

Marta Borda

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

WYBRANE UWARUNKOWANIA RYNKU DOBROWOLNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W KRAJACH EUROPEJSKICH

1. Wstęp

W systemach ochrony zdrowia funkcjonujących w krajach europejskich podstawowym źródłem finansowania świadczeń medycznych są środki publiczne (budżet państwowy/ samorządowy lub składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne). W warunkach systematycznego wzrostu kosztów usług medycznych, a także zwiększającego się zapotrzebowania na tego typu usługi coraz większego znaczenia nabierają dodatkowe (alternatywne względem środków publicznych) źródła finansowania ochrony zdrowia, które mogą odciążyć bazową część systemu. Dobrowolne¹ ubezpieczenia zdrowotne stanowią właśnie dodatkowy sposób zasilania finansowego systemu ochrony zdrowia, który pozwala na transfer części ryzyka choroby i kosztów związanych z jego pokryciem na prywatne zakłady ubezpieczeń, a tym samym zabezpiecza ubezpieczonych przed koniecznością bezpośredniego pokrycia nieprzewidzianych, często wysokich wydatków zdrowotnych oraz umożliwia łatwiejszy dostęp do świadczeń medycznych.

Stopień rozwoju rynków ubezpieczeń zdrowotnych w poszczególnych krajach Europy jest zróżnicowany, co wynika z oddziaływania różnorodnych uwarunkowań o charakterze politycznym, ekonomicznym, społecznym, wyznaczających możliwości funkcjonowania dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, a także zapotrzebowanie społeczeństw na tego typu usługi. W niniejszym opracowaniu przedstawiono wybrane warunki, które mają wpływ na rozwój rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym: tendencje w zakresie kształtowania się wydatków na ochronę zdrowia, uwarunkowania systemowe oraz czynniki społecz-

¹ Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są często nazywane dobrowolnymi w celu odróżnienia ich od obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych stanowiących metodę finansowania publicznej części systemu ochrony zdrowia.

no-demograficzne. Doświadczenia innych krajów europejskich dotyczące funkcjonowania dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych mogą być pomocne w warunkach polskich, gdzie rozwój tych ubezpieczeń na szerszą skalę jest nieunikniony.

2. Tendencje w zakresie kształtowania się wydatków na ochronę zdrowia

Tendencje w zakresie kształtowania się wydatków na ochronę zdrowia, ich poziomu, dynamiki i struktury wpływają na całokształt organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, wyznaczają również możliwości rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W tabeli 1 zaprezentowano podstawowe charakterystyki całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich w latach 2001-2004.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach europejskich w latach 2001-2004

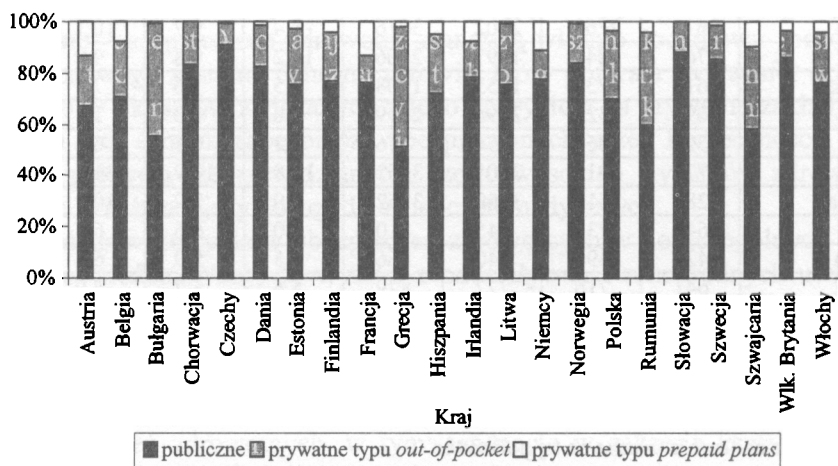
Kraj	Całkowite wydatki na ochronę zdrowia <i>per capita</i> (w dol., wg PPP)				Udział całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w PKB (w %)			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Austria	2162	2240	2306	2365	7,4	7,5	7,5	7,5
Belgia	2420	2616	2828	2922	8,7	8,9	9,4	9,3
Bułgaria	476	561	573	635	7,2	7,9	7,5	7,7
Chorwacja	801	792	838	897	8,4	7,8	7,8	7,9
Czechy	1065	1186	1302	1333	6,9	7,2	7,5	7,2
Dania	2556	2654	2762	2838	8,6	8,8	9,0	9,0
Estonia	540	589	682	776	5,1	5,0	5,3	5,5
Finlandia	1857	2012	2108	2275	6,9	7,2	7,4	7,5
Francja	2616	2762	2902	3016	9,4	9,7	10,1	10,0
Grecja	1767	1847	1997	2106	10,2	9,8	9,9	9,8
Hiszpania	1618	1735	1853	1908	7,5	7,6	7,7	7,8
Irlandia	2097	2322	2496	2619	6,8	7,0	7,3	7,2
Litwa	591	660	754	816	6,3	6,5	6,6	6,5
Niemcy	2772	2912	3001	3052	10,8	10,9	11,1	10,9
Norwegia	3286	3617	3809	3862	8,9	9,9	10,3	9,9
Polska	646	732	745	810	6,0	6,6	6,5	6,4
Rumunia	429	491	540	566	5,5	5,9	6,1	5,7
Słowacja	641	716	777	829	5,6	5,7	5,9	5,8
Szwecja	2404	2596	2704	2875	8,8	9,2	9,4	9,5
Szwajcaria	3357	3658	3776	3954	10,9	11,1	11,5	11,6
Wielka Brytania	2044	2231	2389	2531	7,5	7,7	8,0	8,1
Włochy	2150	2262	2266	2424	8,2	8,4	8,4	8,7

