



Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM *ERNST & YOUNG*

Barbara Więckowska



Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM *ERNST&YOUNG*

Barbara Więckowska

Warszawa 2010

Projekt graficzny:
kotbury.pl

Raport powstał w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo.

Zastrzeżenia prawne

Niniejszy raport został przygotowany przez pracowników naukowych i ma na celu dostarczenie czytelnikom ogólnych informacji na tematy, które mogą ich interesować.

Informacje zawarte w niniejszym raporcie nie stanowią w żadnym wypadku świadczenia usług.

Mimo iż dołożono należytych starań w celu zapewnienia rzetelności prezentowanych w raporcie informacji przez autorów, istnieje ryzyko pojawienia się nieścisłości. Ernst & Young Polska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. ("EY") nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności ani nie gwarantuje poprawności i kompletności informacji prezentowanych w raporcie. Raport może ponadto zawierać odnośniki do określonych ustaw i przepisów, które podlegają nowelizacji i stąd powinny być interpretowane wyłącznie w konkretnych okolicznościach, w których są cytowane. Informacje zamieszczane są bez uwzględniania jakichkolwiek zmian i EY nie zapewnia ich kompletności, poprawności i aktualności, oraz nie udziela w tym zakresie żadnych gwarancji wyraźnych ani dorozumianych.

Ponadto w najszerszym dopuszczonym przez prawo zakresie EY wyłącza jakiegokolwiek gwarancje, wyraźne lub dorozumiane, w tym między innymi dorozumiane gwarancje sprzedaży i przydatności do określonego celu. W żadnym wypadku EY, powiązane z EY spółki ani też partnerzy, agenci lub pracownicy EY lub spółek powiązanych z EY nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności wobec czytelnika lub innych osób z tytułu jakiegokolwiek decyzji lub działania podjętego na podstawie informacji znajdujących się w niniejszym raporcie ani też z tytułu jakichkolwiek pośrednich, szczególnych lub ubocznych strat, nawet w przypadku otrzymania informacji o możliwości ich wystąpienia.

© Copyright by Ernst & Young Polska Sp. z o.o. sp. k., Polska

W braku odmiennego zastrzeżenia, prawa autorskie do treści niniejszego raportu posiada Ernst & Young Polska Sp. z o.o. sp. k. Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadne materiały znajdujące się w niniejszym raporcie, w tym tekst i grafika, nie mogą być reprodukowane lub przesyłane w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez pisemnego zezwolenia EY.



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM ERNST & YOUNG

Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa
tel. +48 (22) 557 70 00
fax +48 (22) 557 70 01
www.sprawnepanstwo.pl

Patron prasowy:
 RZECZPOSPOLITA



Systemy ochrony zdrowia praktycznie na całym świecie są poddane podobnym wyzwaniom i stanowią jeden z najważniejszych obszarów dyskusji politycznych i rozważanych bądź realizowanych reform. Wydłużenie czasu życia ludzi, rozprzestrzenianie się chorób spowodowanych rozwojem cywilizacji, postęp zwiększający koszty stosowanych technologii i metod leczenia - to tylko niektóre czynniki

wpływające na lawinowy wzrost kosztów ochrony zdrowia. Rosnące koszty, a więc i wydatki na ochronę zdrowia, trafiają na grunt trudnych dyskusji o poziomie długu publicznego, o konieczności ograniczenia deficytu, a więc i wydatków budżetowych, o ryzykach związanych ze wzrostem podatków i jego wpływem na koniunkturę.

Rządy wielu krajów, niezależnie od struktury systemu ochrony zdrowia i zamożności społeczeństwa, zastanawiają się jak przy społecznie i gospodarczo akceptowalnych nakładach na ochronę zdrowia zapewnić społeczeństwu najlepsze możliwe efekty działania systemu. W poszukiwaniu większej efektywności wykorzystania ograniczonych zasobów i zwiększenia jakości obsługi pacjentów, jednym z rozważanych i wdrażanych rozwiązań jest konkurencja na rynku płatników poprzez wprowadzenie na rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Również w Polsce sprawa koniecznych reform systemu ochrony zdrowia nabrała ogromnego znaczenia. Obszar płatnika i możliwości wprowadzenia konkurencji poprzez otwarcie rynku na ubezpieczenia zdrowotne jest jednym z ważniejszych dyskutowanych zagadnień. Jednocześnie zbyt mało jest w Polsce doświadczeń, systemowych analiz i merytorycznej debaty na temat możliwych rozwiązań.

Niniejszy autorski raport, przygotowany w ramach programu Ernst & Young Sprawne Państwo, przedstawia analizę różnych rozwiązań zastosowanych w celu wprowadzenia konkurencji na rynku płatnika. Szczególnie interesujące są doświadczenia najmłodszej reformy w Europie z 2006 roku w Holandii, gdzie wprowadzono konkurencyjny rynek ubezpieczeń zdrowotnych z zachowaniem równej i powszechnej dostępności świadczeń, zgodnie z zasadami niedyskryminacji i solidaryzmu społecznego.

Łukasz Zalicki
Doradztwo Biznesowe
Ernst & Young

lukasz.zalicki@pl.ey.com

Spis treści

Podziękowania	5
Streszczenie	6
1. Wprowadzenie	9
1.1 Cel badania	9
1.2 Tło analizy.....	10
2. Płatnik w systemie ochrony zdrowia	12
2.1 Typologia płatników trzeciej strony	12
2.2 Cechy systemu płatników - gdzie jest możliwe występowanie konkurencji?	22
2.3 System ochrony zdrowia bez płatnika trzeciej strony	24
2.4 Metody finansowania systemu ochrony zdrowia a typ płatnika... ..	25
3. Zakres konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony - identyfikacja empiryczna	26
3.1 Kategoryzacja systemów płatników.....	26
3.2 Bazowe systemy zabezpieczenia zdrowotnego z konkurującymi płatnikami trzeciej strony.....	27
3.3 Indeks konkurencji systemu płatników trzeciej strony	36
4. Konkurencja regulowana -przykład holenderskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego	39
4.1 Holenderski system opieki zdrowotnej.....	39
4.2 Warunki konieczne do wprowadzenia konkurencji regulowanej ..	41
4.3 Pierwsza ocena.....	53
Wnioski i rekomendacje.....	57
Przypisy	68
Bibliografia	74

Podziękowania

Opracowanie powstało w ramach projektu „Konkurencja pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego” na zlecenie Ernst & Young, w ramach programu „Sprawne Państwo”. Autorka opracowania składa podziękowania Zarządowi Ernst & Young za umożliwienie zrealizowania tego ważnego dla systemu ochrony zdrowia zadania badawczego.

Wykorzystane w projekcie badawczym materiały dotyczące Holandii oraz czynników wyrównujących ryzyko oraz szkodowość uzyskałam dzięki współpracy z prof. Wynand'em P.M.M. van de Ven'em, którego krytyczne uwagi wiele wniosły w przygotowywanie niniejszego raportu. Profesor jest również autorem rozdziału dotyczącego oceny konkurencji regulowanej na rynku płatników w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Holandii.

W pracy nad projektem niezwykle pomocne były spotkania i dyskusje z członkami rady konsultacyjnej powołanej dla potrzeb niniejszego badania - serdecznie dziękuję dr A. Chłoń-Domińczak, dr P. Ciżkowiczowi, Panu Ł. Zalickiemu, Pani A. Wójcik oraz Panu C. Świerszczowi.

Autorka kieruje również wyrazy wdzięczności pod adresem dr M. Osak, dr J. Perek-Białas oraz mgr A. Abramowskiej-Kmon za cenne uwagi i wskazówki metodologiczne odnośnie wybranych fragmentów opracowania.

Projekt również nie przebiegłby tak sprawnie, gdyby nie nieoceniona pomoc Pana B. Osieki w koordynacji prac.

Streszczenie

Postępujący proces starzenia się ludności oraz znaczący wzrost kosztów świadczeń medycznych sprawiają, iż coraz częściej poszukuje się metod poprawy efektywności systemów ochrony zdrowia, ze szczególnym naciskiem na racjonalizację kosztów. Jedną z postulowanych metod jest wprowadzenie konkurencji między płatnikami trzeciej strony, dzięki której pojawiłyby się bodźce do obniżania cen i podnoszenia jakości świadczonych usług medycznych, a także do racjonalizowania zachowań pacjenta.

Celem tego badania jest wskazanie (1) jakie cechy płatników przesądzą o istnieniu konkurencji pomiędzy nimi; (2) jakie są możliwe obszary konkurencji między płatnikami; (3) jakie warunki powinny zostać spełnione, aby ograniczyć zawodność mechanizmu konkurencji w opiece zdrowotnej; (4) jakie rekomendacje i wnioski wynikają dla Polski z doświadczeń innych krajów, w szczególności na ile polski system przygotowany jest do wprowadzenia konkurencji między płatnikami.

Pierwszy rozdział przedstawia cele badania oraz tło analizy. W drugim rozdziale stworzono typologię systemu płatników koncentrując się na cechach determinujących istnienie oraz siłę konkurencji. Opisano również funkcjonujący w Singapurze model systemu ochrony zdrowia bez płatnika trzeciej strony. W rozdziale tym omówiono także różne metody finansowania systemów ochrony zdrowia i ich wpływ na możliwość istnienia konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony.

Trzeci rozdział przedstawia kategoryzację systemów płatników funkcjonujących w 29 przebadanych krajach (UE 27, Szwajcarii i Izraelu). Spośród przeanalizowanych krajów tylko w przypadku siedmiu z nich spełnione są warunki konieczne do pojawienia się konkurencji między płatnikami tzn. (1) wielość płatników oraz (2) możliwość wyboru płatnika przez pacjenta. Kraje te to: Belgia, Czechy, Holandia, Izrael, Niemcy, Słowacja oraz Szwajcaria. Druga część rozdziału trzeciego zawiera opis systemów ochrony zdrowia krajów spełniających te dwa kryteria. W trzeciej części rozdziału zdefiniowano indeks konkurencji stanowiący miarę warunków do funkcjonowania konkurencji w obszarze płatników. Indeks składa się z ośmiu miar składowych opisujących takie cechy jak: pozycja rynkowa największego z płatników, istnienie mechanizmów wyrównywania ryzyka, możliwość różnicowania koszyka świadczeń oraz poziomu współpłacenia, możliwość różnicowania cen pomiędzy płatnikami, możliwość integracji płatnika ze świadczeniodawcami a także występowanie w ofercie płatnika dodatkowych produktów uzupełniających, . Krajem o najwyższym

poziomie tak mierzonego indeksu konkurencji jest Holandia (7 z 8 możliwych punktów).

Czwarty rozdział zawiera ewaluację reformy holenderskiego systemu opieki zdrowotnej oraz przedstawia dziewięć warunków, pozwalających na pełne wykorzystanie korzyści, jakie niesie ze sobą konkurencja na rynku opieki zdrowotnej. Są to: (1) możliwość wyboru płatnika; (2) sprawny system wyrównywania ryzyka/szkodowości; (3) swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami; (4) przejrzystość systemu; (5) dostęp pacjenta do informacji; (6) bodźce finansowe skłaniające do efektywności; (7) ograniczenie efektu gapowicza; (8) warunki umożliwiające kontestowalność rynków; (9) sprawny nadzór regulacyjny systemu. Okazuje się, że nawet w systemie holenderskim, często uznawanym za wzorcowy, nie wszystkie z tych warunków są w pełni spełnione.

W ostatnim rozdziale wykazano w jakim stopniu Polska spełnia 9 opisanych wcześniej warunków. W pewnej mierze spełnione są tylko dwa: (1) występuje swoboda zawierania umów przez płatnika oraz (2) nie ma na rynku osób, które świadomie nie wykupują ubezpieczenia zdrowotnego (efekt gapowicza). Pozostałe warunki nie są przez Polskę spełnione. Polska nie ma doświadczenia w zakresie rozbudowanego systemu wyrównywania ryzyka, nie istnieje system przekazywania rzetelnej, zrozumiałej informacji pacjentom oraz instytucjom zewnętrznym, nie istnieją też wystarczające bodźce do poszukiwania efektywności zarówno po stronie płatnika, świadczeniodawcy, jak i pacjenta. Z tego względu wprowadzenie innych (poza NFZ) płatników trzeciej strony w systemie zabezpieczenia zdrowotnego musi być połączone ze zmianami w innych jego obszarach. Można tu sformułować następujące propozycje:

- wprowadzanie rozwiązań wpływających na racjonalizację decyzji po stronie świadczeniodawcy (jak selektywne kontraktowanie na bazie wyników) oraz po stronie pacjenta (jak zróżnicowany poziom współpłacenia);
- wprowadzenie wielu konkurujących płatników w obszarze części bazowego koszyka świadczeń z równoczesnym oferowaniem takiego produktu przez NFZ (działanie jako benchmark);
- wprowadzenie wielu konkurujących płatników w obszarze komplementarnego ubezpieczenia społecznego z równoczesnym oferowaniem takiego produktu przez NFZ (działanie jako benchmark).

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, które z przedstawionych powyżej rekomendacji zapewnią polepszenie wyników osiągniętych przez system

ochrony zdrowia oraz wzrost satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług. Wszystkie z nich, bądź konfiguracje dowolnych dwóch, jak na przykład podział bazowego koszyka świadczeń oraz komplementarne doubezpieczenie społeczne, mogą być wprowadzone równocześnie. Wprowadzenie każdej z powyższych reform wymaga strategicznego podejścia, woli politycznej oraz przyzwolenia społecznego.

1. Wprowadzenie

1.1 Cel badania

Celem badania jest przedstawienie wpływu organizacji systemu płatników trzeciej strony w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego na działanie mechanizmu konkurencji między nimi oraz wpływu tejże konkurencji na osiągnięcie określonych wyników (efektów) w systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Przy czym pod pojęciem bazowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego rozumie się tę część systemu zabezpieczenia zdrowotnego (stanowiącego część systemu ochrony zdrowia), w której członkowie (rodzinnie) gospodarstwa domowego uczestniczą na podstawie obowiązku bądź afiliacji (więcej: Szumlicz (2007), s.68-70). Natomiast pod pojęciem konkurencji pomiędzy płatnikami rozumie się konkurencję o uczestnika systemu, którego decyzja o wyborze danego płatnika pociąga za sobą korzyść finansową dla danego płatnika w postaci określonego wkładu pieniężnego (składki, podatku, dotacji).

Cel badania

Na podstawie zdefiniowanego powyżej celu można wytyczyć trzy cele elementarne: (1) określenie cech płatnika trzeciej strony przesądzających o istnieniu konkurencji pomiędzy płatnikami, (2) określenie możliwych pól konkurencji oraz (3) zdefiniowanie warunków koniecznych do ograniczenia zawodności mechanizmu konkurencji (zawodność mechanizmu rynkowego) w opiece zdrowotnej. Badanie nie ma natomiast na celu znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy system z konkurującymi płatnikami trzeciej strony jest lepszy niż system z płatnikiem - monopolistą.

Oprócz niniejszego Wprowadzenia, praca składa się z czterech części. W pierwszej przedstawione zostały cechy różnicujące płatników w systemach ochrony zdrowia, wraz ze wskazaniem wpływu wartości każdej z cech na możliwość występowania konkurencji pomiędzy płatnikami. Druga część zawiera klasyfikację systemów płatników (w badaniu uwzględniono 27 krajów Unii Europejskiej rozszerzony o Izrael oraz Szwajcarię) według możliwości występowania konkurencji oraz opis tych systemów, w których istnieje konkurencja pomiędzy płatnikami. W części tej została również dokonana ocena systemów płatników z punktu widzenia cech wpływających na konkurencję. Ostatni rozdział niniejszego opracowania dotyczy oceny holenderskiego systemu ochrony zdrowia jako przykładu systemu z regulowaną konkurencją między płatnikami trzeciej strony. Pracę kończą *Wnioski i rekomendacje* reasumujące rezultaty analiz oraz przedstawiające najważniejsze, wpływające z nich wnioski dla polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego.

Struktura
raportu

1.2 Tło analizy

Proces wydłużania się przeciętnego (dalszego) trwania życia jest zjawiskiem obserwowanym niemal w całym współczesnym świecie. Jednakże, w porównaniu do niego, tempo wzrostu takich miar długości trwania życia ludzkiego jak DALE (ang. *disability-free life expectancy*) czy HALE (ang. *healthy life expectancy*) jest znacznie niższe¹, co oznacza, że rośnie liczba potencjalnych lat w chorobie, a tym samym oczekiwane łączne wydatki na leczenie *per capita*.² Równocześnie, wraz z zaawansowaniem technologii medycznych, wzrasta nie tylko jakość oraz różnorodność³ udzielanych świadczeń zdrowotnych, lecz także ich koszty.

Dlatego nawet w krajach wysoko rozwiniętych pojawiają się naciski na wprowadzenie bardziej efektywnego zarządzania kosztami w systemach ochrony zdrowia (Smith i inni (2009), s.507-672), w tym wzmocnienie mechanizmów racjonowania publicznych wydatków na opiekę zdrowotną (Włodarczyk (1996), s.351-371). Jedną z postulowanych metod wpływu na ograniczenie kosztów jest wprowadzenie konkurencji między płatnikami, dzięki czemu staraliby się oni nie tylko oddziaływać na cenę i jakość usług medycznych, lecz również na zachowania pacjenta.⁴

Temat konkurencji podnoszony jest nawet w krajach, w których w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego wydaje się być ona rozwinięta najmocniej, jak np. Szwajcaria (Schneider (2009)) czy Niemcy (Leienbach (2009)). Również i w Polsce pojawiają się głosy, że wprowadzenie konkurencji w sferze płatników w systemie ochrony zdrowia jest niezbędnym elementem dla poprawy efektywności systemu (np. Polska Izba Ubezpieczeń (2009), Reforma polskiego systemu ochrony zdrowia (2008), Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych (2003)).

Z konkurencją wiążą się przynajmniej trzy rodzaje korzyści: zachęca producenta do odpowiedzi na wybór konsumenta, wywiera presję na obniżanie kosztów oraz podwyższa jakość dostarczanych dóbr i usług. Odpowiedź producenta na oczekiwania konsumenta nie wiąże się jednak z poprawą dobrobytu tego drugiego, jeśli nie jest on na tyle dobrze poinformowany, aby dokonać racjonalnego wyboru (Barr (2001)). Tak samo możliwość zakupu produktu niższej jakości po niższych cenach będzie poprawą dobrobytu jedynie wówczas, gdy wybór został dokonany w sposób świadomy (na podstawie dostatecznych informacji)⁵. W przypadku systemu ochrony zdrowia, pacjent z biernego odbiorcy świadczeń musi przeobrazić się w odbiorcę aktywnego (Włodarczyk (1998), s.95), posiadającego informację o odpowiedniej jakości. Zatem powstają pytania: (1) jakie cechy systemu płatników

Korzyści
z konkurencji

trzeciej strony przesądzać będą o istnieniu konkurencji pomiędzy płatnikami, (2) jakie istnieją możliwe pola konkurencji oraz (3) jakie warunki powinny zostać spełnione, aby ograniczyć zawodność mechanizmu konkurencji (zawodność mechanizmu rynkowego) w opiece zdrowotnej? Próbę odpowiedzi na niniejsze pytania stanowi przedstawione poniżej badanie.

2. Płatnik w systemie ochrony zdrowia

W niniejszej sekcji przedstawione zostaną charakterystyki płatników trzeciej strony (ang. *third-party payer*) w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (podrozdział 2.1). W klasyfikacji uwypuklono te cechy, które wpływają na zakres konkurencji pomiędzy płatnikami. Podrozdział 2.2. zawiera analizę dotyczącą zestawu cech systemu płatników trzeciej strony sprzyjających konkurencji. Podrozdział 2.3. przedstawia przykład systemu bez płatnika trzeciej strony, zaś podrozdział 2.4. opisuje relacje pomiędzy charakterystykami płatnika a sposobem finansowania systemu. Autorka starała się wykazać, iż nie istnieje ścisła relacja pomiędzy typem płatnika a sposobem finansowania systemu ochrony zdrowia (system zaopatrzeniowy, system ubezpieczeniowy). Sekcję tę kończą rozważania dotyczące zestawu cech płatników determinujących konkurencję.

2.1 Typologia płatników trzeciej strony

2.1.1 Klasyfikacja według liczby

W literaturze przedmiotu wykorzystywana jest binarna typologia płatników instytucjonalnych według ich liczby. Wyróżnia się kraje o jednym płatniku - monopoliście (ang. *single-payer system*) oraz kraje o liczbie płatników większej niż jeden (ang. *multiple-payer system*). Należy pamiętać, że samo występowanie wielu płatników nie przesądza o występowaniu konkurencji pomiędzy nimi.⁶ Jest to jedynie warunek konieczny do jej istnienia. O możliwości konkurencji można mówić jedynie wówczas, gdy obok wielości płatników wprowadzona jest w systemie możliwość okresowego wyboru płatnika przez pacjenta, bez ponoszenia wysokich kosztów finansowych bądź występowania barier operacyjnych takiego wyboru.⁷ Dodatkowym elementem wpływającym na siłę konkurencji pomiędzy płatnikami, obok ich liczby, jest udział w rynku największego płatnika - im większy (wysoka koncentracja), tym słabsze są bodźce do maksymalizacji efektywności (van de Ven i inni (2003), s.81).

2.1.2 Klasyfikacja według formy własności

Biorąc pod uwagę kryterium własności płatnik może mieć charakter publiczny (podmiot publiczny) bądź prywatny (podmiot prywatny). Wśród płatników prywatnych wyróżnia się płatników nie działających dla zysku (ang. *non-profit*) oraz płatników działających dla zysku (ang. *for-profit*). Istnieje powszechne przekonanie, iż płatnik prywatny działający dla zysku,

będzie bardziej konkurencyjny, niż płatnik publiczny czy prywatny non-profit. Należy jednak pamiętać, iż sama forma własności płatnika nie przesądza o sile konkurencji. Szczególnie dotyczy się to systemu opieki zdrowotnej, gdzie ze względu na konstytucyjne prawo obywateli do świadczeń zdrowotnych i wynikającą z niego odpowiedzialność państwa istnieje szereg mechanizmów ograniczających ryzyko finansowe podmiotów gospodarujących.⁸

Biorąc pod uwagę kryterium własności konkurencja może istnieć w trzech wymiarach:

- płatnik publiczny vs. płatnik publiczny (w systemach, gdzie występuje wielość publicznych płatników),
- płatnik publiczny vs. płatnik prywatny (w systemach, gdzie występuje współistnienie różnych płatników o różnych formach własności),
- płatnik prywatny vs. płatnik prywatny (w systemach, gdzie występują tylko płatnicy prywatni).

W przypadku systemów, w których istnieją jedynie płatnicy publiczni bądź jedynie płatnicy prywatni pozycja konkurencyjna podmiotów jest taka sama. Różnice mogą pojawić się w przypadku, gdy w systemie istnieją dwie formy płatników - publiczny oraz prywatny. W takim przypadku płatnicy działają najczęściej w oparciu o różne podstawy prawne, a tym samym mają możliwość wykorzystania różnych instrumentów wpływających na ich konkurencyjność. Powyższe stwierdzenie nie jest jednoznaczne z tezą, iż w takiej sytuacji uprzywilejowane są jednostki prywatne. Dobrym przykładem na możliwość wprowadzenia takich różnic może być Austria, w której jedynie fundusze publiczne korzystają z funduszu na wyrównanie szkodowości (więcej: Koettl (2008)).

2.1.3 Klasyfikacja według zasięgu

Istnieje możliwość, by płatnik obejmował swoim zasięgiem cały kraj bądź jedynie wybrane regiony. W przypadku kilku płatników, oraz gdy istnieje obowiązek działania we wszystkich regionach danego kraju nie jest możliwe dokonywanie selekcji ze względu na cechy społeczno-epidemiologiczne mieszkańców poszczególnych regionów⁹, a płatnicy zmuszeni są do konkurowania o wszystkich pacjentów.

W przeciwnym wypadku możliwe jest, że płatnicy będą aktywnie konkurować jedynie w regionach o najbardziej korzystnej strukturze: baza finansowa vs. potrzeby zdrowotne. W skrajnym przypadku płatnicy dokonają podziału regionalnego kraju względem zasięgu prowadzenia działalności, na skutek czego, mimo wielości płatników oraz możliwości wyboru płatnika przez pacjenta, konkurencja wcale nie będzie istnieć. Sytuacja taka może mieć również miejsce w przypadku, gdy przypisanie

do regionu jest decyzją ustawodawcy (np. brak konkurencji między regionalnymi kasami chorych w Niemczech).

2.1.4 Klasyfikacja według przedmiotu ochrony

Klasyfikacja przedmiotowa dotyczy dwóch aspektów: (1) koszyka świadczeń, (2) dopłat do świadczeń.¹⁰ W przypadku ściśle zdefiniowanego, jednolitego koszyka świadczeń w systemie bazowym, bez możliwości ingerencji płatnika w jego zawartość, konkurencja będzie dotyczyła, jeżeli to możliwe, ceny oraz jakości kontraktowanych świadczeń (w tym jakości „obsługi”). Nawet jeżeli zakres świadczeń (oraz standardowa cena i jakość) jest jednakowy, to konkurencja pomiędzy płatnikami może dotyczyć świadczeń dodatkowych. Im węższy jest zakres w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego, tym większe znaczenie dla wyboru danego płatnika przez pacjenta będą miały produkty (ubezpieczenia, abonamenty, systemy lojalnościowe) oferowane poza systemem bazowym.¹¹ Natomiast, jeżeli bazowy zakres świadczeń jest różny (np. możliwość oferowania różnych procedur), wówczas konkurencja pomiędzy płatnikami jest silniejsza. Ważna jest przy tym jakość informacji przekazywanych klientowi, a w szczególności przejrzysty opis produktu poprzez system klasyfikacji - przykładem może być tutaj Holandia (patrz: Rozdział 4).

