

BARBARA WIĘCKOWSKA

Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii

Artykuł dotyczy rozwiązań publiczno-prywatnych funkcjonujących w sferze zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii polegających na wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do bazowej części systemu zabezpieczenia zdrowotnego. System ten jest jednym z najlepiej postrzeganych systemów zdrowotnych funkcjonujących w ramach Unii Europejskiej.

W artykule położono nacisk przede wszystkim na sposób finansowania ochrony ubezpieczeniowej. Opisano składkę ryczałtową, składkę przychodową, jako składki określone ex-ante oraz składkę korygującą, jako składkę określaną ex-post. Dla składki korygującej zostały ukazane czynniki wpływające na jej wysokość.

W końcowej części opracowania opisano również ubezpieczenie nadzwyczajnych wydatków medycznych jako obowiązkowego ubezpieczenia uzupełniającego standardowy zakres ochrony zdrowotnej, obejmującego przede wszystkim opiekę długoterminową. Ubezpieczenie to można określić mianem ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

1. Wstęp

Zmiany w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii zostały zapoczątkowane w latach 80-ych raportem komisji W. Dekkera,¹ która dostrzegła następujące niedoskonałości systemu ochrony zdrowia. Po stronie podaży były to:²

- zbyt duża ingerencja państwa w liczbę nabywanych, w ramach środków publicznych,

1. Była to jedna z dwóch komisji powołanych do zbadania aspektów organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia. Zadaniem tej komisji było przeprowadzenie szczegółowej analizy w zakresie regulacji prawnych i struktury systemu opieki zdrowotnej. Druga komisja, kierowana przez A.J. Dunninga, miała za zadanie przeanalizowanie świadczeń gwarantowanych pacjentom w ramach publicznego systemu (S. Poździoch, *Holandia* [w:] C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s.237).

2. *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008, s. 1.

świadczeń medycznych oraz ich cenę (sterowanie centralne), co powodowało brak efektywności oraz fragmentaryzację systemu,

- odrębne formy finansowania poszczególnych sektorów ochrony zdrowia (w tym ustalanie limitów kosztów), co wpływało na brak możliwości substytucji świadczeń opieki otwartej i zamkniętej,
- brak transferu ryzyka na fundusze zdrowotne, co powodowało, że były one raczej instytucją rozliczeniową a nie zarządzającą ryzykiem,
- brak możliwości wyboru przez pacjenta zakresu ochrony oraz instytucji ubezpieczającej.

Po stronie popytu zwrócono uwagę, że brak współfinansowania świadczeń medycznych przez ubezpieczonych wpływa na brak bodźców dla ograniczenia konsumpcji świadczeń oraz zachowań prozdrowotnych. Dodatkowo, na zmianę zasad finansowania systemu ochrony zdrowia miało wpływ postępujące zaawansowanie technologii medycznych oraz zjawisko starzenia się społeczeństwa.

W latach 90-ych zapoczątkowano reformę systemu, która wprowadzała działania rynkowe. W pierwszej kolejności była to konkurencja po stronie funduszy zdrowotnych w nabywaniu świadczeń zdrowotnych w imieniu swoich członków. Zatem system zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii jeszcze przed 2006 rokiem, czyli przed ostatnią zmianą systemową, miał charakter ubezpieczeniowy.³ Jednakże ustawodawca dostrzegał w nim szereg niedociągnięć, które nadal wymagały usprawnień. Były to:⁴

- zbyt duża liczba schematów ubezpieczeniowych:⁵ publiczne ubezpieczenia zdrowotne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenia służb cywilnych,
- niewielki wybór, bądź brak wyboru ubezpieczycieli,
- brak bodźców dla działań konkurencyjnych między ubezpieczycielami,
- niewielkie możliwości wpływu na jakość świadczeń zdrowotnych,
- składka niezależna od ryzyka.

Sposób organizowania ochrony ubezpieczeniowej w starym systemie zależał między innymi od sektora zatrudnienia, dochodu oraz stanu cywilnego, rzadziej od stanu zdrowia, co wpływało na znaczne zróżnicowanie składek ubezpieczeniowych. Również zmiana ubezpieczyciela była bardzo często kłopotliwa, szczególnie dla tych osób, które obowiązkowo uczestniczyły w systemie publicznym, bądź grupowych ubezpieczeniach w ramach stosunku pracy. Ponadto, zmiany w zakresie organizacji systemu ochrony zdrowia wymusiła sytuacja demograficzna (starzenie się społeczeństwa), oraz niemożność uchwycenia równowagi pomiędzy postępem technologicznym w medycynie a ceną świadczeń medycznych (efektywność kosztowa świadczeń).

3. Należy podkreślić, że system ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii posiada wielowiekowe tradycje. Kasy wzajemnych ubezpieczeń, zrzeszających członków gildii kupieckich, były znane już w okresie Średniowiecza. W kraju istnieje również rozwinięta świadomość ubezpieczeniowa, ponieważ do 1941 roku przynależność do kasy była dobrowolna.

4. *The new health care system in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands, s. 7. <http://www.minvws.nl/en/folders/z/2006/the-new-health-insurance-system-in-three-languages.asp>

5. Szczegółowy opis wszystkich schematów ubezpieczeniowych można znaleźć w: A. den Exter, H. Hermans, M. Dosljak, R. Busse, *Health Care Systems in Transitions: Netherlands*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems and Policies, Kopenhaga, 2004.

2. Obecny system zabezpieczenia zdrowotnego – informacje ogólne

Wprowadzona 14 czerwca 2005 roku ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym (ang. *Health Insurance Act*, hol. *Zorgverzekeringswet*), obowiązująca od 1 stycznia 2006 roku zakłada:⁶

- jednolity standard zakresu ochrony dla wszystkich rezydentów,
- raz na rok możliwość zmiany ubezpieczyciela,
- konkurencję między ubezpieczycielami, zabieganie o klientów,
- nacisk na jakość świadczeń medycznych kładziony przez ubezpieczyciela i klienta,
- subsydiowanie osób o najniższych dochodach.

Ustawa ubezpieczenia zdrowotnego nakłada na wszystkich rezydentów Holandii obowiązek podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.⁷ Holenderski system zabezpieczenia zdrowotnego jest przykładem systemu ubezpieczeniowego, w którym zasada ubezpieczeniowa jest realizowana za pomocą prywatnych zakładów ubezpieczeń, których warunki prowadzenia działalności oraz oferowania standardowej ochrony ubezpieczeniowej określane są ogólnie przez państwo.

Dominującą zasadą systemu zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii jest zobligowanie prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych do przyjęcia do wspólnoty ryzyka każdego rezydenta regionu, w którym prowadzą działalność.⁸ Z kolei wszystkie osoby zamieszkujejące na terenie Holandii, przez okres dłuższy niż 4 miesiące, podlegają obowiązkowi wykupienia polisy ubezpieczeniowej.⁹ Ubezpieczający opłaca nominalną wysokość składki do zakładu ubezpieczeń. Wszystkie osoby o tym samym zakresie ochrony, opłacają składkę w jednakowej wysokości (niezależnie od ryzyka). Wysokość składki ubezpieczeniowej może być różna, ponieważ zakłady ubezpieczeń zdrowotnych same ustalają wysokość składki ryczałtowej za standardowy koszyk świadczeń, lecz nie mogą one różnicować składki w zależności od ryzyka przyjmowanego do wspólnoty.¹⁰ W przypadku, gdy ubezpieczający uzna, że składki są zbyt wysokie, bądź jakość świadczeń medycznych zbyt niska, może raz do roku dokonać zmiany zakładu ubezpieczeń zdrowotnych.