Źródło: [9] oraz obliczenia własne na tej podstawie.

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia obejmują wydatki ze źródeł publicznych na opiekę zdrowotną, a także prywatne wydatki, które można podzielić na: wydatki gotówkowe (bieżące – *out-of-pocket*) gospodarstw domowych na zakup

usług medycznych oraz różnego rodzaju opłaty i dopłaty do świadczeń zawartych w pakiecie publicznym, a także wydatki gospodarstw domowych i przedsiębiorstw o charakterze „przedpłat” (*prepaid plans*), w tym: dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, abonamenty zdrowotne (por. [5, s. 76-77]).

W odniesieniu do wszystkich badanych krajów widoczny jest systematyczny wzrost całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Tendencja ta stała się w ostatnich latach problemem na skalę światową, a jako jej główne przyczyny można wymienić: wzrost kosztów świadczeń medycznych, procesy demograficzne (starzenie się społeczeństw) pociągające za sobą zwiększoną konsumpcję usług medycznych, a także rozwój nowoczesnych technologii wykorzystywanych w medycynie. W grupie analizowanych krajów najwyższe wskaźniki dynamiki wydatków zdrowotnych w całym badanym okresie odnotowały: Estonia (przyrost o 43,7%), Litwa (38,07%), Bułgaria (33,4%) oraz Rumunia (31,93%). Stosunkowo niski wzrost tych wydatków można zauważyć w przypadku: Austrii (9,39%), Niemiec (10,1%), Danii (11,03%) i Chorwacji (12%). Ponadto widoczne jest znaczne zróżnicowanie wysokości wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia w poszczególnych państwach, co odzwierciedla różnice w poziomie rozwoju gospodarczego oraz w zakresie prowadzonej polityki zdrowotnej. Udział wydatków zdrowotnych w PKB poszczególnych krajów europejskich na ogół systematycznie rośnie, co wskazuje na szybsze tempo wzrostu tych wydatków niż tempo wzrostu PKB. Stosunkowo wysokim wskaźnikiem udziału wydatków zdrowotnych w PKB charakteryzują się: Szwajcaria, Niemcy, Francja, Norwegia, Szwecja i Dania. W krajach tych omawiany wskaźnik kształtuje się w przedziale 8,5-11,6%, podczas gdy np. w Estonii nie przekracza on 5,5%.



Rys 1. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według źródeł finansowania w wybranych krajach europejskich w 2004 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z [9].

Jak już wcześniej wspomniano, głównym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia są środki publiczne (rys. 1). W większości krajów europejskich środki te pokrywają ok. 70-90% wydatków na zdrowie. Udział finansowania publicznego jest na ogół wyższy w krajach o państwowym lub samorządowym charakterze bazowej części systemu ochrony zdrowia (Wielka Brytania, Szwecja, Norwegia, Dania) oraz w krajach tzw. nowej Unii, które niedawno transformowały swoje systemy ochrony zdrowia (np. Czechy, Słowacja) (por. [6, s. 77-78]). Stosunkowo niskie zaangażowanie środków publicznych (nie więcej niż 60%) widoczne jest w przypadku: Grecji, Szwajcarii, Bułgarii i Rumunii. Towarzyszy temu zdecydowanie większe niż w pozostałych krajach zaangażowanie środków prywatnych pochodzących bezpośrednio z kieszeni pacjenta (wydatki typu *out-of-pocket*), natomiast pozostałe prywatne źródła finansowania (typu *prepaid plans*) mają niewielkie znaczenie². Jedynie we Francji i w Niemczech – krajach o wieloletniej tradycji społecznych ubezpieczeń zdrowotnych – pozostałe prywatne źródła finansowania ochrony zdrowia, w tym dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, są w większym stopniu wykorzystywane niż płatności o charakterze bezpośrednim. W krajach tych, a także w Austrii, udział pozostałych prywatnych środków w finansowaniu ochrony zdrowia w roku 2004 kształtował się w przedziale 11,4-13,4% wydatków całkowitych.

