

JAKUB OWOC

## Ubezpieczenia zdrowotne – szanse i zagrożenia

*Prywatne i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne nie odgrywają znaczącej roli w finansowaniu opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych. Jednocześnie tematyka tego rodzaju ubezpieczeń jest bardzo złożona, a ich funkcje w poszczególnych krajach potrafią się znacznie różnić, dostosowując do kształtu systemu publicznego. Ponieważ prywatne źródła finansowania opieki zdrowotnej odgrywają coraz większą rolę w finansowaniu opieki zdrowotnej, można się spodziewać, że dotyczyć to będzie również prywatnych ubezpieczeń. Artykuł opisuje różne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonujących na świecie oraz, przede wszystkim, zagrożenia, jakie z nich wynikają, co zwykle pomija się w dyskusji na ten temat w Polsce.*

Różnorodność i kompleksowość funkcjonowania systemów ochrony zdrowia na świecie skutkuje także różnorodnością form i roli ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez prywatnych ubezpieczycieli. Dostosowują się one do specyfiki poszczególnych systemów publicznych, niosąc za sobą zarówno korzyści jak i pewne zagrożenia.

Prywatne ubezpieczenia gwarantujące dostęp do opieki zdrowotnej w znakomitej większości krajów mają nieduży udział w finansowaniu systemów ochrony zdrowia. Tezy takie płyną z poważnych analiz autorstwa m.in. Komisji Europejskiej<sup>1</sup>, Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju<sup>2</sup>, czy firmy konsultingowej PriceWaterhouseCoopers.<sup>3</sup>

Co więcej, prawie wszystkie formy ubezpieczeń prywatnych działające w korelacji z systemem/płatnikiem publicznym lub obok niego (tak jak w Polsce) mają większe lub mniejsze ułomności i nie rozwiązują wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej. Często pozwalają lepiej sytuowanej części społeczeństwa korzystać z wyższej jakości usług medycznych, lepszych warunków pobytu w szpitalu czy szybszego dostępu, co jest kluczowym czynnikiem ich rozwoju w Polsce. Budzi to wątpliwości, przede wszystkim, z punktu widzenia solidaryzmu społecznego, który jest wska-

---

1. *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27 lutego 2002 r., s. 3

2. *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD 2004, s. 11

3. *Healthy Choices: The changing role of the health insurer*, PriceWaterhouseCoopers, październik 2006, s. 8

zywany jako jedna z najbardziej pożądanых cech systemów ochrony zdrowia niezależnie od szerokości geograficznej.

W wielu krajach (m.in. Francja, Australia, Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone<sup>4</sup>) dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują w korelacji z powszechnym systemem publicznym, pokrywając konieczność współfinansowania kosztów usługi medycznej lub gwarantując np. wybór lekarza i wyższy standard usług świadczonych publicznie. Takie rozwiązanie przenosi część kosztów na pacjentów, racjonalizując liczbę udzielanych świadczeń i odciążając płatnika publicznego. Kryje się za tym przekonanie ustawodawcy, że osoba, która za każde udzielone świadczenie będzie musiała częściowo dopłacić, nie będzie z nich korzystać z błędnego powodu. Z pozoru jest to prawdą i sprawdziło się np. na Słowacji, gdzie drobne kwoty za każdą wizytę, czy pobyt w szpitalu sprawiły, że spadła liczba udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a liczba poważniejszych pozostała bez zmian (mimo osiągniętego celu, współpłatności zostały ze względów politycznych zniesione)<sup>5</sup>. Jeśli jednak wysokość współpłatności nie jest symboliczna, pojawia się pole do funkcjonowania ubezpieczeń komplementarnych. Klient wykupuje dodatkowe ubezpieczenie, które chroni go przed ryzykiem bezpośrednich wydatków w razie choroby. Pozornie korzyści odnoszą wszyscy: pacjent (ubezpieczenie pokrywa ewentualne dopłaty), ubezpieczyciel (zarabia, udzielając ochrony) i państwo (nie ponosi całości kosztów medycznych). Jednak przy takim kształcie systemu pojawia się zjawisko hazardu moralnego. Osoba posiadająca ubezpieczenie, chcąc wykorzystać posiadaną przez siebie polisę, może lekarza odwiedzać także i z błędnego powodu. Takie prawidłowości zaobserwowano m.in. w Stanach Zjednoczonych<sup>6, 7</sup>, Nowej Zelandii<sup>8</sup>, czy Francji. Na przykład na przestrzeni jednego miesiąca, prawdopodobieństwo, że ubezpieczony dodatkowo obywatel Francji pójdzie do lekarza jest aż o 84 proc. większe, niż w przypadku osoby nieubezpieczonej<sup>9</sup>. W konsekwencji mimo pozornych oszczędności, państwo może ponosić dodatkowe koszty.