Ustawa wprowadza również składkę uzależnioną od wynagrodzenia ubezpieczonego.¹¹ Składka ta jest przeznaczana na mechanizm wyrównywania ryzyka, co daje możliwość akceptowania każdego ryzyka przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych oraz zapobiega pośredniej negatywnej selekcji ryzyka. Zakładając, że zakłady ubezpieczeń miałyby obo-

6. *The new health care system...*, op. cit., s. 8.

7. G. van Montfort, E.J.E. von der Hijden, *A new health insurance system for the Netherlands* [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, B. Samoliński (red.), Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa, s.39.

8. Należy podkreślić, że obowiązek przyjęcia do wspólnoty dotyczy standardowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Zakład ubezpieczeń może odrzucić wniosek o komplementarne ubezpieczenie zdrowotne.

9. W przypadku braku dopełnienia tego obowiązku w ciągu 4 miesięcy, osoba jest obciążona kosztami leczenia bezpośrednio.

10. *Obligatory health insurance in Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands, s. 8. <http://www.minvws.nl/en/folders/z/2008/obligatory-health-insurance1.asp>

11. Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands <http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>

wiązek przyjmowania każdego ryzyka do wspólnoty, musiałyby one różnicować składkę w zależności od ryzyka. To różnicowanie spowodowałoby, że osoby zdrowe, o mniejszym ryzyku poniesienia kosztów świadczeń medycznych opłacałyby składkę niższą niż osoby o wyższym ryzyku, co z kolei wpłynęłoby na ograniczenie dostępności do świadczeń dla osób najbardziej potrzebujących. Dlatego też, ustawodawca zdecydował się wprowadzić system z redystrybucją horyzontalną, czyli składką uśrednioną dla każdego ubezpieczonego. Jednakże, to rozwiązanie niesie ze sobą ryzyko działań selekcyjnych po stronie zakładu ubezpieczeń – stosowanie zachęt dla przystąpienia osób zdrowych, przy równoczesnym braku dbałości o jakość świadczeń (np. leczenie chorób przewlekłych) w celu uzyskania rezygnacji osób o złym stanie zdrowia (negatywna selekcja pośrednia). Równocześnie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mające portfel z osobami o wysokim ryzyku zmuszone byłby do podniesienia składki ryczałtowej w celu pokrycia oczekiwanych kosztów świadczeń medycznych.¹² Na skutek podwyższenia składki ubezpieczeniowej ze wspólnoty odchodziłyby osoby zdrowe, co powodowałoby kolejną podwyżkę składki ubezpieczeniowej, a w końcowym efekcie rezygnację z polis również osób o wysokim ryzyku (należy pamiętać, że nie można odmówić przyjęcia do wspólnoty) i upadłość zakładu. Taki mechanizm mógłby doprowadzić do zaniku konkurencji na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.¹³ Właśnie w celu ograniczenia tych działań wprowadzona została składka przychodowa. Dzięki niej możliwa jest korekta portfela ryzyk zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, a tym samym zachęta do budowy jak największych portfeli ryzyk (niezależnie od cech danego ryzyka).

3. Źródła finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego

3.1. SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

System zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii jest systemem ubezpieczeniowym, w którym źródłem finansowania jest składka ubezpieczeniowa. Na składkę na ubezpieczenie zdrowotne składają się:

- składka ryczałtowa,
- składka przychodowa.

Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym, udział poszczególnych typów składek w finansowaniu systemu ochrony zdrowia powinien być zbliżony, czyli wynosić około 50 proc. W 2006 roku łączne wydatki na świadczenia w ramach standardowego koszyka świadczeń wyniosły ok. 23 miliardów euro, z czego ok.12 miliardów pochodziło ze składek przychodowych.¹⁴ W 2007 roku struktura przychodów kształtowała się podobnie – łączne wydatki na świadczenia w ramach standardowego koszyka świadczeń wyniosły ok. 25 miliardów euro, z czego ok.12 miliardów¹⁵ pochodziło ze składek przychodowych.¹⁶

12. Przyczyną tych działań jest kontrola ryzyka technicznego przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych, czyli próba uzyskania portfela zbliżonego do portfela zakładanego przy szacowaniu składki ubezpieczeniowej

13. Mechanizm ten nazywany jest w ubezpieczeniach „spiralą śmierci”.

14. G. van Montfort, E.J.E. von der Hijden, *A new health insurance system*, op. cit., s.40.

15. *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008, ss.8.

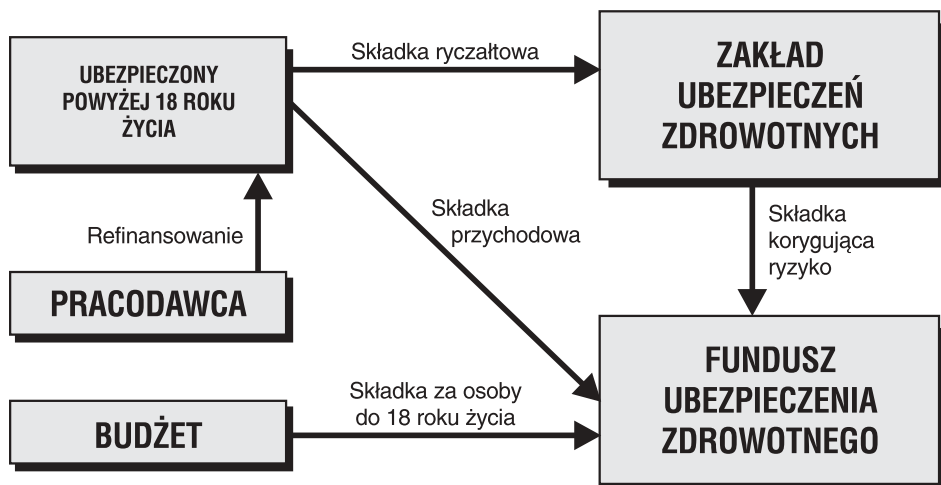
3.2. SKŁADKA RYCZAŁTOWA

Ponad połowa środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych pochodzi ze składek ryczałtowych, których średnia wielkość w 2006 wynosiła 1050 euro. Składka opłacana jest bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń, który będzie zapewniał ochronę ubezpieczeniową oraz dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego pakietu (Schemat 1).

Składka ubezpieczeniowa zależy od wybranego zakresu ochrony. Wszystkie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych są zobligowane do oferowania, obok pakietów rozszerzonych, standardowego zakresu ubezpieczenia. Mogą różnicować pobieraną za nie składkę ubezpieczeniową. Składka ryczałtowa za pakiet standardowy jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych w danym zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych¹⁷, nie może być różnicowana ze względu na wiek i płeć ubezpieczonego oraz inne czynniki wpływające na ryzyko kosztów opieki medycznej.

Składka ryczałtowa nie jest opłacana za dzieci poniżej 18 roku życia.¹⁸ Finansowana jest ona z budżetu państwa.

Schemat 1. Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Holandii



Źródło: opracowanie własne

16. Autorka zdaje sobie sprawę, że porównywanie struktury wydatków na świadczenia medyczne nie jest w pełni merytorycznie poprawnym ukazywaniem struktury przychodów, ponieważ nie wiadomo czy wszystkie zebrane środki zostały wydane oraz czy koszty pozamedyczne pokrywane są w takich samych proporcjach. Jednakże, ze względu na ograniczoną ilość danych Autorka zdecydowała się na przyjęte podejście.

17. Wyjątek stanowią osoby posiadające zniżkę w ramach ubezpieczeń grupowych.

18. Co nie jest równoznaczne z tym, że zakłady ubezpieczeń nie otrzymują środków na finansowanie opieki zdrowotnej tych osób.

3.3. SKŁADKA PRZYCHODOWA

Drugim źródłem finansowania jest składka, której wysokość zależy od wynagrodzenia ubezpieczonego – składka przychodowa (ang. *Income-related contribution*). Stopa składki przychodowej zależy od rodzaju przychodu ubezpieczonego:

- dla osób zatrudnionych wynosi ona 6,5 proc. wynagrodzenia i jest refinansowana ze środków pracodawcy,
- dla osób samozatrudnionych oraz emerytów wynosi ona 4,4 proc. przychodu.