3. Uwarunkowania o charakterze systemowym

Rozwiązania przyjęte w bazowej części systemu ochrony zdrowia, w szczególności jej zakres podmiotowy i przedmiotowy, wyznaczają możliwości rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych i określają ich rolę w systemie. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne mogą występować jako (por.: [1, s. 68; 8, s. 390-393; 7, s. 213]):

- ubezpieczenia substytucyjne (alternatywne, zastępcze) – w sytuacji, gdy możliwa jest rezygnacja z uczestnictwa w bazowej części systemu, pod warunkiem wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego co najmniej taki sam standard zabezpieczenia; ubezpieczenia tego typu są dostępne w Niemczech, Hiszpanii, Austrii i Holandii, ale możliwość skorzystania z nich i tym samym „wyjścia” z publicznej części systemu zależy od spełnienia dodatkowych kryteriów dotyczących poziomu dochodu, charakteru zatrudnienia lub rodzaju wykonywanego zawodu (szerzej w [6]),
- ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające) – których celem jest „wypełnienie luk” w niepełnym zakresie ochrony zapewnianej w ramach bazowej części systemu, tzn. pokrycie kosztów świadczeń w całości lub częściowo wyłączonych z refundacji w ramach publicznego pakietu świadczeń zdrowotnych,

² Z wyjątkiem Szwajcarii, gdzie udział środków prywatnych o charakterze „przedpłat” w finansowaniu wydatków zdrowotnych w 2004 r. wyniósł 9,7%.

- ubezpieczenia suplementarne (wzbogacające, dodatkowe lub duplikujące) – które zapewniają wyższy standard świadczonych usług medycznych niż ten gwarantowany w ramach bazowej części systemu, a także szybki dostęp do świadczeń, w których występują okresy wyczekiwania (np. operacje chirurgiczne); niemniej jednak w tym przypadku mamy do czynienia niejako z podwójnym finansowaniem świadczeń medycznych (składka obowiązkowa lub podatki w ramach bazowej części systemu oraz składka na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne).

W większości krajów europejskich funkcjonują dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komplementarnym i dodatkowym, jednak odsetek ludności korzystających z tego rodzaju usług ubezpieczeniowych jest zróżnicowany (tab. 2).

Tabela 2. Odsetek ludności posiadającej prywatne ubezpieczenie zdrowotne w wybranych krajach europejskich w roku 2000

Kraj	Ludność posiadająca prywatne ubezpieczenie zdrowotne (w %)	Charakter prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych
Austria	0,1 31,8	substytucyjne uzupełniające, dodatkowe
Belgia	57,5	substytucyjne, uzupełniające, dodatkowe
Finlandia	10	duplikujące, uzupełniające, dodatkowe
Francja	92	uzupełniające, dodatkowe
Grecja	10	duplikujące, dodatkowe
Irlandia	43,8	duplikujące, uzupełniające, dodatkowe
Niemcy	9,1 9,1	substytucyjne uzupełniające, dodatkowe
Polska	nieokreślona	dodatkowe
Portugalia	nieokreślona	dodatkowe
Szwecja	nieokreślona	uzupełniające, dodatkowe
Wielka Brytania	10	duplikujące, dodatkowe
Włochy	15,6	duplikujące, uzupełniające, dodatkowe

Źródło: [5, s. 78-79].

Dominacja danego typu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wynika bezpośrednio ze świadczeń, jakie realizowane są w publicznej części systemu ochrony zdrowia. Przykładowo w Wielkiej Brytanii przeważają ubezpieczenia zdrowotne o charakterze duplikującym, co wynika z potrzeby przyspieszenia dostępu do usług medycznych wobec długich okresów wyczekiwania na zabiegi wykonywane przez państwową służbę zdrowia [3, s. 4]. Z kolei rynek komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych jest najlepiej rozwinięty we Francji, gdzie ubezpieczenia te zapewniają zwrot dopłat wnoszonych przez pacjentów do świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej oraz zwrot wydatków na świadczenia objęte limitami kwotowymi, np. usługi dentystyczne [6].