Przedmiot ochrony zdefiniowany jest również poziomem finansowania świadczeń zdrowotnych. Współpłacenie (ang. *co-payment*) jest najczęstszym (obok instytucji lekarza pierwszego kontaktu często określanego mianem tzw. strażnika systemu (ang. *gate-keeper*)) narzędziem racjonowania korzystania ze świadczeń. Jeżeli w systemie istnieje możliwość oferowania różnego poziomu współpłacenia, w zamian za niższą/zwyżkę składki, płatnicy mogą wykorzystywać ten instrument jako element konkurencji. Dobrym przykładem może być tutaj Izrael (patrz: 3.2.4). Równocześnie, podobnie jak w przypadku jednolitego koszyka, gdy poziom współpłacenia jest jednolity dla wszystkich pacjentów, konkurencja pomiędzy płatnikami przenosi się na pole dodatkowych produktów. Jest to swoisty problem systemów, w których istnieje obowiązek zawarcia obu umów (podstawowej i uzupełniającej) u jednego płatnika, np. w Belgii (patrz: 3.2.1).

W przypadku dodatkowych produktów ubezpieczeniowych istnieje swoista klasyfikacja według zakresu ochrony gwarantowanego w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (Szumlicz, Więckowska (2005))¹²:

- substytucyjne (relacja „zamiast”), gdy można zrezygnować z bazowego zabezpieczenia zdrowotnego, najczęściej pod warunkiem posiadania dostatecznie wysokich dochodów, ale istnieje wtedy obowiązek wykupienia ubezpieczenia substytucyjnego,

- komplementarne (relacja „ponad”), gdy ubezpieczenie ma na celu podwyższenie standardowego przedmiotowego zakresu ochrony zapewnianej w ramach bazowego zabezpieczenia zdrowotnego (np. ubezpieczenie kosztów specjalistycznych procedur, ubezpieczenie konieczności dopłat do świadczeń zdrowotnych),
- suplementarne (relacja „obok”), gdy ubezpieczenie stanowi podwyższenie standardowego zakresu ochrony, ale bez możliwości rezygnacji z uczestnictwa w tym systemie. Ubezpieczenia określane jako „podwójna ochrona” pojawiają się w związku z ograniczeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych lub niską ich jakością w systemie bazowym. Warto jednak zauważyć, że wtedy niekorzystanie z publicznie finansowanej opieki zdrowotnej nie zwalnia z wnoszenia opłat na rzecz systemu publicznego - czyli jej finansowania.

Powyższa klasyfikacja, aczkolwiek stosowana do ubezpieczenia, może być rozszerzona na wszystkie pozabazowe formy zabezpieczenia zdrowotnego.¹³ Analizując z kolei możliwości oferowania produktów pozabazowych przez płatników trzeciej strony można stwierdzić, iż konkurencja pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego będzie dotyczyć przede wszystkim produktów komplementarnych (oferowanie przez płatnika trzeciej strony bądź płatnik ten jest związany kapitałowo/organizacyjnie z instytucją oferującą), w mniejszym stopniu substytucyjnych oraz suplementarnych (jedynie w przypadku, gdy płatnik trzeciej strony jest związany kapitałowo/organizacyjnie z instytucją oferującą).

2.1.5 Klasyfikacja według podmiotu ochrony

Podziału płatników można dokonać również według podmiotu ochrony. W przypadku, gdy przypisanie do danego płatnika jest ustalone systemowo, np. według grupy zawodowej czy miejsca zamieszkania, nie można mówić o konkurencji pomiędzy płatnikami. Przykładem takiego kraju jest Francja. Natomiast jeżeli dla jednej grupy pacjentów dedykowanych jest kilku płatników, bądź wręcz nie istnieje warunkowy podział pacjentów pomiędzy poszczególnych płatników, konkurencja pomiędzy płatnikami jest możliwa.

2.1.6 Klasyfikacja według wyceny ryzyka

Nie bez znaczenia dla konkurencji jest sposób wyceny ryzyka tj. formuła określająca opłatę za prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W roku 2000 Bank Światowy wprowadził następującą typologię określania wysokości opłaty za ryzyko dla systemów ubezpieczeniowych (Wassem (2000), s.4-9, Szumlicz (2004)):

- wymiar czasu, odnoszący się do okresów rozliczania składek i świadczeń:

- model bieżącego finansowania świadczeń - opierający się na założeniu, że składki płacone przez ubezpieczonych w danym roku są wykorzystywane do finansowania świadczeń w tym samym okresie (ponieważ koszty opieki zdrowotnej rosną wraz z wiekiem pacjentów, model ten zakłada, że część składek płaconych przez osoby młodsze finansuje koszty leczenia osób starszych),
- model bieżącego finansowania świadczeń w grupach wiekowych - opierający się na założeniu, że składki płacone w danym roku przez ubezpieczonych z danej grupy wiekowej są wykorzystywane do finansowania świadczeń tylko tej grupy wiekowej (ponieważ koszty opieki zdrowotnej rosną wraz z wiekiem pacjentów, to składki rosną wraz z wiekiem ubezpieczonych),
- model finansowania kapitałowego - polegający na rozłożeniu rozliczenia finansowego w czasie, opierający się na założeniu, że składki płacone przez ludzi młodych służą sfinansowaniu świadczeń udzielanych im na bieżąco, ale równocześnie - dają pewne „oszczędności”, które będą przeznaczone na sfinansowanie wyższych kosztów świadczeń w okresie późniejszym,
- wymiar ryzyka, odnoszący się do podstawy obliczania składki:
 - model obliczania składki od dochodu - bierze pod uwagę dochody (wynagrodzenia) ubezpieczonego (składka wynosi określony, ustalony liniowo, procent podstawy jej wymiaru), co - przy braku powiązania z indywidualnym ryzykiem zdrowotnym i jednakowym dla wszystkich, standardowym koszyku świadczeń - prowadzi do jakby „podwójnego” solidaryzmu konsumentów usług, uwzględniającego zróżnicowanie zarówno ich sytuacji materialnej, jak też ryzyka choroby,
 - model obliczania składki zryczałtowanej - opierający się na założeniu, że każda osoba ubezpieczona, za taki sam standardowy pakiet świadczeń, płaci taką samą składkę, oszacowaną na podstawie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych danej społeczności. Model ten realizuje zasadę solidaryzmu w zakresie ryzyka choroby, ponieważ prowadzi do redystrybucji kosztów ochrony ubezpieczeniowej pomiędzy mniej i bardziej korzystających ze świadczeń,
 - model obliczania składki na podstawie jednorazowej oceny ryzyka - opierający się na założeniu, że każda osoba płaci składkę odzwierciedlającą jej ryzyko choroby (osoby o potencjalnie wyższym ryzyku płacą wyższą składkę, a osoby o niższym - niższą składkę), przy czym oceny ryzyka dokonuje się tylko raz w trakcie obowiązywania umowy, bez możliwości późniejszej zmiany (podniesienia) wysokości składki,
 - model obliczania składki na podstawie wielokrotnej oceny ryzyka - opierający się na założeniu, że każda osoba płaci składkę

odzwierciedlającą jej aktualne ryzyko choroby, dlatego oceny ryzyka dokonuje się wielokrotnie, w regularnych odstępach czasowych, w trakcie obowiązywania umowy, z możliwością zmiany wysokości składki w sytuacji podwyższonego ryzyka.

Biorąc pod uwagę powyższą klasyfikację można stwierdzić, iż w przypadku, gdy mamy do czynienia z modelem bieżącego finansowania świadczeń oraz gdy składka za nie jest obliczana od dochodu bądź jest zryczałtowana - opłatę taką można również określać mianem podatku celowego (patrz: 2.2).

Systemem dającym najlepsze warunki do konkurencji jest system z wielokrotną oceną ryzyka - możliwy jedynie w modelu ubezpieczeniowym. Wówczas płatnicy mogą oszacować cenę w oparciu o determinanty zdrowia tj. styl życia, przebyte choroby, dziedzictwo genetyczne (więcej: Włodarczyk (1996), s. 159-166). Autorka nie przesądza w tym opracowaniu, czy powinien to być model bieżącego finansowania w grupach wiekowych, czy finansowania kapitałowego. Bardziej konkurencyjny wydaje się być pierwszy z wymienionych typów, który jest charakterystyczny dla ubezpieczeń krótkoterminowych, zatem dla takich, w których wybór płatnika mógłby być dokonywany co określony czas (np. rok), lecz w którym wpisane byłoby zwiększanie składki wraz ze starzeniem się pacjenta. W przypadku finansowania kapitałowego pacjent korzysta z ujednolicenia składki według okresu ochrony, przez co porównywanie ofert konkurencyjnych płatników jest utrudnione¹⁴, lecz nie eliminuje możliwości zmian płatnika w każdym momencie (nawet przed upływem roku).

Ocena ryzyka

Jednak klasyczne modele ubezpieczeniowe, tj. oparte o ocenę ryzyka, nie są stosowane w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego. Najczęściej są to modele bieżącego finansowania świadczeń z opłatą uzależnioną od dochodu. Przy tak zdefiniowanej formie opłaty, konkurencja cenowa pomiędzy płatnikami nie jest możliwa. Może natomiast występować przy opłacie zryczałtowanej, przyjmującej postać np. składki bazującej na uśrednionym (przeciętnym) ryzyku dla całej społeczności w danym regionie (ang. *community rating*) czy też opłaty w formie bonu zdrowotnego (Szumlicz 2007).

2.1.7 Klasyfikacja według wyrównywania ryzyka/szkodowości

Zakładając, że płatnicy mieliby obowiązek przyjmowania każdego „ryzyka” (pacjenta ubiegającego się o zabezpieczenie) do wspólnoty, to aby utrzymać stabilność finansową, musieliby mieć możliwość różnicowania składki w zależności od ryzyka.¹⁵ To różnicowanie spowodowałoby, że osoby zdrowe, o mniejszym ryzyku poniesienia kosztów świadczeń medycznych, opłacałyby składkę niższą niż osoby o wyższym ryzyku. A to z kolei wpłynęłoby na

ograniczenie dostępności do świadczeń dla osób najbardziej potrzebujących. Dlatego najczęściej ustawodawca, jak już wspomniano wcześniej, decyduje się wprowadzić system ze składką uśrednioną względem ryzyka, jednolitą dla wszystkich pacjentów pod względem wysokości.

Takie rozwiązanie niesie ze sobą ryzyko pojawienia się działań selekcyjnych po stronie płatnika np. stosowanie zachęt do przystąpienia osób zdrowych przy równoczesnym braku dbałości o jakość świadczeń (np. leczenie chorób przewlekłych), głównie po to, by osoby o złym stanie zdrowia zrezygnowały z danego płatnika (selekcja pośrednia). Płatnicy, którzy posiadają znaczny portfel osób o wysokim ryzyku zmuszeni są do podniesienia opłat w celu pokrycia oczekiwanych kosztów świadczeń medycznych.¹⁶ W efekcie ze wspólnoty odchodziłyby osoby zdrowe, co powodowałoby kolejną podwyżkę, aż w końcu rezygnację z polis również osób o wysokim ryzyku (należy pamiętać, że najczęściej nie można odmówić przyjęcia do wspólnoty) i upadłość płatnika. Taki mechanizm mógłby doprowadzić do zaniku konkurencji w sektorze płatników.¹⁷ Chcąc ograniczyć takie działania wprowadza się zasady wyrównywania ryzyka/szkodowości pomiędzy płatnikami.¹⁸

Wyrównywanie ryzyka

Występują dwa rodzaje wyrównywania ryzyka/szkodowości pomiędzy płatnikami: wyrównywanie *ex ante* oraz wyrównywanie *ex post*. W pierwszym przypadku wyrównywanie struktury portfela pomiędzy płatnikami następuje na początku roku polisowego, zatem wyrównywana jest struktura ryzyka. Takie dopłaty często są określone mianem składki korygującej ryzyko (ang. *risk-adjustment contribution*).

Płatnicy, którzy 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 płatnicy, u których odsetek osób o podwyższonym ryzyku jest niższy. Jeżeli mechanizm wyrównywania ryzyka działa dobrze, płatnik 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 płatnik nie będzie zabiegał o wyparcie ze swego portfela osób o podwyższonym ryzyku.

Jeżeli założymy, że przy poprawnie działającym mechanizmie wyrównywania ryzyka koszty świadczeń medycznych pokrywane są w całości, płatnicy mogą maksymalizować zysk/nadwyżkę bilansową jedynie przez działania optymalizujące np. przez obniżanie kosztów administracyjnych czy przez negocjacje zniżek za świadczenia medyczne. Zatem mechanizm wyrównywania ryzyka daje możliwość

osiągnięcia zysku/nadwyżki bilansowej niezależnie od struktury portfela. Płatnicy, których koszty kontraktowe (świadczeń zdrowotnych) będą niższe od przeciętnych, będą mieli możliwość osiągnięcia nadwyżki, co w następnym okresie pozwoli na obniżenie składki (w przypadku, gdy istnieje możliwość określania jej wysokości). Taka obniżka będzie bodźcem zachęcającym do zakupu ochrony przez nowych członków wspólnoty oraz do pozostania we wspólnocie obecnych członków. Dzięki mechanizmowi wyrównywania ryzyka, paradoksalnie, duży płatnik z relatywnie większym subportfelem wyższych ryzyk może osiągnąć wyższy zysk niż mały zakład z portfelem ryzyk standardowych, zaś konkurencja pomiędzy płatnikami przenosi się z obszaru konkurencji o lepsze ryzyka zdrowotne (strukturę portfela) na obszar konkurencji o wielkość portfela.

Czynniki ryzyka, jakie najczęściej są brane pod uwagę przy określaniu wysokości składki korygującej ryzyko to wiek i płeć pacjenta.¹⁹ Poza nimi, w niektórych systemach, uwzględnia się również źródło dochodów, miejsce zamieszkania, grupy kosztów farmaceutycznych (ang. *Pharmacy Cost Groups*, PCGs) czy grupy kosztów diagnostycznych (ang. *Diagnostic Cost Groups*, DCGs). Wszystkie te czynniki są oceniane dla każdego pacjenta, zaś składka korygująca ryzyko jest sumą „zwyżek” i „zniżek” za poszczególne czynniki.²⁰

Celem wyrównania *ex post*, czyli wyrównania szkodowości po upływie roku polisowego, jest kompensata wydatków tym płatnikom, u których struktura portfela ryzyk uległa zmianie w ciągu roku. Chodzi o to, aby płatnicy, których struktura uległa zmianie (przyływ osób o wyższym ryzyku, odpływ osób o niższym ryzyku) nie podejmowali działań mających na celu ograniczenie dostępności do świadczeń, ich liczby czy jakości. Innymi słowy, ponieważ składka *ex ante* jest jedynie pewnym, często niedokładnym (van de Ven i inni (2003), s. 78) przybliżeniem oczekiwanych wydatków na świadczenia zdrowotne, bez modelu *ex post*, istniałoby ryzyko, że płatnicy wrócą do strategii pośredniej selekcji ryzyka.

Powstaje jednak pytanie, w jakim zakresie kompensować wydatki *ex post*? Im wyższy poziom kompensat, tym mniejsze ryzyko finansowe płatnika oraz tym mniejsza odpowiedzialność płatnika za nieefektywność ekonomiczną (van Barneveld i inni (2001)). Modele wyrównywania *ex post* nie powinny zatem być prostym pokryciem niesfinansowanych wydatków, lecz powinny przypominać umowy reasekuracyjne stosowane na tradycyjnym rynku ubezpieczeniowym. Możliwe są tutaj takie rozwiązania jak (por. van de Ven i inni (2003), s.80, *terminologia własna*):

Czynniki ryzyka

- umowy proporcjonalne - pokrycie *ex post* określonego udziału wszystkich kosztów,
- indywidualna umowa nadwyżki szkody - pokrycie *ex post* kosztów związanych z tymi pacjentami, u których roczne koszty leczenia przekroczyły określony limit (może być z udziałem własnym płatnika w nadwyżce),
- umowa transferu kosztów grupy ubezpieczonych - pokrycie całości bądź części kosztów *ex post* określonej grupy ubezpieczonych uważanych za wysokie ryzyko i wskazanych na początku roku polisowego (*ex ante*),
- umowa transferu kosztów z trygerem - pokrycie *ex post* określonych kosztów (całości bądź części), ale po zajściu zdefiniowanych *ex-ante* problemów zdrowotnych (tzw. tryger).

2.1.8 Klasyfikacja według powiązania z innymi podmiotami

Najczęściej w systemach ochrony zdrowia wyróżnia się trzech uczestników: pacjentów, jako podmioty korzystające²¹, lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami świadczeń oraz płatnika (podmiot kontraktujący/finansujący świadczenia). Ponieważ każdy z tych uczestników jest traktowany jako strona wzajemnych stosunków, podmiot dysponujący środkami publicznymi jest często określany mianem „płatnika trzeciej strony” (Włodarczyk, Poździejch (2001), s.47). Jednakże coraz częściej w analizach uwzględniane jest jeszcze jedno ogniwo - sponsor - strona (np. pracodawca, budżet państwa), od której płatnik²² otrzymuje środki finansowe (Kornai, Eggleston (2001) za: Mucha (2007)). Dzięki takiemu podejściu możliwe jest wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami nawet w systemie finansowanym z podatków (patrz: 2.2).

Pomiędzy uczestnikami systemu zaobserwować można różne poziomy zintegrowania (Schemat 1). Jedynie w przypadku pełnej integracji, oznaczającej najdalej idącą ingerencję państwa, nie jest możliwe wprowadzenie wielu płatników, a tym samym konkurencji między nimi. W pozostałych przypadkach, mimo częściowej integracji, konkurencja jest możliwa. Przykładem częściowej integracji pierwszego typu są instytucje HMO (ang. *Health Maintenance Organizations*), określane jako „instytucje podtrzymywania zdrowia”²³, zaś drugi typ częściowej integracji odnaleźć można w klasycznych rozwiązaniach Bismarckowskich.²⁴ Niemniej jednak, jeżeli sponsor oraz płatnik będą mieli charakter podmiotu publicznego, to mimo liczebności płatników (np. w postaci licznych oddziałów), lecz przy braku istnienia konkurencji w rozumieniu niniejszego opracowania, będą one traktowane jako jeden podmiot reprezentujący typ drugi integracji. Natomiast może zdarzyć się sytuacja, w której sponsor jest zarówno

płatnikiem (np. budżet państwa odpowiedzialny za pokrycie kosztów medycyny ratunkowej), jak i sponsorem (np. opłacającym składki za niektóre grupy socjo-ekonomiczne). Wówczas w systemie należy uwzględnić współfunkcjonujące dwa ujęcia modelowe (częściowa integracja typ II oraz separacja), a tym samym uznać istnienie dwóch płatników.

Schemat 1. Rodzaje integracji pomiędzy uczestnikami w systemie ochrony zdrowia

Pełna integracja	Częściowa integracja		Separacja
	typ I	typ II	
Sponsor	Sponsor	Sponsor	Sponsor
Płatnik	Płatnik	Płatnik	Płatnik
Świadczeniodawca	Świadczeniodawca	Świadczeniodawca	Świadczeniodawca

Źródło: opracowanie własne na podst. Kornai, Eggleston (2001) za: Mucha (2007), por. Getzen (2000) s. 248.

2.1.9 Klasyfikacja według swobody zawierania umów ze świadczeniodawcami

Płatnicy trzeciej strony i świadczeniodawcy powinni mieć swobodę zawierania umów i negocjowania ich treści (np. cen, jakości i świadczeń) oraz dokonywania pionowej integracji. Swoboda zawierania umów nie zawsze sprzyja konkurencji w sposób zamierzony przez ustawodawcę. W przypadku nieodpowiedniego (bądź braku) systemu wyrównywania ryzyka płatnicy mogą zdecydować się na oferowanie niskiego poziomu ochrony dla osób przewlekle chorych (czyli tych, z którymi związane są najwyższe koszty) poprzez niepodpisywanie kontraktów z tymi świadczeniodawcami, którzy są postrzegani jako najlepsi w zakresie świadczenia usług osobom reprezentującym „gorsze ryzyko”. To z kolei może spowodować, że świadczeniodawcy świadomie nie będą się starali uzyskać statusu najlepszych świadczeniodawców w tym zakresie (van de Ven i inni (2007), s.173). Zatem wprowadzenie możliwości selektywnego kontraktowania świadczeń, aczkolwiek w zamiarze sprzyjające konkurencji, może doprowadzić do dyskryminacji osób przewlekle chorych. Z tego powodu niezmiernie istotne jest sprawne funkcjonowanie instytucji m.in. anty-kartelowych oraz pro-konsumenckich, czego dobrym przykładem jest Holandia.

Jeżeli zaś chodzi o negocjacje cenowe, to zazwyczaj ustawodawca ogranicza ich zasięg przedmiotowy (np. negocjowanie cen jedynie za świadczenia opieki otwartej). Równocześnie, w tych krajach, w których takich ograniczeń nie ma, negocjacje cenowe odbywają się na poziomie związku płatników oraz związku świadczeniodawców.²⁵

Swoboda zawierania umów

2.1.10 Cechy systemu płatników – kierunki oddziaływań na konkurencję

Określone cechy systemu płatników będą bądź wpływały na poprawę konkurencji w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego bądź na jej ograniczenie. Podsumowanie powyższych analiz stanowi poniższa tabela.

Tabela 1. Cechy systemu płatników a konkurencja w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego

Cecha systemu	Wartość sprzyjająca konkurencji	Wartość ograniczająca konkurencję
liczba	wielu	jeden
własność	--	jednoczesne występowanie podmiotów publicznych i prywatnych działających w oparciu o różny reżim prawny
zasięg	cały kraj	jeden płatnik na jeden region
podmiot ochrony	wszyscy obywatele/ubezpieczeni	rozdzielność podmiotów wobec płatników
przedmiot ochrony	możliwość różnicowania koszyka oraz dopłat do świadczeń	brak możliwości różnicowania koszyka oraz dopłat do świadczeń
wycena ryzyka	model z (jednorazową bądź wielokrotną) oceną ryzyka	model z opłatą uzależnioną od dochodu
wyrównanie ryzyka/szkodowości	stosowanie modelu wyrównywania <i>ex ante</i> oraz <i>ex post</i>	brak jakiegokolwiek modelu wyrównania
powiązanie z innymi podmiotami	--	pełna integracja
swoboda zawierania umów	możliwość selekcji świadczeniodawców, negocjowania cen, liczby i rodzaju świadczeń	konieczność kontraktowania u wszystkich świadczeniodawców określonej liczby i rodzaju świadczeń po określonej cenie

Źródło: Opracowanie własne.

2.2 Cechy systemu płatników - gdzie jest możliwe występowanie konkurencji?

Przedstawione powyżej klasyfikacje są jedynie modelowe, ściśle powiązane ze sobą. Trudno wyobrazić sobie system ochrony zdrowia bez żadnego płatnika instytucjonalnego bądź system z wieloma płatnikami instytucjonalnymi, w którym składka ryczałtowa nie jest uzupełniana żadnym systemem wyrównywania ryzyka/szkodowości.

Można więc zadać pytanie, jaka konfiguracja cech płatnika determinuje występowanie konkurencji oraz sprzyja jej sile? Jak już wspomniano, warunkiem koniecznym występowania konkurencji jest wielość płatników

Cechy systemu
płatników

połączona z możliwością wyboru przez pacjenta. Jednakże, mimo spełnienia tego warunku, konkurencji nie będzie, jeżeli będzie istniała (niezamierzona przez ustawodawcę):

- rozdzielność terytorialna płatników bądź,
- rozdzielność podmiotowa płatników bądź,
- rozdzielność przedmiotowa płatników.

Jak już stwierdzono, konkurencja pomiędzy płatnikami może wystąpić także, gdy nie jest możliwe zróżnicowanie koszyka świadczeń bądź zakresu jego pokrycia. Teoretycznie powinna się wtedy przenieść na grunt jakości świadczeń oraz efektywności płatników²⁶. Jednak sytuacja, w której system obejmuje 100% wszystkich świadczeń, ze 100% stopniem ich finansowania, bez możliwości oferowania dodatkowych produktów, wydaje się być czysto teoretyczna. Reformy systemów ochrony zdrowia podążają w kierunku precyzowania zakresu ochrony (np. poprzez koszyki negatywne bądź wyłączenie określonych procedur z kontraktowania), jak i stopniowego wprowadzania współpłacenia za niektóre świadczenia zdrowotne.

Przy jednolitym koszyku oraz braku możliwości zróżnicowania dopłat, konkurencję może determinować możliwość oferowania przez płatników dodatkowych, uzupełniających ubezpieczeń kosztów leczenia - ubezpieczeń komplementarnych lub innych produktów (np. abonamentów) bądź możliwość istnienia powiązań finansowo-organizacyjnych z podmiotami oferującymi takie produkty (np. poprzez wspólną grupę kapitałową). Należy jednak pamiętać, iż możliwość oferowania dodatkowych produktów nie zawsze potęguje konkurencję pomiędzy płatnikami. Istotnym elementem hamującym konkurencję są mechanizmy ograniczania ryzyka, jak np. nieobejmowanie ochroną przez pierwsze 2 lata trwania polisy uprzednio występujących chorób. Innymi słowy może dojść do sytuacji, w której zakres wyboru dla osób z grupy wysokiego ryzyka na rynku ubezpieczeń bazowych ulegnie znacznemu zawężeniu ze względu na warunki uzyskania (trwania) ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenia dodatkowego.