Ta część składki na ubezpieczenie zdrowotne jest ograniczona z góry tj. po osiągnięciu przychodów przekraczających 30.000 euro, obowiązek opłacania składki wygasa. Zatem można powiedzieć, że maksymalna składka przychodowa wynosi 1.950 euro.

Składka przychodowa nie jest wpłacana bezpośrednio do zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, a do Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego (ang. *Health Care Insurance Fund*), który następnie dokonuje rozdziału składek do zakładów ubezpieczeń w zależności od posiadanych przez nie portfeli ryzyk – mechanizm wyrównywania ryzyka w systemie (Schemat 1). Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego jest zarządzany przez Radę Ubezpieczenia Zdrowotnego (ang. *Health Insurance Board*), której zadaniem jest, przede wszystkim, implementowanie mechanizmu wyrównywania ryzyka.¹⁹

4. Standardowy zakres ochrony

Ubezpieczenie zdrowotne zawiera standardowy koszyk świadczeń (standardowy zakres ochrony), na który składają się świadczenia medyczne wybrane na podstawie kryteriów skuteczności, efektywności kosztowej oraz potrzeby wspólnego finansowania. Do standardowego koszyka świadczeń należą między innymi:²⁰

- podstawowa opieka zdrowotna (lekarz rodzinny, pediatra),
- specjalistyczna opieka zdrowotna (na podstawie skierowania),
- opieka nad kobietami ciężarnymi,
- leczenie szpitalne,
- opieka pielęgniarska,
- opieka dentystyczna osób poniżej 18 roku życia,
- koszty wypisywania recept oraz koszty podstawowych leków²¹,
- transport niektórych grup pacjentów,
- środki opatrunkowe,
- rehabilitacja,
- opieka nad chorymi na przewlekłe choroby płuc,
- świadczenia centrum testów genetycznych,
- przeciwdziałanie zakrzepicy.

19. *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008, ss.7.

20. *Mutual Information System on Social Protection, Comparative Tables. Part 5: Luxembourg, Hungary, Malta, The Netherlands*, European Commission 2007, s.32.

21. W przypadku wykupywania leku w aptece, w której zarejestrowany jest ubezpieczony, wydanie leku z listy podstawowej odbywa się w sposób bezgotówkowy.

Oprócz standardowego zakresu ochrony, możliwe jest wykupienie komplementarnych pakietów ubezpieczeniowych, gwarantujących rozszerzony koszyk świadczeń zdrowotnych.

5. Świadczenia udzielane za granicą

Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii korzystają z możliwości jakie daje fakt przynależenia kraju do struktur Unii Europejskiej. W ramach swobodnego przepływu kapitału, towarów i usług, zakłady ubezpieczeń mają możliwość oferowania oraz realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie wspólnoty. Na podstawie Regulacji 1408/71 Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, świadczeniodawca medyczny zwraca się z zapytaniem do zakładu ubezpieczeń zdrowotnych o sfinansowanie udzielonych świadczeń. Zazwyczaj taka promesa pokrycia kosztów świadczeń jest udzielana. Najczęściej miejscem udzielania świadczeń są zakłady opieki zdrowotnej znajdujące się blisko granicy (np. Belgia czy Niemcy), lecz czasem leczenie odbywa się również w innych, dalej położonych, krajach Unii Europejskiej (Włochy, Irlandia, Hiszpania). Zgoda na realizację świadczeń zdrowotnych poza granicami kraju nie jest wydawana jedynie w przypadku, gdy okres oczekiwania na leczenie w kraju nie jest zbyt długi, bądź leczenie znajduje się na liście eksperymentów medycznych.²²

6. Mechanizm wyrównywania ryzyka²³

6.1. ZASADY WYRÓWNYWANIA RYZYKA

Uzależniona od wynagrodzenia składka zdrowotna jest przekazywana do Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego, z którego następnie jest rozdzielana pomiędzy zakładami ubezpieczeń zdrowotnych. Środki te są określone mianem składki korygującej ryzyko (ang. *risk-adjustment contribution*).

Jak już wspomniano, celem wtórnego podziału składki jest przeciwdziałanie pośredniej negatywnej selekcji ryzyka. Zakłady ubezpieczeń, które w swoim portfelu mają relatywnie więcej osób obarczonych podwyższonym ryzykiem poniesienia kosztów świadczeń zdrowotnych (np. osoby przewlekle chore, osoby niepełnosprawne, osoby starsze) otrzymują wyższą składkę korygującą ryzyko niż zakłady, w których odsetek osób o podwyższonym ryzyku jest niższy.

Jeżeli mechanizm wyrównywania ryzyka działa dobrze, zakład ubezpieczeń o „gorszym” profilu ryzyka otrzyma składkę równą nadwyżce kosztów świadczeń zdrowotnych osób o podwyższonym ryzyku nad kosztami świadczeń zdrowotnych ponoszonych w przypadku ryzyk standardowych. W takim przypadku zakład ubezpieczeń zdrowotnych nie będzie zabiegał o wyparcie ze swego portfela osób o podwyższonym ryzyku.

22. Strona internetowa samorządu zakładów ubezpieczeń zdrowotnych – Zorgverzekeraars Nederland http://www.zn.nl/international/issues/cross_border_healthcare/factsfigures/index.asp

23. Podpunkt napisany na podstawie: *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008, ss.19.

Oprócz ograniczenia pośredniej negatywnej selekcji ryzyka, mechanizm składek korygujących ryzyko ma na celu pobudzenia konkurencji jakościowej pomiędzy zakładami ubezpieczeń, ponieważ potencjalny ubezpieczony będzie porównywał relację jakość świadczeń/koszt (zakres ochrony jest jednakowy) i na tej podstawie wybierał zakład ubezpieczeń zdrowotnych. Zakłady, które będą oferować relatywnie niższą jakość świadczeń w stosunku do wysokości składki ryczałtowej,²⁴ nie będą wybierane przez ubezpieczonych, a w następstwie wyparte z rynku. Dlatego też w interesie zakładów ubezpieczeń zdrowotnych jest stosowanie mechanizmów oceny oraz korekty jakości świadczeń zdrowotnych „zamawianych” w ramach porozumień ze świadczeniodawcami.

Ponieważ koszty świadczeń medycznych pokrywane są w całości (część składki ryczałtowej oraz składka korygująca ryzyko), zakłady ubezpieczeń mogą maksymalizować zysk jedynie przez działania optymalizujące np. przez obniżanie kosztów administracyjnych czy przez negocjacje zniżek za świadczenia medyczne. Mechanizm wyrównywania ryzyka daje zatem możliwość osiągnięcia zysku niezależnie od struktury portfela. Zakłady ubezpieczeń, których koszty kontraktowe (świadczeń zdrowotnych) będą niższe od przeciętnego, będą miały możliwość osiągnięcia nadwyżki z otrzymanej składki korygującej ryzyko, co pozwoli w następnym okresie na obniżenie składki ryczałtowej. Taka obniżka będzie bodźcem zachęcającym do zakupu ochrony przez nowych członków wspólnoty oraz do pozostania we wspólnocie obecnych członków. Dlatego też dzięki mechanizmowi wyrównywania ryzyka, paradoksalnie, duży zakład ubezpieczeń z relatywnie większym subportfelem podwyższonych ryzyk może osiągnąć wyższy zysk niż mały zakład z portfelem ryzyk standardowych, zaś konkurencja pomiędzy zakładami ubezpieczeń przenosi się z obszaru konkurencji o lepsze ryzyka zdrowotne (strukturę portfela) na obszar konkurencji o wielkość portfela.

