

Systemy wyrównywania szkodowości funkcjonujące w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony

Nadesłany: 10.07.12 | Zaakceptowany do druku: 18.11.12

Barbara Więckowska*

Celem opracowania jest wykazanie, iż w systemie, w którym występuje wyrównywanie ryzyka jako odpowiedź na wprowadzenie konkurencji między płatnikami trzeciej strony, występuje również system wyrównywania szkodowości. Im mniej klas ryzyka występuje w systemie, tym bardziej redystrybucyjny jest system wyrównywania szkodowości, tj. mniejsza jest odpowiedzialność finansowa płatnika trzeciej strony. Teza ta została zweryfikowana w oparciu o analizę systemów wyrównywania szkodowości, funkcjonujących w krajach z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony – krajami, w których taka sytuacja występuje są: Holandia, Szwajcaria, Niemcy, Izrael, Czechy, Słowacja oraz Belgia.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, system wyrównywania szkodowości, płatnik trzeciej strony.

Claims equalization systems, operating in the health insurance base system, underlying the competition between third-party payers

Submitted: 10.07.12 | Accepted: 18.11.12

The aim of this paper is to show that in a system in which there is a risk of equalization as a response to the introduction of competition among third-party payers there is also a system of equalization claims. The lower classes of risk in the system means the more redistributive system in order to provide compensation claims – lower financial liability of the third party payer. This thesis has been verified on the basis of an evaluation of compensation claims, operating in countries with competition among third-party payers – countries where this occurs are: the Netherlands, Switzerland, Germany, Israel, Czech Republic, Slovakia and Belgium.

Keywords: Health Care, System of Equalization Claims, Third-Party Payer.

JEL: I10

* **Barbara Więckowska** – dr, Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie; Ministerstwo Zdrowia.

Adres do korespondencji: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Katedra Ubezpieczenia Społecznego, ul. Wiśniowa 41 p. 35, 02-520 Warszawa, e-mail: bawie@sgn.waw.pl.

Wstęp

W polityce społecznej, a w szczególności w systemie zabezpieczenia społecznego, solidaryzm społeczny jest równoznaczny z pojęciem dostępności niezależnej od zamożności (ang. *affordability*) osiągniętej dzięki mechanizmowi redystrybucji. Ubezpieczeniowa zasada równowagi mówi o tym, że przy braku interwencji z zewnątrz, na w pełni konkurencyjnym rynku ubezpieczeń zdrowotnych, zakłady ubezpieczeń oferują składkę, która odzwierciedla ryzyko, a do budowy własnych portfeli różnych rodzajów ryzyka stosują selekcję, która uniemożliwia (na skutek stosowania wysokich składek bądź odmowy przyjęcia ryzyka) zakup ochrony ubezpieczeniowej przez osoby obciążone wysokim ryzykiem choroby oraz osoby ubogie. Jak w przypadku innych ubezpieczeń (np. ubezpieczenie mienia) takie działanie jest społecznie akceptowalne, tak w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego – już nie jest. W większości krajów decydenci podejmują działania mające na celu wzmocnienie solidaryzmu w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, ograniczając zakres konkurencji (w skrajnym przypadku pozostawienie najczęściej państwowego płatnika monopolisty) oraz wybór po stronie pacjenta. Ponieważ ograniczenie konkurencji może doprowadzić do ograniczenia efektywności, krytycznym staje się pytanie: w jaki sposób połączyć konkurencję, efektywność oraz solidaryzm w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Paolucci i Stoelwinder, 2011, s. 9). Odpowiedzią na ten problem miały być systemy wyrównywania ryzyka.

System wyrównywania ryzyka polega na bezpośredniej redystrybucji do zakładów posiadających w swoim portfelu osoby o podwyższonym ryzyku zachorowania. Do określenia wielkości redystrybucji brane są grupy ryzyka, na podstawie których określone są średnie koszty związane z daną grupą. Wyrównywanie ryzyka polega na wyrównaniu średnich kosztów dla wszystkich grup ryzyka. Czynniki ryzyka, jakie najczęściej są brane pod uwagę przy określaniu wysokości składki korygującej ryzyko, to wiek i płeć. 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, składka korygująca ryzyko jest zaś sumą „zwyżek” i „zniżek” za poszczególne czynniki¹.

