



Executive Summary

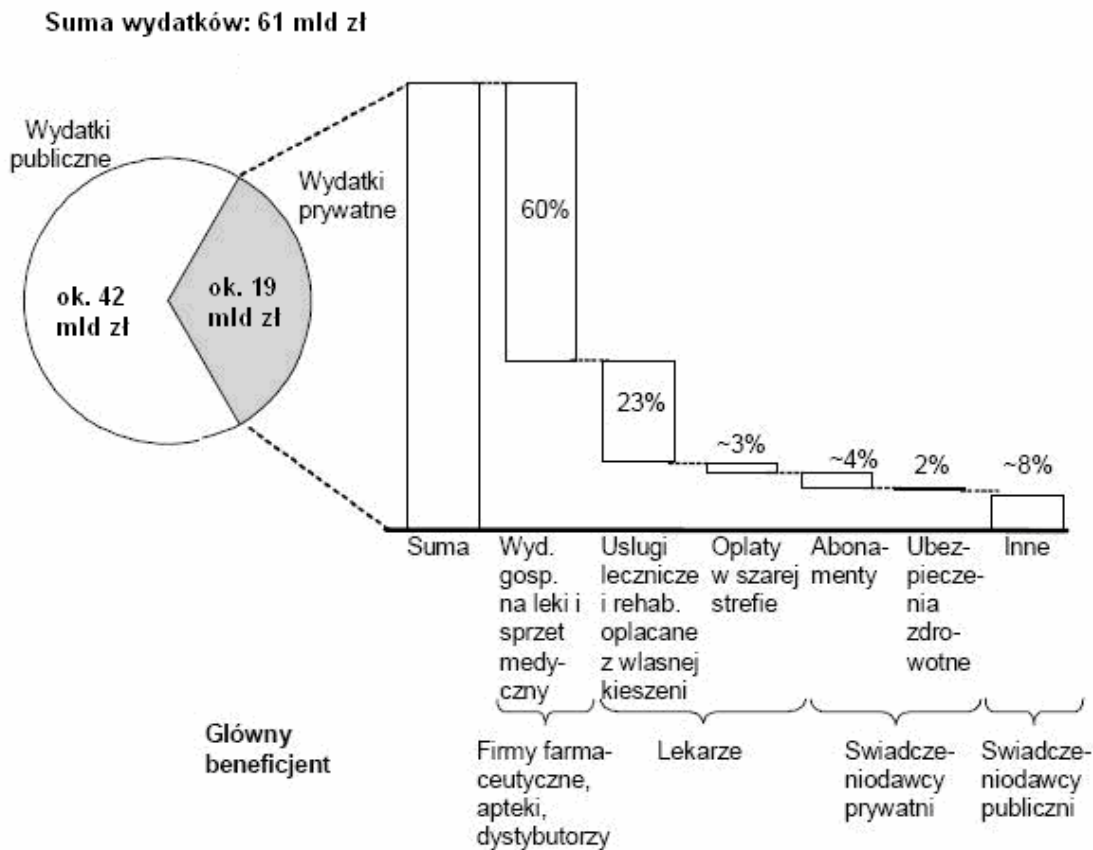
Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce Koncepcja Polskiej Izby Ubezpieczeń

Pomimo rosnącego poziomu składki na powszechne ubezpieczenia zdrowotne oraz wzrostu przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego skutkiem rosnących zarobków oraz spadku bezrobocia, w systemie ochrony zdrowia w Polsce stale obecny jest niedobór środków. Skutkuje to długim oczekiwaniem pacjentów na liczne świadczenia zdrowotne lub, w sytuacji ich realizacji przez świadczeniodawców ponad zakontraktowane wielkości, rosnącym zadłużeniem większości publicznych placówek służby zdrowia. Do wymienionych problemów należy dodać utrzymującą się, w pełni uzasadnioną, presję pracowników na wzrost wynagrodzeń.