6.2. SKŁADKA KORYGUJĄCA RYZYKO W UJĘCIU *EX-ANTE*

Corocznie minister zdrowia, opieki społecznej i sportu określa łączną wysokość składek korygujących ryzyko, jakie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych będą mogły otrzymać w następnym okresie polisowym. Ta informacja jest wykorzystywana przez zakłady do określania składki ryczałtowej. Składki te powinny odzwierciedlać wartość oczekiwaną kosztów świadczeń medycznych jakie zostaną poniesione przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych przy założonej strukturze portfela ryzyk. Dzięki takiemu mechanizmowi ustalania składek, zakłady ubezpieczeń przejmują ryzyko (jest to jedna z najbardziej istotnych różnic w systemie po zmianie w 2006 roku), ponieważ to one są odpowiedzialne za koszty, które przekroczą oczekiwaną wartość tj. muszą tak zarządzać środkami ze składki przychodowej i składki ryczałtowej, aby rzeczywisty średni koszt świadczeń medycznych był równy kosztowi tych świadczeń zakładanemu przy obliczaniu składek.

Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mają możliwość wpływu (negocjacji) tylko na wybrane koszty związane z udzielaniem świadczeń medycznych przez świadczenio-

24. Może to wynikać bądź ze złego doboru świadczeniodawców, bądź ze słabej strategii negocjacyjnej co do cen świadczeń zdrowotnych.

dawców np. amortyzacja budynku czy sprzętu. Tego typu koszty mogą znacznie się różnić pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami. Z tego powodu koszty opieki zdrowotnej zostały podzielone na kilka kategorii:

- koszty opieki zamkniętej niezależne od produkcji (np. koszty kapitału, koszty ogrzewania),
- koszty opieki zamkniętej i specjalistycznej zależne od produkcji (np. koszty operacji),
- koszty innych typów opieki – podstawowa opieka zdrowotna (np. koszty lekarzy rodzinnych, koszty opieki nad kobietą ciężarną, koszty materiałów opatrunkowych)

Składka korygująca ryzyko odnosi się jedynie do kosztów opieki zamkniętej i specjalistycznej zależnej od produkcji oraz kosztów innych typów opieki, ponieważ zakład ubezpieczeń zdrowotnych ma na nie wpływ podczas negocjacji cenowych. Ponieważ składka obliczana jest *ex-ante*, zakład ubezpieczeń przejmuje na siebie ryzyko techniczne. Koszty opieki szpitalnej niezależne od liczby udzielanych świadczeń są ujęte w składce korygującej ryzyko jako element stały, jednakowy dla wszystkich ubezpieczonych (zakład ubezpieczeń zdrowotnych otrzymuje kwotę zależną jedynie od wielkości portfela, a nie od jego struktury).

Wysokość przyszłej składki korygującej ryzyko jest również oszacowywana na podstawie zakładanego kosztu świadczeń medycznych dla poszczególnych grup ryzyka. Wpływ każdego czynnika ryzyka na wysokość kosztów świadczeń zdrowotnych określany jest na podstawie modelu ekonometrycznego – model korekty ryzyka – budowanego na podstawie danych empirycznych z poprzednich lat, które dostarczane są corocznie przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych. Ponieważ każdy czynnik otrzymuje określoną wagę, a następnie waga ta przeliczana jest na wysokość dopłaty, to im bardziej precyzyjne będą dane dostarczone będą przez zakłady ubezpieczeń, tym bardziej składka korygująca ryzyko będzie odzwierciedlać rzeczywistą nadwyżkę kosztów związanych z ryzykiem substandardowym.

Po upływie roku polisowego dokonywana jest analiza struktury portfela ryzyka *ex-post*. Jest ona konieczna z tego powodu, że struktura portfela może ulegać zmianie w ciągu roku np. przez fakt zmiany zakładu ubezpieczeń zdrowotnych przez ubezpieczonych.

6.3. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA SKŁADKĘ KORYGUJĄCĄ RYZYKO

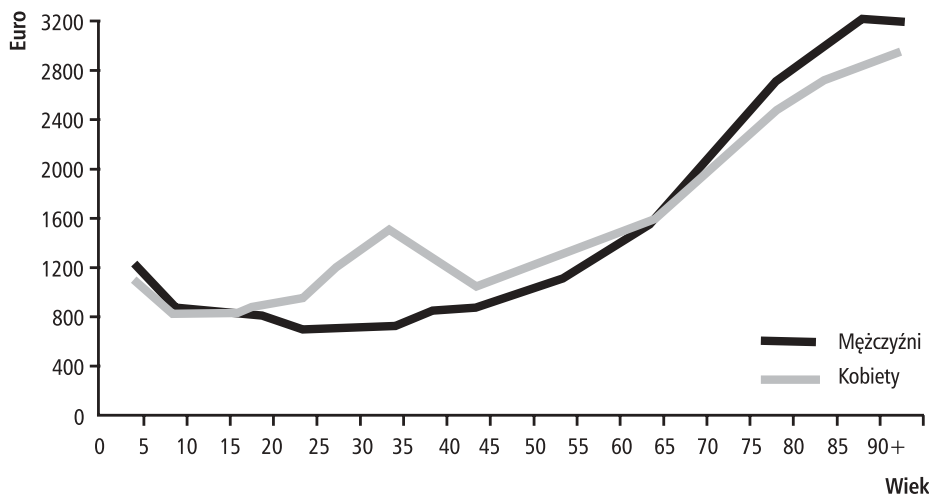
Składka korygująca ryzyko jest określana oddzielnie dla każdego ubezpieczonego w ramach wspólnoty ryzyka. Jej wysokość jest zależna od czynników ryzyka odnoszących się do danego ubezpieczonego. Na podstawie modelu korekty ryzyka dla każdego czynnika określa się zależność w stosunku do kosztów standardowego ryzyka. Wysokość składki krygującej ryzyko jest sumą wpływu poszczególnych czynników na oczekiwany koszt świadczeń medycznych.

Czynniki ryzyka, jakie są analizowane przy określaniu wysokości składki korygującej ryzyko to:

- wiek i płeć ubezpieczonego,
- źródło dochodów,
- miejsce zamieszkania,
- grupy kosztów farmaceutycznych (ang. *Pharmacy Cost Groups, PCGs*),
- grupa kosztów diagnostycznych (ang. *Diagnostic Cost Groups, DCGs*)

Jednymi z podstawowych czynników różnicujących wysokość ponoszonych kosztów świadczeń medycznych są wiek i płeć. Koszty świadczeń medycznych rosną wraz z wiekiem. Jednakże wpływ wieku jest zmieniany przez płeć np. koszty opieki zdrowotnej nad kobietami w wieku 20-35 lat są wyższe niż koszty dla mężczyzn w tej samej grupie wiekowej (Wykres 1).

Wykres 1. Wydatki na opiekę zdrowotną w 2007 roku



Źródło: *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008, s.11*

Drugim czynnikiem analizowanym przy ustalaniu wysokości składki korygującej ryzyko jest źródło dochodów ubezpieczonego. W przypadku osób, które otrzymują świadczenia z tytułu niepełnosprawności czy niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji wysokość składki jest wyższa niż w przypadku osób otrzymujących wynagrodzenie za wykonywaną pracę. W modelu z 2007 roku wyróżnianych było 5 podstawowych kategorii ubezpieczonych wyodrębnionych na podstawie źródeł dochodów:

- osoby otrzymujące świadczenia dla niepełnosprawnych,
- osoby otrzymujące zasiłki pieniężne z systemu pomocy społecznej,
- osoby otrzymujące zasiłek dla bezrobotnych,
- samozatrudnieni,
- pracownicy.

Wśród tych 5 kategorii dokonywana była analiza wpływu wysokości dochodu na wysokość kosztów świadczeń medycznych w podgrupach wiekowych. Dodatkowo do analizy była brana kategoria dzieci do 18 roku życia oraz osób powyżej 65 roku życia.