Obecnie funkcjonujące systemy wyrównywania ryzyka nie są jednak idealne. Są one w stanie uchwycić jedynie część zmienności w średnich kosztach świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy składka *ex ante* jest jedynie pewnym, często niedokładnym przybliżeniem oczekiwanych wydatków na świadczenia zdrowotne (van de Ven i in., 2003, s. 78). Z tego względu płatnicy często konkurując jedynie na poziomie składki ubezpieczeniowej, decydują się na selekcję osób o niższym od przeciętnego ryzyku poniesienia średnich kosztów niż na wyrównywanie ryzyka poprzez funkcjonujący system. Proces selekcji ryzyka (nazywany również spijaniem śmietanki (ang. *creme skimming*) lub

wybieraniem wisienek (ang. *cherry picking*) obniża korzyści płynące z istnienia konkurencji. W literaturze wskazuje się wręcz, że środki przeznaczone na selekcję ryzyka są równoznaczne z bezpośrednią stratą w dobrobycie społecznym (van de Ven i in., 2003). Selekcja ryzyka może przyjąć różne formy (Chalupka, 2010, s. 237):

- 1) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową – nawet w systemach, gdzie nie można odmówić przyjęcia do ubezpieczenia (ang. *open enrollment*) płatnicy ograniczają dostęp do ochrony poprzez odmowę objęcia ubezpieczeniem uzupełniającym²;
- 2) marketingu selektywnego;
- 3) obniżenia jakości usług zdrowotnych kontraktowanych dla osób przewlekle chorych.

Aby przeciwdziałać strategii pośredniej selekcji ryzyka, obok systemów wyrównywania ryzyka, wprowadza się systemy wyrównywania szkodowości. W ramach systemu wyrównywania szkodowości płatnicy trzeciej strony, których wydatki na świadczenia zdrowotne (łącznie, w poszczególnych kategoriach czy za poszczególne grupy ubezpieczonych/osoby ubezpieczone) przekroczyły określony poziom graniczny otrzymują kompensatę (najczęściej za pośrednictwem funduszu solidarnościowego) od tych płatników trzeciej strony, których wydatki były w danym roku poniżej tego poziomu. Jeżeli poziom graniczny nie jest zbyt wysoki, system wyrównywania szkodowości może doprowadzić do ograniczenia zachowań selekcyjnych w postaci wyłączeń uprzednich stanów chorobowych czy odmowy przyjęcia do wspólnoty ryzyka. Jednakże zbyt „hojny” system wyrównywania szkodowości może doprowadzić do ograniczenia zachęt do działań efektywnościowych po stronie zakładu ubezpieczeń – w sytuacji najbardziej skrajnej zakłady chętniej wydają środki, wiedząc, że wydatki te zostaną kompensowane niezależnie od ich górnego poziomu. Przykładem tutaj może być działający do 2006 roku system ubezpieczenia zdrowotnego w Holandii (ang. *Act on Access to Private Health Insurance*).

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 in., 2001). Modele wyrównywania *ex post* nie powinny zatem być prostym pokryciem niesfinansowanych wydatków, lecz w swoim kształcie przypominać umowy reasekuracyjne stosowane na tradycyjnym rynku ubezpieczeń (w tym komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych). Możliwe są tutaj takie rozwiązania, jak (por. van de Ven i in., 2003, s. 80, *terminologia własna*):

- ogólne umowy proporcjonalne – pokrycie *ex post* określonego udziału wszystkich kosztów;
- umowa proporcjonalna dla grupy ubezpieczonych – pokrycie całości bądź części kosztów *ex post* określonej grupy ubezpieczonych uważanych za wysokie ryzyko i wskazanych na początku roku polisowego (*ex ante*);

- 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 trzeciej strony w nadwyżce);
- umowa transferu kosztów z tzw. trygerem – pokrycie ex post określonych kosztów (w całości bądź w części), lecz po zajściu zdefiniowanych ex ante problemów zdrowotnych (tzw. tryger);
- umowa nadwyżki szkodowości – pokrycie ex post (w całości lub w części) deficytu powstałego z powodu różnicy pomiędzy przekazanymi składkami a poniesionymi kosztami świadczeń zdrowotnych.