Równocześnie, nawet gdyby było dopuszczalne oferowanie ubezpieczeń substytucyjnych oraz suplementarnych przez płatników działających w systemie bazowym, konkurencja byłaby raczej znikoma, ale nie niemożliwa.

W systemach, w których opłata za „ochronę zdrowotną” jest uzależniona od dochodu, nie jest możliwe wprowadzenie konkurencji cenowej.

W przypadku systemu bazującego na opłacie zryczałtowanej ustawodawca może dopuścić różnicowanie składek pomiędzy płatnikami, a tym samym konkurencję cenową. Konkurencja cenowa jest wpisana w model płatności z jednorazową bądź okresową oceną ryzyka.

Jak już wspomniano, jeśli płatnicy nie mogą wpływać na cenę za ochronę na podstawie oczekiwanych kosztów świadczeń zdrowotnych określonych dla danego pacjenta, mechanizmy wyrównywania ryzyka/szkodowości są niezmiernie istotne dla ograniczania selekcji po stronie płatników oraz stymulowania konkurencji.

Możliwość integracji pomiędzy płatnikiem i świadczeniodawcą jest elementem sprzyjającym konkurencji. Jednak, jak omówiono w pkt. 2.1.9, aby pożądana konkurencja o pacjenta nie przerodziła się w negatywnie skutkującą dla pacjentów selekcję ze strony płatnika, niezmiernie ważne jest skuteczne działanie instytucji, których celem jest kontrola oraz zapobieganie działaniom selekcyjnym.

2.3 System ochrony zdrowia bez płatnika trzeciej strony

Należy pamiętać, że system ochrony zdrowia może również istnieć bez płatnika trzeciej strony, np. w oparciu o zdrowotne konta oszczędnościowe (ang. *Health Saving Accounts*). Wówczas opłata za udzielane świadczenia jest finansowana bezpośrednio w chwili korzystania, bez uprzedniego kontraktowania świadczeń, jak to ma miejsce np. Medisave w Singapurze.²⁷ Źródłem finansowania programu Medisave jest 6%-8% (w zależności od wieku) wynagrodzenia pracownika przekazywanego na medyczne konto oszczędnościowe (oprocentowane 4% w skali roku), które następnie jest uzupełniane przez składkę pracodawcy (Choon i inni (2008), s.7)²⁸. Składki są ograniczone z góry, zarówno w okresach miesięcznych, jak i w ciągu życia osoby. Wszelkie środki powyżej określonego limitu przesuwane są na inne, obowiązkowe konta oszczędnościowe, z których mogą być pobrane dopiero po przekroczeniu przez osobę wieku 55 lat. W przypadku śmierci osoby, środki pozostałe na koncie przekazywane są uposażonym i nie wchodzi do masy spadkowej.

Ze środków zebranych w ramach programu Medisave pokrywane są koszty hospitalizacji właściciela konta oraz jego najbliższej rodziny (w tym finansowanie opieki osób starszych przez ich dzieci), przy czym, w celu ograniczenia nadmiernego korzystania, wprowadzono limity kosztów, jakie mogą zostać poniesione w ciągu roku np. z konta Medisave nie można finansować opieki podstawowej. Ponieważ istnieje ryzyko wyczerpania środków znajdujących się na koncie tj. wystąpienie kosztownej choroby, wszyscy obywatele są zobowiązani do wykupienia

katastroficznego ubezpieczenia medycznego (ang. Medishield). Równocześnie, dla zabezpieczenia opieki podstawowej dla osób najuboższych (ok.10 % populacji), stworzony został program Medifund (więcej: Choon i inni (2008), s.7 i nast.).

Istnieją też badania, w których dowodzi się, że indywidualne rachunki zdrowotne mogą stanowić istotne uzupełnienie bądź wręcz zastąpienie klasycznej ochrony ubezpieczeniowej (np. Cardon (2010)).

2.4 Metody finansowania systemu ochrony zdrowia a typ płatnika

W tym podrozdziale przedstawiona zostanie zależność pomiędzy metodą finansowania systemu ochrony zdrowia a możliwością wprowadzenia konkurencji pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. W literaturze wskazywane są trzy podstawowe instrumenty finansowania systemu zabezpieczenia społecznego: podatek, składka lub darowizna, które są bardzo często mylone (więcej patrz: Szumlicz (2005), s. 83-85). W przypadku, gdy system ochrony zdrowia ma charakter zaopatrzeniowy, finansowany jest z podatków, zaś uprawnienie do świadczeń wynika z prawa obywatela/rezydenta. Z kolei w przypadku systemu ubezpieczeniowego finansowanie następuje ze składek, zaś uprawnienie do świadczenia wynika z przynależności do wspólnoty ryzyka (za ubezpieczonego została zapłacona składka). Nawiązując do modelowych ujęć finansowania systemu ochrony zdrowia (patrz: 1.2.6) można stwierdzić, iż wszelkie kombinacje modeli: bieżącego finansowania świadczeń w grupach wiekowych, finansowania kapitałowego oraz obliczania opłaty na podstawie jednorazowej oceny ryzyka lub obliczania opłaty na podstawie wielokrotnej oceny ryzyka, będą nosić znamiona finansowania ubezpieczeniowego.

Zdaniem Autorki, sposób finansowania systemu nie determinuje możliwości wprowadzenia konkurencji między płatnikami. Można sobie wyobrazić zarówno system ubezpieczeniowy z wielością płatników, jak i system podatkowy (nawet z podatkiem ogólnym) z wielością płatników uzyskujących środki od sponsora.²⁹ Istnieją też systemy ubezpieczeniowe i zaopatrzeniowe, w których funkcjonuje tylko jeden płatnik. Co więcej, w obu typach systemów można wprowadzić konkurencję pomiędzy płatnikami dla społecznego doubezpieczenia zdrowotnego (więcej: Szumlicz (2007), 72-78). Zatem, biorąc pod uwagę fakt zacierania się finansowania ubezpieczeniowego i zaopatrzeniowego można stwierdzić, iż sposób finansowania bazowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego nie przesądza jednoznacznie o kierunku konkurencji pomiędzy płatnikami.

3. Zakres konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony - identyfikacja empiryczna

W rozdziale tym zostanie przedstawiona klasyfikacja systemów płatników według możliwości istnienia konkurencji, a następnie zaprezentowane zostaną te kraje, w których istnieje wielość płatników połączona z możliwością wyboru płatnika przez pacjenta. Ostatnia część rozdziału stanowi opis indeksu konkurencji wskazującego ocenę pól konkurencji w badanych systemach.

3.1 Kategoryzacja systemów płatników

W celu ukazania kategoryzacji systemów płatników trzeciej strony według cech niezbędnych dla występowania konkurencji zbadano 27 krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarię i Izrael. W badaniu pominięto system zdrowotny Stanów Zjednoczonych. Mimo iż jest on traktowany jako najbardziej konkurencyjny system na świecie, nie może on stanowić przedmiotu niniejszego badania, ponieważ badanie dotyczy systemów bazowych, zaś w Stanach Zjednoczonych system bazowy jest ograniczony do minimum (niekonkurujący ze sobą płatnicy Medicaid i Medicare) sprawiając, iż traktowany jest, obok modeli typu Bismarcka i typu Beveridge'a, jako przykład modelu rynkowego³⁰ (Włodarczyk, Poździoch (2001), s. 82), gdzie funkcja bazowa została przejęta przez dobrowolne ubezpieczenia kosztów leczenia - relacja prymatu ubezpieczeń prywatnych w systemie ochrony zdrowia (Więckowska, Osak (2010)).

Cechami systemu płatników trzeciej strony funkcjonujących w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego uniemożliwiającymi konkurencję są: występowanie jednego płatnika, bądź występowanie braku możliwości wyboru płatnika w systemie wielu płatników. Jak przedstawiono na Schemacie 2 zdecydowana większość analizowanych krajów (17) charakteryzuje się bazowym systemem zabezpieczenia zdrowotnego z jednym płatnikiem. Pozostałe to systemy z wieloma płatnikami. Nie wszystkie z tych krajów mogą być rozpatrywane z punktu widzenia konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony. W Finlandii, na Litwie, w Polsce oraz w Rumunii istnieje rozdzielność przedmiotowa ochrony świadczonej przez płatników. Natomiast w Austrii, Francji i Grecji występuje rozdzielność podmiotowa, tj. pacjenci przypisani są do płatnika według określonych cech (np. miejsce zamieszkania, wykonywany zawód).

Jedynie 7 krajów: Belgia, Czechy, Holandia, Izrael, Niemcy, Słowacja oraz Szwajcaria posiadają bazowe systemy zabezpieczenia

zdrowotnego, w których występuje wielość płatników połączona z możliwością wyboru przez ubezpieczającego (bez rozdzielności przedmiotowej oraz podmiotowej). Tylko te kraje zostaną poddane analizie istnienia charakterystyk sprzyjających konkurencji, które będą przedstawione w dalszej części rozdziału. Dla nich też zostanie stworzony indeks konkurencji.

Schemat 2. Kategoryzacja krajów według cech systemu płatników wskazujących na możliwość występowania konkurencji

System z jednym płatnikiem	System z wieloma płatnikami		
	Rozdzielność przedmiotowa	Rozdzielność podmiotowa	Możliwość wyboru
Bułgaria, Cypr, Dania, Estonia, Hiszpania, Irlandia, Luksemburg, Łotwa, Malta, Portugalia, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy	Finlandia, Litwa, Polska, Rumunia	Austria, Francja, Grecja	Belgia, Czechy, Holandia, Izrael, Niemcy, Słowacja, Szwajcaria

Cechy systemu
płatników

Źródło. Opracowanie własne na podst.: Austria: Hofmacher, Rack (2006), Bułgaria: Georgieva i in. (2007), Cypr: Golna i in. (2004), Dania: Strandberg-Larsen i in. (2007), Estonia: Jesse i in. (2004), Finlandia: Vuorenkoski i in. (2008), Francja: Sandier i inni (2004), Grecja: Tanner (2008), Hiszpania: Durán i inni (2006), Irlandia: McDaid (2009), Litwa: Bagdonas, Jovarauskiene (2009), Luksemburg: Paris (2010), Łotwa: Tragakes i inni (2008), Malta: MISSOC (2009), Polska: Sobiech (2008), Portugalia: Bentes i inni (2004), Rumunia: Vldescu i inni (2008), Słowenia: Albreht i inni (2009), Szwecja: Glenngard (2005), Węgry: Gaal (2004), Wielka Brytania: Tanner (2008), Włochy: Lo Scalzo i in. (2009).

3.2. Bazowe systemy zabezpieczenia zdrowotnego z konkurującymi płatnikami trzeciej strony

W niniejszym podrozdziale przedstawionych zostanie 7 systemów ochrony zdrowia, w których stwierdzono, iż istnieje możliwość konkurencji o pacjenta pomiędzy płatnikami trzeciej strony. Autorka skupiła się przede wszystkim na opisie cech charakteryzujących system płatników.

3.2.1 Belgia

Belgijski system ochrony zdrowia zaliczany jest do systemu typu Bismarckowskiego, w którym każdy z ubezpieczonych ma obowiązek przystąpienia do wybranej przez siebie kasy chorych. Kasy są instytucjami non-profit. Na terenie Belgii działa 7 zrzeszeń kas chorych, w tym kasa chorych dla pracowników kolei państwowych³¹ oraz Publiczny

Dodatkowy Fundusz Ubezpieczenia Chrobowego i Rentowego (ang. *Public Auxiliary Fund for Sickness and Disability Insurance*), wraz z oddziałami regionalnymi.³² Zrzeszenia bazują na powiązaniach religijnych bądź politycznych. Największe z nich - Krajowe Zrzeszenie Funduszy Chrześcijańskich (ang. *the National Alliance of Christian Mutualities*) objemuje 45% ubezpieczonych, następane Krajowe Zrzeszenie Funduszy Socjalistycznych (ang. *the National Union of Socialist Mutualities*) - 29% ubezpieczonych, natomiast pozostałe 23,5% przypada na trzy zrzeszenia: Krajowe Zrzeszenie Funduszy Neutralnych (ang. *the National Union of Neutral Mutualities*), Krajowe Zrzeszenie Funduszy Liberalnych (ang. *the National Union of Liberal Mutualities*) (Corens (2007), s.40).

Jak już wspomniano system belgijski finansowany jest ze składek bazujących na dochodzie, stanowią część świadczeń pochodzących z systemu ubezpieczeń społecznych, którego składki, w zależności od wysokości dochodu, wynoszą 19,65% bądź 14,16% (Corens (2007), s.61). W Belgii występuje również system wyrównywania ryzyka. Składka *ex ante* korygowana jest w oparciu o model ekonometryczny, w którym ujęte są takie zmienne jak: status socjo-ekonomiczny (emeryt, wdowa/wdowiec, osoba niepełnosprawna), wiek, płeć, współczynnik umieralności, choroby przewlekłe, struktura gospodarstwa domowego, dochód, stopa bezrobocia, stopień urbanizacji. Równocześnie w systemie występuje wysoki poziom wyrównywania ryzyka *ex post* (van de Ven i inni (2007), s.164).

Łączny budżet jest ustalany corocznie przez Centralną Radę Krajowego Instytutu Ubezpieczenia Zdrowotnego i Rentowego (ang. *General Council of the National Institute for Health and Disability Insurance*) i bazuje na prognozowanych potrzebach społeczeństwa w zakresie świadczeń zdrowotnych. Ceny świadczeń są ustalane w ramach wspólnych negocjacji pomiędzy świadczeniodawcami a kasami chorych.

Lista dostępnych świadczeń jest ściśle zdefiniowana i nie podlega różnicowaniu. Sposób restytucji³³ zależy od rodzaju świadczenia: w przypadku opieki otwartej stosowana jest restytucja pieniężna, w przypadku opieki zamkniętej oraz opłat za leki stosowana jest restytucja rzeczowa.³⁴ Dopłaty do świadczeń są takie same dla wszystkich ubezpieczonych, jedyny wyjątek stanowią osoby (o określonych dochodach, należące do określonej grupy społecznej, jak np. emeryci) objęte preferowanym współpłacaniem.

W Belgii kasy chorych mają prawo oferować dodatkowe ubezpieczenia kosztów leczenia. Pacjent, jeżeli się zdecyduje, ma możliwość zakupienia produktu jedynie w tej kasie, w której posiada ubezpieczenie

podstawowe (van de Ven i inni (2003), s.92). To ubezpieczenia komplementarne stanowią istotne narzędzie konkurencji o pacjenta.³⁵ Siłę jego oddziaływania zwiększa fakt, iż składka za ubezpieczenie komplementarne podlega preferencjom podatkowym (Corens (2007), s.67).

3.2.2 Czechy

Bazowy system ochrony zdrowia funkcjonuje w oparciu o ubezpieczeniowe kasy chorych.³⁶ W roku 2009 istniało 10 samorządowych, quasi-publicznych kas chorych (Bryndova i inni (2009), s.42),³⁷ z czego największa, VZP, posiada ponad 60% rynku (Paris i inni (2010), s.14).³⁸ W systemie nie istnieje możliwość wyboru substytucyjnego ubezpieczenia kosztów leczenia, lecz pacjent ma prawo raz do roku zmienić kasę chorych.

Składka ubezpieczeniowa jest wpłacana do poszczególnych kas chorych, zaś następnie, za pomocą formuły wyrównywania ryzyka, przekazywana pomiędzy kasami za pośrednictwem specjalnego funduszu, którym zarządza największa kasa. Obecnie składka wyrównująca ryzyko (stawka kapitacyjna) zależy od wieku (5-letnie grupy wiekowe) oraz płci – łącznie 36 grup. Co więcej, w systemie występuje mechanizm wyrównywania *ex post* – obejmuje on 80% kosztów powyżej limitu dla każdego ubezpieczonego, którego koszt leczenia był 25-krotnie wyższy niż przeciętny koszt leczenia pacjenta w całym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (Bryndova i inni (2009), s.44).

Jak już wspomniano kasy są instytucjami non-profit. W przypadku wypracowania zysku, musi on zostać przeznaczony na świadczenia zdrowotne bądź przekazany do specjalnego funduszu na wyrównywanie ryzyka. Państwo gwarantuje wypłacalność tylko w niewielkim stopniu (poza największą kasę chorych). W przypadku bankructwa kasy jej członkowie są przejmowani przez największą kasę.

Zakres ochrony zdefiniowany jest w większości na bazie koszyka negatywnego, lecz niektóre świadczenia są określone koszykiem pozytywnym (np. środki farmaceutyczne).³⁹ Nie istnieje możliwość różnicowania składek oraz współpłacenia dla bazowego koszyka świadczeń. Kasy chorych nie mają również możliwości negocjowania cen ze świadczeniodawcami. Negocjacje cenowe odbywają się corocznie i kierowane są przez Ministerstwo Zdrowia (Bryndova i inni (2009), s.36). Ministerstwo Zdrowia co roku definiuje listę świadczeń, które będą finansowane ze środków kas chorych, wraz w poziomem współpłacenia.⁴⁰ Natomiast kasy mają prawo swobodnego

kontraktowania dowolnej liczby i zakresu świadczeń z wybranymi przez siebie świadczeniodawcami.

3.2.3 Holandia⁴¹

Od 1 stycznia 2006 roku, na mocy ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych, każda osoba, która zgodnie z prawem mieszka lub pracuje w Holandii musi wykupić indywidualne prywatne ubezpieczenie zdrowotne obejmujące określony prawem pakiet świadczeń (np. opieka lekarska, leki wydawane na receptę i hospitalizacja). Ubezpieczyciele natomiast są prawnie zobowiązani do objęcia każdej zgłaszającej się osoby podstawową umową ubezpieczeniową po stawce zgodnej z zasadą stosowania jednakowych składek ubezpieczeniowych dla wszystkich ubezpieczonych i bez wyłączenia ochrony ze względu na historię medyczną danej osoby. Ubezpieczyciele, którzy mają mniej niż 850.000 zgłoszonych ubezpieczonych, mogą ograniczyć swoje działania do jednej lub kilku z dwunastu prowincji. Na mocy ustawy konsumenci mogą przynajmniej raz na rok (1 stycznia) zmienić ubezpieczyciela lub wybrać inny produkt z grupy podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez ich obecnego ubezpieczyciela.

Wszystkie osoby fizyczne są zobowiązane płacić składkę zależną od dochodu (7,05 % za pierwsze 33.189 euro rocznego dochodu w 2010 roku)⁴² do urzędu skarbowego, którzy przekazuje te składki do Funduszu Wyrównania Ryzyka (ang. *Risk Equalisation Fund* - REF). Pracodawcy są prawnie zobowiązani dokonywać rekompensaty tych składek na rzecz pracowników. Dodatkowo wszystkie osoby dorosłe płacą składkę bezpośrednio na rzecz wybranego ubezpieczyciela. Każdy ubezpieczyciel ustanawia swoją własną składkę, zgodnie z zasadą stosowania jednakowych składek ubezpieczeniowych dla wszystkich ubezpieczonych. W odniesieniu do ubezpieczonych z grupy wysokiego ryzyka ubezpieczyciele otrzymują wysokie płatności wyrównujące ryzyko z REF. W przypadku ubezpieczonych z grupy niskiego ryzyka ubezpieczyciele muszą płacić opłatę wyrównawczą na rzecz REF. Dzieci (poniżej 18 lat) nie płacą składek. Rząd zapewnia REF rekompensatę za koszty ich opieki. Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych suma składek zależnych od wysokości dochodu wynosi 50% całkowitych przychodów ubezpieczyciela z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia podstawowego. Pojedyncza płatność z tytułu wyrównania ryzyka jest równa przewidywanym kosztom ochrony zdrowia, opartym na indywidualnych czynnikach ryzyka i formule wyrównywania, pomniejszonym o stałą kwotę, która dla każdej osoby dorosłej wynosi 50% przewidywanych średnich krajowych kosztów ochrony zdrowia na osobę. Ujemne płatności z tytułu wyrównania ryzyka przewidują płatności ubezpieczyciela na rzecz REF. W 2008 roku średnia roczna składka wyniosła około 1105 euro na osobę dorosłą (18+) i wahała się od 936 do 1164 euro.

Około dwie trzecie holenderskich gospodarstw domowych otrzymuje od rządu dopłaty uzależnione od dochodu („zasilek opiekuńczy”), co stanowi nie więcej niż 1536 euro (w 2010) na gospodarstwo domowe na rok.⁴³ Ponieważ ten zasilek nie zależy od wyboru ubezpieczyciela, pacjenci są bardzo wyczuleni na cenę ochrony.

Istnieje pełna swoboda nabywania dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie świadczeń nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem podstawowym, np. opieka dentystyczna dla dorosłych, fizjoterapia, okulary, medycyna alternatywna i operacje kosmetyczne. W obszarze dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczyciele mają swobodę korygowania składek o ryzyko i odmawiania ochrony osobom zgłaszającym się do ubezpieczenia. W 2010 roku około 87% populacji wykupiło dodatkowe ubezpieczeni zdrowotne, prawie zawsze u tego ubezpieczyciela, który zapewnia podstawową ochronę. Sytuacja taka daje duży bodziec do konkurencji na polu ubezpieczeń komplementarnych.

Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych określa jakie prawa muszą zostać zaoferowane (np. świadczenia⁴⁴ i zakres opieki) i kiedy istnieją (wskazanie medyczne). Umowa ubezpieczeniowa musi określać kto świadczy opiekę, gdzie i na podstawie jakich warunków (np. wymogi otrzymania zgody, skierowania czy recepty). Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych obejmuje ponadto koszty ochrony zdrowia związane z wypadkami w miejscu pracy i chorobami zawodowymi.

Ubezpieczyciele mają swobodę selektywnego zawierania umów ze świadczeniodawcami i stosowania bodźców finansowych motywujących pacjentów do korzystania z preferowanych świadczeniodawców.

Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych przewiduje możliwość „zniżek grupowych”. Ubezpieczycielom wolno udzielić nie większej niż 10% zniżki ubezpieczonym, którzy należą do „grupy” będącej podmiotem prawnym. W 2009 roku około 60 % populacji otrzymało taką zniżkę grupową, średnia zniżka wyniosła 7 %.⁴⁵ Dwie trzecie otrzymało zniżkę grupową poprzez pracodawcę. Istnieje jednak wiele innych grup, np. organizacje pacjentów, związki sportowe, związki zawodowe, banki spółdzielcze (dla klientów/ członków) i niezależni przedsiębiorcy, którzy organizują „grupy” (np. poprzez internet).

Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych każda osoba dorosła (18+) posiada roczną franszyzę redukcyjną w wysokości 165 euro (w 2010) na rok (z wyłączeniem opieki lekarza pierwszego kontaktu i opieki w okresie ciąży i macierzyństwa). Holendrzy mogą uzyskać zniżkę w składce, jeżeli dobrowolnie zgodzą się wybrać wyższą franszyzę

redukcyjną (do 665 euro na rok). W 2008 roku średnia roczna składka dla polisy z franszyzą redukcyjną w wysokości 665 euro wynosiła średnio 899 euro (wahała się od 684 do 1020 euro).

Istotnym elementem holenderskiego systemu opieki zdrowotnej jest system wyrównywania ryzyka. Do roku 2002 płatności z tytułu wyrównania ryzyka w głównej mierze bazowały na wieku, płci i wskaźnikach niepełnosprawności oraz statusie społeczno-ekonomicznym. Od 2002 roku dodane zostały następujące czynniki ryzyka: grupa kosztów oparta na stosowanych lekach (ang. *Pharmacy-based Cost Group* - PCG) w 2002 roku oraz grupa kosztów oparta na diagnozie (ang. *Diagnostic Cost Groups* - DCG) i samozatrudnieniu (tak/ nie) w 2004 roku (Van de Ven i inni, 2004). Grupy PCG i DCG to wskaźniki stanu zdrowia, pochodzące z poprzednio przepisywanych leków i diagnozy z poprzedniej hospitalizacji. W oparciu o te korektory ryzyka wszystkie osoby są przypisywane do podgrup ubezpieczonych, które są w większym lub mniejszym stopniu homogeniczne pod względem przewidywanych przyszłych kosztów ochrony zdrowia.⁴⁶

Ubezpieczyciele otrzymywali także pewne rekompensaty *ex post* oparte na rzeczywistych kosztach. W konsekwencji średnie ryzyko finansowe ubezpieczyciela w obszarze kosztów medycznych w 1992 roku było ograniczone do 3% zysków i strat. Ubezpieczyciele otrzymywali z dołu „rekompensatę” 97% strat i zysków. Wraz z ulepszeniem formuły wyrównawczej rząd holenderski stopniowo podnosił ryzyko finansowe ubezpieczycieli do poziomu 75% w 2010 roku.

3.2.4 Izrael

System ochrony zdrowia w Izraelu opiera się na wielości płatników i możliwości ich wyboru przez pacjenta. W systemie funkcjonują 4 non-profit organizacje ochrony zdrowia (ang. *health plans*): Clalit - obejmuje 53% populacji, Maccabi - obejmuje 24% populacji, Meuhedet - obejmuje 13% populacji oraz Leumit - 10% (Rosen, Samuel (2009), s.20).