Hazard moralny jest charakterystyczny także dla, mającej prospołeczny charakter, zasady *community rating* stosowanej w niektórych krajach (m.in. Irlandia, Australia, niektóre stany w USA). Polega ona na stosowaniu jednakowych składek ubezpieczeniowych dla wszystkich, niezależnie od wieku, płci, czy jakiegokolwiek innego czynnika ryzyka. Przepisy zazwyczaj nie regulują ich nominalnej wysokości (ubezpieczyciele potrzebują narzędzia konkurencji), a jedynie narzucają konieczność stosowania jednakowej stawki dla każdej osoby dla danego zakresu świadczeń. W konsekwencji takich regulacji ubezpieczyciele muszą uśredniać stawki dla całej populacji sprawiając, że osoby starsze płacą składki zaniżone, a osoby młodsze zawyżone. Zniechęca to do dodatkowego ubezpieczenia osoby

4. Częściowe płatności za usługi medyczne oferowane w ramach publicznego programu ochrony zdrowia Medicare przeznaczonego dla osób starszych (od 65 roku życia).

5. Peter Pažitný, prezentacja *Slovak Health Reform. Courage to Reforms*, Warszawa 2008

6. N. McCall, T. Rice, J. Boismier, R. West, *Private health insurance and medical care utilization: evidence from the Medicare population*, Inquiry, Vol. 28, 1991

7. Rezaul K. Khandker, Lauren A. McCormack, *Medicare Spending by Beneficiaries with Various Types of Supplemental Insurance*, Medical Care Research and Review, Vol. 56, No. 2, 1999

8. Linda J. Blumberg, Ph.D., *The Effect of Private Health Insurance Coverage on Health Services Utilisation in New Zealand*, Fulbright New Zealand, czerwiec 2006, s. viii

9. Thomas C. Buchmueller, Agnes Couffinal, *Private...*, op.cit., s. 15

młode, które nie dość, że płacą realnie więcej, to znacznie rzadziej chorują, a zachęca starsze, płacące mniej w stosunku do rzeczywistego ryzyka. Prowadzi to do wzrostu kosztu udzielanych ogółem świadczeń i skutkuje koniecznością podnoszenia składek ubezpieczeniowych, ograniczając tym samym dostęp do ubezpieczenia prywatnego.

W Australii, gdzie od wielu lat stosowana jest zasada *community rating*, aby wyeliminować powyższe ułomności (tamtejsze ubezpieczenie dodatkowe obejmuje przede wszystkim wyższy standard zakwaterowania w szpitalu) zastosowano mechanizm, zgodnie z którym osoby powyżej 30 roku życia nie posiadające prywatnego ubezpieczenia muszą płacić wyższą składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Dodatkowo wykupienie prywatnej polisy po 30 roku życia skutkuje wyższą o 2 proc. składką<sup>10</sup>. Taki legalny szantaż w połączeniu z całym systemem ulg i dopłat wymaga zastanowienia, czy rozwiązania takie są rzeczywiście korzystne z punktu widzenia efektywności kosztowej funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Co więcej, w Australii również zaobserwowano zjawisko zwiększonej użycia świadczeń przez osoby posiadające ubezpieczenie prywatne<sup>11</sup>.

W przypadku większości ubezpieczeń dodatkowych trzeba się liczyć także ze zjawiskiem selekcji negatywnej, które polega na tym, że ubezpieczenie zdrowotne nabywają osoby wiedzące, że w najbliższej przyszłości z niego skorzystają. Ponownie może to prowadzić do wzrostu wysokości stawek ubezpieczeniowych, ponieważ muszą one pokryć koszt świadczeń dla osób częściej/bardziej chorych.

Przepisy i kształt systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w Polsce wymusił rozwój ubezpieczeń niezależnych od systemu publicznego, zwanych czasem suplementarnymi lub podwójnymi<sup>12</sup> (w tym również, a nawet przede wszystkim paraubezpieczeń, czyli abonamentów). Nie jest to rozwiązanie charakterystyczne tylko dla Polski, ale też niezbyt często spotykane, ponieważ kraje rozwinięte zazwyczaj starają się wykorzystywać strumień prywatnych środków do poprawy funkcjonowania systemów publicznych. Nie oznacza to jednak, że nie mają na niego wpływu. W świetle doświadczeń z opisanymi wyżej ubezpieczeniami komplementarnymi, można uznać, że lepiej odciążają one system publiczny, ponieważ pacjent leczący się prywatnie nie korzysta ze świadczeń publicznych. W większych miastach Polski ma to skutek wręcz zbawienny, ponieważ trudno sobie wyobrazić, co by się stało, gdyby nagle zamknąć wszystkie placówki abonamentowe (z których korzystają również ubezpieczyciele) np. w Warszawie. Tym samym ubezpieczenia te w żaden sposób nie stymulują poprawy funkcjonowania systemu publicznego i maskują jego nieefektywność. Nie bez powodu ubezpieczenia takie nazywa się ubezpieczeniem od złego funkcjonowania publicznej służby zdrowia.