Kluczową tezę niniejszego badania jest, że w każdym systemie, w którym występuje system wyrównywania ryzyka jako odpowiedź na wprowadzenie konkurencji między płatnikami trzeciej strony (a dokładniej istnieje wielość płatników oraz możliwość wyboru płatnika przez pacjenta), występuje również system wyrównywania szkodowości. Co więcej, przyjmując założenie, że to niedoskonały system wyrównywania ryzyka jest przyczyną istnienia systemu wyrównywania szkodowości, należy się spodziewać, że im mniej klas ryzyka w systemie jego wyrównywania, tym bardziej redystrybucyjny system wyrównywania szkodowości, tj. mniejsza odpowiedzialność finansowa płatnika trzeciej strony.

Przedstawiona teza zostanie zweryfikowana w oparciu o analizę systemów wyrównywania szkodowości funkcjonujących w bazowych systemach ochrony zdrowia z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony. Niniejsze badanie jest kontynuacją prac rozpoczętych w ramach projektu Sprawne Państwo pt. „Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego” organizowanego przez Ernst & Young. W badaniu uwzględniono 27 krajów Unii Europejskiej rozszerzonych o Izrael oraz Szwajcarię. Jednakże tylko w 7 krajach (Holandia, Szwajcaria, Niemcy, Izrael, Czechy, Słowacja, Belgia) istnieje konkurencja pomiędzy płatnikami trzeciej strony oraz system wyrównywania ryzyka. Dla tych krajów przeprowadzono pogłębioną analizę funkcjonowania systemu wyrównywania szkodowości.

Weryfikacja tezy

W Belgii kasy chorych określają rzeczywisty poziom finansowania udzielonych świadczeń zdrowotnych na bazie różnicy pomiędzy aktualnymi wydatkami a otrzymanym finansowaniem w ramach systemu ochrony zdrowia. Dla zarządzania deficytem/nadwyżką finansową, a tym samym dla zwiększenia stabilności systemu, od roku 1995 ustawodawca wprowadził system wyrównywania szkodowości. Odpowiedzialność finansowa każdej kasy chorych jest ograniczona do pewnej części wyniku finansowego (określonej w procentach jako parametr f). W pierwszym okresie odpowiedzialność ta wynosiła jedynie 15%, od roku 2001 osiągnęła zaś wartość docelową wynoszącą 25% (Schokkaert i Van de Voorde, 2003, s. 12).

Jeżeli w danym roku finansowym kasa chorych odnotowała nadwyżkę finansową, to jest ona zobligowana 25% tej nadwyżki wykorzystać na stworzenie rezerwy. Jeżeli natomiast w danym roku finansowym kasa chorych odnotowała niedobór, musi ona sfinansować 25% tego niedoboru z utworzonych rezerw. W przypadku ich braku, kasa chorych jest zobligowana pozyskać te środki poprzez zwiększenie składki kapitacyjnej opłacanej bezpośrednio przez ubezpieczonych³. Pozostała część niedoboru, tj. 75%, jest pożyczana na zasadzie solidaryzmu pomiędzy kasami chorych, do wysokości 75% łącznej nadwyżki kas chorych odnotowujących nadwyżkę w danym roku (Schokkaert i Van de Voorde, 2003, s. 12).