System jest finansowany głównie ze środków publicznych - podatku zdrowotnego oraz podatków ogólnych. Podatek zdrowotny jest podatkiem dochodowym, wynoszącym 3,1% wynagrodzenia dla kwoty poniżej połowy wynagrodzenia przeciętnego oraz 4,8% wynagrodzenia powyżej tego poziomu. Górną granicą podstawy wymiaru podatku zdrowotnego jest 5-krotność przeciętnego wynagrodzenia. Rząd corocznie określa wysokość środków przeznaczonych na system ochrony zdrowia. Wielkość środków pochodzących z podatków ogólnych jest różnicą pomiędzy tą kwotą a środkami pochodzącymi z podatków zdrowotnych (Rosen, Samuel (2009), s.43).

Zebrane fundusze są rozdysponowane do organizacji - 95% środków zgodnie z formułą kapitacyjną uwzględniającą liczbę członków oraz ich strukturę wiekową, natomiast 5% środków przeznaczonych dla osób cierpiących na pięć rzadkich i bardzo kosztownych chorób (AIDS, hemofilia, niewydolność nerek wymagająca dializ, talasemia, choroba Gaucher'a). W systemie nie istnieje natomiast system wyrównywania szkodowości (Rosen, Samuel (2009), s.54-55).

Każda z organizacji musi oferować zakres świadczeń równy zakresowi bazowemu. W systemie tym występuje częściowa integracja - typ I, ponieważ organizacje są równocześnie świadczeniodawcami i działają na zasadach HMO (*ang. health maintenance organizations*).

W systemie występuje również mechanizm współpłacenia. Organizacje mają prawo składać propozycje poziomów opłat, które muszą być zaakceptowane przez rząd, co skutkuje „konkurencją dopłatową” (*ang. copayment competition*) (van de Ven i inni (2003), s. 83). Obecnie część udziałów własnych pacjentów jest taka sama we wszystkich organizacjach, natomiast niektóre - jak opłaty za leki - są różne. Trzy mniejsze pobierają 15% ceny, nie mniej niż 13 NIS (2,5 euro) za dawkę.⁴⁷ Natomiast Clalit za leki z listy refundacyjnej z 1998 roku pobiera jedynie 12 NIS (2,3 euro) za dawkę, zaś za leki dodane po tej dacie 10% ceny leku, nie mniej niż 12 NIS (2,3 euro) za dawkę (Rosen, Samuel (2009), s.51).

Organizacje mają prawo oferować dodatkowe - komplementarne oraz suplementarne (!) ubezpieczenia kosztów leczenia - lecz ich zakres oraz cena (uzależniona jedynie od wieku, nie zaś od stanu zdrowia) podlega obowiązkowi akceptacji Ministerstwa Zdrowia, a każdy ubiegający się o ochronę nie może być odrzucony (Rosen, Samuel (2009), s.47). Konkurencja pomiędzy organizacjami jest ograniczona ponieważ nie ma możliwości bezpośredniego kontaktu z członkami - kontakt może być jedynie pocztowy (van de Ven i inni (2003), s. 88).

3.2.5 Niemcy

Niemiecki system ochrony zdrowia jest systemem ubezpieczeniowym z wieloma płatnikami i możliwością wyboru płatnika przez pacjenta. W roku 2006 na rynku niemieckim funkcjonowało 275 kas chorych⁴⁸ (van de Ven i inni (2007), s. 168).

W roku 2007 Niemcy wprowadzili istotną reformę systemu ochrony zdrowia, która weszła w życie w roku 2009. Obecnie kasy chorych pobierają składki proporcjonalne do wynagrodzenia ubezpieczonego bądź jego dochodu, następnie przekazują je do funduszu centralnego.

Niemcy

Składka ta nie obejmuje, jak poprzednio, opłaty za dzieci, która jest teraz finansowana z budżetu państwa (Cheng, Reinhardt (2008), s. 206-207).

Fundusz, po otrzymaniu subsydiów z budżetu państwa pokrywających składki za dzieci dokonuje redystrybucji środków za pomocą formuły kawitacyjnej korygowanej o wiek, płeć oraz 80 chorób przewlekłych.

Co więcej, kasy mają większą swobodę definiowania świadczeń w ramach udzielanej przez nich ochrony. Mogą rozszerzać zakres świadczeń w zamian za wyższy udział własny bądź poddanie się dodatkowym wymogom jak np. ograniczona liczba świadczeniodawców czy określona procedura udzielania świadczeń. Kasy mogą również oferować produkty z obniżoną składką przy wyższym udziale własnym bądź funkcjonującym w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej systemem bonus-malus - zniżką (malus) za bezszkodowość. Dodatkowe świadczenia bądź rabaty mogą oferować tylko te kasy, które osiągną nadwyżkę budżetową. Kasy, które mają deficyt są zobligowane do pobierania dodatkowej składki, ograniczonej z góry do 1% wynagrodzenia brutto ubezpieczonego (Paris (2010), s. 11).

Kasy chorych mają prawo również oferowania ubezpieczeń komplementarnych, co stanowi dodatkowe pole do konkurencji (van de Ven i inni (2007), s. 169).

3.2.6 Słowacja

Słowacki system ochrony zdrowia jest systemem, w którym funkcjonuje kilku płatników oraz istnieje możliwość wyboru płatnika przez pacjenta. W chwili wprowadzania systemu, w 1995 roku, płatników było 10, maksymalną liczbę płatników odnotowano w roku 1996 (13). Teraz jest ich 5: General Health Insurance Company (GHIS) - obejmujący 65,2% ubezpieczonych, Common Health Insurance Company (CHIC) - obejmujący 12,9% ubezpieczonych, Apollo - obejmujący 8,5% ubezpieczonych, Sideria - obejmujący 7,2% ubezpieczonych oraz VZP-Dovera - obejmujący 6,2% ubezpieczonych. GHIS oraz CHIC są zakładami publicznymi, pozostałe 3 są prywatne, co jest równoznaczne m.in. z tym, że ich wypłacalność nie jest gwarantowana przez państwo (Havlaka i inni (2004), s.36).

Słowacja

Każdy z 5 zakładów pobiera składkę zdrowotną⁴⁹ za osoby ubezpieczone, następnie raportuje do specjalnego oddziału GHIS, który redystrybuuje fundusze pomiędzy zakładami - 85% składek podlega systemowi wyrównywania ryzyka, który uwzględnia wiek (17 grup wiekowych) oraz płeć (Havlaka i inni (2004), s.40,42). W systemie nie występuje mechanizm wyrównywania szkodowości.

Zakłady nie mają prawa różnicować zakresu ochrony, składek ani współpłacenia. Mogą natomiast oferować dodatkowe, komplementarne ubezpieczenia obejmujące świadczenia profilaktyczne, pokrycie kosztów porad lekarskich, podwyższony standard sali szpitalnej oraz pokrycie kosztów współpłacenia. Zainteresowanie tymi produktami jest jednak niewielkie (Schneider (2009), s. 10).

3.2.7 Szwajcaria

Od roku 1996 wszyscy rezydenci Szwajcarii mają obowiązek wykupienia prywatnego ubezpieczenia kosztów leczenia w jednym z 62 prywatnych zakładów ubezpieczeń.⁵⁰ Zakłady te muszą być instytucjami non-profit oraz muszą przyjąć każdego chętnego. Mogą działać (selektywnie) na terenie każdego z 26 kantonów. Mogą także różnicować składkę ze względu na wiek (trzy grupy wiekowe 0-18, 19-25, 26+) oraz kanton. Równocześnie ubezpieczający może starać się o wyższy poziom współpłacenia⁵¹ skutkujący obniżeniem składki (Leu i inni (2009), s.1-2).

System obejmuje także 10% udział własny w kosztach świadczeń, co więcej - prawo zakazuje, aby udział ten był pokrywany w ramach dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia kosztów leczenia (Schneider (2009), s.9).

Mieszkańcy Szwajcarii mogą się również ubiegać o dopłaty do składki. Są one finansowane z podatków dochodowych. W roku 2007 dopłatami objęte było 40% gospodarstw domowych, co stanowi ok.1/3 populacji ubezpieczonych (Leu i inni (2009), s.4).

W systemie występuje również mechanizm wyrównywania ryzyka, który oparty jest na wieku (15 grup) i płci. Wyrównanie *ex ante* dokonywane jest na poziomie kantonów. Nie ma natomiast mechanizmu wyrównywania szkodowości, zatem ryzyko finansowe jest w całości po stronie zakładów.

Wszystkie zakłady muszą oferować taki sam bazowy zakres ochrony, ale mogą oferować ubezpieczenia komplementarne obejmujące świadczenia udzielane poza kantonem, prywatne pokoje w szpitalu, wybór lekarza prowadzącego w szpitalu oraz na przykład opiekę stomatologiczną. Chcąc czerpać zyski z dodatkowych produktów zakłady często działają jako dwie odrębne instytucje - jedna dedykowana do ubezpieczenia bazowego, druga - do ubezpieczenia komplementarnego. Rodzi to obawy o przekazywanie informacji np. dotyczących stanu zdrowia ubezpieczającego, a tym samym mających wpływ na wysokość oraz dostępność ochrony ubezpieczeniowej (Leu i inni (2009), s.8-10).

Zakłady mogą też działać w formule HMO. Ponieważ okazała się ona bardzo efektywną, od roku 2005 obserwowany jest wzrost zainteresowania zakładów oferowaniem produktów w ramach HMO (van de Ven i inni (2007), s.173).

Szwajcaria

3.3 Indeks konkurencji systemu płatników trzeciej strony

Charakterystyki systemu płatników, które sprzyjają istnieniu konkurencji, zostaną przeanalizowane dla Belgii, Czech, Izraela, Holandii, Niemiec, Słowacji i Szwajcarii. Są to:

- udział w rynku największego płatnika mniejszy niż 50%,
- możliwość różnicowania cen (pomiędzy płatnikami) w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość różnicowania koszyka świadczeń w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość różnicowania poziomu współpłacenia w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość integracji płatnika ze świadczeniodawcami (HMO) w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość oferowania przez płatnika dodatkowych produktów uzupełniających poziom „ochrony zdrowotnej”,
- istnienie mechanizmu wyrównywania ryzyka i ujęcie w nim takich cech jak: wiek, płeć, stan zdrowia, inne (np. miejsce zamieszkania, stopa bezrobocia),
- istnienie mechanizmu wyrównywania szkodowości.

Dla każdej z wyżej wymienionych cech przypisana zostanie zmienna zero-jedynkowa, w przypadku istnienia danej cechy w danym systemie przyjmie ona wartość 1 (za wyjątkiem czynników wykorzystywanych w wyrównywaniu *ex ante*, tam w przypadku występowania wszystkich czynników wartość zmiennej wynosić będzie 1, za każdą z cech po 0,25), natomiast w przypadku braku danej cechy w danym systemie wartość zmiennej wynosić będzie 0. Dzięki takiemu zdefiniowaniu zmiennej będzie można zbudować indeks konkurencji, który będzie stanowił sumę poszczególnych wartości cząstkowych. Im wyższa wartość indeksu tym więcej możliwości dla konkurencji pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego w danym kraju. Im wartość indeksu jest niższa, tym, mimo spełnienia warunków koniecznych do istnienia konkurencji, jest jej w danym systemie jest niewiele.

Należy tutaj podkreślić, iż za pomocą tego indeksu nie można określić siły konkurencji, waga każdej z cech jest jednakowa. Autorka nie różnicowała ich wpływu na możliwości konkurencyjne płatników. Jedną z przyczyn był fakt, iż nawet jeżeli dana cecha istnieje w dowolnych dwóch systemach to jej znaczenie, wobec pozostałych cech, może być zupełnie inne z powodu istnienia dodatkowych, często trudnych do skwantyfikowania czynników wpływających na siłę oddziaływania tej cechy na konkurencję. Dobrym przykładem mogą być działania selekcyjne uzyskiwane za pomocą

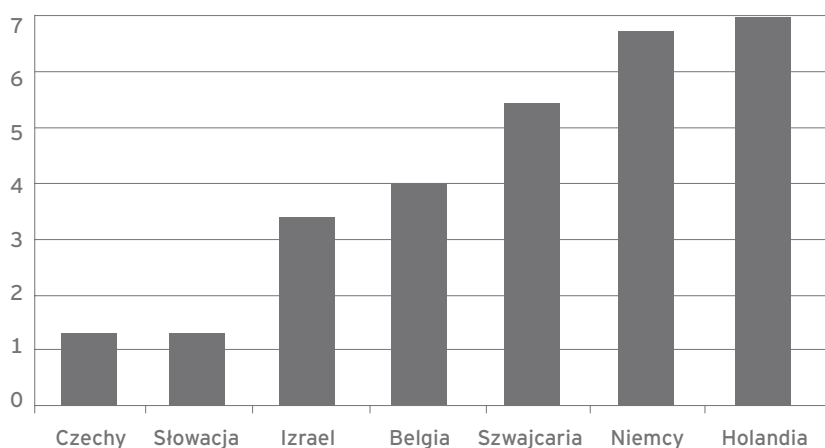
dodatkowych produktów ubezpieczeniowych w połączeniu ze sprawnością działania urzędów ochrony konkurencji i konsumentów.

Wartości zmiennej binarnej dla analizowanych cech przedstawione zostały w Tabeli 2. Na jej podstawie można stwierdzić, iż wszystkie 7 krajów stosuje mechanizm wyrównywania ryzyka *ex ante*, a w nim najczęściej stosowanymi zmiennymi są wiek i płeć. Cztery kraje biorą pod uwagę również informacje dotyczące stanu zdrowia tj. chorób przewlekłych bądź informacje na temat niepełnosprawności. Jedynie dwa kraje, Holandia i Belgia, biorą pod uwagę też inne czynniki.

Wszystkie kraje, poza Czechami, mogą oferować dodatkowe, uzupełniające ubezpieczenie kosztów leczenia, ale tylko w Niemczech dopuszczalne są pewne odstępstwa od bazowego koszyka świadczeń. Analizując takie cechy jak: udział największego płatnika poniżej 50%, możliwość różnicowania współpłacenia oraz istnienie mechanizmu wyrównywania ryzyka *ex post* - występują one w czterech z analizowanych systemów, przy czym wszystkie równocześnie występują jedynie w Holandii i Niemczech. Pozostałe dwie cechy - możliwość integracji płatnika ze świadczeniodawcami oraz różnicowanie składek - obserwowane są w trzech z badanych krajów.

Najwięcej cech sprzyjających konkurencji pomiędzy płatnikami tj. najwyższą wartość indeksu konkurencji posiada Holandia (Wykres 1).⁵² Z możliwych 8 punktów holenderskiemu systemowi ochrony zdrowia w przypisano 7. Niewiele niższy indeks - 6,75 posiada niemiecki system ochrony zdrowia. Trzecim, pod względem możliwości aktywnej konkurencji pomiędzy płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego, z indeksem równym 5,5 jest Szwajcaria. Równo połowę z możliwych do uzyskania punktów przypisano izraelskiemu systemowi ochrony zdrowia. Takie same możliwości konkurencyjne, pod względem badanych cech, zaobserwowano w Czechach i na Słowacji. Dla tych krajów indeks konkurencji wyniósł 1,5.

Wykres 1. Indeks konkurencji w badanych krajach



Źródło: Opracowanie własne.

Indeks konkurencji

Tabela 2. Indeks konkurencji w badanych krajach

	udział najwię- kszego płatnika pon.50%	oferowanie dodatko- wych produktów	zróżnico- wanie współpla- cenia	możliwość integracji ze świadczeni- dawcami	zróżnico- wanie składek	zróżnico- wanie koszyka świadczeń	wyrównywanie ex ante					wyrów- nanie ex post	Indeks konku- rencji
							wyrow- nanie ex_ante (łącznie)	wiek	pleć	stan zdrowia	inne		
Holandia	1	1	1	1	1	0	1	0,25	0,25	0,25	0,25	1	7,00
Niemcy	1	1	1	0	1	1	0,75	0,25	0,25	0,25	0	1	6,75
Szwajcaria	1	1	1	1	1	0	0,5	0,25	0,25	0	0	0	5,50
Belgia	1	1	0	0	0	0	1	0,25	0,25	0,25	0,25	1	4,00
Izrael	0	1	1	1	0	0	0,5	0,25	0	0,25	0	0	3,50
Czechy	0	0	0	0	0	0	0,5	0,25	0,25	0	0	1	1,50
Słowacja	0	1	0	0	0	0	0,5	0,25	0,25	0	0	0	1,50
łącznie	4	6	4	3	3	1	4,75	1,75	1,5	1	0,50	4	

Źródło: opracowanie własne.

4. Konkurencja regulowana – przykład holenderskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego

Dotychczasowe analizy wskazują holenderski bazowy system zabezpieczenia zdrowotnego jako system o największej konkurencji między płatnikami trzeciej strony. Ponadto system ten, jako jedyny spośród krajów podlegających ocenie w ramach Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia⁵³, od roku 2005, początku obliczania indeksu, zajmuje jedno z trzech pierwszych miejsc w rankingu, zaś od roku 2008 – miejsce pierwsze (Eisen, Björnberg (2010), s. 22). Inne wskaźniki określające wyniki systemu również są wysokie np. przeciętne trwanie życia w zdrowiu⁵⁴ (ang. *Healthy Life Expectancy, HALE*) – liczba lat jaką statystycznie ma od przeżycia w zdrowiu Holender wynosi 73 lata i jest o 2 lata niższa niż najdłuższe trwanie życia w zdrowiu określone dla krajów Europy (Szwajcaria – 75 lat) czy przeżywalność niemowląt – z 1000 urodzonych dzieci pierwszy rok przeżywa 996 (więcej: WHO World Health Statistic 2010).

Rozdział ten, autorstwa prof. Wynand'a P.M.M. van de Ven'a, zawiera krótki zarys holenderskiego systemu opieki zdrowotnej. Następnie przedstawia 9 warunków koniecznych, by możliwe było pełne wykorzystanie korzyści, jakie niesie ze sobą regulowana konkurencja na rynku opieki zdrowotnej. Stopień, w jakim te warunki zostały spełnione w latach 1990/ 2010 oraz wyniki pierwszej oceny holenderskiej reformy systemu opieki zdrowotnej. Na zakończenie zaprezentowane zostaną wnioski z przeprowadzonej analizy.

4.1 Holenderski system opieki zdrowotnej

Z historycznego punktu widzenia holenderski system opieki zdrowotnej charakteryzowała inicjatywa prywatna zarówno w zakresie finansowania, jak i świadczenia opieki medycznej. Większość świadczeń medycznych w Holandii jest wykonywanych przez prywatnych świadczeniodawców (np. lekarzy, fizjoterapeutów, stomatologów prowadzących własną praktykę lekarską) i prywatne szpitale *non-profit*. W 1941 roku wprowadzony został program obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla grup uzyskujących niskie i średnie dochody. Z programu wyłączone były osoby pracujące na własny rachunek oraz te, których dochody pozostawały powyżej pewnego progu (w 2005 roku w sumie około 33% populacji). Większość z nich dobrowolnie wykupywała ubezpieczenie zdrowotne u prywatnych

ubezpieczycieli zdrowotnych. W 1968 roku uchwalona została ustawa o ubezpieczeniach nadzwyczajnych wydatków medycznych (ang. *the Exceptional Medical Expenses Act*), na mocy której ustanowiony został państwowy program obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a składka zależna była od dochodu. Program ten obejmował długoterminową opiekę zdrowotną, opiekę dla osób niepełnosprawnych umysłowo i fizycznie oraz hospitalizację dłużej niż przez rok.

Do końca lat sześćdziesiątych rząd holenderski niepokoił się o pozornie niemożliwy do skontrolowania wzrost wydatków na opiekę medyczną.⁵⁵ Rosnąca presja na ograniczanie wydatków skutkuje od połowy lat siedemdziesiątych zwiększającym się uregulowaniem podaży i cen. W 1983 roku rząd podjął decyzję o zamianie systemu nieograniczonych do tej pory zwrotów za opiekę hospitalizacyjną przez specjalny system rozliczeniowy, który w 1984 roku został poszerzony o wszystkie pozostałe instytucje świadczące opiekę pacjentom w trakcie hospitalizacji. Ustawa o cenach świadczeń opieki medycznej (ang. *Health Care Prices Act*) z 1982 roku umożliwiła rządowi kontrolę honorariów pobieranych przez lekarzy, a później także ich przychodów. Do połowy lat dziewięćdziesiątych system honorariów za wykonane świadczenie został w dużej mierze zastąpiony systemem płatności ryczałtowych realizowanych na rzecz szpitali, tzn. płatności za wszystkich specjalistów pracujących w danym szpitalu. Następnie podjęto dalsze kroki w celu utworzenia spółek oraz zintegrowania szpitali i specjalistów.

Jednakże, od połowy lat osiemdziesiątych wprowadzane odgórnie polityki reglamentacyjne podlegały coraz większej krytyce. Koncentrowała się ona w szczególności na braku bodźców skłaniających do efektywności i innowacyjności obowiązującego systemu. Efektem krytyki było szerokie poparcie dla reform opartych na bodźcach i ponowne rozważenie roli konkurencji. W 1987 roku powołany przez rząd komitet Dekkera (ang. *Dekker Committee*) zalecił prorynkową reformę systemu opieki zdrowotnej oraz utworzenie krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Zarówno ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych z 2006 roku, jak i obecny reżim legislacyjny mają swoje źródła w tych propozycjach.

Od 2006 roku każdy mieszkaniec Holandii musi indywidualnie wykupić prywatne ubezpieczenie zdrowotne od jednego z konkurencyjnych ubezpieczycieli. Ubezpieczenie musi obejmować określone rodzaje opieki medycznej: opieka lekarza pierwszego kontaktu, opieka specjalistyczna, leki wydawane na receptę, hospitalizacja, opieka w czasie ciąży i macierzyństwa, opieka dentystyczna dla dzieci, świadczenia paramedyczne, sprzęt medyczny i transport. *Obowiązkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne* (100% populacji) zastąpiło mieszany system *obowiązkowego publicznego ubezpieczenia zdrowotnego* (67% populacji)

i *dobrowolnego, prywatnego* ubezpieczenia (33% populacji). Obywatele Holandii mają przynajmniej raz w roku możliwość zmiany umowy i wyboru ubezpieczyciela. Ubezpieczyciele muszą przyjąć każdą zgłaszającą się osobę, a składka jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych (ustalona przez nich samych). Dodatkowo ubezpieczyciele otrzymują dotacje wyrównujące ryzyko objęcia ochroną ludzi starszych i przewlekle chorych. Zakłada się, że ubezpieczyciele staną się *racjonalnymi* nabywcami świadczeń opieki medycznej w imieniu ich klientów. Mogą zawierać umowy selektywnie lub łączyć się z świadczeniodawcami opieki zdrowotnej i wykonywać świadczenia opieki zdrowotnej na terenie swoich obiektów, z wykorzystaniem własnego personelu (np. centra podstawowej opieki medycznej, apteki).

Pomimo że podaż ciągle jest w znacznym stopniu regulowana przez rząd, ubezpieczyciele i świadczeniodawcy stopniowo zyskują coraz więcej swobody w negocjowaniu cen, usług i jakości opieki medycznej. Od roku 2005 ceny fizjoterapii nie są już regulowane. Ubezpieczyciele i szpitale mogą swobodnie negocjować ceny i zawierać umowy na rosnący zakres produktów (połączenie diagnostyki i leczenia) wynoszący około 34% przychodów szpitali w 2010 roku (10% w 2005 roku). Rząd planuje dalsze obniżenie poziomu regulowania cen oraz liberalizację cen opieki szpitalnej. W konsekwencji świadczeniodawcy zyskują większą swobodę w ustalaniu cen, uzgadnianiu ich z ubezpieczycielami, a także w kwestiach jakości oferowanych usług. Ubezpieczyciele i świadczeniodawcy mogą w swobodny sposób wybierać narzędzia (jeżeli takie istnieją) do zarządzania opieką medyczną, np. raporty, leczenie chorób, zarządzanie korzystaniem z leczenia, skierowania i inne formy preautoryzacji w opiece medycznej, etc.

Ustalanie cen

4.2 Warunki konieczne do wprowadzenia konkurencji regulowanej

Chcąc w pełni wykorzystać korzyści, jakie niesie regulowana konkurencja, trzeba spełnić co najmniej dziewięć, skomplikowanych warunków. Są to:

- I. możliwość wyboru płatnika
- II. sprawny system wyrównywania ryzyka/szkodowości
- III. swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami
- IV. przejrzystość systemu
- V. dostęp pacjenta do informacji
- VI. bodźce finansowe skłaniające do efektywności
- VII. ograniczenie efektu gapowicza
- VIII. warunki umożliwiające kontestowalność rynków
- IX. sprawny nadzór regulacyjny systemu

Regulowaną konkurencję rozumiem jako powiązaną z powszechnym dostępem do opieki medycznej, dobrej jakości i za przystępną cenę oraz odpowiednie bodźce dla konsumentów, świadczeniodawców i ubezpieczycieli. Zaledwie kilka z wymienionych warunków było spełnionych w 1990 roku (Schut i Van de Ven, 2005), początkowe ramy czasowe przewidziane na realizację tak „radykalnej” reformy w trakcie kilku lat okazały się nadmiernie optymistyczne. W tym rozdziale przedstawiono poziom ich spełnienia w latach 1990/2010 (podsumowanie w Tabeli 3), a także prace, które pozostały do wykonania (Van de Ven et al., 2009).

