie jednak, w przypadku tego wskaźnika, utrzymywał się rozdźwięk między obu krajami, który w 2006 r. osiągnął poziom 4,9 punktu procentowego. A zatem można stwierdzić, że we Francji wydatki na zdrowie są „podwójnie” wyższe, jeśli weźmie się pod uwagę zarówno różnice między PKB, jak i udział tych wydatków w PKB. W przypadku wartości *per capita*

⁷ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU nr 28, poz. 153 ze zm.

⁸ Ściślej projekt dotyczył ubezpieczeń o charakterze kompleksarno-suplementarnym.

⁹ Komentarz do przygotowanego projektu ustawy zob. [Więckowska 2008].

¹⁰ Sytuację taką podtrzymuje także wspomniany projekt ustawy w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych obecnie urzędującej Minister Zdrowia.

można zaobserwować ponad 3,5-krotną różnicę w poziomie wydatków na ochronę zdrowia (3449 USD vs. 910 USD).

Tabela 1. Łączne wydatki bezpośrednie na zdrowie we Francji i w Polsce

Kraj	Wydatki na zdrowie jako % PKB					Per capita (USD PPP)
	2000	2005	2006			
			łącznie	w tym:		
			publiczne	prywatne		
Francja	9,6	11,2	11,1	8,8	2,3	3449
Polska	5,5	6,2	6,2	4,3	1,9	910

Źródło: zestawienie własne na podstawie [OECD Health Data... 2008].

Jeśli zaś chodzi o porównanie wydatków prywatnych na zdrowie, różnice między obu krajami wyraźnie maleją, osiągając poziom zaledwie 0,4 punktu procentowego (tab. 1)¹¹. Co więcej, uwzględniając udział wydatków prywatnych na zdrowie w wydatkach ogółem, można dojść do wniosku, że to właśnie Polacy wydają relatywnie więcej (prawie o 10 punktów procentowych) środków własnych na finansowanie świadczeń zdrowotnych (tab. 2). Jest to równoznaczne ze stwierdzeniem, że budżety gospodarstw domowych Polaków są obecnie bardziej obciążone kosztami finansowania opieki zdrowotnej niż budżety gospodarstw domowych Francuzów. Sytuację tę dodatkowo wzmacnia fakt, że we Francji prywatne programy ubezpieczeniowe są bardzo często oparte na zatrudnieniu, łącznie z partycypacją pracodawcy w finansowaniu składki [Private Health Insurance... 2004]. Powyższe broni z kolei postawionej w artykule tezy o prawdopodobnym braku automatycznego pojawienia się dodatkowego strumienia środków pieniężnych w sektorze opieki zdrowotnej wraz ze stworzeniem ram systemowych dla komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Tabela 2. Wydatki prywatne na zdrowie we Francji i w Polsce w 2006 r.

Kraj	Wydatki publiczne jako % wydatków ogółem	Wydatki prywatne jako % wydatków ogółem	Roczne wydatki prywatne per capita (USD, PPP)	Roczne wydatki prywatne per capita pomniejszone o wydatki na leki		
				(USD, PPP)	udział w wydatkach ogółem	udział w przeciętnym wynagrodzeniu brutto*
Francja	79,3%	20,7%	714,66	541,66	15,70%	1,43%
Polska	69,4%	30,6%	278,87	126,87	13,94%	1,63%

* Dane za rok 2005; przeciętne roczne wynagrodzenie brutto pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w przedsiębiorstwach zatrudniających 10 i więcej osób; przeliczenie wartości wynagrodzenia na dolary – średnioroczny kurs 1 EUR = 1,2441 USD.

Źródło: obliczenia własne na podstawie [OECD Health Data... 2008; Europe in Figures... 2008].

¹¹ Należy pamiętać, że wydatki te nie obejmują wydatków nieformalnych.

Podobny dowód można przedstawić, analizując wydatki prywatne *per capita* pomniejszone o wydatki na leki¹². W tym przypadku należy stwierdzić, że udział wydatków prywatnych w łącznych (publicznych i prywatnych) wydatkach na opiekę zdrowotną jest nieznacznie wyższy we Francji (o 1,76 punktu procentowego). Niemniej jednak po zbadaniu relacji wydatków prywatnych do przeciętnego wynagrodzenia brutto otrzymujemy wynik zbliżony dla obu krajów (w Polsce o 0,2 punktu procentowego wyższy). Rodzi się więc następujące pytanie: skoro obecnie Polak wydaje na opiekę zdrowotną (bez kosztów leków) taką samą część dochodów jak Francuz, to czy wprowadzenie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (deklaracja opłacania dodatkowej składki) nie będzie się znajdowało poza możliwościami finansowymi przeciętnego gospodarstwa domowego? Fakt, że zakłady ubezpieczeń we Francji gwarantują pokrycie kosztów leków i środków medycznych (ok. 40% [*The European Health...* 2008]) może jeszcze pogłębiać niekorzystną sytuację wyjściową dla komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. O ile bowiem na poziomie deklaracyjnym zainteresowanie potencjalnych ubezpieczonych ubezpieczeniami z elementem pokrycia kosztów leków jest oczywiste, o tyle problem musiałby się ujawnić przy konfrontacji preferencji z wysokością ceny tego ubezpieczenia.