Należy również zauważyć, iż ustawodawca wprowadził pewien wyjątek od wyżej opisanego mechanizmu: jeżeli łączne wydatki poniesione przez kasy chorych przekroczyły 2% globalnego budżetu na ochronę zdrowia, deficyt każdej kasy chorych jest ograniczony maksymalnie do 2%. Pozostała, przekraczająca ten limit, część deficytu danej kasy chorych finansowana jest z budżetu. Celem wprowadzenia tego mechanizmu było zdjęcie odpowiedzialności kas chorych za niedoszacowanie przez rząd łącznego budżetu na ochronę zdrowia. Jednakże to właśnie największe kasy chorych w znacznym stopniu przyczyniają się do wykorzystania znacznej części globalnego budżetu. Zatem wprowadzenie tego typu zapisów znacznie zmniejszyło ich bodźce do kontrolowania wydatków (Schokkaert i Van de Voorde, 2003, s. 12).

W czeskim systemie ochrony zdrowia mechanizm wyrównywania ex post obejmuje 80% kosztów powyżej limitu dla każdego ubezpieczonego, którego koszt leczenia był 30-krotnie⁴ wyższy niż przeciętny koszt leczenia pacjenta w systemie ubezpieczenia zdrowotnego (niezależnie od wieku i płci) (Chalupka, 2010, s. 239).

Zaliczki na poczet pokrycia kosztów za osoby o istotnie wyższym ryzyku przyznawane są funduszom na bazie danych historycznych. Następnie, po opublikowaniu sprawozdań finansowych, następuje korekta względem faktycznej szkodowości przekraczającej 30-krotność przeciętnego kosztu leczenia. W roku 2005 do „drogich przypadków” zaliczono 0,2% ubezpieczonych. Redystrybucja natomiast dotyczyła 5% zebranych składek (Hrobon, Machacek i Julinek, 2005, s. 48).

Holandia, mimo najbardziej zaawansowanego systemu wyrównywania ryzyka spośród badanych krajów (520 tysięcy klas)⁵, również nie zrezygnowała z systemu wyrównywania szkodowości. Należy jednakże podkreślić, że składka korygująca ex post dotyczy tylko niektórych typów kosztów⁶ ponoszonych przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych. W holenderskim systemie ochrony zdrowia do instrumentów wyrównujących szkodowość zaliczane są (Risk adjustment..., 2008):

- retrospektywna korekta liczby osób ubezpieczonych;
- retrospektywna korekta łącznych kosztów;
- pokrycie nadwyżki szkody – 90% kosztów leczenia powyżej 20.000 €⁷ – dotyczy tylko kosztów zależnych od produkcji oraz pozostałych kosztów;

- retrospektywna korekta ogólnych kosztów zakładów ubezpieczeń⁸ – 30% kosztów powyżej poziomu zakładanego z prognozach ex ante (dotyczy tylko kosztów zależnych od produkcji);
- retrospektywna korekta ryzyka finansowego – 35% różnicy kosztów pomiędzy poniesionymi kosztami hospitalizacji zależnymi od produkcji a prognozowanymi kosztami oraz 100% różnicy kosztów pomiędzy kosztami hospitalizacji niezależnymi od produkcji a prognozowanymi kosztami;
- „siatka bezpieczeństwa” – 90% nadwyżki kosztów w przypadku, gdy różnica pomiędzy składką ex ante a poniesionymi kosztami na jednego ubezpieczonego przekracza 17,50 €.

W Izraelu nie istnieje klasyczny system wyrównywania szkodowości. Jednakże wprowadzono możliwość, aby organizacje ochrony zdrowia otrzymały jednorazowe dotacje przysługujące na bazie analizy ich sprawozdań finansowych (w szczególności badane są budżety przeznaczone na rozwój, marketing i reklamę). System ten obejmuje jedynie 5% ryzyka finansowego organizacji ochrony zdrowia (van de Ven i in., 2003, s. 164).