4.2.1 *Możliwość wyboru płatnika*

Każda osoba powinna okresowo (np. corocznie) mieć swobodny wybór ubezpieczyciela, bez konieczności ponoszenia wysokich kosztów takiej operacji (poszukiwania czy wypełniania formularzy). To wymaga od ubezpieczycieli przyjmowania każdej zgłaszającej się osoby do ubezpieczenia gwarantującego podstawową opiekę medyczną (tzw. zasada otwartych zapisów) i nieodmawiania ochrony osobom z grupy wysokiego ryzyka.

W 1990 roku Holendrzy w zasadzie nie mieli możliwości wyboru funduszu chorobowego czy produktu ubezpieczeniowego. Od 2006 mają taką możliwość a od ubezpieczycieli wymaga się stosowania zasady otwartych zapisów. Przeszkody pojawiają się jednak w sytuacji, gdy ktoś chce zmienić ubezpieczyciela.

Większość osób woli wykupić ubezpieczenie gwarantujące podstawową i dodatkową opiekę medyczną jako jeden produkt, tymczasem dodatkowe ubezpieczenie może stanowić przeszkodę w zmianie ubezpieczyciela. Nowi ubezpieczyciele mogą odmówić ochrony osobom zgłaszającym się z grupy wysokiego ryzyka w zakresie ubezpieczenia na dodatkową opiekę medyczną, a poprzedni ubezpieczyciel może podnieść składkę na ubezpieczenie gwarantujące dodatkową opiekę medyczną o 50 lub 100% jeżeli nie zostanie wykupiona podstawowa opieka medyczna. W ciągu pierwszych dwóch lat od wprowadzenia ustawy kwestia ta nie stanowiła problemu, ponieważ pod naciskiem opinii publicznej ubezpieczyciele wspólnie gwarantowali nieodmawianie ochrony osobom zgłaszającym się do ubezpieczenia na dodatkową opiekę medyczną. Roos i Schut (2009) ustalili, że także w późniejszych latach ubezpieczyciele stosujący kwestionariusze zdrowia i selektywne praktyki ubezpieczeniowe wobec osób występujących o dodatkowe ubezpieczenie stanowili mniejszość. Z drugiej strony stwierdzili także, że coraz wyższy odsetek populacji (od 4% w 2006 do 7% w 2009 roku) nie myśli

o zmianie ubezpieczyciela. Powodem są obawy, że nie zostaną zaakceptowani, kiedy wystąpią o dodatkowe ubezpieczenie medyczne ze względu na wiek lub stan zdrowia. Innymi słowy - wybór dla osób z grupy wysokiego ryzyka na rynku ubezpieczeń podstawowej opieki medycznej uległ zmniejszeniu z powodu istnienia dodatkowego ubezpieczenia. To nie mobilizuje ubezpieczycieli do oferowania atrakcyjnych umów z zakresu opieki podstawowej osobom z grupy wysokiego ryzyka (np. poprzez zawieranie umowy z najlepszymi świadczeniodawcami lub organizowanie zintegrowanej opieki medycznej dla pacjentów cierpiących na określone choroby przewlekłe).

Kolejną przeszkodą na drodze do swobodnego wyboru ubezpieczyciela jest fakt, że dopłaty pracodawców lub agencji „płatności na rzecz ubezpieczeń społecznych” mogą być uzależnione od zakupu określonego produktu ubezpieczenia zdrowotnego.

Podsumowując, w 2010 roku warunek konieczny nr 1 - możliwość wyboru ubezpieczyciela - w znacznym stopniu został spełniony.

4.2.2 System wyrównywania ryzyka/szkodowości

Konkurencyjny rynek opieki zdrowotnej, zapewniający obywatelowi swobodny wybór, mobilizuje ubezpieczycieli nie tylko do bycia efektywnym, ale także do stosowania wyceny ryzyka, segmentacji ryzyka i/lub selektywnego wyboru ryzyka. Ponieważ powszechny dostęp stanowi główny cel społecznych programów ubezpieczenia zdrowotnego, kluczowym staje się pytanie: *w jaki sposób możemy zagwarantować grupie wysokiego ryzyka dostęp do opieki zdrowotnej, po dostępnej cenie, na konkurencyjnym rynku indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych?*

W jednym z poprzednich raportów przedstawiłem wniosek, że system *płatności z tytułu wyrównania ryzyka* stanowi preferowaną formę dotacji (Van de Ven et al., 2000). Zgodnie z nim ubezpieczyciele mogą swobodnie domagać się składek wycenianych z uwzględnieniem ryzyka. Preferowany sposób organizacji przepływu płatności dotacji, skorygowanych o ryzyko, zależy od argumentów politycznych, gospodarczych i pragmatycznych. W praktyce wszystkie kraje, które stosują dopłaty skorygowane o ryzyko, przekazują dopłaty ubezpieczycielowi, a ten obniża składkę o kwotę dopłaty *per capita* otrzymaną na daną osobę. Taką formę zorganizowania dotacji skorygowanych o ryzyko określamy terminem *wyrównanie ryzyka ex ante*. Wyrównanie ryzyka nie powinno bazować na wieku i płci, ale

powinno uwzględniać korektory zależne od stanu zdrowia. W praktyce okazuje się to być dosyć skomplikowane.

Osoby z grupy wysokiego ryzyka mogą być zbyt słabo dotowane. Wtedy dopłaty skorygowane o ryzyko lub płatności wyrównujące ryzyko mogą zostać uzupełnione o jeden lub kilka sposobów: dopłaty oparte na składce, rekompensaty kosztów poniesionych przez ubezpieczycieli *ex post* oraz obowiązkowe subsydiowanie wymuszane przez restrykcje dotyczące wysokości składek dla określonej ochrony ubezpieczeniowej (Van de Ven i Schut, 2007). Jednakże te sposoby sugerują istnienie systemu wymiany: dopłaty oparte na składce na rzecz obywateli rekompensaty kosztów poniesionych na rzecz ubezpieczycieli *ex post* czynią ubezpieczenie zdrowotne bardziej dostępnym, ale jednocześnie redukują bodźce do zwiększania efektywności. Restrykcje dotyczące wysokości składek mogą uczynić ubezpieczenie zdrowotne bardziej dostępnym, ale stanowią bodziec do selektywnego wyboru ryzyka.

Niepożądane skutki selektywnego wyboru ryzyka mogą okazać się całkiem istotne. Po pierwsze ubezpieczyciele zostają zdemotywowani do brania pod uwagę preferencji osób z grupy wysokiego ryzyka. W konsekwencji pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe mogą nie otrzymywać najwyższej jakości opieki czy najlepszych, dostępnych świadczeń. Po drugie, w zakresie, w jakim niektórzy ubezpieczyciele odnoszą sukces w przyciąganiu obywateli z grupy niskiego ryzyka, selektywny wybór skutkuje segmentacją rynku. W efekcie pacjenci z grupy wysokiego ryzyka płacą wysoką składkę, a ci z grupy niskiego ryzyka niską. To oznacza, że wybór selektywny może szkodzić dostępności ubezpieczenia zdrowotnego dla osób z grupy wysokiego ryzyka. Po trzecie, przynajmniej krótkoterminowo, wybór selektywny będzie bardziej opłacalny niż poprawa efektywności. Podsumowując - restrykcje dotyczące wysokości składek stwarzają, odwrotnie do zamierzonego celu, bodźce do dokonywania selektywnego wyboru, co może zagrozić dostępności, jakości opieki i jej efektywności.

Wybór pomiędzy sposobami uzupełniającymi składkę stawia decydentów w obliczu skomplikowanych problemów dotyczących dostępności, efektywności i negatywnych konsekwencji selektywnego wyboru, zwłaszcza w obszarze słabej jakościowo opieki dla osób przewlekle chorych. Im bardziej dopłaty do składek zostaną dopasowane do istotnych czynników ryzyka, tym mniej będą potrzebne takie sposoby i tym niższy będzie poziom pojawiających się problemów (Van de Ven et al., 2000).

Rząd holenderski podjął decyzję o uzupełnieniu nieadekwatnego systemu wyrównywania ryzyka (zob. poniżej) za pomocą „jednakowej

składki ubezpieczeniowej dla wszystkich ubezpieczonych dla danego produktu". Każdy ubezpieczyciel musi tak samo wyceniać składkę pobieraną od ubezpieczonych (tzn. z uwzględnieniem płatności z tytułu wyrównania ryzyka) w stosunku do wszystkich zgłaszających się osób, które wybiorą ten sam produkt ubezpieczeniowy. Zachowując zasadę otwartych zapisów i jednakowych składek ubezpieczeniowych dla wszystkich ubezpieczonych bez adekwatnego wyrównywania ryzyka ubezpieczyciele chętniej dokonują selektywnego wyboru, który może mieć poważne negatywne konsekwencje, w tym niechęć do świadczenia dobrej jakościowo opieki dla osób przewlekle chorych.

W 2008 roku płatności z tytułu wyrównania ryzyka bazowały na informacjach o wieku, płci, wskaźnikach niepełnosprawności, statusie społeczno-ekonomicznym, zatrudnieniu oraz stanie zdrowia. Informacje pochodziły z rejestru stosowanych leków - tzw. Grupa kosztów oparta na stosowanych lekach (ang. Pharmacy-based Cost Group - PCG) i dotychczasowych diagnoz - tzw. Grupa kosztów oparta na diagnozie (ang. Diagnostic Cost Groups - DCG) (Van de Ven et al., 2004; Prinsze and Van Vliet, 2007). Na podstawie tych wskaźników ryzyka wszystkie osoby były klasyfikowane do grup ubezpieczonych utworzonych pod względem przewidywanych kosztów opieki medycznej.

W 2007 roku dokonano oceny holenderskiej formuły wyrównywania ryzyka (Van de Ven et al., 2007). Wyniki przeprowadzonej analizy pokazują, że holenderska formuła wyrównywania ryzyka, która w chwili obecnej jest jedną z najbardziej zaawansowanych formuł stosowanych w świecie, nie zapewnia wystarczającej rekompensaty na rzecz grup definiowanych z punktu widzenia stanu zdrowia, wcześniejszego korzystania z opieki medycznej oraz wcześniejszych wydatków. Wobec wielu grup przewlekle chorych pacjentów, których można łatwo zidentyfikować, ubezpieczyciele stają w obliczu istotnych przewidywalnych strat. Rozmiar tych grup sięga od poniżej 1% do 40% populacji. Średnie przewidywalne straty na osobę dorosłą to rocznie rząd od setek do tysięcy euro na osobę.

Przykładowo, średnia przewidywalna strata na osobę dorosłą dla 21% populacji określającej swój stan zdrowia jako niezły/ słaby wynosi 541 euro. Jako że dla całej populacji średnia przewidywalna strata na osobę dorosłą wynosi zero, pozostałe 79% populacji przynosi średni przewidywalny dochód w wysokości 144 euro na osobę dorosłą.

Zgodnie z zapowiedziami holenderskiego rządu, kolejne usprawnienia systemu wyrównywania ryzyka będą w dalszym stopniu ograniczać możliwości selektywnego wyboru ryzyka. Przeciwdziałanie selektywnemu wyborowi nie wymaga zredukowania do zera

przewidywalnych zysków i strat. Należy wziąć pod uwagę koszty selektywnego wyboru po stronie ubezpieczyciela. Zła reputacja, będąca wynikiem działań ukierunkowanych na selektywny wybór ryzyka, jak na przykład utrzymywanie pacjentów z grupy otrzymującej opiekę najwyższej jakości, może stanowić wysoki koszt dla ubezpieczyciela. Dodatkowo informacja, która jest konieczna do selektywnego wyboru ryzyka kosztuje. Nie będzie problemu, jeśli przewidywalne straty i zyski po wyrównaniu ryzyka będą niskie. Wtedy ubezpieczyciel musi uwzględnić koszty wyboru selektywnego i (statystyczną) niepewność co do korzyści wyboru selektywnego. Wyniki symulacji wskazują, że stopień przeszacowania potencjalnego problemu związanego z selektywnym wyborem, w wyniku zignorowania przewidywalnych małych strat i zysków, wzrasta, jeśli lepsza jest formuła wyrównania ryzyka (Van Barneveld et al., 2000). Dlatego „doskonała” formuła wyrównywania ryzyka nie jest potrzebna. Powinna zostać tak dopasowana, aby ubezpieczyciele oczekiwali, że koszty selektywnego wyboru będą wyższe od korzyści. Homogenizując grupy ryzyka w procesie wyrównania rosną koszty selektywnego wyboru, a średnie zyski spadają. Rząd lub grupy reprezentujące pacjentów byłyby w stanie podnieść straty wynikające ze złej reputacji poprzez stałe monitorowanie zachowania ubezpieczycieli i publikowanie stosownych informacji. Nadal jednak pozostaje pytanie o akceptowalny „poziom braku perfekcji”.

Ponieważ działania selektywnego wyboru, nastawione na określone grupy wysokiego ryzyka, mogły przynosić zysk⁵⁶, koniecznym okazało się dalsze ulepszenie metody wyrównania ryzyka, żeby przeciwdziałać angażowaniu się ubezpieczycieli w selektywny wybór ryzyka, co ma miejsce np. w Niemczech czy w Szwajcarii (Van de Ven et al., 2007). Rząd holenderski nadal zamierza ulepszać formułę wyrównania ryzyka⁵⁷ poprzez dodanie nowych korektorów ryzyka, takich jak: DCG na podstawie opieki ambulatoryjnej, wskaźników chorób umysłowych i wskaźników niepełnosprawności oraz ograniczeń czynnościowych. Będzie to czynił za pomocą raczej kilkuletnich niż jednorocznych diagnoz DCG (Lamers i Van Vliet, 1996) i skuteczniejszych form podziału ryzyka *ex post* (Van Barneveld et al., 2001), które w szczególny sposób rekompensują ubezpieczycielom zapewnienie opieki na rzecz grup wysokiego ryzyka, zwłaszcza z rzadkimi chorobami przewlekłymi i wysokimi kosztami leczenia.

Im bardziej rządowi uda się poprawić formułę wyrównania ryzyka, w tym większym stopniu osoby przewlekle chore staną się preferowanymi klientami efektywnych ubezpieczycieli. Wynika to z wyższych potencjalnych zysków uzyskanych poprzez zwiększenie efektywności świadczonych usług osobom przewlekle chorym niż

zdrowym. Już pojawiające się reklamy ubezpieczycieli w stylu „Cierpisz na przewlekłą chorobę, zgłoś się do nas. Podpisaliśmy umowy z najlepszymi lekarzami specjalizującymi się w leczeniu takich schorzeń jak twoje.” pokazują, że formuła wyrównania ryzyka jest właściwa.

Wniosek jest następujący: w 2010 roku warunek konieczny „system wyrównywania ryzyka/szkodowości” został w znacznym stopniu spełniony.

4.2.3 Swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami

Ubezpieczyciele i świadczeniodawcy powinni mieć swobodny wybór zawierania umów i negocjowania ich treści (np. cen, jakości i świadczeń) oraz dokonywania pionowej integracji.

W 1990 roku fundusze musiały podpisywać umowy z każdym chętnym świadczeniodawcą (szpitalami i lekarzami). Nie wolno było dokonywać pionowej integracji ze świadczeniodawcami, a ceny były w pełni regulowane przez rząd. Od roku 2006 ubezpieczyciele mogą swobodnie zawierać umowy lub integrować się pionowo z każdym świadczeniodawcą, a ceny za dany zakres świadczeń mogą być negocjowane. Dla przykładu: procent obrotów szpitala, w odniesieniu do którego ubezpieczyciele i szpitale mogą swobodnie negocjować cenę, wzrósł z 10% w 2005 roku do 20% w roku 2008 i 34% w 2009.

W 2010 roku warunek konieczny „Swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami” został częściowo spełniony.

4.2.4 Przejrzystość systemu

Skuteczna konkurencja wymaga przejrzystości w:

- ubezpieczeniu z rozsądną liczbą jednakowych kategorii dla standardowego pakietu świadczeń (opcję ubezpieczenia wybiera konsument) oraz
- produktach medycznych poprzez system klasyfikacji (dla zawierania umów przez ubezpieczycieli i świadczeniodawców).

W 1990 roku istniał tylko jeden pakiet świadczeń w ramach obowiązkowego, podstawowego ubezpieczenia. Tak więc warunek ten został spełniony. W odniesieniu do dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia konieczny warunek przejrzystości pozostawał w znacznym stopniu niespełniony. Wtedy szpitale otrzymywały ogólny budżet, a specjalistom płacono za wykonane świadczenia. Nie było więc przejrzystości w obszarze produktów medycznych. Aby umożliwić zawieranie umów na określone świadczenia szpitalne, opracowany

Warunek III

Warunek IV

został system klasyfikacji produktów, oparty na kombinacji diagnozy pacjenta i średnim wzorcu leczenia. Dzięki temu udało się skategoryzować około 30.000 różnych kombinacji diagnozy i terapii (dalej DTC). W 2005 roku dzienne stawki szpitalne (pochodzące z negocjowanego budżetu) zostały zamienione na ceny za kombinację diagnozy i terapii. Tak więc w 2010 roku konieczny warunek przejrzystości dla produktów medycznych został w znacznej mierze spełniony.

Wybór pomiędzy różnymi opcjami obowiązkowego, podstawowego ubezpieczenia w pewnym stopniu ograniczył przejrzystość, która uległa dalszemu pogorszeniu wskutek pojawienia się od roku 2006 większej liczby dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń.

4.2.5 Dostęp pacjenta do informacji

Obywatele powinni posiadać pełne informacje o prawie do okresowego wyboru opcji ubezpieczenia zdrowotnego i przysługujących im prawach. Powinna być dostępna stosowna rzetelna, obiektywna i zrozumiała informacja na temat jakości oraz rodzaju świadczeń oferowanych przez świadczeniodawców i ubezpieczycieli, Wszystko po to by można było dokonywać przemyślanych wyborów.

W 1990 roku praktycznie nie było żadnych informacji, które umożliwiałyby obywatelom i ubezpieczycielom wybór świadczeniodawcy. Nie istniała też opcja wyboru funduszu. W 2003 roku rząd podjął inicjatywę utworzenia strony internetowej, na której Holendrzy mogli zasięgnąć informacji o ubezpieczycielach i świadczeniodawcach z sektora ochrony zdrowia (www.kiesbeter.nl). Dodatkowo istnieje kilka konkurencyjnych, prywatnych stron internetowych z informacjami. Każdy, kto odwiedza te strony może porównać wszystkich ubezpieczycieli pod kątem ceny, świadczeń, satysfakcji konsumenta i dodatkowego ubezpieczenia (składki i świadczenia).

W 2003 roku Inspektorat Ochrony Zdrowia (IGZ) zaczął opracowywać podstawowy zestaw wskaźników jakościowych dla opieki szpitalnej (obejmujących wskaźniki dotyczące struktury, leczenia i rezultatów), bezpieczeństwa, efektywności i dostępności we współpracy ze szpitalami i specjalistami ochrony zdrowia (IGZ 2005). Od 2005 roku IGZ co roku publikuje raport na temat funkcjonowania szpitali holenderskich, na podstawie analizy 20 wskaźników jakościowych przedstawianych przez poszczególne szpitale. Wspierając swoich członków Holenderskie Stowarzyszenie Ubezpieczycieli Zdrowotnych od 2006 roku publikuje przewodnik ze wskaźnikami dla opieki szpitalnej, dotyczącymi świadczeń szpitalnych oferowanych w segmencie nieregulowanym. Od 2006 roku opracowywany jest krajowy standard mierzący doświadczenia pacjenta z ubezpieczycielami zdrowotnymi i świadczeniodawcami z sektora ochrony

zdrowia, znany jako indeks jakości pacjenta (JK) (ang. CQ - *consumer quality*). Wyniki są publikowane na sponsorowanej przez rząd stronie internetowej www.kiesbeter.nl. Dla niewielkiej liczby chorób szpitale podlegają ocenie za pomocą systemu trzech gwiazdek, wskazujących funkcjonowanie poniżej średniej, na poziomie średniej i powyżej średniej (np. w zakresie procentu ponownych przyjęć i wskaźnika śmiertelności po zawale mięśnia sercowego dla pacjentów z określonych grup wiekowych).

Pomimo dostępności znacznie większej ilości informacji na temat świadczeniodawców i ubezpieczycieli (niż w 1990 roku), to jednak ciągle brakuje szczegółowych, terminowych i łatwych do porównania informacji na temat jakości różnego rodzaju opieki medycznej.

4.2.6 *Bodźce finansowe skłaniające do efektywności*

Wszystkie strony systemu ochrony zdrowia powinny być motywowane do poszukiwania efektywności. Ubezpieczyciele muszą szukać możliwości efektywnego zarządzania ubezpieczeniami i świadczenia opieki poprzez integrację lub zawieranie umów z konkurencyjnymi świadczeniodawcami, ewentualnie poprzez podejmowanie obu działań. Świadczeniodawcy powinni zapewniać opiekę w efektywny sposób. Obywatele natomiast muszą zwracać uwagę na cenę przy zakupie ubezpieczenia zdrowotnego. Bodźce finansowe powinny być tak opracowane, by zniechęcić ubezpieczycieli i świadczeniodawców do dokonywania selektywnego wyboru ryzyka oraz samych świadczeniodawców do świadczenia opieki w szerszym zakresie niż jest to z korzyścią dla pacjenta lub odwrotnie - do oszczędzania na jakości. Konieczne są także dopłaty dla konsumentów, by składki płacone przez ubezpieczonych z ich kieszeni odzwierciedlały różnice w kosztach pomiędzy różnymi ubezpieczycielami i różnymi produktami ubezpieczeniowymi.

W 1990 roku fundusze chorobowe nie ponosiły żadnego ryzyka finansowego, specjaliści otrzymywali wynagrodzenie za każde wykonane świadczenie, szpitale otrzymywały swój budżet- nikt nie był motywowany do większej wydajności. Dlatego w 1990 roku żaden warunków koniecznych nie był spełniony. W 2009 roku ubezpieczyciele ponoszą ryzyko (w znacznym zakresie)⁵⁸. W 34% produktów medycznych płacą ryczałtową opłatę za każdy przypadek choroby na rzecz szpitala. Płacą zarówno za świadczenia szpitalne, jak i za świadczenia lekarskie (za każdy DTC), co motywuje do poszukiwania efektywności. Jednakże dla pozostałych produktów szpitalnych ciągle jeszcze istnieje ogólny budżet. Obywatele są wyczuleni na cenę podczas

dokonywania zakupu ubezpieczenia zdrowotnego i udaje im się uzyskać uczciwą, obowiązkową redukcję.

W 2010 roku obywatele, ubezpieczyciele i świadczeniodawcy mają więcej motywacji finansowej do poszukiwania efektywności niż w roku 1990, ale nadal warunek konieczny nie został jeszcze całkowicie spełniony.

4.2.7 Ograniczenie efektu gapowicza

Nie powinien wystąpić tak zwany efekt gapowicza, czyli nie powinno być na rynku osób, które świadomie nie wykupują ubezpieczenia zdrowotnego, oczekując, że inni (ze skłonnością do altruizmu) zapłacą ich koszty leczenia. W 1990 roku ten warunek konieczny był spełniony. W 2010 roku niski odsetek populacji odmawia zakupu ubezpieczenia zdrowotnego - około 1% lub zapłaty składek - około 2%.

Warunek VII

4.2.8 Warunki umożliwiające kontestowalność rynków

Rynek świadczeniodawców i ubezpieczycieli powinien być wystarczająco konkurencyjny, w przeciwnym razie świadczeniodawcy i ubezpieczyciele będą mieli dominującą pozycję na rynku.

Ze względu na regulowanie podaży przez rząd ten warunek konieczny nie był spełniony w 1990 roku. W 2010 roku ten warunek konieczny jest spełniony dla rynku ubezpieczycieli i częściowo dla rynku świadczeniodawców.

Warunek VIII

4.2.9 Sprawny nadzór regulacyjny systemu

Idealnie byłoby, gdyby rynek był regulowany przez kilka organów niezależnych od rządu:

- organ ds. jakości w celu ochrony konsumentów przed zbyt niską jakością opieki,
- organ ds. płynności wymagający od ubezpieczycieli posiadania wystarczających rezerw finansowych do wywiązywania się z zobowiązań finansowych,
- organ ds. ochrony konkurencji w celu zapobiegania powstawania karteli i nadużywania pozycji dominującej,
- organ ds. ochrony praw pacjenta, chroniący interesy obywateli. Ochrona ta obejmuje np. aktywne zarządzanie rynkiem, sprawowanie nadzoru nad ubezpieczycielami i świadczeniodawcami, sprawdzanie czy informacja jaką ubezpieczyciele dostarczają potencjalnym zgłaszającym się osobom jest pełna i rzetelna,

sprawdzanie czy oferowane produkty ubezpieczeniowe są zgodne z przepisami prawa, przyjmowanie odpowiedzialności za przejrzystość informacji dla obywateli.