Dlatego reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce wymaga takich rozwiązań, które przy dopływie dodatkowych środków poprawią jego efektywność finansową, racjonalność wykorzystania środków oraz przede wszystkim opiekę zdrowotną, dzięki wyższej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Polska Izba Ubezpieczeń proponuje wprowadzenie takich zmian systemowych, które pozwolą na **konkurencję pomiędzy płatnikami za świadczenia zdrowotne**. Uważamy, że optymalnym rozwiązaniem mogącym poprawić finansową sytuację polskiego systemu ochrony zdrowia, na co wskazują także doświadczenia międzynarodowe, jest **dopuszczenie do zarządzania środkami publicznymi pochodzącymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obok funduszy publicznych, także Prywatnych Funduszy Zdrowia (PFZ)**. Tak wytworzona konkurencja na poziomie płatników, doprowadzi do podniesienia efektywności systemu, gdyż każda osoba, spełniająca kryteria przystąpienia do prywatnego funduszu, będzie jego klientem, a nie petentem, jak to ma miejsce obecnie w Narodowym Funduszu Zdrowia. **Zwiększenie liczby instytucji zarządzających składką zdrowotną doprowadzi w konsekwencji do poprawy jakości i organizacji dostarczanych świadczeń zdrowotnych.**

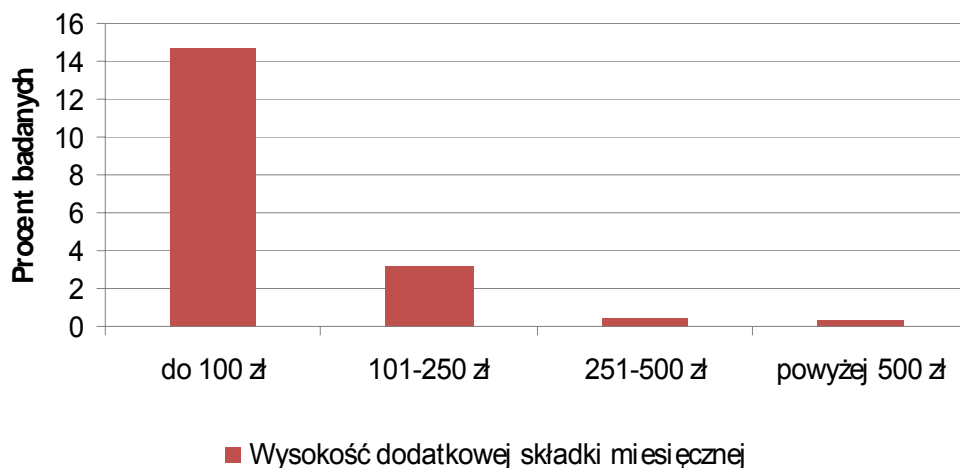
Wykres 1. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce w 2005 roku, w mld PLN.



Źródło: GUS, obliczenia własne.

Polska Izba Ubezpieczeń proponuje wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze dobrowolnym, ale przy takiej organizacji systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, aby w kolejnych latach, wraz z rosnącą zamożnością polskiego społeczeństwa, miały one charakter masowy, jak we Francji, Holandii czy Australii. Przeprowadzone w 2007 r. badania „Diagnoza Społeczna 2007” pokazuje, że 18,8% badanych deklaruje chęć skorzystania z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Większość z tych osób jest gotowa płacić nie więcej niż 100 zł miesięcznie. Obecnie prywatne wydatki Polaków na ochronę zdrowia wynoszą około 20 mld złotych, ale tylko nieznaczna część z tych środków trafia do świadczeniodawców publicznych. **Rozwiązanie proponowane przez PIU, w którym prywatne ubezpieczenia zdrowotne miałyby charakter masowy** oznacza, że część ze środków stanowiących ubezpieczenia prywatne trafiłaby właśnie do świadczeniodawców publicznych, obsługujących w chwili obecnej Polaków korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Byłyby to z pewnością głównie szpitale, ale także specjalistyczne leczenie ambulatoryjne oraz centra diagnostyczne i rehabilitacyjne.