Niemiecki rząd, w pierwszej fazie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia bazującego na pełnym wyborze pacjenta (tj. od 1997 – zob. Drabik, Lungen i Stock, 2011, s. 63) nie zdecydował się na, równoległe wobec systemu wyrównywania ryzyka, wprowadzenie systemu wyrównywania szkodowości. System ten został wprowadzony dopiero wraz z ustawą reformującą system wyrównywania ryzyka z roku 2001. Celem jej było udoskonalenie systemu redystrybucji pomiędzy kasami chorych. Zostały w niej zapisane trzy główne działania, jakie zostaną podjęte w najbliższych latach: (1) stworzenie wspólnoty ryzyka dla wysokokosztownych przypadków (ang. *high-expenditure pool*), (2) wprowadzenie programów zarządzania chorobą (ang. *disease management programmes*) dla osób przewlekle chorych, (3) wykorzystanie udziału w programie zarządzania chorobą jako czynnika wyrównującego ryzyko⁹. Dodatkowo ustalono, że w roku 2007 zostanie wprowadzony nowy system wyrównywania ryzyka bazujący na zachorowaniach, określony mianem Morbi-RSA (niem. *morbidityorientierter Risikostrukturausgleich*) (Busse, 2004, s. 61)¹⁰.

Wspólnota ryzyka dla wysokokosztownych przypadków miała na celu wzmocnienie solidaryzmu społecznego oraz zmniejszenie zachęt do selekcji po stronie kas chorych wśród osób o wysokim ryzyku. Stworzony fundusz pokrywał 60% wydatków na świadczenia zdrowotne przekraczające kwotę 20,450€ rocznie na ubezpieczonego. Kwota graniczna była zwiększana corocznie wraz ze wzrostem średnich kosztów leczenia. W roku 2004 z funduszu wysokokosztownych przypadków przekazano kasom chorych w ramach redystrybucji 4,6 miliarda euro; dla porównania fundusz wyrównywania ryzyka wyniósł wówczas 126 miliardów euro (van de Ven i in., 2007, s. 163).

Po wprowadzeniu, w roku 2009, prospektywnego systemu wyrównywania ryzyka rząd podjął decyzję o rezygnacji z systemu wyrównywania szkodowo-

ści (Gopffarth, 2011, s. 11). Zatem obecnie w Niemczech nie funkcjonuje system wyrównywania szkodowości, a ryzyko finansowe leży w całości po stronie kas chorych¹¹.

Od samego początku istnienia powszechnego systemu ochrony zdrowia w **Szwajcarii** nie wprowadzono w nim mechanizmu wyrównywania szkodowości. Zatem ryzyko finansowe zostaje w całości po stronie zakładów (van de Ven i in., 2007, s. 164). Podobnie, mimo bardzo uboższego systemu wyrównywania ryzyka (34 grupy wyróżnione względem wieku (5-letnie podgrupy) oraz płci), system ten nie występuje również **na Słowacji** (Szalay i in., 2011, s.74–75).

Wnioski

Wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami trzeciej strony spowodowało wprowadzenie systemów wyrównywania ryzyka jako mechanizmów „gwarantujących” kontynuację zasad solidaryzmu społecznego w systemie ochrony zdrowia. Jednakże zasady redystrybucji ex ante bazują na kosztach średnich, zatem gdy profil ryzyka kasy chorych (ogólny czy też w ramach danych klas ryzyka) różni się od profilu populacji ubezpieczonych, u danego płatnika może wystąpić dodatkowa nadwyżka finansowa lub finansowy niedobór¹². Zatem wytłumaczeniem dla selekcji pośredniej po stronie płatnika może być zarówno chęć uzyskania dodatkowych środków finansowych, jak i obawa przed wystąpieniem strat. Aby jednak ograniczyć bodźce dla stosowania selekcji pośredniej, w systemach ochrony zdrowia wdraża się systemy wyrównywania szkodowości.

Jeżeli system wyrównywania szkodowości ma być swego rodzaju „korektą” systemu wyrównywania ryzyka, to im „skromniejszy” system wyrównywania ryzyka, tj. obejmujący małą liczbę czynników, dzielący populację ubezpieczonych na małą liczbę klas i tym samym generujący znaczną wariację kosztów w ramach pojedynczej klasy ryzyka, tym bardziej rozbudowany/hojniejszy powinien być system wyrównywania szkodowości.