Kolejnym czynnikiem o charakterze systemowym są rozwiązania podatkowe, które mogą wspierać lub ograniczać rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. W większości krajów europejskich systemy podatkowe nie przewidują znacznych ulg związanych z zakupem dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Na przykład w Niemczech i we Francji nie ma ulg dla przedsiębiorstw (pracodawców), w przypadku osób fizycznych istnieje możliwość odliczeń od dochodu do opodatkowania [3, s. 4]. Jedynie w Portugalii i Irlandii stosowane są silne instrumenty fiskalne wspierające rynek ubezpieczeń zdrowotnych [3, s. 389].

Popularność dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wynika też z tradycji obejmowania różnych grup zawodowych tymi ubezpieczeniami. Na przykład w Hiszpanii istotny udział w rynku mają ubezpieczenia zdrowotne skierowane do pracowników sektora publicznego (urzędników, wojskowych, pracowników wymiaru sprawiedliwości), prowadzone przez powołane specjalnie w tym celu towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Ubezpieczenia zdrowotne oparte na zasadzie wzajemności od wielu lat odgrywają ważną rolę we francuskim i w belgijskim systemie ochrony zdrowia (szerzej w [4]).

4. Czynniki społeczno-demograficzne

W grupie czynników o charakterze społeczno-demograficznym na szczególną uwagę zasługują zmiany struktury demograficznej społeczeństw pociągające za sobą coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne. Rosnący udział osób starszych w populacjach krajów europejskich spowodowany jest z jednej strony niską liczbą urodzeń, a z drugiej wydłużaniem się średniej długości życia. Starzenie się społeczeństw stanowi problem nie tylko dla systemów emerytalnych, ale również dla systemów ochrony zdrowia, tendencji tej towarzyszy bowiem koncentracja wydatków zdrowotnych w starszych grupach wiekowych ludności. W roku 2000 osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 18% ludności Włoch, 16,8% ludności Hiszpanii, 16,2% ludności Niemiec [2], natomiast wydatki na świadczenia zdrowotne dla tej grupy ludności stanowiły ok. 40% całkowitych wydatków zdrowotnych w danym kraju. Jak pokazują dane zawarte w tab. 3, przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat systematycznie się wydłuża. W latach 1995-2005 największe przyrosty wartości tego parametru dla kobiet zaobserwowano w: Estonii (przyrost o 3,4 roku), Wielkiej Brytanii (2,6 roku), Finlandii (2 lata), Danii i Austrii (1,8 roku), natomiast w przypadku mężczyzn dalsze trwanie życia 60-latków wydłużyło się o: 2,7 roku – w Wielkiej Brytanii, 2,3 roku – w Grecji, 2,2 roku – w odniesieniu do mieszkańców Austrii, Danii, Finlandii, Niemiec i Norwegii. Obecnie osoby 60-letnie żyją najdłużej w takich krajach europejskich, jak: Francja, Szwajcaria, Hiszpania, Włochy, Grecja. Tendencja ta generuje zapotrzebowanie na usługi medyczne świadczone osobom starszym (w tym długookresowe świadczenia rehabilitacyjne i pielęgniarские), a także zmusza do poszukiwania

racjonalnych źródeł finansowania tych świadczeń (np. dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne typu *long-term care*).

Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat w wybranych krajach europejskich *

Kraj	Kobiety			Mężczyźni		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Austria	21,8	22,8	23,6	17,6	18,8	19,8
Belgia	22,4	22,9	23,5	17,6	18,5	19,4
Bułgaria	18,3	18,4	19,2	14,9	15,0	15,3
Chorwacja	b.d.	19,7	19,2	b.d.	15,5	15,7
Czechy	19,2	20,4	20,9	15,0	16,2	16,9
Dania	20,4	21,2	22,2	16,7	18,0	18,9
Estonia	17,8	20,0	21,2	13,2	14,6	15,1
Finlandia	22,0	22,8	24,0	17,2	18,3	19,4
Francja	b.d.	24,6	25,5 (2004)	b.d.	19,6	20,6 (2004)
Grecja	21,6	22,0	22,9	18,7	19,0	20,0
Hiszpania	23,4	24,0	24,5	18,9	19,5	20,0
Litwa	19,7	21,0	20,7	14,7	15,8	15,9
Niemcy	21,7	22,6	23,4 (2004)	17,3	18,6	19,5 (2004)
Norwegia	22,4	23,0	23,9	18,0	19,1	20,2
Polska	b.d.	20,5	21,6	b.d.	15,8	16,6
Rumunia	18,1	18,5	19,2	14,8	14,7	15,7
Słowacja	19,1	19,7	20,2	14,7	15,1	15,5
Szwecja	23,0	23,3	23,9	18,9	19,8	20,5
Szwajcaria	23,5	24,1	24,9	19,0	20,0	21,1
Wielka Brytania	19,2	19,7	21,8	16,5	17,4	19,2
Włochy	22,9	23,8	24,0 (2003)	18,5	19,5	19,8 (2003)