Trzecim czynnikiem decydującym o wysokości składki korygującej ryzyko jest miejsce zamieszkania. Podział na regiony (obecnie jest ich 10) był dokonany poprzez zgrupowanie regionów, na podstawie kodów pocztowych, zbliżonych pod względem czynników socjo-ekonomicznych, demograficznych oraz infrastruktury zdrowotnej, czyli:

- stopnia zurbanizowania,
- proporcji imigrantów z krajów innych niż Europa Wschodnia,
- średniego wynagrodzenia,
- proporcji osób samotnych,
- wystandaryzowanego prawdopodobieństwa zgonu,
- bliskości szpitali i placówek opieki otwartej,
- liczby łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców w promieniu 25 kilometrów.

Osoby przewlekle chore jak cukrzycy, osoby chore na choroby reumatyczne czy epilepsję częściej korzystają ze świadczeń medycznych, co sprawia, że są oni bardziej „kosztowni” w porównaniu do innych osób.²⁵ Osoby o tych cechach zaliczane są do grupy kosztów farmaceutycznych, która tworzona jest na podstawie analizy spożycia leków w obrocie pozaszpitalnym (aptecznym). Zakład ubezpieczeń otrzyma składkę korygującą ryzyko wyższą jeżeli ubezpieczonym jest osoba chora przewlekle. Warunkiem jest fakt zażywania leków należących do określonej grupy (leczenie choroby przewlekłej) przez okres co najmniej ok. pół roku w ciągu ostatniego roku polisowego. Istotny jest fakt, że przy wystąpieniu wielochorobowości (charakterystyczne dla osób w wieku podeszłym), składka korygująca ryzyko uwzględniała wszystkie choroby przewlekłe (suma poszczególnych „zwyżek” z grupy kosztów farmaceutycznych).

Grupa kosztów farmaceutycznych nie określa wszystkich osób chorych na choroby przewlekłe. Część chorób tego typu jest prowadzona w ramach leczenia zamkniętego, wówczas ceny leków czy porad zdrowotnych są ujęte w koszcie hospitalizacji. Dlatego też do czynników wpływających na wysokość składki korygującej ryzyko dodano grupę kosztów diagnostycznych (13 klas diagnoz), jako prognozę kosztów związanych z kontynuacją leczenia choroby po zakończeniu leczenia szpitalnego. W grupie tej brane są pod uwagę jedynie te diagnozy (dalsze leczenie określone w karcie wypisu), które będą miały wpływ na istotne zwiększenie się (prognozowanych) kosztów świadczeń medycznych w ciągu następnego roku. Diagnozy z niewielkim wpływem na koszty kontynuacji leczenia (np. złamania) nie są zaliczane do grupy kosztów diagnostycznych.

Wszystkie przedstawione powyżej czynniki są oceniane dla każdego ubezpieczonego, zaś składka korygująca ryzyko jest sumą „zwyżek” i „zniżek” za poszczególne czynniki.²⁶ Procedurę określania wysokości składki korygującej ryzyko można zobrazować analizując dwoje przykładowych ubezpieczonych:

- 76-letnią kobietę mieszkającą na wsi, która cierpi na niedoczynność tarczycy, w ciągu ostatnich 2 lat nie była hospitalizowana, utrzymuje się z emerytury
- 19-letniego mężczyznę, studiującego w Amsterdamie, bez chorób przewlekłych, który nie był hospitalizowany w ciągu ostatnich 2 lat.

25. W 2007 roku wyróżniono 20 klas w ramach grupy kosztów farmaceutycznych. Zaliczono do nich między innymi osoby chore na: glukemię, choroby tarczycy, choroby układu nerwowego, cukrzycę (typ I, IIA i IIB), epilepsję, chorobę Crohn'a, reumatyzm, chorobę Parkinsona, niewydolność układu krążenia, nowotwory, HIV/AIDS, choroby nerek.

26. Procedura określania składki korygującej ryzyko jest zatem analogiczna do metody debetowokredytowej stosowanej w *underwritingu* ubezpieczeń osobowych.

Tabela 1. Składka korygująca ryzyko

Ubezpieczony 1	kobieta, 67 lat	970
	niedoczynność tarczycy	174
	brak hospitalizacji (2 lata)	- 97
	miejsce zamieszkania: wieś	- 31
	źródło utrzymania: emerytura	0
	ŁĄCZNIE	1.016
Ubezpieczony 2	mężczyzna, 19 lat	389
	brak chorób przewlekłych	-109
	brak hospitalizacji (2 lata)	- 97
	miejsce zamieszkania: miasto	36
	Źródło utrzymania: pracownik, inne	-20
	ŁĄCZNIE	199

Źródło: „Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands”, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008, s. 5

W Tabeli 1 przedstawiono wyliczenia wysokości składki korygującej ryzyko wypłacanej z Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego za dwoje hipotetycznych ubezpieczonych. Każdy czynnik ryzyka oceniany jest oddzielnie (brak oceny korelacji pomiędzy czynnikami), zaś kwota dopłaty stanowi sumę wpływu poszczególnych czynników ryzyka. Na podstawie powyższych wyliczeń można stwierdzić, że składka za analizowanego mężczyznę (199 euro) stanowi mniej niż 1/5 składki korygującej ryzyko wypłacanej w przypadku analizowanej kobiety (1 016 euro).

6.4. SKŁADKA KORYGUJĄCA RYZYKO W UJĘCIU EX-POST

Celem wypłaty składki korygującej ryzyko *ex-post*, czyli po upływie roku polisowego jest kompensata składki tym zakładom ubezpieczeń zdrowotnych, u których struktura portfela ryzyk uległa zmianie w ciągu roku. Chodzi o to, aby zakłady ubezpieczeń, które zmieniły strukturę (przyływ osób o wyższym ryzyku, odpływ osób o niższym ryzyku) nie podejmowały działań mających na celu ograniczenie dostępności do świadczeń, ich liczby czy jakości. Innymi słowami, jeżeli model składki korygującej ryzyko *ex-ante* okazałby się nieskuteczny, to bez modelu *ex-post* istniałoby ryzyko, że zakłady ubezpieczeń zdrowotnych wrócą do strategii pośredniej negatywnej selekcji ryzyka.

Zatem, z jednej strony, zakład ubezpieczeń, który stwierdzi, że dana grupa ubezpieczonych o zbliżonym profilu ryzyka nie została dobrze „wyceniona” przy określaniu wysokości składki korygującej ryzyko, może starać się zmniejszyć jej wielkość w następnym roku polisowym i aby tak nie było, otrzymuje on składkę korygującą ryzyko *ex-post*. Z drugiej zaś strony takie dodatkowe korekty składki (dopłaty) obniżają bodźce dla zakładów ubezpieczeń zdrowotnych na działania optymalizujące zarządzanie kosztami świadczeń zdrowotnych dla wszystkich grup ubezpieczonych.

Składka korygująca *ex-post* dotyczy tylko niektórych typów kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych. Są to:

- retrospektywna korekta liczby osób ubezpieczonych,

- retrospektywna korekta łącznych kosztów,
- pokrycie nadwyżki szkody - 90 proc. kosztów leczenia powyżej 12.500 euro (dotyczy tylko kosztów zależnych od produkcji oraz pozostałych kosztów),
- retrospektywna korekta ogólnych kosztów zakładów ubezpieczeń²⁷ – 30 proc. kosztów powyżej poziomu zakładanego w prognozach *ex-ante* (dotyczy tylko kosztów zależnych od produkcji),
- retrospektywna korekta ryzyka finansowego – 35 proc. różnicy kosztów pomiędzy poniesionymi kosztami hospitalizacji zależnymi od produkcji a prognozowanymi kosztami oraz 100 proc. różnicy kosztów pomiędzy kosztami hospitalizacji niezależnymi od produkcji a prognozowanymi kosztami,
- „siatka bezpieczeństwa” – 90 proc. nadwyżki kosztów w przypadku, gdy różnica pomiędzy składką *ex-ante* a poniesionymi kosztami na jednego ubezpieczonego przekracza 17,50 euro.