Opisane wyżej prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają charakter dobrowolny i nie zastępują publicznej opieki, a jedynie ją uzupełniają. W krajach rozwiniętych są również

---

10. Francesca Colombo, Nicole Tapay, *Private Health Insurance in Australia. A Case Study*, OECD 2003, s. 22

11. *Ibidem*. s. 28-29

12. Brak jest jednolitej przyjętej klasyfikacji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Różne opracowania przyjmują różny podział. Np. OECD wyróżnia pięć form (*primary principal, primary substitute, duplicate, complementary, supplementary*), Komisja Europejska stosuje podział na trzy rodzaje (*substitutive, complementary, supplementary*), a PriceWaterhouseCoopers tylko dwa (*substitutive* uwzględniający dla uproszczenia również *supplementary* oraz *duplicate*)

przykłady systemów, gdzie brak jest płatnika lub płatników publicznych, a funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia zostało powierzone instytucjom prywatnym. Warto w tym kontekście pobieżnie przyjrzeć się dwóm takim systemom tj. amerykańskiemu i holenderskiemu.

Stany Zjednoczone, jako jeden z niewielu krajów rozwiniętych, nie posiada powszechnego systemu ochrony zdrowia<sup>13</sup>. Opieka zdrowotna jest realizowana w całości przez prywatnych ubezpieczycieli, którzy wysokość składek ustalają zależnie od ponoszonego ryzyka. Pracodawcy mogą, ale nie muszą płacić składek zdrowotnych za swoich pracowników (60 proc. osób posiada ubezpieczenie zdrowotne poprzez swojego pracodawcę<sup>14</sup>). Taki liberalizm ma daleko idące konsekwencje, dowodzące, że wolny rynek w ochronie zdrowia nie zawsze się sprawdza. Stany Zjednoczone wydają najwięcej na ochronę zdrowia, zarówno w wartościach nominalnych, jak i w stosunku do PKB. W 2005 r. osiągnęły one poziom 15,2 proc. PKB<sup>15</sup> i mają pozostać w trendzie wzrostowym osiągając w 2016 r. 19,6 proc. PKB<sup>16</sup>. Mimo tego ok. 16 proc. społeczeństwa (47,5 mln osób) nie posiada ubezpieczenia i za opiekę zdrowotną musi płacić z własnej kieszeni<sup>17</sup>. Rachunki szpitalne stanowią główną przyczynę osobistego bankructwa<sup>18</sup>. Osoby nieubezpieczone, ze względu na koszty unikają wizyt lekarskich i w konsekwencji trafiają do szpitali w zaawansowanych stadiach choroby, kiedy koszty leczenia są ogromne. W badaniach przeprowadzonych w 2003 r. oszacowano, iż w 2001 r. osoby nieubezpieczone otrzymały dostęp do świadczeń zdrowotnych o wartości 35 miliardów dolarów, za które nie zapłaciły. W przeliczeniu na osobę wartość ta stanowi około połowy wartości świadczeń otrzymywanych przez osoby ubezpieczone<sup>19</sup>. Mimo stosowania najnowocześniejszych technologii medycznych, w 2000 r. ogólna jakość amerykańskiego systemu ochrony zdrowia została sklasyfikowana przez Światową Organizację Zdrowia na 37. miejscu. Ten sam raport ocenił zdrowie Amerykanów na 72. miejscu spośród 191 państw uwzględnionych w badaniu<sup>20</sup>. Te podstawowe fakty obrazują ułomności, jakie wynikają ze zbyt wolnorynkowego i liberalnego systemu ochrony zdrowia.

Na drugim biegunie systemów w dużej mierze prywatnych jest Holandia<sup>21</sup>, gdzie podstawowy filar opieki zdrowotnej ma charakter partnerstwa publiczno-prywatnego. Rola państwa ogranicza się do roli nadzorczo-regulacyjnej, a funkcjonowanie systemu

13. W USA brak jest obowiązkowych składek zdrowotnych, choć duża część całkowitych wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze środków publicznych poprzez instytucje Medicare (opieka gwarantowana osobom powyżej 65 roku życia) oraz Medicaid (opieka dla osób ubogich)

14. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*, U.S. Census Bureau. Sierpień 2007, s. 18

15. *World Health Statistics 2008*, [www.who.int](http://www.who.int)

16. Nainil C. Cheda, *The Not so Short Introduction to Health Care in US*, luty 2007, s. 5

17. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States...* Op. cit., s. 18

18. David U. Himmelstein, Elizabeth Warren, Deborah Thorne, and Steffie Woolhandler, *Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy*, Health Affairs journal 2005, s. 3

19. J. Hadley, J. Holahan, *How Much Medical Care Do the Uninsured Use and Who Pays for It*. Health Affairs 2003, s. 45

20. *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving Performance*, [www.who.int](http://www.who.int), s. 155.