* Szacowana liczba lat, jakie ma do przeżycia osoba, która osiągnęła 60 lat, przy założeniu niezmienności warunków wymierania.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z [2].

Ważnym czynnikiem stymulującym rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest również stosunek społeczeństwa do publicznej opieki zdrowotnej. Niezadowolenie ze świadczeń realizowanych w bazowej części systemu ochrony zdrowia, a przy tym świadomość prozdrowotna oraz zaufanie do sektora ubezpieczeniowego sprzyjają skłonności do dodatkowego ubezpieczenia się od różnego rodzaju ryzyka zdrowotnego we własnym zakresie. Akceptacja społeczna wobec dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest zwłaszcza widoczna w krajach, w których funkcjonowanie tych ubezpieczeń opiera się na długoletniej tradycji i doświadczeniu firm ubezpieczeniowych (Francja, Belgia, Niemcy, Austria). Należy również dodać, że istotną determinantą rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych jest poziom zamożności społeczeństwa. Jak pokazują doświadczenia krajów europejskich, nabywcami dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych są najczęściej osoby o wyższych dochodach, lepszej pozycji zawodowej oraz wyższym poziomie wykształcenia [1, s. 70].

5. Podsumowanie

Systematyczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia oraz powszechna niewystarczalność publicznych źródeł ich finansowania stwarzają przesłanki do zwiększania udziału środków prywatnych (w tym dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych) w finansowaniu świadczeń medycznych. Głównym czynnikiem determinującym możliwości rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz określającym ich rolę w systemie jest przyjęta w danym państwie polityka zabezpieczenia zdrowotnego. W Polsce na obecnym etapie reformy publicznej opieki zdrowotnej możliwości dalszego rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych istnieją przede wszystkim w obszarze usług medycznych współfinansowanych przez pacjentów oraz usług o ograniczonej dostępności (ze względu na długie okresy oczekiwania). Intensywniejszy niż do tej pory rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych mógłby przynieść korzyści w postaci: odciążenia niewydolnej finansowo publicznej ochrony zdrowia, stymulacji dalszego rozwoju rynku ubezpieczeniowego, zwiększenia dostępności niektórych procedur medycznych, a także nacisku na poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Niestety, pomimo rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne, do najważniejszych barier ograniczających rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku polskim należą wciąż: niskie dochody ludności, brak zachęt podatkowych oraz niski poziom świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa.

Literatura

- [1] Grzebieluch J., Kuriata E., Felińczak A., *Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej i na świecie*, [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, red. B. Samoliński, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.
- [2] *Life expectancy at 60*, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.
- [3] *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach europejskich – Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii*, Biuletyn Miesięczny KNUiFE, marzec 2005, <http://www.knuife.gov.pl>
- [4] Rutkowska M., *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Społeczne aspekty funkcjonowania w ubezpieczeniach zdrowotnych*, PWN, Warszawa 2006.
- [5] Sobczak A., *Uwarunkowania rozwoju dobrowolnych/prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce na tle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, red. B. Samoliński, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.
- [6] Sordyl G., Niżnik J., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, portal „Gazety Ubezpieczeniowej”, www.gu.com.pl, 7 grudnia 2004.
- [7] Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz-Warszawa 2005.
- [8] *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2003.
- [9] WHO European Health for All Database (HFA-DB), <http://data.euro.who.int>.

SELECTED CONDITIONS OF THE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE MARKET IN THE EUROPEAN COUNTRIES

Summary

The paper deals with problems concerning voluntary (private) health insurance offered in the European countries, which in practice supplements, improves or relatively seldom substitutes the public health care services. The stress is put on the main factors creating the possibilities for development of voluntary health insurance products, such as the volume and structure of health care expenditure, the range of services guaranteed in the basic part of health care system, and selected demographic and social conditions. The European countries' experiences in functioning voluntary health insurance can be useful for Poland where there is a need for more intensive, than so far, development of health insurance market.