7. Zniżki w składkach ryczałtowych

Do 2008 roku w systemie ubezpieczenia zdrowotnego obowiązywała zasada *bonus-malus*²⁸. Wszystkie osoby, które opłaciły ryczałtową składkę zdrowotną²⁹ oraz skorzystały ze świadczeń medycznych, których koszt był niższy niż 255 euro w danym roku polisowym miały możliwość uzyskania zniżki w składce ubezpieczeniowej na następny rok (ang. *no-claim rebate rule*).³⁰ Z kosztów świadczeń medycznych analizowanych do uprawnienia rabatowego wyłączone były świadczenia medyczne z zakresu medycyny ogólnej (interniści, medycyna rodzinna). W roku 2005 prawie 4 miliony osób korzystało ze zniżek w składkach ryczałtowych.³¹

W 2008 roku system zniżek został zastąpiony systemem opartym na udziale własnym³² (ang. *compulsory excess*). W przypadku gdy wydatki na leczenie nie objęte standardowym zakresem ubezpieczenia w danym roku przekroczyły 150 euro, nadwyżka kosztów pokrywana jest przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych. Poziom udziału własnego jest ograniczony z dołu tj. zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą oferować wyższy poziom udziału własnego i wówczas osoby, które wybiorą wyższy poziom

27. Jest to jedyna korekta polegająca na przepływach pieniężnych pomiędzy zakładami ubezpieczeń zdrowotnych, a zarazem jest to najbardziej kontrowersyjna korekta *ex-post*.

28. *Bonus-malus* jest konstrukcją stosowaną przede wszystkim w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Ma ona spowodować ograniczenie hazardu moralnego oraz wywołać zachowania ostrożnościowe.

29. Ponieważ składkę ryczałtową opłacają jedynie osoby pełnoletnie, system zniżek obowiązywał jedynie w stosunku do osób pow. 18 lat.

30. Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands <http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>

31. *The new health care system...*, op. cit., s. 7. <http://www.minvws.nl/en/folders/z/2006/the-new-health-insurance-system-in-three-languages.asp>

32. Jest to określona kwotowo bądź procentowo część szkody, która jest zawsze potrącana z odszkodowania. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wysokości potrącenia (E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz-Toruń 2006, s. 220). Celem udziału własnego jest wywołanie zachowań ograniczających ryzyko po stronie ubezpieczającego oraz eliminacja z zakresu pokrycia ubezpieczeniowego drobnych szkód, których koszty likwidacji mogłyby być wyższe niż one same.

udziału własnego, będą opłacały niższą składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Wprowadzony system udziału własnego sprawia, że osoby stojące przed nieuniknionymi długoterminowymi wydatkami zdrowotnymi, takie jak np. osoby niepełnosprawne lub przewlekle chore, otrzymują kompensatę finansową.

Podobnie jak w przypadku systemu *bonus-malus*, system udziału własnego nie dotyczy osób poniżej 18 roku życia oraz pewnych świadczeń z zakresu medycyny ogólnej.

Innym typem zniżek w składkach ryczałtowych są zniżki przysługujące w ramach grupowego (pracowniczego) ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to jedyna możliwość różnicowania składki zdrowotnej za standardowy zakres ochrony. W przypadku wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego przez grupę pracowniczą, zakład ubezpieczeń może przydzielić zniżkę w wysokości max. 10 proc. składki ryczałtowej (ok. 110 euro).³³

8. Dodatek zdrowotny

Osoby zarabiające poniżej kwoty 26.071 euro rocznie oraz pary zarabiające mniej niż 41.889 euro rocznie³⁴ mogą starać się o dodatek zdrowotny (ang. *health care allowance*), którego przeznaczeniem jest pokrycie części składki ryczałtowej na ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość dodatku zależy od dochodu na członka rodziny. Maksymalnie można otrzymać 432 euro w przypadku osób samotnych oraz 864 euro w przypadku rodzin.³⁵ Obecnie wypłaca się ponad 5 milionów takich dodatków.³⁶

9. Ubezpieczenie nadzwyczajnych wydatków medycznych³⁷

Dopełnieniem holenderskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego jest, wprowadzone ustawą z 1967 roku, ubezpieczenie nadzwyczajnych wydatków medycznych (ang. *Exceptional Medical Expenses Act*, hol. *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ*).³⁸ Jest to część systemu zdrowotnego, która jest przeznaczona do finansowania świadczeń pielęgnacyjnych. Nie istnieje odrębny system finansowania opieki długoterminowej osób niedołączonych, lecz jest to raczej odrębny podsystem systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Pod względem tej konstrukcji systemowej Holandia wyróżnia się na tle innych krajów Unii Europejskiej. Innymi słowy, nie dokonano tutaj rozdzielenia świadczeń medycznych (związanych z ryzykiem choroby) i świadczeń pielęgnacyjnych (związanych z ryzykiem

33. G. van Montfort, E.J.E. von der Hijden, *A new health insurance system...*, *op. cit.*, s.39.

34. Są to limity na 2007 rok (informacje z oficjalnej strony Expatica Communications B.V. <http://www.expatica.com/nl/survival/health/Healthcare-in-the-NL.html>).

35. C. Daley, J. Gubb, *Health reform in the Netherlands*, Civitas – Institute for the Study of Civil Society, 2007, s.10.

36. *The new health care system...*, *op. cit.*, s. 15.

37. Podrozdział ten jako *Systemy pielęgnacyjne na świecie - Holandia* został przyjęty do publikacji w MEDI.Forum opieki długoterminowej, kwartalniku wydawanym przez Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych.

38. S. Poździej, *Holandia* [w:] C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s.236.

niedołężstwa)³⁹, lecz rozdzielono jakby okres opieki na opiekę doraźną, lecznictwo (ang. *cure*) i opiekę długoterminową, stanów przewlekłych (ang. *care*). Jak bardzo istotny jest to element systemu zabezpieczenia zdrowotnego może wskazywać fakt, iż w 2002 roku udział wydatków na zdrowie AWBZ wyniósł 41 proc. i przewyższał udział wydatków na zdrowie z ubezpieczenia zdrowotnego (38 proc.).⁴⁰

System finansowany jest z trzech źródeł:

- składki ubezpieczeniowej,
- dopłaty budżetowej,
- dopłat pacjentów.

Obowiązkiem ubezpieczenia (opłacania składki ubezpieczeniowej) objęci są wszyscy rezydenci oraz nierezydenci, którzy są zatrudnieni w Holandii i z tego powodu są zobligowani do opłacania podatków. Stopa składki jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych i wynosi 12 proc. wynagrodzenia. Wysokość stopy składki na AWBZ jest ustalana corocznie przez rząd (Tabela 2). Podstawa składki jest ograniczona z góry, w 2007 roku maksymalny przychód, który podlegał oskładkowaniu wynosił 31,112 euro⁴² Osoby poniżej 18 roku życia oraz osoby, które nie osiągnęły opodatkowanego przychodu, nie są zobligowane do opłacania składki.

Tabela 2. Stopa składki na AWBZ

rok	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
stopa składki	8,85	7,35	8,85	9,60	10,25	10,25	10,25	10,25	12,30	13,25	b.d.	12,55	12,00

Źródło: opracowanie własne na podst.: A. den Exter, H. Hermans, M. Dosljak, R. Busse, „*Health Care Systems in Transitions: Netherlands*”, op. cit., s.42, MISSOC-INFO 02/2006 *Long-term Care in Europe*, s. 2. (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_info_en.htm); *Mutual Information System on Social Protection*, op. cit., s.32

Składka na ABWZ, za pośrednictwem instytucji zbierającej podatki dochodowe, urzędu podatkowego (ang. *Inland Revenue Service*), przekazywana jest do Funduszu Ubezpieczenia Nadzwyczajnych Wydatków Medycznych, zarządzanego przez Radę Ubezpieczenia Zdrowotnego. Również dopłata budżetowa oraz dopłaty pacjentów przekazywane są do Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego (Schemat 1).⁴³

Instytucjami zarządzającymi w tym systemie są prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych, do obowiązków których należy kontraktowanie świadczeń, zbieranie dopłat pacjen-

39. Tendencja taka występuje w większości krajów, w których wprowadza się odrębne finansowanie dla opieki długoterminowej.