We wczesnych latach dziewięćdziesiątych istniał tylko pierwszy organ, ponieważ fundusze nie ponosiły żadnego ryzyka i nie było konkurencji. W rzeczywistości, w holenderskim systemie opieki zdrowotnej były głęboko zakorzenione silne kartele i podmioty dominujące. To wynik wieloletniej tradycji samoregulacji antykonkurencyjnej i zbiorowych umów rządowych chroniących kartele świadczeniodawców i ubezpieczycieli.⁵⁹ Pozostałe trzy organy powstały później:

- organ ds. płynności funduszy chorobowych w 1992 roku.
- organ ds. konkurencji w 1998 roku, na mocy ustawy o ochronie konkurencji (ang. Competition Act), uzupełnionej przez regulację europejską. Regulator obejmuje wszystkie sektory, a zapewnienie konkurencji w sektorze ochrony zdrowia zajmuje około jedną trzecią wszystkich prac regulatora. W 1998 roku, na mocy nowej ustawy (tzw. Mededingingswet), sektor ochrony zdrowia złożył - w nowo powołanym holenderskim Organie ds. Ochrony Konkurencji (Nederlandse Mededingingsautoriteit, NMa) - około 300 wniosków o zwolnienie z podlegania nowej ustawie o ochronie konkurencji. Ponieważ NMa odrzuciła większość wniosków, od początku 2000 roku stare umowy dotyczące poziomego ustalania cen, podziału rynku i ograniczeń dotyczących wejścia na rynek utraciły moc prawną.⁶⁰
- organ ds. ochrony praw konsumenta w 2006 roku, przez holenderski Urząd ds. Ochrony Zdrowia (the Nederlandse Zorgautoriteit; NZa).

Warunek IX

W 2010 roku warunek konieczny w postaci sprawny nadzoru regulacyjnego systemu jest (w znacznej mierze) spełniony.

Tabela 3 przedstawia postęp prac w Holandii w latach 1990-2010. Jak widać w trzeciej kolumnie kilka warunków koniecznych nie zostało jeszcze do końca spełnionych. W rzeczywistości, holenderska reforma systemu opieki zdrowotnej nie dobiegła jeszcze końca.

Tabela 3. Stopień spełnienia warunków koniecznych regulowanej konkurencji w Holandii (1990 i 2010)

Warunek konieczny	1990 Fundusz chorobowy (65 procent populacji)	2010 Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych (100 procent populacji)
1. Możliwość wyboru płatnika	--	+
2. Sprawny system wyrównywania ryzyka/szkodowości	--	- / +
3. Swoboda zawierania umów	--	- / +
4. Przejrzystość systemu: * produkty ubezpieczeniowe -- obowiązkowe podstawowe ubezpieczenie -- dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie * produkty medyczne	 ++ -- --	 + -- - / +
5. Dostęp pacjenta do informacji	--	- / +
6. Bódcze finansowe skłaniające do efektywności: * konsumenci * ubezpieczyciele * świadczeniodawcy	 -- -- --	 + - / + - / +
7. Ograniczenie efektu gapowicza	++	+
8 Warunki umożliwiające kontestowalność rynków: * ubezpieczyciele * świadczeniodawcy	 -- --	 ++ - / +
9. Sprawny nadzór regulacyjny systemu: * organ ds. ochrony konkurencji * organ ds. jakości * organ ds. płynności * organ ds. ochrony praw konsumenta	 - + ND ND	 ++ + ++ +

Źródło: Van de Ven et al., 2009 (strona 197).

Legenda: -- = w ogóle niespełnione; - = w dużym stopniu niespełnione; - / + = częściowo spełnione; + = w dużym stopniu spełnione; ++ = całkowicie spełnione. ND = nie dotyczy.

Ocena

4.3 Pierwsza ocena

Chociaż jest jeszcze dużo za wcześnie na pełną ocenę holenderskiego modelu konkurencji można jednak wyciągnąć wstępne wnioski z pierwszej oceny ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych z 2006 roku. Podsumowując krótko: „ogólnie jest dobrze, pomimo pojawienia się kilku istotnych problemów” (van de Ven et al., 2009).

Kluczowy wskaźnik sukcesu ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych (2006 r.) jest następujący: żadna z partii ani grup interesariuszy nie walczyła o powrót do poprzedniego systemu, opartego na rozróżnieniu pomiędzy funduszami i prywatnymi ubezpieczycielami zdrowotnymi. Pozytywne wyniki są następujące: odpowiedni system powiązanych subsydiów, standardowy pakiet świadczeń dostępny dla każdego bez premii za stan zdrowia, możliwość wyboru ubezpieczyciela/ umowy raz na rok, duża konkurencja cenowa wśród ubezpieczycieli zdrowotnych, rosnąca liczba informacji na temat ceny i jakości ubezpieczycieli oraz świadczeniodawców z sektora opieki medycznej, rosnąca liczba działań ubezpieczycieli w obszarze zakupu świadczeń opieki medycznej; oraz jakość świadczeń będąca jednym z głównych priorytetów.

Kluczowym osiągnięciem prowadzonych reform jest fakt, że dokonując wyboru ubezpieczyciela i określonej umowy ubezpieczeniowej każdy korzysta z całości oszczędności, jakie niesie wybrany przez niego pakiet ubezpieczeniowy. To stanowi dla ubezpieczycieli silną motywację do poszukiwania efektywności.

Stopniowo ubezpieczyciele zaczęli przyjmować nową rolę. Niektórzy ubezpieczyciele powołali własne apteki, inni otworzyli własne centra podstawowej opieki zdrowotnej, a jeszcze inni eksperymentują z płatnościami bonusowymi dla lekarzy pierwszego kontaktu. W fizjoterapii od 2005 roku ceny w znacznej mierze podlegają negocjacji. Od tamtej pory wzrosło zarówno odchylenie w cenach umownych, jak i w innych warunkach, a także średni poziom cen (który na początku był całkiem niski). Swobodnie negocjowane ceny zostały wprowadzone dla wielu rutynowych procedur szpitalnych (np. operacje stawu biodrowego, kolana, katarakty czy przepukliny pachwinowej), które stanowiły około 10% wszystkich wydatków szpitali w 2005 roku, 20% w 2008 i około 34% w 2009. W 2008 roku 9 małych ubezpieczycieli powołało spółkę do nabywania świadczeń opieki medycznej dla 2 milionów klientów. Jeden z ubezpieczycieli oferuje program preferowanych świadczeniodawców obejmujący bodźce finansowe zachęcające do korzystania z usług preferowanych lekarzy pierwszego kontaktu, preferowanej apteki internetowej i 13 preferowanych szpitali. Od 2009 roku wielu ubezpieczycieli odstępuje od obowiązkowej franszyzy redukcyjnej (155 euro na rok) za leczenie szpitalne

niektórych zwykłych chorób, gdy osoby zgłoszone do ubezpieczenia wybiorą jeden spośród preferowanych szpitali z najlepszymi wynikami w leczeniu danej jednostki chorobowej. Do tej pory najbardziej widocznym skutkiem konkurencji pomiędzy nabywcami jest spadek cen leków generycznych (Boonen et al. 2010). W czerwcu 2008 roku czterech z pięciu największych w tamtym okresie ubezpieczycieli rozpoczęło eksperyment z preferowanymi listami leków objętych ubezpieczeniem na najtańsze leki generyczne w ramach jednej grupy leczenia. Poszczególne strategie ofertowe miały poważny wpływ na ceny leków generycznych. Ceny najlepiej sprzedających się leków generycznych uległy obniżeniu o 76 procent do 93 procent (Boonen et al. 2010). Łączną wartość oszczędności uzyskanych przez tę redukcję cen wyceniono na 348 milionów euro (69%) na rok. Działania nabywcy ubezpieczycieli okazały się być jeszcze bardziej niezwykle w obliczu wielu, zakończonych niepowodzeniem prób obniżenia cen leków podejmowanych przez rząd w ostatniej dekadzie.

W 2009 roku stosowaniem preferowanych przez ubezpieczycieli list leków objęte zostały kolejne leki generyczne (niektóre z nich przestały podlegać ochronie z tytułu praw patentowych w 2009 roku). Takie podejście zastosowane zostało przez następne firmy ubezpieczeniowe, co dało kolejne oszczędności.

Dodatkowo ubezpieczyciele w coraz większym stopniu angażują się we wspieranie programów leczenia chorób przewlekłych, takich jak: cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, udar czy przewlekła niewydolność serca.

Ocena pokazała także, że nie wszystkie warunki konieczne zostały do tej pory spełnione (zob. Tabela 3). Zidentyfikowano też kilka istotnych kwestii.

Chociaż ubezpieczyciele w coraz większym stopniu stają się krytycznymi nabywcami opieki medycznej, niechętnie zawierają umowy w sposób selektywny z świadczeniodawcami z sektora opieki medycznej czy oferują swoim klientom umowy z preferowanymi świadczeniodawcami. Jest kilka przyczyn tej sytuacji.

Obecny poziom regulacji

Po pierwsze świadczenie i ceny świadczeń medycznych w dalszym ciągu są w znacznym stopniu regulowane, więc obszar dostępny dla ubezpieczycieli do zarządzania opieką jest ograniczony. Na przykład w sektorze szpitali większość cen w dalszym ciągu ma swoje źródło w ustalonym, ogólnym budżecie i jest taka sama dla wszystkich ubezpieczycieli. Jednakże rząd stopniowo poszerza obszar

negocjowania umów przez ubezpieczycieli i świadczeniodawców z sektora ochrony zdrowia.

Drugą przyczyną niechęci ubezpieczycieli do zaangażowania się w selektywne zawieranie umów i zarządzanie opieką jest ograniczona dostępność wysokiej jakości informacji. Ubezpieczyciele często nie mają wystarczającej wiedzy, aby móc selektywnie zawierać umowy ze świadczeniodawcą charakteryzującym się dobrą jakością.

Trzeci powód, dla którego ubezpieczyciele wahają się czy oferować programy preferowanych świadczeniodawców to strach przed utratą reputacji, jeżeli ograniczą wybór konsumenta do małej sieci preferowanych świadczeniodawców. Co roku sondy przeprowadzane wśród społeczeństwa holenderskiego pokazują, że coraz większa liczba obywateli nie wierzy, że ubezpieczycielom zależy na dobrej jakości opiece (Boonen 2009). Ubezpieczyciele przeciwdziałają pogarszaniu się ich reputacji wskutek oskarżeń o ograniczanie autonomii lekarzy. Bez lepszych wskaźników funkcjonowania przezwyciężenie tego problemu może okazać się trudnym zadaniem.

Czwartą przeszkodą na drodze ku osiągnięciu przez ubezpieczycieli roli aktywnego nabywcy jest fakt, iż leżące po ich stronie ryzyko finansowe, związane z opieką szpitalną, jest niskie, gdyż większość niedoborów w obszarze wydatków szpitalnych zostaje pokrytych. Jest to częściowo wynikiem sytuacji, że ceny szpitalne są w znacznym stopniu regulowane, a częściowo wynikiem niedoskonałości systemu DTC i wadliwości metody wyrównania ryzyka (Van de Ven i Schut 2008). Ryzyko finansowe ubezpieczycieli, związane z opieką szpitalną, znacząco wzrosło w 2009 roku, równoległe z ciągłym procesem ulepszania zarówno systemu DTC, jak i metody wyrównania ryzyka oraz dalszej deregulacji cen szpitalnych.

Pomimo nieustannego procesu ulepszania systemu wyrównywania ryzyka ubezpieczyciele w dalszym ciągu są w stanie w prosty sposób identyfikować niedochodowe podgrupy (Van de Ven i Schut 2008). To może stać się problemem, ponieważ ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych zapewniała ubezpieczycielom bodźce (np. silna konkurencja cenowa) i narzędzia (np. selektywne kontraktowanie i ukierunkowane strategie nabywcze) do selektywnego wyboru ryzyka. Chociaż mało jest jasnych dowodów na istnienie selektywnego wyboru ryzyka, identyfikacja tego zjawiska jest trudna. W dużym stopniu niemożliwe jest zaobserwowanie takich działań, zwłaszcza gdy ubezpieczyciele nie inwestują w lepszą opiekę dla niedochodowych podgrup, ponieważ wszyscy stają w obliczu tych samych bodźców,

Wady systemu

a wpływ przeciwnych bodźców jest jeszcze nieznan (tzn. co by się zdarzyło, gdyby ubezpieczyciele mieli właściwe bodźce?).

Negatywne bodźce generowane przez niedoskonały system wyrównywania ryzyka są w znacznym stopniu ograniczane przez różne rekompensaty *ex post*. Z kolei one ograniczają bodźce stymulujące skuteczne nabywanie. Słabnie motywacja do osiągnięcia efektywności, ponieważ ostatecznie część strat zostaje pokryta. Ponieważ w Holandii rekompensaty *ex post* są w głównej mierze wykorzystywane do zmniejszania strat w obszarze opieki szpitalnej ubezpieczyciele mają ograniczone bodźce do zastępowania opieki ambulatoryjnej wiele droższą hospitalizacją (NZa 2009).

Podsumowując, nie wszystkie warunki konieczne konkurencji regulowanej zostały do tej pory spełnione. Jeżeli jeden lub kilka z tych warunków koniecznych miałyby pozostać niespełnionych, wtedy skuteczne wdrożenie holenderskich reform byłoby zagrożone. Rząd zdaje sobie jednak sprawę, że proces reformowania ciągle trwa i zamierza konsekwentnie wprowadzać model konkurencji regulowanej. Zwłaszcza w ciągu najbliższych kilku lat możemy się spodziewać znaczącego postępu prac po stronie rządu holenderskiego poprzez:

- Dalsze ulepszanie systemu wyrównywania ryzyka, co pozwoli obniżyć rekompensaty *ex post* dla ubezpieczycieli, tym samym zwiększając motywację ubezpieczycieli do osiągnięcia efektywności.
- Nowe prawo wzmacniające pozycje i prawa obywateli w obszarze opieki zdrowotnej.
- Dalsze ulepszanie systemu klasyfikacji diagnoz i terapii, by zdefiniować produkty medyczne i uzyskać przejrzystość produktów ubezpieczenia zdrowotnego.
- Dalsze zwiększenie dostępności informacji publicznej dla obywateli na temat jakości opieki i grupy zakontraktowanych świadczeniodawców dla produktu ubezpieczeniowego.
- Dalsze zwiększenie liczby diagnoz i terapii, których cena będzie swobodnie negocjowana. Dodatkowo rząd zamierza także przekazać szpitalom pełną odpowiedzialność finansową za ich inwestycje kapitałowe (budynki, sprzęt medyczny).

Kluczowe pozostaje pytanie: czy i w jaki sposób ubezpieczyciele przyjmują rolę nabywców świadczeń zdrowotnych w imieniu ubezpieczonych. Czy ubezpieczyciele skutecznie konkurują o klientów i czy skutecznie negocjują ze świadczeniodawcami cenę, jakość oraz skoordynowanie usług medycznych? Do tej pory nie można na te pytania jednoznacznie odpowiedzieć.

Wnioski i rekomendacje

Istnienie konkurencji między płatnikami trzeciej strony w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego jest uzależnione od spełnienia dwóch warunków wstępnych: wielości płatników oraz możliwości wyboru płatnika przez pacjenta. Spośród zbadanych 29 krajów, warunki te są spełnione przez 7 krajów: Belgię, Czechy, Holandię, Izrael, Niemcy, Słowację oraz Szwajcarię. Indeks konkurencji stworzony dla tej grupy krajów wskazał Holandię, jako system, dla którego potencjał do konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego jest największy.

Należy przy tym podkreślić, że istnienie konkurencji nie jest celem samym w sobie – stanowi ona narzędzie do zwiększenia efektywności systemu i skłonienia pacjenta do racjonalnego korzystania ze świadczeń. Przedstawione w niniejszym badaniu kraje, które zdecydowały się na jej wprowadzenie nie spełniają wszystkich warunków np. system wyrównywania ryzyka w Izraelu bazujący przede wszystkim na wieku, czy też negocjacje cenowe ze świadczeniodawcami organizowane na poziomie Ministerstwa Zdrowia w Czechach. Z tego powodu borykają się one z niezamierzonymi efektami wprowadzenia konkurencji, z których najtrudniejszą jest selekcja po stronie płatnika.

Pełne wprowadzenie regulowanej konkurencji w holenderskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego wymagało więc spełnienia wielu skomplikowanych warunków koniecznych do stworzenia odpowiednich bodźców dla pacjentów, świadczeniodawców i płatników trzeciej strony. Na podstawie doświadczeń holenderskich można stwierdzić, że skala poprawy efektywności systemu zabezpieczenia zdrowotnego uzyskana dzięki wprowadzeniu konkurencji, zależy od stopnia spełnienia następujących warunków:

- I. możliwość wyboru płatnika
- II. sprawny system wyrównywania ryzyka/szkodowości
- III. swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami
- IV. przejrzystość systemu
- V. dostęp pacjenta do informacji
- VI. bodźce finansowe skłaniające do efektywności
- VII. ograniczenie efektu gapowicza
- VIII. warunki umożliwiające kontestowalność rynków
- IX. sprawny nadzór regulacyjny systemu

Warunki konieczne

Warunek I

Poniżej przeanalizowano stopień wypełnienia poszczególnych warunków przez polski system zabezpieczenia zdrowotnego oraz omówiono propozycje możliwych zmian systemowych mających na celu poprawę stopnia spełnienia warunków niezbędnych dla efektywnego wprowadzenia konkurencji między płatnikami trzeciej strony.

W obecnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia, ze względu na monopol po stronie płatnika, nie jest możliwy *wybór ubezpieczyciela przez pacjenta*. Należy pamiętać, iż Polska ma już pewne doświadczenie ze swobodnym wyborem płatnika trzeciej strony. Wybór ten, połączony z obowiązkiem przyjęcia do wspólnoty ryzyka, wpisany był w ramy prawne Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.)⁶¹. Jednak był on praktycznie nieegzekwowalny - istniało bowiem 16 regionalnych kas chorych (po jednej dla każdego województwa) i jedna branżowa kasa chorych dla służb mundurowych. Nadzieje na skuteczną konkurencję pomiędzy kasami dawały zapisy Art. 4a⁶², który został wykreślony z późniejszej wersji ustawy.

Na dzisiaj istnieją dwie, zaawansowane koncepcje propozycji zmian systemowych. Pierwsza z nich, Ustawa o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych oraz nadzorze nad ubezpieczeniami zdrowotnymi przygotowana przez zespół Minister Zdrowia Ewy Kopacz, zakłada wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych - stworzenie rynku ubezpieczeń pokrywających koszty współpłacenia oraz świadczeń spoza koszyka świadczeń gwarantowanych (opis oraz komentarz do propozycji ustawy patrz: Więckowska (2008)). Natomiast druga z nich, propozycja Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU), zakłada wprowadzenie regulowanej konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego poprzez umożliwienie pacjentowi wyboru płatnika spośród Prywatnych Funduszu Zdrowia i przekazanie tym funduszom składki kawitacyjnej uzależnionej od wieku i płci ubezpieczonego. Oprócz tej składki pacjent byłoby zobligowany do opłacania tzw. składki dodatkowej pokrywającej oczekiwane koszty świadczeń spoza koszyka bazowego (więcej: Polska Izba Ubezpieczeń (2009)).

Proponowane przez Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU) zmiany w systemie zabezpieczenia zdrowotnego zawierają również gwarancję akceptacji przez zakład ubezpieczeń każdego ryzyka, niezależnie od stanu zdrowia. Gwarancja niedyskryminacji jest podstawowym warunkiem na spełnienie zasady solidaryzmu społecznego określonej przez Art. 68 pkt.1 oraz pkt.2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r⁶³ oraz Art. 65 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)⁶⁴; dalej: Usosoz.

Taka gwarancja musi zostać wprowadzona do systemu w sposób niezmiernie staranny. Dobrym przykładem „manipulowania” gwarancją może być tutaj obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych - zakład ubezpieczeń ma obowiązek przyjęcia każdego ryzyka, lecz swobodnie określając składkę ubezpieczeniową może obliczyć ją na takim poziomie, że ubezpieczający sam zrezygnuje z aplikowania o ochronę.

Zgodnie z doświadczeniami holenderskimi dla ograniczenia selekcji po stronie zakładów ubezpieczeń, a tym samym przesunięcia ciężaru konkurencji z konkurencji o pacjentów o niskim ryzyku w kierunku konkurencji o wielkość wspólnoty ryzyka, niezmiernie istotny jest sprawnie funkcjonujący *system wyrównywania ryzyka*. Polska nie ma żadnych doświadczeń z rozbudowanym systemem wyrównywania ryzyka. Również w proponowanych zmianach nie są zawarte propozycje stworzenia systemu o odpowiedniej złożoności. Zarówno w funkcjonującym wcześniej systemie kas chorych, jak i w propozycji sformułowanej przez PIU czynniki wyrównujące są ograniczone do minimum - w przypadku kas chorych był to jedynie wiek pacjenta (Sowada (2001)), zaś w przypadku PIU wiek i płeć (Polska Izba Ubezpieczeń (2009)). Należy natomiast pamiętać, że płeć i wiek wyjaśniają jedynie 30% różnic w poziomie wydatków na świadczenia zdrowotne.

Chcąc wprowadzić skuteczny system wyrównywania ryzyka niezbędna jest dokładna analiza danych statystycznych dotyczących konsumpcji świadczeń zdrowotnych oraz określenie innych czynników wyrównania ryzyka (przede wszystkim występowania chorób przewlekłych). Konieczne więc jest prawidłowe funkcjonowanie elektronicznej platformy gromadzenia danych medycznych oraz zapewnienie dostępu do niej instytucjom zewnętrznym w celu prowadzenia analiz naukowych dotyczących korzystania ze świadczeń (w tym określenie optymalnej struktury świadczeń oraz zasobów) oraz efektywności płatników. Ważną rolę powinno pełnić państwo, które musi pogodzić obowiązek raportowania (procedury, standardy, terminy) oraz ochronę danych osobowych z udostępnianiem tych danych do zewnętrznych ocen.

W obecnie funkcjonującym systemie zabezpieczenia zdrowotnego Narodowy Fundusz Zdrowia posiada swobodę zawierania umów tj. może definiować sieć świadczeniodawców, zakres kontraktowanych świadczeń, jak również ich ceny. NFZ nabywa świadczenia w trybie konkursu ofert bądź rokowań (Art.149 Usosoz).⁶⁵ W obu przypadkach Fundusz ma prawo negocjować cenę za punkt w danej grupie świadczeń. W praktyce Fundusz wykorzystuje pozycję monopolisty dyktując zarówno cenę za punkt, jak i wielkość kontraktu. Zatem, mimo iż po

Warunek II

Warunek III

Warunek IV

stronie świadczeniodawcy formalnie istnieje swoboda zawierania umów, brak kontraktu z NFZ, jako jedynym płatnikiem trzeciej strony, istotnie osłabia pozycję świadczeniodawcy na rynku świadczeń zdrowotnych.

W polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego nie jest możliwa pionowa integracja płatnika i świadczeniodawcy. Zatem warunek dotyczący swobody zawierania umów jest spełniony jedynie częściowo.

Warunek *przejrzystości* wymaga określenia homogenicznych kategorii dla standardowego pakietu świadczeń, który wybiera ubezpieczający oraz dookreślonego systemu klasyfikacji produktów medycznych nabywanych przez płatników. W polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego definiowanie zakresu ochrony leży w gestii ustawodawcy. Koszyk dostępnych świadczeń jest określony w Art.15 ust.2 Usoosz, natomiast lista świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych znajduje się w Załączniku do Usoosz.

Postępowaniem w sprawach kwalifikowania świadczeń zdrowotnych gwarantowanych zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Podejmowane przez nią decyzje są poprzedzane opiniami konsultantów krajowych z danej dziedziny medycyny, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Rady Konsultacyjnej. Dopiero po uzyskaniu wszystkich rekomendacji Minister Zdrowia decyduje, które świadczenia, w jakim stopniu i na jakich warunkach, będą gwarantowane. Do zadań AOTM należy również (www.aotm.gov.pl):

- wykonywanie raportów dotyczących oceny świadczeń opieki zdrowotnej,
- wydawanie rekomendacji w sprawie:
 - usunięcia świadczeń z wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - zmiany poziomu, sposobu realizacji lub finansowania świadczeń,
- opracowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania leków bądź wyrobów medycznych jako świadczeń gwarantowanych oraz przygotowanie oceny raportów tych świadczeń,
- wydawanie opinii w sprawie projektów programów zdrowotnych.

Jednakże ogólne, ustawowe określenie koszyka oraz powołanie AOTM nie jest wystarczające, aby można było stwierdzić, iż warunek przejrzystości jest przez polski system ochrony zdrowia spełniony. Jest to tylko jeden z kroków spełnienia tego warunku - wykaz świadczeń określony jest w załącznikach do odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia, które wymagają jednak szeregu uszczegółowień.

Kolejnym warunkiem efektywnego wprowadzenia konkurencji regulowanej jest *dostęp pacjenta do rzetelnej, zrozumiałej informacji*.

Jak już wspomniano odpowiedź producenta na oczekiwania konsumenta nie wiąże się jednak z poprawą dobrobytu tego drugiego, gdy nie jest on poinformowany na tyle dobrze, aby dokonać racjonalnego wyboru (Barr (2001)). Tak samo, możliwość zakupu produktu niższej jakości po niższych cenach będzie poprawą dobrobytu jedynie wówczas, gdy wybór został dokonany w sposób świadomy (na podstawie dostatecznych informacji). Problem informacji zatem wiąże się nie tylko z brakiem informacji (który może zostać łatwo rozwiązany), lecz także z możliwością analizy informacji. Jest to utrudnione zwłaszcza, gdy informacja niezbędna do podjęcia decyzji jest znana, lecz jest tak obszerna, że decydenci nie są zdolni do podjęcia, na jej podstawie, racjonalnej decyzji. Dobrym przykładem w obszarze ubezpieczeń obejmujących ryzyko choroby jest trudność wyboru oferty ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, gdzie istnieją znaczne różnice definicyjne poszczególnych jednostek chorobowych (Więckowska 2006).