Wykres 2. Deklarowane zainteresowanie prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.



Źródło: Badania „Diagnoza społeczna 2007”.

Proponujemy, aby prywatne fundusze zdrowia, obok zarządzania środkami pochodzącymi ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pobierały składkę dodatkową. Ze względu na rodzaj prowadzonej działalności do tworzenia prywatnych funduszy zdrowia upoważnione byłyby zakłady ubezpieczeń działu II posiadające licencję na prowadzenie ubezpieczeń grupy 2. Zdaniem Izby nie ma potrzeby tworzenia w Polsce odrębnego działu ubezpieczeń zdrowotnych. Istniejące obecnie prawo ubezpieczeniowe jest wystarczające, o czym świadczą oferty kilku zakładów ubezpieczeń działających już na rynku zdrowotnym.

Proponujemy wprowadzenie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, który składałby się z dwóch elementów:

- stawki kapitacyjnej pochodzącej ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- składki dodatkowej płaconej przez ubezpieczonego.

Osoby, które zdecydowałyby się na ubezpieczenie prywatne opłacane za siebie i swoją rodzinę, miałyby do wyboru szereg opcji ubezpieczeń dodatkowych oferowanych przez wybrany przez siebie prywatny fundusz zdrowia, poczynając od ubezpieczenia w standardzie podstawowym (w zakresie nie mniejszym, niż w systemie publicznym), aż po standard najwyższy umożliwiający np. konsultacje i leczenie za granicą, w zależności od swoich potrzeb, preferencji i możliwości.

W celu uzyskania poprawy sytuacji finansowej w całym systemie ochrony zdrowia w Polsce, kierując się odpowiedzialnością społeczną i zasadą solidaryzmu proponujemy, aby środki publiczne pochodzące ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego za osoby, które zdecydowały się na kupno prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowiły odpowiedni procent stawki kapitacyjnej przypadającej na każdego ubezpieczonego, uprawnionego do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. **W modelu finansowania opieki zdrowotnej proponowanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń, prywatny fundusz zdrowia otrzymywałby za każdego ubezpieczonego stawkę kapitacyjną, płatną z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oraz składkę dodatkową płaconą przez ubezpieczonego w wysokości uzależnionej od wybranego standardu.** Wartość obu

elementów zależałyby od wieku i płci osoby ubezpieczonej. Stawka kapitacyjna byłaby ustalana w zależności od wydatków systemu publicznego na świadczenia dla osób w określonym wieku i płci. Prywatny fundusz otrzymywałby 80% tak określonej stawki za osoby ubezpieczone w wieku od 4 do 60 lat, a w przypadku dzieci do lat 3 oraz osób powyżej 60 roku życia – 100% stawki.

Wysokość stawki kapitacyjnej ustalana byłaby przez nowo utworzony Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (na podstawie faktycznych wydatków funduszu publicznego, a później także funduszy prywatnych), a przekazywana do PFZ oraz publicznych funduszy zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgodnie z ustalonym algorytmem.