40. *European Experiences with Long-Term Care*, AARP European Leadership Study, październik 2006, s.20. http://www.pascenter.org/publications/publication_home.php?id=542

41. Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands

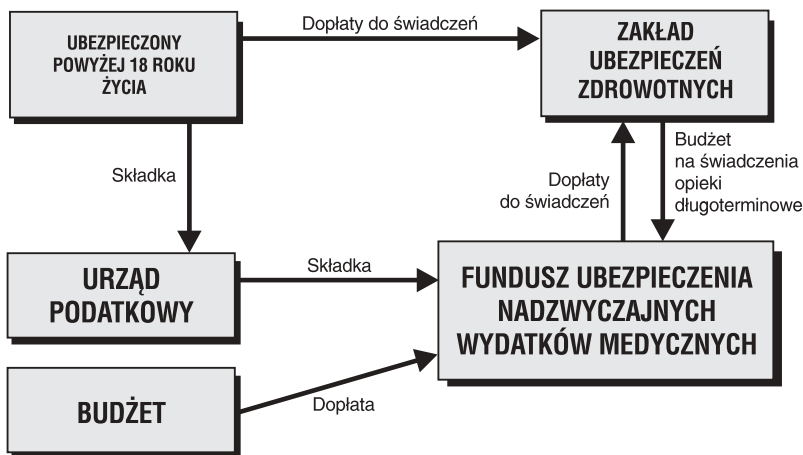
<http://www.minvws.nl/en/themes/exceptional-medical-expenses-act/default.asp>

42. *Mutual Information System on Social Protection, Comparative Tables*. Part 5: Luxembourg, Hungary, Malta, The Netherlands, European Commission 2007, s.32.

43. MISSOC-INFO 02/2006 *Long-term Care in Europe*, s. 2. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_info_en.htm

tów, organizacja wykonania świadczeń. Zakłady na te działania otrzymują budżet ustalany corocznie przez Radę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Schemat 2. Finansowanie systemu opieki długoterminowej w Holandii



Źródło: opracowanie własne

Celem ubezpieczenia nadzwyczajnych wydatków chorobowych jest objęcie ochroną, oprócz klasycznych kosztów związanych z niedołęstwem (opieki długoterminowej), katastroficznych ryzyk chorobowych, które najczęściej są wyłączone z zakresu klasycznych polis ubezpieczeniowych.

W związku ze zmianami ubezpieczenia zdrowotnego w 2006 roku, zakres ubezpieczenia nadzwyczajnych wydatków chorobowych został zmieniony. Zamiast listy świadczeń, których ryzyko poniesienia kosztów jest objęte ochroną ubezpieczeniową, wprowadzono listę „funkcji”, z których koszty wypełniania są objęte ochroną. Celem tej zmiany była koncentracja na potrzebach ubezpieczonych a nie na możliwościach świadczenia opieki – zmiana z modelu podażowego na popytowy. Jest to zgodne z najnowszymi tendencjami w polityce ochrony zdrowia, czyli dążeniem do personalizacji opieki.⁴⁵ Obecnie w ramach tego systemu objęte ochroną są koszty, jakie są związane z wypełnianiem określonych zakresów zdefiniowanych w 6 obszarach:⁴⁶

- opieka osobista (ang. *personal care*) – w zakresie podstawowych czynności np. pomoc w kąpielu, ubieraniu, goleniu, chodzeniu, spożywaniu posiłków,
- opieka pielęgniarska np. robienie zastrzyków, przeprowadzenie szkoleń w zakresie samoopieki, postępowania w razie ataków choroby,
- poradnictwo w zakresie wspierania np. pomoc w organizacji dziennych czynności, obowiązków czy opieki, opieka w zakresie czynności instrumentalnych,

44. *Ibidem*, s. 2.

45. *Ibidem*, s. 3.

46. Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands <http://www.minvws.nl/en/themes/exceptional-medical-expenses-act/default.asp>

- poradnictwo w zakresie aktywizacji np. pomoc w zmianie nawyków, informacje na temat dobrych nawyków,
- terapia np. opieka w zakresie pewnych przypadłości (poważnego roztargnienia, zapominania), rehabilitacja po zawale serca,
- zakwaterowanie np. przebywanie w domach opieki.

Same świadczenia udzielane w ramach systemu przyjmują formę produktów, które zawierają w sobie jedną bądź więcej funkcji. Produktami są m.in. opieka domowa czy opieka w domu dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Przykładowo: osoba po ciężkim udarze mózgu przechodząca rekonwalescencję powinna otrzymać świadczenia z zakresu 4 funkcji: opieka osobista, opieka pielęgniarska, terapia oraz zakwaterowanie. Te 4 funkcje spełniane są przez dom dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zatem świadczenie jakie powinna osoba otrzymać w ramach AWBZ to pokrycie kosztów pobytu w takim domu.⁴⁷

Obok świadczeń związanych z funkcjami ubezpieczeni mają prawo do materiałów pielęgniarstkich, świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu (po upływie roku hospitalizacji), rehabilitacji (po upływie roku rehabilitacji), opieki w czasie ciąży, badań w zakresie dziedzicznych chorób metabolicznych, szczepień wpisanych w narodowy program szczepień.⁴⁸

Prawo do świadczeń przysługuje wszystkim rezydentom bez względu na wiek, dochód oraz narodowość.⁴⁹ W systemie również nie jest stosowany okres wyczekiwania.⁵⁰ Jednakże zakres świadczeń zależy od tego, jaki jest zakres niezbędnej opieki. Całościowa oraz obiektywna ocena zakresu niezbędnych świadczeń w ramach konieczności realizacji zdefiniowanych w systemie funkcji dokonywana jest przez niezależną organizację CIZ.⁵¹ W holenderskim systemie świadczeń długoterminowych przysługują jedynie świadczenia rzeczowe (w postaci opieki otwartej, półotwartej i zamkniętej), jednakże ustawodawca przewidział możliwość zamiany świadczeń rzeczowych na budżet opieki osobistej, który powinien być przeznaczony na zakup świadczeń pielęgnacyjnych przez pacjenta. Prawo do takiego budżetu przysługuje, gdy świadczenia będą udzielane przez okres powyżej 3 miesięcy, oraz gdy nie są związane z funkcjami zakwaterowania czy terapią.⁵² Dodatkowo, w ramach opieki otwartej, świadczeniobiorca, obok świadczeń pielęgniarstkich i opiekuńczych, może otrzymać sfinansowanie wypożyczenia sprzętu pielęgniarstkiego na okres 26 tygodni (*maximum*).⁵³

Wszystkie osoby powyżej 18. roku życia są zobowiązane do pokrycia części kosztów udzielanych świadczeń. Wysokość dopłaty uzależniona jest od dochodu świadczeniobiorcy oraz miejsca zamieszkania (tj. czy opieka udzielana jest w domu czy w formie stacjonarnej).⁵⁴ Wysokość dopłat w 2007 roku kształtowała się następująco:⁵⁵

47. *MISSOC-INFO 02/2006...*, *op. cit.*, s. 4.

48. *MISSOC-INFO 02/2006...*, *op. cit.*, s. 4.

49. *Mutual Information System on Social Protection*, *op. cit.*, s.120.