Po przeanalizowaniu sytuacji w siedmiu krajach, w których występuje konkurencja trzeciej strony i w których (jako warunek konieczny) równocześnie występuje mechanizm redystrybucji ryzyka, należy stwierdzić, że tezę o istnieniu relacji pomiędzy systemem wyrównywania ryzyka oraz systemem wyrównywania szkodowości należałoby odrzucić. Co więcej, niezmiernie trudno o analizę porównawczą, albowiem zastosowane instrumenty są w zasadzie niezmiernie różne.

Holandia posiadająca, spośród badanych krajów, najbardziej zaawansowany pod względem liczby klas ryzyka system wyrównania ryzyka (6 rodzajów czynników, 520 tysięcy klas), nadal wykorzystuje rozbudowany, również najbardziej ze wszystkich analizowanych krajów, system wyrównywania szkodowości. Występuje tutaj wiele równoległe funkcjonujących rozwiązań dopowiadających obu typom nieproporcjonalnych umów reasekuracyjnych wyko-

rzystywanych na komercyjnym rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto rodzaj „wsparcia” jest różny dla różnych typów kosztów.

Niemcy, natomiast, drugi kraj pod względem liczby klas ryzyka w systemie redystrybucji (4 rodzaje czynników, prawie 25,5 tysiąca klas)¹³, zdecydowały się wprowadzić system wyrównywania szkodowości jako element przejściowy do czasu wprowadzenia nowego systemu wyrównywania ryzyka bazującego na zachorowaniach Morbi-RSA (niem. *morbidityorientierter Risikostrukturausgleich*). Być może przyczyną wejścia w życie tej decyzji, a tym samym likwidacji systemu wyrównywania szkodowości, były stosunkowo niskie środki przekazywane w ramach tego systemu, co z kolei było wynikiem niskiej wariancji kosztów w ramach poszczególnych klas ryzyka.

W Czechach system wyrównywania szkodowości jest analogiczny do umowy nadwyżki szkody z 20% udziałem własnym. Z kolei w Belgii występuje rozwiązanie analogiczne do nieoprocentowanej pożyczki bankowej połączone z umową nadwyżki szkodowości, lecz w odróżnieniu od klasycznej umowy – dolny layer, zamiast do kwoty powiązanej z finansami danej organizacji zdrowia, odnosi się do globalnego budżetu na ochronę zdrowia. Zupełnie szczątkowy, bo odnoszący się jedynie do 5% kosztów organizacji ochrony zdrowia, system wyrównania szkodowości występuje w Izraelu.

Z kolei w krajach, w których system wyrównywania ryzyka jest bardzo podstawowy, Szwajcaria (wiek, płeć, kanton) oraz Czechy (wiek, płeć)¹⁴, całość ryzyka finansowego ponoszą kasy chorych.

Podsumowując, cztery z siedmiu badanych krajów (Holandia, Belgia, Czechy, Izrael) posiadają system wyrównywania szkodowości. Należy jednakże podkreślić fakt, że wszystkie systemy mają wbudowany pewien poziom udziału własnego płatnika. W skrajnych wypadkach przyjmuje on wartość 95% Izrael czy 70% Holandia (w przypadku niektórych typów kosztów). Wprowadzenie udziału własnego ma na celu eliminację eksplozji kosztów w przypadku przekroczenia przez nie dolnej wartości limitu.

W przeciwieństwie do przeprowadzonego wnioskowania teoretycznego, krajami, które wdrożyły system wyrównywania szkodowości nie są te o najniższej liczbie klas ryzyka w redystrybucji *ex ante*. Niestety autorce nie udało się pozyskać danych na temat wariancji średnich kosztów w poszczególnych klasach ryzyka pomiędzy płatnikami trzeciej strony, co mogłoby wyjaśnić (w przypadku niskich wartości) brak przesłanek do wdrożenia systemów wyrównania szkodowości w tych krajach.