Warunek V

Porównując zasób informacyjny w Holandii, do zasobu informacji dostępnego dla polskich pacjentów można stwierdzić, iż istnieją w tym obszarze istotne luki- pacjenci nie posiadają niemal żadnych informacji na temat jakości i świadczeń oferowanych przez świadczeniodawców, nie istnieje żaden, dostępny publicznie, zestaw wskaźników jakościowych (zarówno dla opieki zamkniętej, jak i leczenia ambulatoryjnego), bezpieczeństwa, efektywności czy dostępności. Nie istnieje również odpowiedni system „prowadzenia pacjentów” ułatwiający zarządzanie dostępnymi środkami (tzw. *managed care*). Zgodnie z Usosoz świadczeniodawcy są zobligowani do przynajmniej comiesięcznego informowania o długości kolejki oczekujących na świadczenia - mimo iż NFZ prezentuje stan na np. 31 lipca 2010r. to dane niektórych świadczeniodawców mogą pochodzić na przykład z kwietnia 2010. Dlatego też tak niezmiernie istotne jest stworzenie platformy cyfrowej wymiany informacji.

Na podstawie powyższych informacji należy stwierdzić, iż ten niezmiernie ważny warunek nie jest przez polski system spełniony. Warto rozważyć, wzorem systemu holenderskiego, wprowadzenie krajowego standardu - indeksu jakości obsługi pacjenta - mierzącego satysfakcję pacjenta z kontaktów ze świadczeniodawcami, zaś w późniejszym etapie, również z zakładami „ubezpieczeń zdrowotnych”. Ułatwieniem byłoby też wprowadzenie systemu oceny opieki szpitalnej za pomocą gwiazdek tj. prostej, kilkupunktowej skali.

W polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego nie istnieją praktycznie żadne bodźce finansowe do poszukiwania efektywności. Płatnik - monopolista posiada informację na temat kontraktowanych

Warunek VI

oraz wykorzystywanych świadczeń, lecz dostęp do niej instytucji zewnętrznych, chcących dokonać oceny, jest w znacznej mierze ograniczony. Równocześnie, w przeciwieństwie do klasycznych rozwiązań ubezpieczeniowych funkcjonujących w Polsce w oparciu o zapisy Art. 805-834 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (Dz.U.1964 Nr 16 poz. 93 ze zm.), nie jest on zobowiązany do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w określonym terminie oraz nie ponosi odpowiedzialności wobec pacjenta za jakość kontraktowanych świadczeń.

Pacjenci też nie mają żadnych *bodźców finansowych do poszukiwania efektywności*, bowiem wszystkie świadczenia, w ramach bazowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, otrzymują „za darmo”⁶⁶, bez jakiegokolwiek nawet informacji o cenie udzielonych świadczeń. Prowadzi to do przyjęcia przez pacjenta postawy czysto roszczeniowej, wynikającej po części z braku znajomości relacji pomiędzy opłaconą składką a otrzymanym świadczeniem.

Takie bodźce - w postaci wpływu na wynik finansowy - występują jedynie po stronie świadczeniodawców. Przekładają się, ze względu na ułomność mechanizmu wyceny oraz negocjacji, na działania w kierunku maksymalizacji tych procedur, których wycena przez płatnika umożliwia osiągnięcie wysokich marż, przy równoczesnym unikaniu tych procedur, które są wycenione za nisko. Rozliczanie w oparciu o jednorodne grupy pacjentów (ang. *diagnosis related groups*, DRG) nie prowadzi do dbałości o skuteczność procesu leczenia.

Warunek VII

Polski system zabezpieczenia zdrowotnego spełnia natomiast warunek *braku efektu gapowicza*. Praktycznie wszystkie osoby są objęte ochroną ubezpieczeniową, nie wynika bowiem ona jedynie z faktu opłacenia składki ubezpieczeniowej (kolejne odejście od zasad ubezpieczeniowych), lecz również z tytułu tzw. współubezpieczenia bądź uprawnienia.

Warunek VIII

Wprowadzenie regulowanej konkurencji wymaga, by *rynki były kontestowalne*. Oznacza to stworzenie takich warunków, aby podmioty działające na rynku o charakterze oligopolistycznym (w tym przypadku płatnicy trzeciej strony oraz świadczeniodawcy) zachowywały się podobnie, jak w warunkach konkurencyjnych. Można je osiągnąć poprzez niskie bariery wejścia (niskie koszty utopione (ang. *sunk costs*)), co powoduje, że podmioty funkcjonujące na danym rynku znajdują się pod presją potencjalnych wejść. W Polsce, ze względu na monopol, rynek płatników trzeciej strony nie spełnia warunku kontestowalności. Propozycja PIU zakładała możliwość funkcjonowania jako płatnik każdemu zakładowi ubezpieczeń - prywatnemu funduszowi

zdrowia - posiadającemu licencję na prowadzenie działalności. Wówczas kontestowalność po stronie płatnika byłaby w pewnym stopniu spełniona. Natomiast po stronie świadczeniodawców bariery wejścia wydają się być określone na najniższym, z możliwych do przyjęcia, poziomie.

Ostatnim z warunków wprowadzenia konkurencji regulowanej jest *istnienie odpowiednich organów regulacyjnych*: organu ds. ochrony konkurencji, organu ds. jakości, organu ds. płynności, organu ds. ochrony praw konsumenta. W Polsce istnieją urzędy, które spełniają lub mogłyby spełnić ww. zadania: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Rzecznik Ubezpieczonych, Komisja Nadzoru Finansowego. Jednakże nie można stwierdzić, iż warunek funkcjonowania odpowiednich organów jest w pełni spełniony, gdyż obecnie istniejące instytucje, oprócz AOTM, mają ograniczone doświadczenie w sprawach z zakresu ochrony zdrowia.

Bazując na powyższej analizie zakresu spełnienia warunków koniecznych dla regulowanej konkurencji wypracowanych na doświadczeniach holenderskich można stwierdzić, iż stopień ich spełnienia w polskich systemie zabezpieczenia zdrowotnego jest w większości przypadków ograniczony. Można by wręcz rzec, iż Polska jest w niemal takiej samej sytuacji co Holandia 20 lat temu - w roku 1990 (patrz: rozdział 4.2.9). W pewnej mierze spełnione są tylko dwa: występuje swoboda zawierania umów przez płatnika oraz brak efektu gapowicza (Tabela 4). Jednak trzy, wydaje się najtrudniejsze do wprowadzenia warunki, nie są spełnione nawet w najmniejszym akceptowalnym stopniu: Polska nie ma doświadczenia w zakresie rozbudowanego systemu wyrównywania ryzyka, nie istnieje system przekazywania rzetelnej, zrozumiałej informacji pacjentom oraz instytucjom zewnętrznym celem dokonywania okresowej oceny, nie istnieją też wystarczające bodźce do poszukiwania efektywności zarówno po stronie płatnika, świadczeniodawcy, jak i pacjenta.

Tabela 4. Stopień spełnienia warunków koniecznych regulowanej konkurencji w Polsce

Warunek konieczny	2010
	Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
1. Możliwość wyboru płatnika	--
2. Sprawny system wyrównywania ryzyka/szkodowości	ND
3. Swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami	+
4. Przejrzystość systemu	- / +
5. Dostęp pacjenta do informacji	-
6. Bodźce finansowe skłaniające do efektywności:	
* pacjenci	--
* płatnicy	-
* świadczeniodawcy	- / +
7. Ograniczenie efektu gapowicza	+
8. Warunki umożliwiające kontestowalność rynków:	
* płatnicy	ND
* świadczeniodawcy	+
9. Sprawny nadzór regulacyjny systemu:	
* organ ds. ochrony konkurencji	+
* organ ds. jakości	- / +
* organ ds. płynności	+
* organ ds. ochrony praw konsumenta	+

Źródło: opracowanie własne.

Legenda: -- = w ogóle niespełnione; - = w dużym stopniu niespełnione; - / + = częściowo spełnione; + = w dużym stopniu spełnione; ++ = całkowicie spełnione. ND = nie dotyczy.

Z tego względu wprowadzenie innych (poza NFZ) płatników trzeciej strony w systemie zabezpieczenia zdrowotnego musi być połączone ze zmianami w innych jego obszarach. Można tu sformułować następujące propozycje:

- wprowadzanie rozwiązań wpływających na racjonalizację decyzji po stronie świadczeniodawcy (jak selektywne kontraktowanie na bazie wyników) oraz po stronie pacjenta (jak zróżnicowany poziom współpłacenia),
- wprowadzenie wielu konkurujących płatników w obszarze części bazowego koszyka świadczeń z równoczesnym oferowaniem takiego produktu przez NFZ (działanie jako benchmark),
- wprowadzenie wielu konkurujących płatników w obszarze komplementarnego ubezpieczenia społecznego z równoczesnym oferowaniem takiego produktu przez NFZ (działanie jako benchmark).

Pierwszym z możliwych działań jest wprowadzenie rozwiązań wpływających na racjonalizację decyzji zarówno po stronie świadczeniodawcy jak i po stronie pacjenta dzięki czemu ograniczona zostanie tzw. problem mocodawcy i pełnomocnika (ang. *principal-agent problem*). Najczęściej w analizach lekarz jest uznawany jako pełnomocnik pacjenta. Tym samym, jeżeli, podobnie jak w Polsce, system zapewnia pokrycie wszystkich kosztów, to opieka zdrowotna jawi się jako „bezpłatna” dla pacjenta, zaś lekarz nie czuje się ograniczony możliwościami płatniczymi pacjenta. Zarówno pacjent, jak i lekarz nie dostrzegając prywatnych kosztów opieki zdrowotnej (krańcowy koszt prywatny jest równy zero), nie dostrzegają jednocześnie kosztów społecznych, które są przecież dodatnie, i często wysokie. Obaj stoją zatem w obliczu zachęt do zalecania/konsumowania wszystkich świadczeń zdrowotnych, które dają jakiegokolwiek prywatne korzyści – występuje zatem nadprodukcja świadczeń zdrowotnych ze strony lekarza – pełnomocnika i towarzysząca mu nadkonsumpcja świadczeń po stronie pacjenta. Również często lekarz jest uważany jako pełnomocnik dwóch mocodawców – pacjenta i ubezpieczyciela. W tym przypadku występuje podwójna asymetria informacji: lekarz jest lepiej poinformowany zarówno od pacjenta, jak i od ubezpieczyciela (więcej: Barr 2001). Zatem, w celu ograniczenia problemu, można wprowadzić mechanizmy wzmacniające racjonalny wybór poszczególnych podmiotów w systemie.

Wzmocnienie funkcji płatnika trzeciej strony jako aktywnego gracza w sektorze ochrony zdrowia w postaci selektywnego kontraktowania na bazie wyników (ang. *performance-based contracting*), oraz ścisłego określenia zakresu dostępnych świadczeń w stosunku do posiadanych środków pozwoli na osiągnięcie racjonalnych decyzji po stronie świadczeniodawców.

Równocześnie można wprowadzić częściowe zarządzanie środkami finansowymi przez świadczeniodawców np. wzorem Wielkiej Brytanii przekazanie „związkom” lekarzy pierwszego kontaktu (ang. *GP fundholders*) kontraktowania świadczeń w zakresie diagnostyki (więcej: Bevan, van de Ven (2010)).

Po stronie pacjenta działaniem racjonalizującym mogłoby być zróżnicowanie w dopłatach do świadczeń w zależności od procedury (na obniżenie dopłat wpływałoby np. korzystnie z pośrednictwa w postaci lekarza pierwszego kontaktu czy poddawanie się corocznym badaniom profilaktycznym) bądź wręcz wprowadzenie składki uzależnionej od ryzyka, finansowanej w całości lub w części osobom najuboższym (por. Bank Światowy 2010). Działanie to powinno

być wsparte odpowiednim systemem informowania pacjenta np. wspomniana już klasyfikacja za pomocą gwiazdek.

Rozwiązaniem dla Polski mogłoby być również stopniowe wprowadzanie konkurencji w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (proponycja nr 2). Koszyk świadczeń, gwarantowany w ramach bazowego zabezpieczenia zdrowotnego, mógłby w taki sposób zostać podzielony na dwie części, aby inni płatnicy (np. specjalnie w tym celu powołane zakłady ubezpieczeń zdrowotnych) mogli oferować produkty przedmiotowo tożsame z jedną z części koszyka świadczeń („koszyk podlegający konkurencji”). Produkt taki mógłby działać na zasadach analogicznych do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych - zakres ochrony zdefiniowany w drodze ustawy, zaś zakłady samodzielnie określają wysokość składki⁶⁷ oraz wykorzystują system bonus-malus. Druga część świadczeń, zdefiniowanych w ramach koszyka bazowego, pozostałaby nadal w domenie Narodowego Funduszu Zdrowia. Równocześnie postuluje się, aby NFZ oferował produkt dedykowany koszykowi podlegającemu konkurencji, aby pacjenci mieli punkt odniesienia. Powyższe rozwiązanie dawałoby możliwość znacznej kontroli nad produktem podlegającym konkurencji oraz szybkiej reakcji na działania niezamierzone (np. selekcja po stronie płatników). Równocześnie należy pamiętać, iż powinno się wprowadzać je z dużą ostrożnością, ponieważ pojawienie się dodatkowych płatników może zaburzyć koordynację udzielania świadczeń w systemie oraz wpłynąć negatywnie na jego efektywność.

Po okrzepnięciu systemu, przy istnieniu przeświadczenia o możliwości poprawy jego wydajności oraz spełnieniu w znacznym stopniu wyżej opisanych warunków koniecznych dla konkurencji regulowanej, możliwe byłoby stopniowe rozszerzanie koszyka podlegającego konkurencji, a tym samym dojście do bazowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego z wieloma konkurującymi płatnikami trzeciej strony.

Można również rozważyć wprowadzenie konkurencji w obszarze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego tj. prywatnego ubezpieczenia z preferencjami państwa.⁶⁸ Wprowadzając pozytywny koszyk świadczeń zdrowotnych ustawodawca zarysowałby pole do konkurencji w postaci komplementarnego ubezpieczenia kosztów leczenia. Działanie takie nie zwiększyłoby środków w systemie ochrony zdrowia (więcej: Więckowska, Osak 2010), ale dałoby możliwość kontrolowania działania szarej strefy oraz, niezgodnego z literą prawa, omijania kolejki do świadczeń.

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, które z tych przedstawionych powyżej rekomendacji zapewnią polepszenie wyników osiągniętych przez system oraz wzrost zadowolenia społecznego w Polsce. Niektóre z nich, jak na przykład podział bazowego koszyka świadczeń oraz wprowadzenie komplementarnego ubezpieczenia społecznego, mogą być zaimplementowane równocześnie. Potrzeba jednak przy tym woli politycznej oraz przyzwolenia społecznego.

Przypisy

- 1 Health Expectancy. Living longer, more years in poor health (2010), UK National Statistic Webside, http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget_print.asp?ID=934.
- 2 Wykorzystywanym miernikiem jest tutaj QALY - lata życia skorygowane jakością (patrz: Getzen (2000):74-81).
- 3 Stąd rozwój metod HTA (ang. health technology assessment), patrz: Kawalec (2006), s.137:148.
- 4 Przykładem tutaj może być funkcjonujący w Niemczech system bonus-malus, czy funkcjonująca w Holandii do 2008 roku „no-claim rebate rule”.
- 5 Zalety konkurencji zależą od jakości informacji. Tam, gdzie osoby są dobrze poinformowane, zalety konkurencji są realne i znaczące. Tam, gdzie problemy z informacją są relatywnie małe oraz/lub gusty konsumentów są zróżnicowane, wybór konsumenta, choć niedoskonały, będzie zazwyczaj bardziej efektywny niż decyzje podejmowane w jego imieniu przez osobę działającą w roli agenta. Jednakże poważne problemy z informacją w opiece zdrowotnej stawiają zalety konkurencji pod znakiem zapytania (Barr (2001)).
- 6 Najczęstszym zastrzeżeniem w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego jest działanie płatników na wzór karteli.
- 7 Możliwość wyboru oczywiście wiąże się z przekazaniem środków finansowych bezpośrednio do płatnika (będącego równocześnie sponsorem) bądź za pośrednictwem sponsora (patrz: 2.1.8).
Zatem w drugim przypadku wybierającym może być pacjent bądź sam sponsor np. organizowanie przetargów na zarządzanie funduszem zdrowotnym dla danego regionu.
- 8 Najczęściej przyjmuje to formę odpowiedzialności skarbu państwa bądź innych podmiotów sektora w przypadku złej kondycji finansowej płatnika, lecz przy równoczesnym braku konieczności dzielenia się zyskami (w postaci przekazania części zysku do budżetu państwa lub do innych płatników nie wykazujących złej kondycji finansowej) w przypadku dobrej kondycji finansowej danego płatnika.
- 9 Oczywiście nie przesądza to o braku innych form selekcji wpływających na docelową strukturę osób przypisanych do danego płatnika.
- 10 Często stosuje się tutaj techniczne określenia jak: szerokość pokrycia/ochrony (odnośnie (1)) oraz głębokość pokrycia/ochrony (odnośnie (2)).
- 11 Przy założeniu, że płatnicy funkcjonujący w bazowym systemie ochrony zdrowia mają prawo oferować dodatkowe produkty bądź dopuszczalne są powiązania kapitałowe lub/i organizacyjne pomiędzy płatnikami w systemie bazowym i dodatkowym.
- 12 Por. Voluntary health insurance in the European Union 2004, s.46.
- 13 Za tę ceną uwagę dziękuję dr M. Osak.
- 14 Trzeba by wówczas nie porównywać bezpośrednio nową składkę ubezpieczeniową, lecz jej korektę o wartość wykupu przysługującą u poprzedniego płatnika.

- 15 Jest to sytuacja analogiczna do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Istnieje obowiązek przyjęcia każdego aplikującego, lecz zakład sam ustala cenę za dane ryzyko.
- 16 Przyczyną tych działań jest kontrola technicznego ryzyka przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych, czyli próba uzyskania portfela zbliżonego do portfela zakładanego przy szacowaniu składki ubezpieczeniowej
- 17 Mechanizm ten określany jest w sektorze ubezpieczeń mianem „spirali śmierci”.
- 18 Samo istnienie systemu wyrównywania ryzyka/szkodowości nie wystarcza aby wyeliminować selekcję. Niedoskonały system wyrównania prowadzi do zachwiania solidaryzmu społecznego, efektywności systemu oraz obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych (van de Ven i inni, s.76)
- 19 Istnieją silne dowody na to, iż wysokość wydatków medycznych rośnie wraz z wiekiem (Risk adjustment... (2008), s.11).
- 20 Procedura określania składki korygującej ryzyko jest zatem analogiczna do metody debetowo-kredytowej stosowanej w underwritingu ubezpieczeń osobowych.
- 21 Być może bardziej precyzyjnie należałoby stwierdzić, iż jest to potencjalny pacjent, czyli podmiot, który być może skorzysta ze świadczeń zdrowotnych, objęty „ochroną zdrowotną” (analogiczną do ochrony ubezpieczeniowej). W takim rozumieniu pacjent będzie analizowany w dalszej części niniejszego opracowania.
- 22 Autorzy książki określają tę stronę jako „ubezpieczyciela”, lecz w mniemaniu Autorki jest to nadużycie - wprowadzenie sponsora do rozważań nie warunkuje konieczności występowania finansowania składkowego.
- 23 Takie tłumaczenie można znaleźć m.in. w: Getzen (2000), s. 252. Niemniej jednak w dalszej części tej książki stosuje się określenie „instytucje HMO”, jako nazwę własną, nie podlegającą tłumaczeniu.
- 24 W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa główne systemy organizacyjne systemu ochrony zdrowia - system Bismarck’a oraz system Beveridge’a. Pierwszy z nich, najogólniej, dotyczy finansowania składkowego, ubezpieczeniowego oraz prywatnego dostarczania świadczeń na mocy kontraktów, drugi zaś obejmuje finansowanie zaopatrzeniowe oraz świadczenia udzielane wszystkim obywatelom przez świadczeniodawców z sektora publicznego (więcej: Włodarczyk, Poździoch (2001)).
- 25 Jest to istotna różnica wobec komercyjnych ubezpieczeń kosztów leczenia.
- 26 W przypadku potencjalnie wysokich zysków płynących z selekcji, może być ona bardziej opłacalna niż poprawa efektywności płatnika. Szczególnie krótkoterminowo, gdy efekty z poniesionych nakładów na ograniczanie kosztów bądź poprawę wyników nie są jeszcze widoczne, płatnicy mogą preferować stosowanie narzędzi selekcji prowadząc do tego, że mniej efektywni (bądź wręcz nieefektywni) płatnicy będą zyskiwać udział w rynku kosztem płatników efektywnych (van de Ven i inni (2003) i inni, s. 80).
- 27 Zabezpieczenie zdrowotne w tym kraju jest zintegrowanym systemem składającym się z 3 podstawowych elementów (Lim (2005), s.462 i nast.):
 - obowiązkowych medycznych kont oszczędnościowych (ang. Medisave), wprowadzonych w 1984 roku,

- katastroficznego ubezpieczenia medycznego (ang. Medishield), wprowadzonego w 1990 roku,
- pomocowego systemu zabezpieczenia wydatków medycznych (ang. Medifund), wprowadzonego w 1992 roku.

Ze względu na nazwy tych elementów system ten określany jest często mianem 3M. Dodatkowo, do zabezpieczenia opieki osób starszych wprowadzono dwa programy Eldershield (2002) oraz Elderfund (2000), określane z kolei mianem 2E. Ostatnim źródłem finansowania systemu są dopłaty z budżetu państwa, które stanowią 25% wszystkich funduszy systemu.

- 28 Składki na program Medisave stanowią część obowiązkowego systemu oszczędzania, w którym pracodawca oraz pracownik opłacają składkę odpowiednio w wysokości 20% oraz 16% wynagrodzenia, która jest przekazywana do Central Provident Fund, zaś następnie do systemu zdrowotnego (Medisave), emerytalnego oraz hipotecznego. Składka na program Medisave jest ograniczona kwotowo z góry, składka pracodawcy uzupełnia do limitu kwotowego składkę pracownika.
- 29 Takie rozwiązanie było przecież proponowane w ramach reformy systemu ochrony zdrowia w USA przez prezydenta Baraka Obamę.
- 30 Określany również mianem modelu rezidualnego, albo wręcz „non-system”.
- 31 Pracownicy kolei, stanowiący 1,4% ubezpieczonych, mają obowiązek przynależenia do dedykowanej dla nich kasy chorych (Corens (2007), s.39).
- 32 Powołane dla osób, które nie chcą się utożsamiać z żadnym reżimem politycznym czy religijnym. Obecnie skupia ok. 1.1% ubezpieczonych (Corens (2007), s. 40).
- 33 Na temat zalet i wad restytucji pieniężnej i restytucji rzeczowej w ubezpieczeniach kosztów leczenia patrz: Osak, Więckowska (2006).
- 34 Niektóre ze świadczeń wymagają uprzedniej zgody kasy chorych (Corens (2007), s. 40).
- 35 Pojawiają się wręcz zarzuty o zbyt agresywne kampanie reklamowe mające na celu przyciągnięcie osób zdrowych (van de Ven i inni (2007), s. 168).
- 36 Składkę wynoszącą 13,5% przychodu opłaca w części pracodawca (9%) oraz pracownik (4,5%). Roczne ograniczenie podstawy wymiaru składki wynosi 48-krotność przeciętnego wynagrodzenia sprzed dwóch lat. Osoby samozatrudnione opłacają składkę w wysokości 13,5%, lecz od 50% przychodu. Składka jest także płacona z budżetu państwa - za osoby ekonomicznie nieaktywne. Składka ta wynosi 13,5% od 25% przeciętnego wynagrodzenia sprzed dwóch lat i jest płacona za: dzieci, studentów, osoby na urlopiach wychowawczych, bezrobotnych, emerytów, więźniów, osoby otrzymujące dochód poniżej linii ubóstwa oraz uchodźców (Bryndova i inni (2009), s.39).
- 37 Dodatkowo 7,4% wydatków na ochronę zdrowia pochodziło bezpośrednio z budżetu centralnego, który odpowiedzialny jest za inwestycje kapitałowe w publicznych jednostkach ochrony zdrowia (Bryndova i inni (2009), s.39).
- 38 Dodatkowo zarządza ona specjalnym centralnym funduszem wykorzystywanym do zbierania i redystrybuowania składek na ubezpieczenie zdrowotne zgodnie z systemem wyrównywania ryzyka.