50. Jest to okres, w którym, mimo opłacania składki ubezpieczeniowej, nie przysługuje prawo do świadczeń.

51. Ministry of Health, *Welfare and Sport in Netherlands* <http://www.minvws.nl/en/themes/exceptional-medical-expenses-act/default.asp>

52. *MISSOC-INFO 02/2006...*, *op. cit.*, s. 1.

53. *Mutual Information System on Social Protection*, *op. cit.*, s.120.

54. *Ibidem*, s.120.

55. *Ibidem*, s.123.

- dla opieki domowej oraz krótkoterminowego pobytu w domu opieki dla osób psychicznie chorych: 12 euro/godzinę (max. 544,20 euro za 4 tygodnie),
- dla stacjonarnej opieki długoterminowej:
 - max. 715,00 euro dla osób o niskich dochodach (w dolnej skali podatkowej),
 - max. 1773,40 euro dla osób o wysokich dochodach (w górnej skali podatkowej).

10. Partnerstwo publiczno-prywatne – „konsumencka” ocena systemu

Ze względu na różnorodność rozwiązań systemowych występujących na świecie w ramach zabezpieczenia zdrowotnego nie jest możliwe bezpośrednie porównanie systemów oraz ich ocena. Porównania oraz oceny powinny być wielopłaszczyznowe. Takie porównanie systemów ochrony zdrowia funkcjonujących w ramach Unii Europejskiej dokonywane jest od 2005 roku na podstawie Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (ang. *Euro Heath Consumer Index*).⁵⁶ Indeks ten tworzony jest na podstawie analizy 5 grup czynników:⁵⁷

- prawa pacjenta oraz informacje – prawo zabezpieczenia zdrowotnego bazujące na prawach pacjenta, zaangażowanie organizacji pacjentów w proces decyzyjny, prawo do drugiej opinii, dostęp do danych elektronicznych na temat leczenia, katalog świadczeniodawców wraz z rankingiem, całodobowy dostęp do informacji zdrowotnej,
- czas oczekiwania na wizytę – do lekarza rodzinnego (w tym samym dniu), bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty, planowane operacje poniżej 90 dni, terapia nowotworowa poniżej 21 dni, magnetyczny rezonans jądrowy poniżej 7 dni,
- hojność systemu publicznego – operacje katarakty na 100 000 osób, szczepienia niemowląt, przeszczepy nerek, opieka dentystyczna,
- wyniki – śmiertelność z powodu zawału serca, zgony niemowląt na 1000 urodzeń, 5-letnia przeżywalność chorych na nowotwory, potencjalna liczba straconych lat, zachorowania na gronkowca,
- farmaceutyki – dopłaty do leków na receptę, tempo rozwoju nowych leków na nowotwory, dostęp do nowych leków.

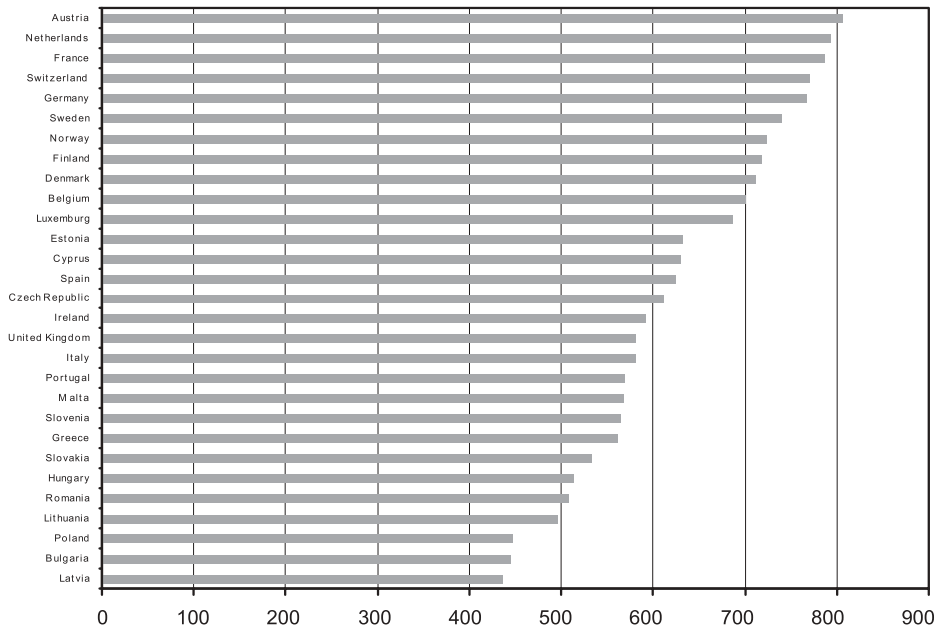
Po dokonaniu oceny powyższych czynników przyznawano (ważone) punkty, których łączna maksymalna liczba wynosiła 1000. Na podstawie analizy uzyskanych wyników (Wykres 1), można stwierdzić, że tylko jeden kraj – Austria – w ponad 80 proc. spełnia wymagania stawiane przez konsumentów (pow. 800 punktów). Holandia natomiast zajmuje drugie miejsce w rankingu z 794 punktami. Najślabszą ocenę otrzymały jedynie trzy oceniane obszary: ubezpieczenie na wypadek błędów lekarskich, bezpośredni dostęp do specjalisty, opieka dentystyczna. Pozostałe parametry oceny otrzymały noty „średnia” (10 obszarów) oraz „dobra” (14 obszarów).⁵⁸

56. *Euro Heath Consumer Index*, Heath Consumer Powerhouse, 2007, s. 1.

57. *Ibidem*, s. 19-20.

58. *Ibidem*, s. 19-20.

Wykres 2. Euro Health Consumer Index 2007



Źródło: Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, 2007, s. 20

Dr **BARBARA WIĘCKOWSKA** jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej.

Bibliografia

1. Daley C., Gubb J., *Health reform in the Netherlands*, Civitas – Institute for the Study of Civil Society, 2007.
2. *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse, 2007.
3. *European Experiences with Long-Term Care*, AARP European Leadership Study, październik 2006.
4. http://www.pascenter.org/publications/publication_home.php?id=542
5. Expatica Communications B.V. <http://www.expatica.com/nl/survival/health/Healthcare-in-the-NL.html>
6. den Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R., *Health Care Systems in Transitions: Netherlands*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems and Policies, Kopenhaga, 2004.
7. Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz-Toruń 2006.

8. *The new health care system in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands. <http://www.minvws.nl/en/folders/z/2006/the-new-health-insurance-system-in-three-languages.asp>
9. Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands <http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>
10. MISSOC-INFO 02/2006 *Long-term Care in Europe*.
11. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_info_en.htm
12. van Montfort G., von der Hijden E.J.E., *A new health insurance system for the Netherlands* [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, B. Samoliński (red.), Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2006.
13. *Mutual Information System on Social Protection, Comparative Tables*. Part 5: Luxembourg, Hungary, Malta, The Netherlands, European Commission 2007.
14. *Obligatory health insurance in Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport in Netherlands, <http://www.minvws.nl/en/folders/z/2008/obligatory-health-insurance1.asp>
15. Poździoch S., Holandia [w:] C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
16. *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands*, Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec 2008.
17. Samorząd zakładów ubezpieczeń zdrowotnych – Zorgverzekeraars Nederland, http://www.zn.nl/international/issues/cross_border_healthcare/factsfigures/index.asp.
18. Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

Public-private partnership in the field insurance solutions within health protection system – exemplified by the Netherlands – summary

The article describes public-private partnership (PPP) within public healthcare protection in Netherlands. PPP in this sector consist in implementing private healthcare insurance products in basic social protection system. Healthcare system in Netherlands is perceived as the second best healthcare system within European Union.

The Author put attention to the financial side of the system. There were described ex-ante contributions (flat rate contribution, income-related contribution) and ex-post contribution (risk-adjustment contribution). The last part of the article concerns exceptional medical expenses insurance, that can be viewed as a type of long-term care insurance.