Jednakże, jeżeli system wyrównywania szkodowości nie był historycznie wdrożony wraz z mechanizmem wyboru płatnika trzeciej strony przez pacjenta i konkurencją pomiędzy tymi płatnikami, to istnieje ryzyko, że płatnicy o lepszym profilu ryzyka będą blokować wprowadzenie jakichkolwiek zmian zarówno w systemie wyrównywania ryzyka, jak i w systemie wyrównywania szkodowości, jak to miało miejsce na przykład w Szwajcarii (van de Ven, 2007) czy Izraelu (Rice i Smith, 1999, s. 52). Z tego względu wprowadzenie tych systemów i *de facto* konkurencji pomiędzy płatnikami

powinno nastąpić dopiero po pełnej analizie czynników (dostępnych sprawozdawczo oraz wskazanie tych, które powinny być dostępne) oraz przy maksymalnym wykorzystaniu doświadczeń w zakresie budowy tego typu narzędzi, np. analiza systemów ochrony zdrowia funkcjonujących w innych krajach czy modeli wykorzystywanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń.

Przypisy

- ¹ Procedura określania składki korygującej ryzyko jest zatem analogiczna do metody debetowo-kredytowej stosowanej w *underwritingu* ubezpieczeń osobowych.
- ² Jest to prawidłowość w systemach, w których płatnik trzeciej strony może oferować ubezpieczenie bazowe wraz z ubezpieczeniem uzupełniającym (wniosek wysunięty na bazie wyników badań z 2010 roku, zob. więcej: Więckowska, 2010).
- ³ W roku 1995 wszystkie kasy chorych zwiększyły składkę kapitacyjną opłacaną bezpośrednio przez ubezpieczonych. Celem tego działania było stworzenie rezerw na pokrycie przyszłego deficytu. Składka ta została następnie zwiększana jedynie przez te kasy, które w następnych latach nie wypracowały nadwyżki finansowej. Doprowadziło to do zróżnicowania wysokości składek pomiędzy kasami chorych. Jednakże nadal wysokość pobieranych opłat jest niewielka od 1,5 do 5 euro rocznie (Schokkaert i Van de Voorde, 2003, s. 12).
- ⁴ W literaturze przedmiotu wartość progowa podawana jest również na poziomie 25-krotności (Bryndova, 2009; Kutzin i in., 2010).
- ⁵ Więcej na temat holenderskiego systemu ochrony zdrowia zob. Więckowska, 2009.
- ⁶ W holenderskim systemie ochrony zdrowia wyróżnia się następujące typy kosztów:
 - koszty opieki zamkniętej niezależne od produkcji (np. koszty kapitału, koszty ogrzewania),
 - koszty opieki zamkniętej i specjalistycznej zależne od produkcji (np. koszty operacji),
 - koszty innych typów opieki – podstawowa opieka zdrowotna (np. koszty lekarzy rodzinnych, koszty opieki nad kobietą ciężarną, koszty materiałów opatrunkowych).
- ⁷ W roku 2008 limit ten wynosił 12.500 €. Natomiast w 2001 roku limit ten wynosił jedynie 4538 euro (Lamers i in., 2003, s. 55). Można zatem stwierdzić, iż w tym zakresie fundusze zdrowia ponoszą znacznie większą odpowiedzialność.
- ⁸ Jest to jedyna korekta polegająca na przepływach finansowych pomiędzy zakładami ubezpieczeń zdrowotnych, a zarazem jest to najbardziej kontrowersyjna korekta ex post.
- ⁹ Od 2003 roku kasy chorych otrzymywały wyższe stawki w przypadku osób zarejestrowanych do programów zarządzania chorobą. Rejestracja dla pacjenta była dobrowolna, co wymuszało na kasie chorych dbałość o jakość i dostępność świadczeń. Równocześnie program musiał posiadać certyfikat, co 3 lata zaś następowała weryfikacja skutków programu oraz ponowna certyfikacja (Gress i in., 2006, s. 297).
- ¹⁰ W tym celu Ministerstwo Zdrowia powołało grupę ekspertów, których zadaniem było przygotowanie analizy modeli wyrównywania ryzyka funkcjonujących na świecie oraz przedstawienie propozycji listy chorób dla systemu niemieckiego (Gaskins i Busse, 2009, s. 30).
- ¹¹ Kasy, które mają deficyt są zobligowane do pobierania dodatkowej składki, która jest jednakże ograniczona z góry do 1% wynagrodzenia brutto ubezpieczonego (Paris, 2010, s. 11).