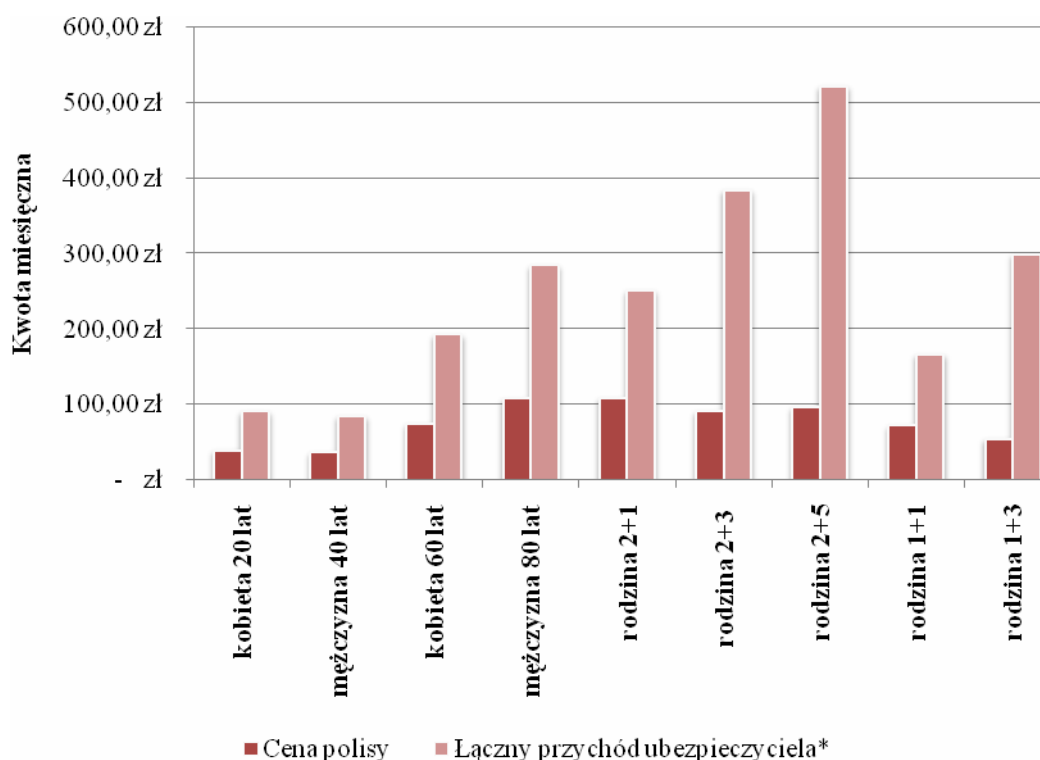
Za otrzymane środki, prywatny fundusz zdrowia oferowałby finansowanie kompleksowej opieki zdrowotnej oraz refundację cen leków w zakresie obowiązującym w Polsce, z wyłączeniem ratownictwa medycznego i procedur wysokospecjalistycznych, których finansowanie pozostałoby wyłączną domeną systemu publicznego.

Ubezpieczenie zdrowotne zawierane byłoby na rok kalendarzowy, a decyzję o przystąpieniu lub zmianie funduszu podejmowane byłyby w poprzednim roku, do określonego ustawowo terminu. Początkowo, tj. w pierwszym roku funkcjonowania system będzie otwarty dla wszystkich uprawnionych do 65 roku życia, a następnie w kształcie docelowym będzie otwarty dla osób do np. 55 roku życia. Osoby, które przystąpią do jednego z prywatnych funduszy zdrowia, opłacając regularnie składkę dodatkową zgodnie z wybranym przez siebie standardem ubezpieczenia, będą mogły korzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez ten fundusz do końca życia. Dla stabilizacji finansowej całego systemu proponujemy, aby w ciągu pierwszych trzech lat jego funkcjonowania nie można było zmieniać funduszu, a następnie zmiana częściej niż raz na dwa lata była odpłatna. Wysokość tej opłaty określiłby Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Fundusze, które weszłyby na rynek ubezpieczeń zdrowotnych później, niż w pierwszym roku funkcjonowania nowego systemu, miałyby obowiązek w pierwszym roku swojej działalności być otwarte (tak jak ich poprzednicy) dla osób uprawnionych do 65 roku życia. Taki mechanizm redukuje ryzyko dużych różnic w strukturze wiekowej klientów prywatnych funduszy zdrowia, które weszłyby na rynek w różnych latach.