- 39 W 1990 kasy konkurowały dodatkowymi świadczeniami: dodatkowe ubezpieczenie turystyczne czy zniżki na Spa, ale jak się okazało, że nie starcza środków na pokrycie nawet podstawowego zakresu świadczeń, to w 1997 roku ustawodawca zabronił różnicowania zakresu świadczeń pomiędzy kasami.
- 40 Mimo iż jest to lista pozytywna, świadczenia na niej nie wymienione, lecz medycznie niezbędne, będą również finansowane przez kasy chorych.
- 41 Punkt opracowany na podstawie informacji przygotowanych przez prof. Wynand'a P.M.M. van de Ven'a.
- 42 Samozatrudnieni i emeryci płacą 4,95 %.
- 43 Na jednoosobowe gospodarstwo domowe roczny zasiłek opiekuńczy wynosi nie więcej niż 732 euro (w 2010). W 2006 roku 4,9 milionów gospodarstw domowych otrzymało zasiłek opiekuńczy (dane CBS Webmagazine na dzień 12 marca 2007 roku). W sumie jest 7,2 milionów gospodarstw domowych w Holandii (dane CBS Webmagazine na dzień 18 kwietnia 2007 roku).
Zob.: <http://www.cbs.nl>.
- 44 Podstawowy pakiet świadczeń został opisany z punktu widzenia funkcji opieki, a nie jak to miało miejsce wcześniej z punktu widzenia świadczeniodawców. Przykładowo programy muszą stanowić raczej o „opiece rehabilitacyjnej” niż o „opiece zapewnianej przez centra rehabilitacyjne”. To ułatwia wejście na rynek innym świadczeniodawcom opieki rehabilitacyjnej.
- 45 Nederlandse Zorgautoriteit, „Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De Balans 2009”, NZa, Utrecht, maj 2009 roku.
- 46 Szczegółowa informacja na temat holenderskiej formuły wyrównywania ryzyka, zob. Prinsze and Van Vliet (2007).
- 47 Jeżeli lek ma tańszy zamiennik, wówczas plan pokrywa jedynie 50% ceny droższego leku.
- 48 Jest to system o największej liczbie płatników. Druga w kolejności jest Szwajcaria z 62 płatnikami.
- 49 Składka wynosi 14% wynagrodzenia, 10% opłaca pracodawca, 4% opłaca pracownik. Składka za pozostałych rezydentów (w tym dzieci i rodzinę pracownika) finansowana jest z budżetu państwa.
- 50 Niektóre źródła podają, iż zakładów jest 87, ale 25 z nich wchodzi w skład jednej z 4 grup kapitałowych (konglomeraty) działających na terenie kraju.
- 51 Minimalny poziom współpłacenia to 300 CHF (255 USD) rocznie, maksymalny zaś to 2,500 CHF (2,125 USD) rocznie.
- 52 Należy również dodać, iż Holandia od kilku lat zdobywa pierwsze miejsce w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Eisen B., Bjönberg A. (2010)), co może świadczyć o dużym (relatywnym) zadowoleniu pacjentów uczestniczących w tym systemie ochrony zdrowia.
- 53 Celem indeksu jest określenie wyników systemu z perspektywy pacjenta. Oceniane elementy podzielone są na 5 kategorii:
- prawa pacjenta i informacja, które obejmują m.in. prawo do drugiej opinii czy dostęp do własnej dokumentacji,
 - czas oczekiwania na leczenie, który obejmuje m.in. dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu, badanie tomograficzne w ciągu 7 dni,
 - wyniki leczenia, które obejmują m.in. śmiertelność na skutek zawału serca, spadek liczby samobójstw,

- zakres i zasięg świadczonych usług, który obejmuje m.in. przeszczepy nerek na 1.000 mieszkańców, nieformalne opłaty dla lekarzy,
 - środki farmaceutyczne, który obejmuje m.in. dostęp do nowych leków, leki dla terapii antynowotworowej.
- 54 Miara ta określa liczbę lat przeżytych w pełnym zdrowiu, bez ograniczeń płynących z choroby czy inwalidztwa. W jej konstrukcji brane są pod uwagę informacje zawarte w tablicach trwania życia oraz w statystykach związanych z zachorowalnością i inwalidztwem skorygowanych o informacje z badań ankietowych na temat ograniczeń jakie niosą poszczególne jednostki chorobowe oraz stany inwalidztwa (więcej: Mathers, Murray, Salomon, (2003)).
- 55 Były dwie przyczyny tego stanu. Po pierwsze, rosnące wydatki na opiekę zdrowotną mogły zagrozić osiągnięciu celu, czyli powszechnego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej. Po drugie, rząd obawiał się, że rosnące wydatki na opiekę zdrowotną spowodują wyższe koszty pracy, co doprowadzi do wzrostu bezrobocia i zaszkodzi otwartej, holenderskiej gospodarce, która w znacznym stopniu jest uzależniona od eksportu.
- 56 Istnienie bodźców selektywnego wyboru jest koniecznym, ale niewystarczającym warunkiem realnego pojawienia się selektywnego wyboru o negatywnych skutkach.
- 57 Tweede kamer 2005-2006, 29689, nr 99 (11-16); Tweede kamer 2006-2007, 29689, nr129 (9); Tweede kamer 2007-2008, 29689, nr 164 (8) i nr 165 (1-4).
- 58 Stopniowy charakter reform dobrze prezentuje poziom płatności kosztów *ex post* otrzymywanych przez fundusze. W 1992 roku fundusze nie ponosiły żadnego ryzyka finansowego. Otrzymywały 100% zwrot poniesionych przez nie kosztów opieki medycznej z Funduszu Centralnego (który był zasilany przez składki zależne od poziomu dochodów obywateli). Po wprowadzeniu systemu wyrównywania ryzyka *ex ante* ich przychody stanowiły połączenie składki ryczałtowej (określanej przez każdy fundusz), płatności wyrównawczych *ex ante* i płatności kosztów *ex post*. Stopniowo, wraz z poprawą formuły wyrównywania ryzyka, udział płatności kosztów *ex post* został obniżony z 97% do 64% w 2000 roku, 47% w 2006 roku i 25% w 2010. Rząd planuje dalszą redukcję w kolejnych latach, dzięki czemu motywacja do poszukiwania przez ubezpieczycieli efektywności wzrośnie.
- 59 Zarys samoregulacji antykonkurencyjnej i zbiorowych umów rządowych w holenderskim systemie opieki zdrowia na początku lat dziewięćdziesiątych, zob. Schut et al. (1991, Tabele 1 i 2).
- 60 Przełomowa decyzja to decyzja NMa dotycząca zakazu stowarzyszania się lekarzy pierwszego kontaktu (Besluit dg NMa van 11 kwietnia 2001, zaak 537 (LHV)).
- 61 Obowiązująca od 1 stycznia 1999 r. do 1 kwietnia 2003 r.
- 62 Art.4a."Ubezpieczony może realizować obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego w innej niż Kasa Chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, działającej na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli instytucja ta:
- zapewnia zakres świadczeń zdrowotnych nie mniejszy niż zagwarantowany ustawą,

- obejmuje ubezpieczeniem każdą zgłaszającą się osobę bez względu na czynniki ryzyka,
- nie różnicuje wysokości składki w zależności od czynników ryzyka,
- działa na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i nie różnicuje składki w zależności od regionu,
- obejmuje ubezpieczeniem członków rodziny osoby opłacającej składkę,
- uzyskała zgodę Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na realizację zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Instytucja, o której mowa w ust. 1, w zakresie realizacji zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego podlega nadzorowi i kontroli Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

3. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych może cofnąć zgodę, o której mowa w ust. 1 pkt 6, jeżeli instytucja ubezpieczenia zdrowotnego nie realizuje przepisów ust. 1 pkt 1-5 i nie zapewnia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą. W razie cofnięcia zgody przepis art. 69c ust. 3 stosuje się odpowiednio."

63 „1. Każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych."

64 „Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) równego traktowania oraz solidarności społecznej;
- 2) zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.,,

65 Wyjątek stanowią umowy zawierane ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (Art. 159 Usosoz).

66 Wyjątek stanowią leki oraz środki ortopedyczne.

67 Dla osób najuboższych składka finansowana byłaby z budżetu państwa.

68 Więcej na temat koncepcji społecznego doubezpieczenia zdrowotnego patrz: Szumlicz (2007), s. 71-82)

Bibliografia

- Albrecht T., Turk E., Toth M., Ceglár J., Marn S., Pribaković Brinovec R., Schäfer M., Avdeeva O. and van Ginneken E. (2009), Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.11, No.3.
- Bagdonas E., Jovarauskiene D. (2009), Health Care System Transition Process in Lithuania, www.reser.net/file/75431/.
- Barr N. (2001), The Welfare State as a Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty and the Role of the State, Oxford University Press.
- Bentes M., Dias C.M., Sakellarides C., Bankauskaite V. (2004), Health care systems in transition: Portugal. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bevan G., Van de Ven W.P.M.M. (2010), Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms?, Health Economics, Policy and Law, no. 5.
- Boonen, L.H.H.M. (2009), Consumer channeling in health care: (im)possible?, PhD thesis, Rotterdam: Erasmus University.
- Boonen, L.H.H.M., S.A. van der Geest, F.T. Schut and M. Varkevisser (2010), Pharmaceutical policy in the Netherlands: from price regulation towards managed competition, in: A. Dor (ed.) Pharmaceutical Markets and Insurance Worldwide, Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 22, Bingley: Emerald: 53-76.
- Bryndova L., Pavlova K., Roubal T., Rokosova M., Gaskins M. (2009), Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 11, No.1
- Cheng T.-M., Reinhardt U.E. (2008), Shepherding Major Health System Reforms: A Conversation With German Health Minister Ulla Schmidt, Health Affairs, 8 April 2008.
- Choon Ch. N., Shi'en S. L., Chan A. (2008), Feminization of ageing and long-term care financing in Singapore, Department of Economics, SCAPE Working Papers Series, March 2008.
- Corens D. (2007), Belgium. Health system review., Health System in Transition, Vol.9 No.2, European Observatory on Health Systems and Policies.
- D. De Bruijn, and FT Schut, "Evaluatie Aanvullende verzekeringen", Rotterdam: Erasmus University, 2007.
- Dobosz M. (2001), Wspomagana komputerowo statystyczna analiza wyników badań, Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT, Warszawa.
- Douven, R., F.T. Schut, "Health plan pricing behaviour and managed competition", CPB Discussion paper 61, The Hague: Netherlands Bureau of Economic Policy Analysis, 2006, <http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/discussie/61>.
- Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). Spain: Health system review, Health Systems in Transition, Vol.8 No.4, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eisen B., Björnberg A. (2010), Euro-Canada Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, Frontier Centre For Public Policy, FCPP Policy Series, No. 89.
- Enthoven, A.C., "Consumer-Choice Health Plan; a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector". New England Journal of Medicine 298, nr 13 (1978): 709-720.
- Gaal P. (2004), Health System in Transition. Italy, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. (2007) Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, Vol.9 No.1, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Glennard A.H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V. (2005), Health Systems in Transition. Sweden, Vol.7, No.4, European Observatory on Health Systems in Policies.
- Golna C, Pashardes P, Allin S, Theodorou M, Merkur S, Mossialos E. (2004) Health care systems in transition: Cyprus. Vol.6 No.5, European Observatory on Health Systems and Policies.
- GUS (2009), Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008r., Warszawa.
- Health Expectancy. Living longer, more years in poor health (2010), UK National Statistic Website, http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget_print.asp?ID=934.

- Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism (2003), Murray C.J.L. (red.), Evans D. (red), Geneva, World Health Organization.
- Hlavaka S., Wágner R., Riesberg A., Health care systems in transition: Slovakia, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.6, No.10.
- Hofmarcher M.M., Rack H.M. (2006), Austria. Health system review., Health System in Transition, Vol.8 No.3, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Insurance: Evidence from the Netherlands, iBMG Working paper W2009.8, Rotterdam: Erasmus University. Paper W2009.08.
- Januszewska M. (2009), Dodatkowa składka, czyli pomysł na nowy podatek, Rzeczpospolita, nr93 (8298), wtorek, 21 sierpnia.
- Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. (2004) Health care systems in transition: Estonia. Vol.6 No.11, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Johnsen J.R. (2006), Health Systems in Transition. Norway, Vol.8, No.1, European Observatory on Health Systems in Policies,.
- Kapitał społeczny (2004), L. Frąckiewicz (red.), A. Rączaszek (red.), AE Katowice, Katowice.
- Kawalec P. (2006), Rola HTA (Ocena Technologii Medycznych) w optymalizacji wydatków na opiekę zdrowotną [w:] Zdrowie i jego ochrona - między teorią a praktyką, Korporowicz V. (red.), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Koettl J. (2008), Yardistic Competition among Multiple Non-competeing Health Insurance Funds: the Case of Austria, The World Bank.
- Kornai J., Eggleston K. (2002), Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa.
- Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet, "Multiyear Diagnostic Information from prior hospitalizations as a risk-adjuster for capitation payments", Medical Care 34, nr 6 (1996): 549-561.
- Leienbach V. (2009), Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen: die Position der PKV, Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen, 103 (2009) 639-642.
- Lim MK (2005), Transforming Singapore Health Care: Public-Private Partnership, Annals Academy of Medicine, Vol.34 No. 7, s.461-467.
- Lo Scalzo A., Donatini A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S., Maresso A. (2009), Italy. Health system review., Health System in Transition, Vol.11 No.6, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Marchildon G.P. (2005), Health Systems in Transition. Canada Vol.7, No.3, European Observatory on Health Systems in Policies.
- Mathers C.D., Murray C.J.L., Salomon J.A. (2003), Methods for Measuring Healthy Life Expectancy, [w:] Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism, Murray C.J.L. (red.), Evans D. (red), Geneva, World Health Organization.
- McDaid D., Wiley M., Maresso A. and Mossialos E. (2009), Ireland: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 11, No.4.
- MISSOC (2009), Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA, Comparative Tables on Social Protection in the Member States 2009, http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc
- Mucha J. (2007), Relacje między publicznym i prywatnym sektorem opieki zdrowotnej - próba klasyfikacji [w:] Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek, Ryć K. (red.), Skrzypczak Z. (red.), Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Newhouse, J.P., 1996, Reimbursing health plans and health provider: efficiency in production versus selection, Journal of Economic Literature 34, 1236-1263.
- NZa (2009), Monitor Huisartsenzorg 2008 (Monitor Family care 2008), Utrecht: Dutch Healthcare Authority (NZa).
- Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek (2007), Ryć K. (red.), Skrzypczak Z. (red.), Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- OECD Health Data (2010), www.oecd.org
- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych (2003), Stanowisko dotyczące zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce (w oparciu o stanowisko przedstawione przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy), <http://www.szpitale.org/info2.php>

Bibliografia

- Paris V., Devaux M., Wei L. (2010), Health Systems Institutional Characteristics. A survey of 29 OECD countries, OECD Health Working Papers No.50, OECD, France.
- Polska Izba Ubezpieczeń (2009), Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Koncepcja Polskiej Izby Ubezpieczeń, www.piu.org.pl.
- Prinsze, F.J., and RCJA van Vliet, "Health-based Risk Adjustment: improving the Pharmacy-based Cost Group model by adding Diagnostic Cost Groups", *Inquiry* 44 (Winter 2007/2008), (2007) 469-480.
- Reforma polskiego systemu ochrony zdrowia (2008). Uwagi Rzecznika Praw Obywatelskich przedstawione na spotkaniu z Minister Zdrowia w dniu 14 lutego 2008r.
- Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands (2008), Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Roos, A.F. and F.T. Schut (2009) Spillover Effects of Supplementary on Basic Health
- Rosen B., Samuel H. (2009), Israel: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.11 No.2.
- Sandier S., Pars V., Polton D., (2004), Health care systems in transition: France, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.6, No.2.
- Schneider P. (2009), Competition in Health Insurance, Knowledge Brief, The World Bank.
- Schut, F.T. and W.P.M.M. van de Ven (2005), Rationing and competition in the Dutch health care system, *Health Economics*, 14: S59-S74.
- Schut, F.T., and D. de Bruijn, "Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie", Rotterdam: Erasmus University, 2007.
- Schut, F.T., Greenberg, W., van de Ven, W.P.M.M. (1991), 'Antitrust policy in the Dutch health care system and the relevance of EEC competition policy and US antitrust practice', *Health Policy*, 17: 257-284.
- Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I., Leatherman S. (2009), Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects, European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge.
- Sobiech J. (2008), Przychody sektora zdrowotnego pochodzące z budżetu państwa [w:] Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga II, Warszawa.
- Sowada K. (2001), Wyrównanie Finansowe Między Kasami Chorych, *Polityka Społeczna*, Nr.10, Warszawa.
- Społeczne aspekty ubezpieczenia (2005), T. Szumlicz (red.), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K, Mossialos E. (2007) Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, Vol.9 No.6, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Szumlicz T. (2004), *Zdrowie społeczne*, [w:] *Kapitał społeczny*, L. Frąckiewicz (red.), A. Rączaszek (red.), AE Katowice, Katowice.
- Szumlicz T. (2005), *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz-Warszawa.
- Szumlicz T. (2007), *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, Gutgraf, Warszawa.
- Szumlicz T., Więckowska B. (2004), Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej, *Polityka Zdrowotna*, Tom II, grudzień 2004, s. 13-19.
- Szumlicz T., Więckowska B. (2005), *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego - zakres i możliwości zastosowania*, [w:] *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, T. Szumlicz (red.), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Tanner M. (2008), The grass is not always greener. A look on national healthcare systems around the world, *Policy Analysis*, No.613.
- Tragakes E., Brigis G., Karaskevica J., Rurane A., Stuburs A., Zusmane E., Avdeeva O. and Schäfer M. (2008), Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 10, No.2.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (Dz.U.1964 Nr 16 poz. 93 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.).
- Van Barneveld EM, LM Lamers, RCJA van Vliet, WPMM van de Ven, 2000, Ignoring small predictable profits and losses: a new approach for measuring incentives for cream skimming, *Health Care Management Science* (3) 131-140.

- Van Barneveld, E.M. L.M. Lamers, R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M van de Ven, 2001, "Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency", *Journal of Health Economics* 20, nr 2 (2001): 147-168.
- Van de Ven W.P.M.M., Beck K., Buchner F., Chernichovsky D., Gardiol L., Holly A., Lamers L.M., Schokkaert E., Shmueli A., Spycher S., van de Voorde C., van Vliet R. C.J.A., Wasem J., Zmora I. (2003), Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, *Health Policy* no.65, Elsevier, 75-98.
- Van de Ven, W.P.M.M, R.C.J.A. van Vliet, FT Schut and EM van Barneveld, 2000, Access to coverage for high-risk consumers in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? *Journal of Health Economics* (19), 311-339.
- Van de Ven, W.P.M.M. and F.T. Schut (2008), Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health Affairs*, 27 (3): 771-781.
- Van de Ven, W.P.M.M. and F.T. Schut (2009), Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress, *Health Economics*, 18: 253-255.
- Van de Ven, W.P.M.M. and F.T. Schut, "Risk Equalization in an Individual Health Insurance Market: the only Escape from the Tradeoff between Affordability, Efficiency and Selection," paper presented at the Workshop 'The Structure of Health Plan Competition' May 3-4, 2007, the "FRESH-thinking" project (Zob. <http://www.fresh-thinking.org/> click Workshops; click May 3-4, 2007).
- Van de Ven, W.P.M.M. and F.T. Schut, "Should catastrophic risks be included in a competitive health insurance market?" *Social Science and Medicine* 39, nr 10 (1994): 1459-1472.
- Van de Ven, W.P.M.M., "Perestrojka in the Dutch health care system. A demonstration project for other European Countries", *European Economic Review* 1991 (35), 430-440.
- Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen, R.D. Friele (2009), *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag (Evaluation of the Health Insurance Act and the Health Care Allowance Act)*, Programma evaluatie regelgeving: deel 27, The Hague: ZonMw. Zob. <http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/>
- Van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, C. van de Voorde, J. Wasem, and I. Zmora, "Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later", *Health Policy* 83, nr 2-3 (2007): 162-179.
- Van de Ven, W.P.M.M., R.C.J.A. van Vliet, and LM Lamers, 2004, "Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands", *Health Affairs* 23, nr 3 (2004): 45-55.
- Vlădescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Allin S. and Mladovsky P. (2008), Romania: Health system review. *Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 10, No.3.*
- Voluntary health insurance in the European Union (2002), E. Mossialos (red.), S. Thomson (red.), Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, luty 2002.
- Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. (2008) Finland: Health system review. *Health Systems in Transition. Vol.10 No.4, European Observatory on Health Systems and Policies.*
- Wasem J. (2000), Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, Projekt Banku Światowego.
- WHO World Health Statistic (2010), www.who.int
- Więckowska B. (2006), Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce (cz. 1), „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 3-4.
- Więckowska B., Osak M. (2010), Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, w druku.
- Więckowska B. (2008), Uwagi do projektu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, *Realia*, nr 4.
- Włodarczyk C., Poździej S. (2001), *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Włodarczyk W.C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Łódź-Kraków.*
- Włodarczyk W.C. (1998), *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków.*
- World Bank (2009), *Health Insurance and Competition*, Schneider P. (red.).
- Zdrowie i jego ochrona - między teorią a praktyką (2006), Korporowicz V. (red.), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.

Nasze raporty

Wpływ polityki inwestycyjnej OFE na ład korporacyjny w Polsce.

Eric Reinhardt, Uniwersytet Emora w Atlancie

Andrew Kerner, Uniwersytet w Michigan

Partnerstwo Publiczno-Prywatne w rozwoju przestrzeni miejskiej.

Polska praktyka na tle regulacji unijnych.

Tuna Tasan-Kok, Uniwersytet w Utrechcie

Magdalena Załączna, Uniwersytet Łódzki

Innowacyjność sektora MSP w Polsce. Rządowe programy wsparcia a luka finansowa.

Darek Klonowski, Brandon University

Biurokracja na bank. Koszty obowiązków biurokratycznych polskich regulacji bankowych.

Janusz Paczocha, Narodowy Bank Polski

Wojciech Rogowski, Narodowy Bank Polski, Szkoła Główna Handlowa

Paweł Kłosiewicz, Narodowy Bank Polski, Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej w Warszawie

Wojciech Kozłowski, Narodowy Bank Polski

Wykorzystanie ewaluacji w zarządzaniu programami unijnymi w Polsce.

Martin Ferry, University of Strathclyde

Karol Olejniczak, EUROREG Uniwersytet Warszawski

Wpływ Trybunału Konstytucyjnego na polski porządek prawny.

Tomasz Stawecki, Uniwersytet Warszawski

Wiesław Staśkiewicz, Uniwersytet Warszawski

Jan Winczorek, Uniwersytet Warszawski

Występowanie sfer korupcji w zarządzaniu polską administracją rządową.

Paul Heywood, Uniwersytet w Nottingham

Jan-Hinrik Meyer-Sahling, Uniwersytet w Nottingham

Efektywność zarządzania długiem w samorządach.

Michał Bitner, Uniwersytet Warszawski

Krzysztof S. Cichocki, Instytut Badań Systemowych w Polskiej Akademii Nauk

Zagospodarowanie przestrzenne. Polskie prawo na tle standardów demokratycznego państwa prawnego.

Hubert Ireneusz Izdebski, Uniwersytet Warszawski

Aleksander Nelicki, Unia Metropolii Polskich

Igor Zachariasz, Unia Metropolii Polskich

Organizacja procesu budżetowego w Polsce. Reguły budżetowe a stabilność fiskalna i gospodarcza.

Jürgen von Hagen, Centrum Studiów Integracji Europejskiej, Uniwersytet w Bonn, Niemcy

Mark Hallerberg, Wydział Nauk Politycznych, Uniwersytet Emory w Atlancie, Stany Zjednoczone

Strategie orzekania sądowego. O wykonywaniu władzy dyskrecjonalnej przez sędziów sądów administracyjnych w sprawach gospodarczych i podatkowych.

Denis Galligan, The Centre for Socio-Legal Studies, Oxford University

Marcin Matczak, Polska Akademia Nauk, Kancelaria Domański Zakrzewski i Palinka

Stanowienie prawa w Polsce. Reguły legislacyjne a jakość ustawodawstwa.

Klaus H. Goetz, London School of Economics and Political Science

Radosław Zubek, London School of Economics and Political Science Raporty

LSE Obserwatorium Środkowoeuropejskie

Barometr legislacyjny.

Radosław Zubek, Instytut Europejski w London School of Economics and Political Science

Marcin Matczak, Uniwersytet Oksfordzki

Agnieszka Cieleń, Uniwersytet Warszawski

Tomasz Zalański, Domański Zakrzewski Palinka Sp.k.

Sprawny Parlament. Wpływ partii i reguł na przewidywalność legislacyjną.

Radosław Zubek, London School of Economics and Political Science

Klaus H. Goetz, London School of Economics and Political Science

Christian Stecker, Uniwersytet w Poczdamie

Planowanie legislacyjne w Europie Środkowej.

Radosław Zubek, European Department, London School of Economics and Political Science

Klaus Goetz, German and European Governance, Potsdam Universität

Martin Lodge, Government Department, London School of Economics and Political Science

Wykonywanie prawa Unii Europejskiej. Wpływ organizacji administracji rządowej na transpozycję dyrektyw UE.

Radosław Zubek, Uniwersytet Oksfordzki

Katarína Staroová, Uniwersytet im. Jana Komeńskiego w Słowacji



Autor

Barbara Więckowska

Barbara Więckowska jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Autorka licznych publikacji i ekspertyz przygotowanych dla Banku Światowego, Senatu RP, Ministerstwa Zdrowia oraz Polskiego Związku Lekarskiego. Od 2006 roku członek Zespołu ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Jest także członkiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej. Jej zainteresowania naukowe to publiczne i prywatne ubezpieczenia zdrowotne i pielęgnacyjne oraz wykorzystanie metod aktuarialnych w zabezpieczeniu społecznym.

[bawie@sgh.waw.pl]



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM ERNST & YOUNG

Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa
tel. +48 (22) 557 70 00
fax +48 (22) 557 70 01
www.sprawnepanstwo.pl