- ¹² W klasycznych rozwiązaniach ubezpieczeniowych odzwierciedleniem tego faktu jest poziom wyniku z działalności technicznej (tzw. zysk techniczny/strata techniczna).
- ¹³ Więcej na temat systemów wyrównywania ryzyka patrz: Więckowska 2012.
- ¹⁴ Ibidem.

Bibliografia

- Bryndova, L., Pavlova, K., Roubal, T., Rokosova, M., Gaskins, M. i van Ginneken, E. (2009). Czech Republic: Health system review, Health Systems in Transition. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 11(1).
- Busse, R. (2004). Disease Management Programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 23(3), 56–67.
- Chalupka, R. (2010). Improving risk adjustment in the Czech Republic. *Prague Economic Papers*, 3, 236–250.
- Drabik, A., Lungen, M. i Stock, S. (2011). Risk adjustment in the German health insurance system – does the risk compensation system leave any incentives for risk selection?. *Journal of Health Policy, Insurance and Management*, VIII/I, 63–76.
- Gaskins, M. i Busse, R. (2009). Morbidity-based risk adjustment in Germany. Long in coming, but worth the wait?. *Eurohealth*, 15(3), 29–32.
- Gopffarth, D. (2011). *Risk adjustment in Germany*. Referat wygłoszony na: Risk adjustment conference, London. Pozyskano z: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/talks/slideshows/dirk-gopffarth-risk-adjustment-germany>.
- Gress, S., Focke, A., Hessel, F. i Wasem, J. (2006). Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance. *Health Policy*, 78, 295–305.
- Hroboň, P., Macháček, T. i Julínek, T. (2005). *Health care Reform for the Czech Republic in the 21st Century*. Prague.
- Kutzin, J., Cashin, Ch. i Jakab, M. (red.). (2010). *Implementin Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kutzin, J., Shishkin, S., Bryndova, L., Schneider, P. i Hroboň, P. (2010a). Reforms in the pooling of funds. W: J. Kutzin, Ch. Cashin i M. Jakab (red.), *Implementin Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lamers, L.M., van Vilet, R.C.J.A. i Van de Ven, W. (2003). Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands. *Health Policy*, 65, 49–62.
- Paolucci, F. i Stoelwinder, J. (2011). *Risk-equalisation in health insurance markets: Models and international experience*. Australian Centre For Health Research.
- Paris, V., Devaux, M. i Wei, L. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics. A survey of 29 OECD countries*. OECD Health Working Papers No. 50, France: OECD.
- Rice, N. i Smith, P. (1999). *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. New York: Centre for Health Economics, The University of York.
- Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands. (2008). Ministry of Health, Welfare and Sport, lipiec.
- Schokkaert, E. i Van de Voorde, C. (2003). Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralized system. *Health Policy*, 65, 5–19.
- Szalay, T., Pazitny, P., Szalayova, A., Frisova, S., Morvay, K., Petrovic, M. i van Ginneken, E. (2011). Slovakia. Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(2), European Observatory on Health Systems and Policies.

- Van Barneveld, E.M.L.M., Lamers, R.C.J.A., van Vliet, W.P.M.M. i van de Ven, W. (2001). Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency. *Journal of Health Economics*, 20(2), 147–168.
- Van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., Lamers, L.M., Schokkaert, E., Shmueli, A., Spycher, S., van de Voorde, C., van Vilet, R.C.J.A., Wasem, J. i Zmora, I. (2003). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 65, 75–98.
- Van de Ven, W., Beck, K., van de Voorde, C., Wasem, J. i Zmora, I. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83, 162–179.
- Więckowska, B. (2009). Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 1, 151–170.
- Więckowska, B. (2010). *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, *Sprawne Państwo*. Program. Warszawa: Ernst&Young.