21. System holenderski został szczegółowo opisany w nr 01/2009 Wiadomości Ubezpieczeniowych

opiera się na prywatnych ubezpieczycielach. Holandia zdecydowała się na silnie regulowany system rynkowy, a jego podstawowe cechy to:

- powszechna, obowiązkowa składka zależna od dochodu,
- możliwość wyboru ubezpieczyciela przez ubezpieczonego,
- brak możliwości odmowy ubezpieczenia i brak oceny ryzyka,
- system wyrównawczy rekompensujący ubezpieczycielom koszty ponoszone na osoby o większym ryzyku zdrowotnym.

Tak skonstruowane ramy prawne wykorzystują mechanizmy rynkowe (konkurencja między prywatnymi ubezpieczycielami, świadczeniodawcami oraz wolny wybór konsumentów) stymulujące efektywność, ograniczając prawnie największą ułomność prywatnych ubezpieczeń, tj. selekcję negatywną zarówno po stronie ubezpieczycieli (brak oceny ryzyka i możliwości odmowy), jak i ubezpieczonych (*de facto* poprzez powszechność systemu). W sporządzanym przez organizację Health Consumer Powerhouse do rocznym raporcie na temat jakości europejskich systemów ochrony zdrowia pt. „Euro Health Consumer Index”, Holandia zajęła pierwsze miejsce w 2008 r. oraz drugie w 2007 r.<sup>22</sup>. (zaledwie rok po wprowadzeniu w 2006 r. całej reformy). Pokazuje to jak efektywnie można wykorzystywać ubezpieczenia prywatne w systemie publicznym.

## Podsumowanie

W Polsce debata publiczna o wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń toczy się od bardzo wielu lat. Żaden z wielu dotychczasowych projektów rządowych nie został nigdy wdrożony. Przysłuchując się medialnej debacie na ten temat można odnieść wrażenie, że wiele osób – wliczając w to państwowych decydentów – traktuje dodatkowe ubezpieczenia jako *panaceum* na wiele obecnych problemów systemu ochrony zdrowia. Praktyka wielu krajów pokazuje jednak, że wcale nie musi tak być, a niewłaściwie skonstruowana formuła ubezpieczeń dodatkowych może mieć efekt odwrotny do zamierzonego.

*JAKUB OWOC jest specjalistą w Polskiej Izby Ubezpieczeń.*

*Recenzenci: prof. dr hab. Tadeusz Szumlisz, dr Wojciech Nagel.*

## Wykaz źródeł

*Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27 lutego 2002 r.  
*Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD 2004  
*Healthy Choices: The changing role of the health insurer*, PriceWaterhouseCoopers, październik 2006, Francesca Colombo, Nicole Tapay, *Private Health Insurance in Australia. A Case Study*, OECD 2003

---

22. *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse 2008 i 2007, s. 1

Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006, U.S. Census Bureau. Sierpień 2007

World Health Statistics 2008, [www.who.int](http://www.who.int)

The World Health Report 2000 – *Health systems: Improving Performance*, [www.who.int](http://www.who.int)

Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse 2008 i 2007

Peter Pažitný, prezentacja „Slovak Health Reform. Courage to Reforms”, Warszawa 2008

N. McCall, T. Rice, J. Boismier, R. West, *Private health insurance and medical care utilization: evidence from the Medicare population*, Inquiry, Vol. 28, 1991

Rezaul K. Khandker, Lauren A. McCormack, *Medicare Spending by Beneficiaries with Various Types of Supplemental Insurance*, Medical Care Research and Review, Vol. 56, No. 2, 1999

Linda J. Blumberg, Ph.D., *The Effect of Private Health Insurance Coverage on Health Services Utilisation in New Zealand*, Fulbright New Zealand, czerwiec 2006, s. viii

Nainil C. Cheda, *The Not so Short Introduction to Health Care in US*, luty 2007

David U. Himmelstein, Elizabeth Warren, Deborah Thorne, and Steffie Woolhandler, *Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy*, Health Affairs journal 2005

J. Hadley, J. Holahan, *How Much Medical Care Do the Uninsured Use and Who Pays for It*. Health Affairs 2003

## Health insurance – chances and threats – summary

*Private or voluntary health insurance does not play a significant role in most of the developed countries. Yet it is a very complex issue and health insurance fulfills different roles that depend mainly on how the public system is set up. As private sources of financing the health care provision grow in importance, the article takes a look at different PHI types and their role in the system. The long-lasting discussion on introducing a system of PHI in Poland focuses on its capability to provide additional funds, ignoring potential threats that stem from different PHI types.*