W celu zwiększenia dostępności do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych rodzin wielodzietnych proponujemy, aby budżet Państwa opłacał część (lub całość) składki w standardzie podstawowym za każde dziecko w rodzinie z trójką lub większą liczbą dzieci. W ten sposób może zostać zniesiona bariera finansowa dostępu do ubezpieczeń prywatnych, deklarowana jako przeszkoda uniemożliwiająca wykupienie takiego ubezpieczenia w badaniu „Diagnoza społeczna 2007” przez rodziny z co najmniej trojgiem dzieci, pomimo zainteresowania posiadaniem takiego ubezpieczenia.

Wykres 3. Symulacja cen polis i przychodów ubezpieczyciela.



*Suma stawki kapitałowej przekazywanej z ubezpieczenia powszechnego i ceny polisy pokrywanej bezpośrednio przez ubezpieczonego oraz ewentualnej dopłaty do ubezpieczenia zdrowotnego dzieci w rodzinach wielodzietnych.

Źródło: Obliczenia własne IBS

W celu skoordynowania polityki lekowej i lepszej kontroli nad kosztami leków proponujemy, aby powstała nowa instytucja rozliczeniowa, która byłaby spółką akcyjną, utworzoną przez wszystkie publiczne i prywatne fundusze zdrowia. Pozwoli to na organizację jednego wspólnego systemu rozliczeń leków refundowanych, co z punktu widzenia kosztów ma niebagatelne znaczenie. Ponadto uważamy, że fundusze zdrowotne jako dysponenti środków na leki powinny mieć wpływ na kształt list leków refundowanych.

Proponowane przez Polską Izbę Ubezpieczeń zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce będą skutkowały:

- **zwiększeniem środków** na zakup świadczeń zdrowotnych dla całego społeczeństwa, bez podnoszenia poziomu podatków ani składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- **optymalizacją liczby świadczeń** zdrowotnych zakupywanych przez prywatne oraz publiczne fundusze zdrowotne poprzez dostosowanie ich liczby do realnych potrzeb ubezpieczonych;
- **ograniczeniem barier dostępu i szybszym rozładowywaniem kolejek do świadczeń**, które obecnie są skutkiem niedoboru środków i brakiem mechanizmów zarządzania na poziomie płatnika;
- **podniesieniem poziomu opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków**, poprzez zwiększenie dostępności i jakości świadczeń oraz wdrożenie mechanizmów związanych z zarządzaniem poziomem zdrowia ubezpieczonych w dłuższej perspektywie przez zastosowanie programów badań profilaktycznych i promocji zachowań prozdrowotnych;

- **optymalizacją wykorzystania zasobów po stronie świadczeniodawców, m.in. dzięki większej liczbie kontraktowanych świadczeń;**
- **konkurencją wśród świadczeniodawców o kontrakty płatników, co powinno skutkować podniesieniem jakości i optymalizacją ceny udzielanych świadczeń.**

Proponowany system cechuje:

- **prostota jego konstrukcji**, w szczególności dzięki brakowi zastosowania systemu wyrównawczego, którego rolę pełni zasada podziału składek z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na stawki kapitaacyjne zależne wyłącznie od płci i wieku;
- **zachowanie zasady solidaryzmu** między osobami o niskich i wysokich dochodach (prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest dobrowolne, a decyzja o jego wykupie przez osobę o ponadprzeciętnie wysokich dochodach oznacza pozostawienie w systemie publicznym znacznej części środków z jej składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne);
- **uzyskanie oszczędności w systemie publicznym**, które będą mogły być przekazane na świadczenia medyczne dla osób, które wybiorą korzystanie ze świadczeń finansowanych z systemu publicznego;
- **dopływ dodatkowych środków finansowych** do całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego statusu prawnego, **bez zwiększania obciążeń podatkowych;**
- **szeroki dostęp do prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od stanu zdrowia;**
- **możliwość dostępu do prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego dla osób starszych, a tym samym lepszej opieki zdrowotnej tej grupy społecznej.**

Według obliczeń wykonanych w trakcie przygotowywania propozycji PIU, wielkość rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, przy założeniu, że systemem tym objętych będzie 15% ludności – tj. 5,8 mln ludzi, przy bazowej składce dodatkowej w standardzie podstawowym wynoszącej 50 zł miesięcznie - to co najmniej 3,5 mld złotych. Oprócz tego prywatne fundusze zdrowia dostaną 4,9 mld zł stawek kapitaacyjnych pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to łącznie kwota 8,4 mld zł.