5. Wnioski

Poczynione rozważania nie przeczą słuszności werbalizowanego przez państwo, jako kreatora polityki zdrowotnej, zainteresowania rozwojem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W obliczu przytoczonych danych dyskusyjne wydaje się jednak jednoznaczne utożsamianie systemowego wdrożenia prywatnych ubezpieczeń w Polsce jako gwaranta znacznego wzrostu środków finansowych w opiece zdrowotnej. Po pierwsze, poziom finansowania prywatnego opieki zdrowotnej w naszym kraju należy do jednego z najwyższych wśród krajów OECD [*OECD Health Data...* 2008], co zapewne ogranicza zdolność finansową podmiotów prywatnych do asygnowania kolejnych kwot na ten cel. Po drugie, istotnym błędem obarczone jest przekonanie, jakoby fundusze pozyskiwane przez prywatnych ubezpieczycieli na poczet finansowania dostępu do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych były tożsame z wielkościami faktycznie na ten cel wydatkowanymi. Mamy bowiem tutaj do czynienia z dwiema płaszczyznami analizy: tj. w pierwszym przypadku z myśleniem w kategoriach składki przypisanej brutto, a w drugim z wielkością wypłaconych świadczeń ubezpieczeniowych i ewentualnie kosztów prewencji ubezpieczeniowej związanych z finansowaniem profilaktyki zdrowotnej. Po trzecie, należy pamiętać o obserwowanym w praktyce „odciążaniu” finansów publicznych poprzez zastępowanie części wydatkowanych środków publicznych funduszami prywatnymi [Flood, Stabile, Tuohy 2001]. Oznacza to, że jeżeli nawet upowszechnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce stałoby się źródłem dopływu dodatkowych środków do opieki

¹² Analiza taka wydaje się zasadna ze względu na to, że w Polsce przeciętnie ponad 50% wydatków prywatnych stanowią wydatki na leki, przy niecałych 25% we Francji.

zdrowotnej, to wzrost poziomu łącznych wydatków (publicznych i prywatnych) byłby mniej niż proporcjonalny do wzrostu finansowania poprzez ubezpieczenia prywatne.

W obliczu powyższego o wiele bardziej prawdopodobne jest, że stworzenie ram systemowych dla rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (nie tylko, ale szczególnie tych natury komplementarnej) wpłynie na zmianę struktury w wydatkach prywatnych na opiekę zdrowotną. Chodzi tutaj o przesunięcie pomiędzy „wydatkami z kieszeni” ponoszonymi przez pacjentów bezpośrednio w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych na rzecz wydatków na opiekę zdrowotną o charakterze ubezpieczeniowym. Osobnym problemem, wartym poświęcenia mu odrębnego artykułu, jest zbadanie szczegółowych rozwiązań we francuskim systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w kontekście poszukiwania narzędzi upowszechnienia ubezpieczeń komplementarnych w Polsce.

Literatura

- Borkowski S., *Zwiększenie roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu opieki zdrowotnej w Polsce – prace zespołu MGPIPS*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, KIU, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, materiały konferencyjne, Augustów, 16-17 września 2004.
- Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse 2007.
- Europe in Figures*, Eurostat Yearbook 2008, European Communities 2008.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 2008.
- Flood C.M., Stabile M., Tuohy C.H., *The structure, dynamics and impact of the public/private mix of financing on health care systems*, April 2001, s. 20-21, <http://www.parl.gc.ca/37/1/parl-bus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/volume3ver2-e.pdf> (18.04.2006).
- Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w o sytuacji w ochronie zdrowia*, Biuro Sejmu, Druk nr 622, Warszawa, maj 2006.
- Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce*, Biuro Sejmu, Druk nr 176, Warszawa, styczeń 2008.
- Janik J., *Menedżerowie o założeniach ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych: teraz czekamy na konkrety*, Portal Rynek Zdrowia z dnia 20 maja 2009.
- Mossialos E., Thomson S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, World Health Organization 2004.
- OECD Health Data 2008, Version – June 2008*.
- Osak M., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce (cz. 2)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 5-6.
- Osak M., *Ryzyko zdrowotne jako podstawa wyodrębniania ubezpieczeń zdrowotnych*, [w:] *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, red. J. Hadschke, AE, Poznań 2008.
- Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Health Project 2004.
- Proposal for Taxonomy of Health Insurance*, OECD Study on Private Health Insurance, OECD Health Project, June 2004.
- Stanowisko RSSG nt.: „Poszukiwania i propozycje naprawy systemu ochrony zdrowia”*, opr. S. Golińska, [w:] *System ochrony zdrowia. Kontrowersje i dylematy*, Raport Rady Strategii Socjalno-Gospodarczej, nr 37, Warszawa 2004.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne – teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2005.

Szumlicz T., Więckowska B., *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – zakres i możliwości zastosowania*, [w:] *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, red. T. Szumlicz, SGH, Warszawa 2005.

The European Health Insurance Market in 2006, CEA Statistics no. 35, August 2008.

The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, World Health Organization 2000.

Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce (cz. 1)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 3-4.

Więckowska B., *Uwagi do projektu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Realia” 2008, nr 4.

PRIVATE HEALTH INSURANCE POTENTIAL AS A HEALTHCARE SYSTEM FINANCING SOURCE IN POLAND

Summary: The paper is devoted to the problem of impact of the proposed private health insurance legislation changes on the expenditure on healthcare system in Poland. The analysis was based on France as a complementary health insurance scheme country. This kind of health insurance is about to be implemented in Poland. In the article the lack of stable conclusions for the automatic increase of private spending on healthcare in Poland resulting from proposed complementary healthcare insurance is shown. At the same time the thesis for expected changes only in the structure of private spending (from out-of-pocket category into insurance one) is proved.