Takie założenia oznaczają dodatkowy napływ środków do systemu ochrony zdrowia w kwocie 3,5 mld zł oraz pozostanie w systemie publicznym 0,7 mld zł (20 proc. stawek kapitaacyjnych), które będzie można przeznaczyć na dodatkowe świadczenia dla osób pozostających w systemie publicznym.

Wielkość przychodów z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie wzrastać wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa. Doświadczenia innych państw pokazują, że opieka zdrowotna jest dobrem, na które popyt rośnie szybciej od wzrostu dochodów.

W celu zwiększenia liczby osób objętych ubezpieczeniem prywatnym przewidujemy, że produkty oferowane przez poszczególne fundusze byłyby aktywnie dystrybuowane, podobnie jak inne produkty ubezpieczeniowe czy emerytalne zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Analiza SWOT proponowanych zmian:

Zalety:

- konstytucyjność;
- prostota;
- zasada solidaryzmu, zwiększająca szanse na polityczną i społeczną akceptację;
- możliwa powszechność posiadania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- możliwość korzystania z finansowania świadczeń zdrowotnych przez prywatne fundusze zdrowia niezależnie od miejsca zamieszkania (system otwarty dla mieszkańców miast i wsi);
- zorganizowany dodatkowy dopływ środków do całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego statusu właścicielskiego;
- zbudowanie stałych zdrowych relacji pomiędzy płatnikami i świadczeniodawcami;
- stworzenie mechanizmów konkurencji zarówno płatników, jak i świadczeniodawców o pacjenta, którego zdrowie i zadowolenie stanie się wartością przewodnią systemu.

Wady:

- proponowane zmiany wymagają zmian szeregu ustaw, a to wymaga czasu (od roku do 2 lat)

Szanse:

- wysoki poziom akceptacji środowiska medycznego;
- potencjalnie wyższy niż kiedykolwiek wcześniej poziom akceptacji społecznej oraz politycznej;
- wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, poprzez stworzenie mechanizmów służących zarządzaniu zdrowiem, a nie tylko reagowaniem na kryzys.
- możliwość dofinansowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z Zakładowych Funduszy Świadczeń Socjalnych;
- subwencja z budżetu państwa dla rodzin wielodzietnych jako element polityki pro-rodzinnej państwa;

Zagrożenia:

- propozycje wychodzące od ubezpieczycieli mogą się spotkać z oporem niektórych środowisk, a sam projekt może być przedmiotem gry politycznej;
- brak akceptacji społecznej, ze względu na niski poziom świadomości ubezpieczeniowej Polaków;
- brak akceptacji w chwili obecnej, to odwołanie na lata możliwości wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz dopuszczenia prywatnych funduszy do zarządzania środkami ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- niski poziom wiedzy społecznej o funkcjonowaniu systemu zdrowotnego – konieczna kampania edukacyjna.

Wykres 4. Harmonogram wdrażania projektu.

Etap	liczba miesięcy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
0	Podjęcie decyzji o wdrożeniu modelu	■																	
1	Opracowanie zmian legislacyjnych		■	■	■	■	■												
2	Konsultacje społeczne i przyjęcie projektu przez Radę Ministrów							■	■										
3	Prace parlamentarne i uchwalenie ustawy									■	■	■							
4	Prace organizacyjne i wdrożeniowe												■	■	■	■	■	■	■
5	Działania informacyjne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Szeroka kampania informacyjna													■	■	■	■	■	■

Źródło: Opracowanie własne.